

Universidade de Brasília
Instituto de Ciências Sociais
Departamento de Antropologia

**A existência lesbiana e o atendimento ginecológico oferecido às
lésbicas no discurso de profissionais da saúde do Hospital
Regional de Ceilândia**

Luiza Rocha Rabello
Brasília, 2013

Luiza Rocha Rabello

A existência lesbiana e o atendimento ginecológico oferecido às lésbicas no discurso de profissionais da saúde do HRC

Monografia apresentada ao Departamento de Antropologia do Instituto de Ciências Sociais – ICS, da Universidade de Brasília – UnB, como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em Ciências Sociais, com habilitação em Antropologia.

Orientadora:

Professora Dra. Soraya Resende Fleischer

Banca examinadora:

Professora Dra. Rosamaria Giatti Carneiro

Professor Dr. Wanderson Flor do Nascimento

**Brasília
2013**

Agradecimentos

À minha mãe, Janaína, por ser a pessoa incrível que ela é, por ter me ensinado tantas coisas maravilhosas;

Ao meu pai, Vernon, por ser tão presente, por ser o pai que eu escolhi ter;

Às minhas irmãs, Olívia e Júlia, pela amizade sem fim, por terem se tornado um pedacinho de mim, cada uma ao seu jeito;

A Soraya, pela orientação tão dedicada, pelos comentários que me ajudaram tanto a aprofundar o meu olhar etnográfico;

A Amanda, por ser uma companhia consoladora até mesmo no silêncio;

A Kika, pelos chás, cafés, bons drink, que trouxeram tantas conversas interessantes;

A Alice, pelos tantos textos enviados, emprestados, pesquisados e pela inspiração;

A Tate, pelas risadas maravilhosas;

A Gretel pelo carinho, por me fazer crescer pela ternura;

A Natália C. por se negar a me deixar cometer suicídio acadêmico;

Ao pessoal do HRC, por receber a mim e ao meu caderninho, pelas entrevistas, pelas conversas, pelas explicações;

A Audre Lorde, Alice Walker e Adrienne Rich pelas palavras que me enchem de coragem.

Resumo

Esta monografia tem como objetivo investigar a atenção ginecológica oferecida às lésbicas no Hospital Regional de Ceilândia (HRC). O tema da saúde de lésbicas ainda é pouco explorado tanto nas Ciências Humanas quanto nas Ciências da Saúde e com este trabalho pretendo contribuir com a produção sobre o assunto. A literatura sobre o tema revela a ocorrência de tratamentos inadequados às lésbicas e mulheres bissexuais e a falta de informação sobre transmissão de DST em relações sexuais entre mulheres que fazem sexo com mulheres por parte de profissionais da saúde. A percepção de funcionárias e funcionários do HRC sobre atendimento ginecológico e sexualidade lesbiana é investigada a partir da pesquisa etnográfica nesse hospital. O discurso que enfatiza a inexistência de diferenças de atendimento, mas que tem como parâmetro de normalidade a heterossexualidade impossibilita a percepção de possíveis especificidades e apaga a lesbiandade como uma existência possível dentro do hospital. A partir de experiências positivas da diferença e de uma análise crítica da literatura é questionado o ideal de igualdade como criador de subjetividades marginais.

Palavras-chave: Saúde ginecológica de lésbicas. Existência lesbiana. Antropologia da saúde.

Sumário

Resumo	4
Introdução	6
1 Localizando a pesquisadora.....	7
1.1 Definindo minhas escolhas	8
1.2 O plural feminino	11
1.3 Epistemologia do armário	11
2 Questões metodológicas	12
2.1 Submissão da Pesquisa ao CEP	13
2.2 Entrando em campo e estratégias de trabalho	15
2.3 Mudando de estratégia	19
2.4 Ferramentas de pesquisa.....	21
Capítulo 1 - O trabalho de campo no Hospital Regional de Ceilândia	23
1 Visitando o HRC.....	23
2 O atendimento no HRC.....	29
2.1 Os conflitos	29
2.2 (Falta de) Privacidade nas consultas.....	35
Capítulo 2 - Saúde e (in)diferença no atendimento ginecológico para lésbicas.....	38
1 O que outras pesquisas dizem sobre a saúde ginecológica das lésbicas	38
2 Igualdade e (in)diferença no HRC.....	41
3 Religiosidade no HRC e a questão da igualdade	45
4 Equidade: a diferença dentro de uma perspectiva de saúde do Estado brasileiro .	46
5 Políticas da Diferença	48
Capítulo 3 - A existência lesbiana no HRC	50
1 A heterossexualidade compulsória	50
2 A heterossexualidade como norma.....	51
3 A invisibilização da existência lesbiana	54
4 Considerações Finais	57
Referências bibliográficas	60

Introdução

“In order to perpetuate itself, every oppression must corrupt or distort those various sources of power within the culture of the oppressed that can provide energy for change. For women, this has meant a suppression of the erotic as a considered source of power and information within our lives”

Audre Lorde

Essa monografia, com a temática da assistência ginecológica oferecida às lésbicas no Hospital Regional de Ceilândia (HRC), teve seu princípio na criação do projeto de pesquisa sobre o tema no segundo semestre de 2011. A minha pesquisa de campo se passou durante todo o semestre seguinte a esse, o primeiro de 2012.

Eu tive a oportunidade, em meu trabalho de campo, de conhecer pessoas que me auxiliaram muito e tornaram mais fáceis os meus caminhos pelo HRC. Agradeço muito a essas pessoas por me receberem e cederem um tempo de seus trabalhos tão corridos para conversar comigo.

Essa monografia é dividida em cinco partes: Introdução; Discussões Metodológicas; e Capítulos 1, 2 e 3. A introdução traz questões pertinentes de minha temática e trabalho de campo para a melhor compreensão do contexto geral de minha pesquisa. Na apresentação dos passos metodológicos, eu discuto como fiz minhas primeiras incursões a campo e como procurei e registrei informações no HRC. No primeiro capítulo, o HRC é mais bem situado antes de entrar na minha temática de pesquisa. No segundo capítulo, eu mostro um panorama geral das pesquisas sobre saúde de lésbicas e mulheres bissexuais no Brasil e discuto conceitos importantes sobre igualdade e diferença dentro e fora do HRC. Por fim, no terceiro capítulo analiso a forma em que a heterossexualidade é posta como lugar de norma no discurso de profissionais de saúde do HRC, trato a questão da existência lesbiana e faço minhas considerações finais sobre esta pesquisa.

O tema de minha pesquisa ainda é pouco explorado, tanto nas Ciências Sociais e Humanas quanto nas Ciências da Saúde. Espero então contribuir para o crescimento de informações sobre a saúde de mulheres lésbicas atentando para a importância do não apagamento da existência e das especificidades lesbianas.

1 Localizando a pesquisadora

“Objetividade não diz respeito a des-engajamento” (1995, p. 41), nos fala Donna Haraway sobre os saberes localizados. A imparcialidade é um mito e por isso a nossa parcialidade deve ser anunciada, mostrada da melhor maneira possível. A parcialidade não deve ser buscada por si mesma, mas porque através dela não tentamos transcender os limites e as responsabilidades nas Ciências e podemos apresentar uma visão objetiva (HARAWAY, 1995). Aprendendo a vincular visivelmente o nosso objetivo aos nossos instrumentos teóricos e políticos, assim nomeando onde estamos e onde não estamos, enfatizando uma escrita que vem de um corpo – assim exercemos uma objetividade feminista de um conhecimento localizado (idem). Não apenas Haraway, mas muitas outras autoras feministas, de maneiras diferentes propõem uma escrita que vá por caminhos outros, fora da adoração ao racional e do esquecimento do corpo (DALLERY, 1997).

Seguindo esse caminho, eu escolho me localizar não de forma perfeita, mas com categorias políticas e também privilégios, que para mim fazem toda a diferença ao se tratar do meu tema de pesquisa. Por isso me apresento como uma mulher negra-parda, lésbica, jovem, de classe média, cissexual¹. É importante dizer que se eu fosse uma pessoa que estivesse dentro dessas categorias em lugares diferentes, ainda assim seria importante a localização. Essa não é uma questão de “problematizar” a minha identidade lesbiana por causa de meu tema, como se ser heterossexual não fosse

¹ Julia Serano, ativista transexual e autora do livro *Whipping Girl*, lançado em 2007, respondeu perguntas frequentes sobre o termo cissexual em seu blog (<http://juliaserano.livejournal.com/14700.html> – último acesso em 16-02-13). Enquanto o prefixo trans significa “através” ou “do lado oposto de”, cis significa “do mesmo lado”. Ou seja, se uma pessoa se identifica com um sexo diferente do que foi atribuído em seu nascimento, essa pessoa é transexual (ela “atravessa” o sexo designado ao nascimento, indo parar em “outro lado”). Se alguém está “do mesmo lado” do sexo que lhe foi atribuído quando nasceu, essa é uma pessoa cissexual. Esse termo é muito comum no ativismo de pessoas trans e é importante para que a cissexualidade seja considerada apenas uma opção entre outras e não um parâmetro de “normalidade” ou “naturalidade”, que é inferido pelos termos “mulher/homem natural”, “mulher/homem real”, entre outros.

igualmente uma posição implicada. Mesmo que as categorias não sejam perfeitas (e como seriam?), abandoná-las e escolher pela auto-identificação com um sujeito universal genérico não me pareceu a escolha apropriada.

A heterossexualidade, nos diz Monique Wittig (1992), é naturalizada de tal forma nas Ciências Sociais que, por mais que certos teóricos aceitem que não existe nada de “natural”, que tudo é cultura, dentro dessa cultura ainda existe uma relação que é excluída da análise social. Essa relação permanece dentro da cultura e se assemelha à natureza, não é considerada uma variável, essa é a relação heterossexual (WITTIG, 1992). Levando em consideração o que Wittig disse, podemos fazer as seguintes perguntas: em quantas pesquisas a heterossexualidade é vista como um lugar de fala? E em quantas pesquisas apenas sobre casais ou pessoas heterossexuais se escreve que a heterossexualidade é um recorte de pesquisa? Penso que isso deve ser questionado antes de falarmos do heterossexismo das Ciências da Saúde, de seus estudantes, docentes e profissionais.

1.1 Definindo minhas escolhas

A densidade do meu trabalho de campo no Hospital Regional de Ceilândia fez com que eu decidisse delimitá-lo ao hospital, portanto não fiz entrevistas com lésbicas durante minha pesquisa. Ainda assim, eu falo sobre atendimentos ginecológicos às lésbicas, em existência lesbiana, em lesbiandade. A minha definição de lésbica não está de modo algum relacionada às lésbicas que frequentam esse hospital a procura de serviços ginecológicos, mas é uma categoria de análise. Essa palavra não foge ao entendimento das pessoas com quem eu conversei no HRC, não foi um problema usá-la em campo. E essa palavra é também uma escolha política. A palavra lésbica, por ser específica, não apaga as diferenças entre lésbicas e gays, como usar o termo “gay” indistintamente para as duas experiências ou “homossexualidade feminina”, que tornam a lesbiandade uma versão feminina de uma homossexualidade que tem como padrão a masculina, ou seja, os homens gays (RICH, 1986).

A definição de lésbicas como mulheres é discutível e é outra escolha que precisa se tornar nítida. Se a definição de mulher, considerando um regime heteropatriarcal², é a acessibilidade sexual para os homens (FRYE, 1983; LEE & DOWN, 2001; RADICALESBIANS, 1970) e o seu papel de reprodutora da espécie (RICH, 1986), como se poderia dizer que lésbicas são mulheres? Para Monique Wittig (1992), “mulheres” só tem significado em um sistema de pensamento heterossexual, em um sistema econômico heterossexual, portanto, para ela, “lésbicas não são mulheres” (WITTIG, 1992, p.32, tradução minha). Porém eu escolhi neste trabalho utilizar uma definição de mulher em que cabe a lesbiandade, de forma que a mulheridade seja ampla, mas não de maneira que se encontre em uma situação negativa em relação ao masculino – o sexo que, segundo Luce Irigaray, é um só (GABRIEL, 2009) – nunca a ele em situação de igualdade apagadora de diferenças, como diria a filósofa feminista Alice Gabriel: “a morada do feminino não é uma diferença específica e definível construída por oposição a um masculino e sim a própria casa da diferença” (p. 26). A casa da diferença é uma referência à Audre Lorde, autora muito importante na construção do meu feminismo, que em uma parte de seu livro *Zami: A New Spelling of My Name* (1982) fala sobre ser uma mulher negra lésbica encontrando fortalecimento em cada lésbica negra que encontrava nos brancos bares lesbianos (que muitas vezes eram fechados antes de completar um ano de funcionamento) dos anos 50 em Nova Iorque.

Sermos mulheres juntas não foi o suficiente. Nós éramos diferentes. Sermos lésbicas juntas não foi o suficiente. Nós éramos diferentes. Sermos negras juntas não foi o suficiente. Nós éramos diferentes. Sermos mulheres negras juntas não foi o suficiente. Nós éramos diferentes. Sermos sapatonas negras juntas não foi o suficiente. Nós éramos diferentes. (...) Passou-se um tempo até percebermos que o nosso lugar não era a segurança de qualquer diferença em particular, mas a própria casa da diferença (LORDE, 1982, p.226, tradução minha).³

² Estou consciente da crítica da Lia Zanotta Machado (2010) sobre o uso do termo “patriarcado”. Escolhi manter esse termo por não achar que ele cria uma totalização vitimizante, mas que nos atenta ao modo estruturante em que a heterossexualidade e o sexismo se encontram na construção do Estado moderno, já apontado por Maria Lugones (2008).

³ No original: “*Being women together was not enough. We were different. Being gay-girls together was not enough. We were different. Being Black together was not enough. We were different. Being Black women together was not enough. We were different. Being Black dykes together was not enough, We were different. (...) It was a while before we came to realize that our place was the very house of difference rather the security of any one particular difference.*” (LORDE, 1982, p. 226, grifo da autora)

A lesbiandade a que eu me refiro não diz respeito a uma unidade-de-ser, mas à diferença-que-é-ser uma pessoa fora do que se espera que alguém seja em um heteropatriarcado branco.

Quando projetei esta monografia, a minha ideia original era, além de fazer etnografia dentro do hospital e entrevistar profissionais de saúde, entrevistar mulheres lésbicas e bissexuais sobre suas experiências de serem atendidas em consultórios ginecológicos. Durante o trabalho de campo eu persisti em nomear as mulheres bissexuais juntamente das lésbicas nos meus roteiros de pergunta, mas com base nas minhas respostas, que se referiam apenas à “lésbica”, à “homossexual”, juntamente com a minha experiência em grupos feministas autônomos compostos por mulheres bissexuais e lésbicas e com a minha pesquisa bibliográfica, decidi que a minha escrita seria dedicada apenas às mulheres lésbicas.

O motivo pelo qual decidi tirar o meu foco de mulheres bissexuais é a minha percepção de que o que motiva essas mulheres em um primeiro momento a frequentarem o consultório ginecológico é a sua vivência sexual com homens e é a esse pedaço de suas vidas sexuais que fazem referência quando são perguntadas sobre a sua primeira relação sexual, se fazem uso de anticoncepcionais, se utilizam a camisinha, o que também é apontado por Regina Barbosa e Regina Facchini:

Os motivos de busca [por atendimento ginecológico] mais comuns remetem a problemas/incômodos ou a momentos socialmente valorizados no reconhecimento do sujeito como mulher: a primeira menstruação, a primeira relação (heteros)sexual ou a possibilidade de gravidez. (2009, p. 293)

Facchini em outra pesquisa (2006) explica que a penetração pênis-vagina dentro de um contexto heteronormativo se constitui no próprio conceito de relação sexual e, portanto, diante de uma pergunta sobre a primeira relação sexual, pode ser induzida uma resposta referente à primeira relação sexual heterossexual (FACCHINI, 2006, p. 14). É necessário considerar que o ato de se relacionar frequentemente com homens é provedor de uma posição socialmente privilegiada em relação às mulheres que recusam completamente essa ligação compulsória (ULMSCHNEIDER, 1973).

Diante de um trabalho que trata de uma dimensão ainda restrita sobre atendimento ginecológico, eu devo também considerar que estou tratando de

problemas que são específicos de mulheres cissexuais, estando as mulheres transexuais aparentemente excluídas do campo da análise por não ter inserido em minha pesquisa perguntas sobre especificidades de mulheres lésbicas transexuais.

1.2 O plural feminino

Indo na contramão de uma linguagem em que o sujeito universal é masculino, nesse trabalho o plural e o genérico são várias vezes escritos no feminino quando homens também estão incluídos na sentença. Eu preferi não criar uma espécie de novo sujeito universal simétrico, pois o universal pode tornar a ser lido mentalmente como masculino, o que pode acontecer com a utilização da letra “x”. Ainda assim, em alguns momentos, eu falo, por exemplo, “médicas e médicos” e “médicos”, para também não tirar da análise a posição de homens como pessoas privilegiadas pelo sexismo e da masculinidade que o conhecimento distanciado sobre o corpo representa na medicina (KING, 1997). No caso de outras profissionais da saúde de minha pesquisa, da forma como o HRC estava organizado na época de minhas visitas, não existiam auxiliares de enfermagem, enfermeiros ou outros profissionais homens nas áreas ginecológicas do hospital. Dessa forma também foi importante marcar a racialidade de algumas personagens: não devemos esquecer que estamos em um lugar em que os marcadores raciais, de gênero e sexuais existem. Todas as pessoas que eu entrevistei estavam no momento envolvidas em uma relação heterossexual. Sobre as que eu não entrevistei não possuo informações quanto a sexualidade. Outra escolha importante é a utilização de nomes fictícios para a preservação da identidade das pessoas que encontrei em campo, pois algumas informações e críticas encontradas neste trabalho poderiam ser utilizadas para prejudicá-las.

1.3 Epistemologia do armário

Um privilégio heterossexual pouco refletido é não necessitar revelar em um contexto social mais amplo a sua sexualidade, não existe um “segredo” a ser revelado (SEDGWICK, 2007). Eve Sedgwick (2007) nos conta que até a pessoa mais assumidamente lésbica (referidas genericamente em seu texto com a palavra gay) ou

gay está “no armário” para alguma pessoa importante de sua vida, seja pessoal, econômica ou institucionalmente.

Cada encontro com uma nova turma de estudantes, para não falar de um novo chefe, assistente social, gerente de banco, senhorio, médico, constrói novos armários cujas leis características de ótica e física exigem, pelo menos da parte de pessoas gays, novos levantamentos, novos cálculos, novos esquemas e demandas de sigilo ou exposição. Mesmo uma pessoa gay assumida lida diariamente com interlocutores que ela não sabe se sabem ou não. É igualmente difícil adivinhar, no caso de cada interlocutor, se, sabendo, considerariam a informação importante (SEDGWICK, 2007, p. 22).

Antes de começar o trabalho de campo eu pensava que, pelo tema da minha pesquisa, talvez perguntassem sobre a minha sexualidade, se eu sou lésbica. Mas depois de pouco tempo eu reparei que isso dificilmente aconteceria e realmente nunca aconteceu. Primeiro, porque não me pareceu que as pessoas que eu encontrava em campo vinculariam a minha identidade com o tema de minha pesquisa (as pesquisas deveriam ser desinteressadas, certo?); segundo, como será mais detalhado durante o trabalho, nem mesmo para as pacientes essa pergunta é feita, ou seja, parece ser um tipo de informação vista como discursivamente irrelevante nesse ambiente; terceiro, algumas pessoas com quem conversei consideram esse tipo de pergunta uma ofensa; quarto, eu tenho um comportamento e um vestuário que não é associado comumente às lésbicas. É possível que pelo tema de minha pesquisa essa possibilidade tenha sido cogitada, mas isso não apareceu em campo. As perguntas pessoais que faziam a mim se referiam, no máximo, à minha idade. A possibilidade de arrumar algum modo para contar sobre a minha identidade lesbiana para causar experiências de campo interessantes me pareceu fora de cogitação, pois a probabilidade de lidar com a pergunta, ilustrada por Sedgwick como “tudo bem, mas o que a fez pensar que eu queria saber disso?” (2007, p.27) me pareceu alta e constrangedora.

Eu trouxe essa situação para mostrar que a localização da pesquisadora faz a diferença em questionamentos e visões sobre o trabalho de campo e que essa é uma situação específica com que dificilmente uma pessoa heterossexual lidaria no mesmo local onde pesquisei.

2 Questões metodológicas

Ao me localizar como pesquisadora, expondo a especificidade de minhas parcialidades, eu procuro trazer uma objetividade feminista ao meu trabalho e deixar os caminhos por onde correm as minhas ideias mais visíveis. A apresentação das questões metodológicas e métodos utilizados em minha pesquisa de campo também tenta cumprir com o mesmo objetivo, explicitar os caminhos percorridos para encontrar e registrar as informações em campo. Primeiro, apresento a experiência de submeter o projeto de pesquisa a um Comitê de Ética em Pesquisa, que é cada vez mais exigido em pesquisas sociais que se realizam em espaços hospitalares. A apresentação desse tema visa contribuir com outras estudantes e pesquisadoras que precisam traçar esse caminho mas têm dúvidas sobre as dificuldades envolvidas. Depois eu escrevo sobre minhas primeiras incursões a campo, mostrando como foi a minha entrada nesse lugar desconhecido. A terceira seção desse capítulo trata das mudanças de estratégia durante o trabalho de campo, que trouxeram uma mobilidade para novos acessos no HRC. Por último, eu trato das ferramentas de pesquisa, mostrando como eu fiz registro da imensa quantidade de informações que eu recebia durante minhas incursões a esse hospital.

2.1 Submissão da Pesquisa ao CEP

A Resolução nº 196/96 do CONEP prevê que todas as pesquisas realizadas dentro de um hospital da rede pública ou privada de saúde precisam antes de tudo passar pela aprovação de um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Embora legalmente qualquer CEP registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) possa dar o aval para a realização de uma pesquisa em hospital⁴, os hospitais do Distrito Federal costumam exigir (LIMA, 2010) que a pesquisa seja avaliada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CEP/SES-DF), situado na Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS).

Sabendo das dificuldades relativas à incompreensão do *ethos* de pesquisa das Ciências Sociais por parte de comitês voltados para pesquisas biomédicas em saúde (LIMA, 2010; VIEIRA, 2010), escolhi passar a minha pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas na Universidade de Brasília (CEP/IH). Este

⁴ Isso mudou um pouco com a implementação da Plataforma Brasil, como explico mais adiante.

comitê foi criado para lidar com os desafios éticos específicos da pesquisa social (COMITÊ, 2007). Depois de reunir todos os 11 documentos exigidos pelo CEP/IH, sendo que um deles incluiu a necessidade de uma ida ao hospital relatada mais à frente, descobri que precisava submeter o meu projeto à Plataforma Brasil.

A Plataforma Brasil é uma base *online* de unificação dos registros de pesquisas com seres humanos do sistema CEP/CONEP (BRASIL, 2012). Ela foi criada para centralizar e informatizar a submissão de pesquisas aos CEPs e para o acompanhamento das fases de campo das pesquisas submetidas. A exigência da utilização da Plataforma Brasil era recente e os CEPs ainda estavam em fase de transição na época que iniciei os trâmites no CEP/IH. Quando tentei fazer uso da plataforma, reparei que, apesar da suposta modernização da burocracia para o envio de pesquisas aos CEPs, alguns velhos problemas com CEPs (VIEIRA, 2010) continuavam a existir e apareceram problemas novos. Apesar de poder selecionar a área de minha pesquisa, os formulários que precisei preencher ainda não eram adequados à pesquisa social. Na época, o item que define a qual CEP a pesquisa será indicada, que corresponde a “instituição proponente”, tinha como únicas opções relacionadas à UnB a Fundação Universidade de Brasília (FUB), a Faculdade de Medicina (FM) e a Faculdade de Ciências da Saúde (FS), ou seja, era necessário que eu marcasse a opção “sem proponente” para que o CONEP tomasse a decisão por qual CEP utilizar. Isso quer dizer que era impossível que eu garantisse que o CEP escolhido fosse voltado para pesquisa social. Embora a escolha pela área de humanidades fizesse com que se descartasse o preenchimento de alguns campos considerados desnecessários para pesquisas sociais (como, por exemplo, se haverá o uso de placebo), a linguagem do formulário ainda é mais compatível com pesquisas das “ciências duras”. Outra dificuldade do site é que não é possível formatar o texto do projeto, dificultando o uso de referências bibliográficas e outros recursos. Após ter enviado o projeto pela Plataforma Brasil, mandei um *e-mail* ao CEP/IH relatando as dificuldades. Pelo fato de ainda estar num período de transição, foi possível fazer a submissão da pesquisa pelo sistema antigo e em cerca de quinze dias após o envio dos documentos ao CEP/IH recebi a carta de aprovação de meu projeto. Não foi necessário fazer modificações no meu projeto ou nos meus documentos, pois estes estavam de acordo com as normas desse CEP.

Não tive problemas por não ter passado a minha pesquisa pelo CEP/SES-DF

(normalmente referido por “CEP da FEPECS”). No dia em que fui coletar a assinatura do diretor do hospital para um documento exigido pelo CEP/IH, a secretária da diretoria geral do HRC recomendou que eu passasse pelo Núcleo de Ensino e Pesquisa em Saúde (NEPS) desse hospital, porque lá me indicariam que passasse pelo CEP da FEPECS. Eu respondi que o documento que eu trazia para o diretor do hospital assinar era justamente para submeter a pesquisa a um CEP e não tive problemas com isso. Preferi não ir ao NEPS nesse momento, pois eu sabia que não existia a obrigação de passar a minha pesquisa pelo CEP/SES-DF e talvez no NEPS fizessem essa exigência. No momento em que precisei ir ao NEPS, para conseguir um crachá após a aprovação da minha pesquisa no CEP/IH, a funcionária pegou os documentos da pesquisa que eu lhe entreguei⁵, olhou para a folha de rosto da pesquisa e me perguntou: “passou pela FEPECS, né?”. Eu falei que passei pelo comitê de ética do IH, da UnB. Ela olhou novamente para os documentos, que estavam bem organizados e bem apresentados, e isso pareceu ser suficiente.

2.2 Entrando em campo e estratégias de trabalho

O que mais me preocupava no momento de pensar a minha entrada em campo era a necessidade de superar minha dificuldade de falar com pessoas desconhecidas. Eu já havia ido até o HRC no ano anterior para fazer a devolução de uma entrevista⁶ e aproveitei para conversar com um obstetra do hospital que havia recém-terminado o mestrado no Departamento de Antropologia da UnB, indicado pela professora Soraya, para sondar a possibilidade de fazer minha pesquisa nesse hospital. Nessa mesma visita, presenciei uma mulher aos prantos por acabar de saber que sua sogra havia falecido. Sabia que estava me deparando com uma cena que possivelmente se repetiria no cotidiano das pessoas que trabalham ali e, apesar de já ter ouvido algumas vezes que trabalhadoras da saúde encontram modos de lidar com isso, me parecia impossível não ficar comovida. Eu notei que algumas das mulheres que trabalhavam no hospital e

⁵ Explico melhor sobre esses documentos mais à frente, neste mesmo capítulo.

⁶ Em 2011 fiz parte de uma pesquisa de extensão que contou, em sua equipe, com a professora Soraya Fleischer e as estudantes de graduação Natharry Almeida, Monique Batista, Polliana Esmeralda, Marcos Alvarenga e eu. Realizamos entrevistas com funcionárias de um Centro de Saúde da Ceilândia e, durante as fases finais da pesquisa, entregamos para cada pessoa entrevistada a transcrição integral da gravação de sua entrevista.

tentavam consolar a mulher me pareciam bastante envolvidas pela expressão em seus rostos.

Depois da primeira vez que visitei o hospital e antes do meu primeiro dia de trabalho de campo, fui até o HRC para conseguir que o diretor geral do hospital assinasse a minha carta de aceite institucional – necessária para a submissão do meu projeto ao CEP. Tendo ligado várias vezes para o hospital para descobrir em que horário eu poderia ser atendida e sendo direcionada várias vezes a uma linha que não atendia a chamada, recorri a uma colega feminista que trabalhava como assistente social no HRC. Ela falou com a secretaria da diretoria do hospital e me passou um dia e horário em que o diretor estaria no hospital e disponível para falar comigo. Assim consegui facilmente a assinatura. Eu levei o projeto da pesquisa caso o diretor quisesse lê-lo, mas ele foi direto para a folha de aceite institucional, leu rapidamente e assinou.

É um aprendizado muito importante para o desenvolvimento de pesquisas sempre que é necessário utilizar a própria rede de contatos para conseguir informações sobre onde, quando e com quem falar. Em uma instituição altamente burocratizada essas informações podem ser muito importantes. Existem diversos núcleos, a maioria com tarefas bastante especializadas, as funcionárias geralmente estão ocupadas com elas e em geral não dispõem de muito tempo pra falar com pessoas desinformadas (apesar disso, pude observar certa propensão para se falar com propagandistas de medicamentos⁷). Porém, ocasionalmente pode aparecer uma funcionária especialmente solícita e contatos como esse podem ser muito importantes para a pesquisadora, ainda mais para quem não possui contatos internos. No meu caso essa foi a única ocasião em que precisei me valer da ajuda dessa colega e depois tive ajuda importante de três funcionárias às quais sou muito grata.

Estando em uma instituição que valoriza muito os documentos, achei importante, no momento de apresentar a pesquisa para a chefia de enfermagem do Pronto Socorro da Ginecologia (ou “PS da Gineco”, a alcunha utilizada pelas funcionárias do local, que tomei emprestada), reunir cópias dos documentos utilizados para a submissão da pesquisa ao CEP, incluindo um com a assinatura do diretor do

⁷ Propagandistas de medicamentos, ou representantes farmacêuticas, são personagens frequentes em minhas observações de campo, pois além de terem uma alta circulação no hospital, passei a utilizar algumas de suas estratégias de aproximação de médicas e funcionárias do hospital, como explico melhor à frente.

hospital, a carta de aprovação do CEP/IH e o meu projeto de pesquisa. Juntei esses documentos dentro de uma pasta com a cópia da folha de rosto do projeto na frente. Esses documentos foram muito importantes também na aquisição de um crachá para andar mais livremente pelo hospital. Nas primeiras idas ao HRC, eu sempre parava na portaria principal para me identificar com um dos vigilantes que fazem a segurança da entrada, explicando que estava fazendo uma pesquisa no hospital e dizendo aonde estava indo. Na segunda vez que fiz isso, um vigilante pediu que eu fizesse um crachá.

Quando a minha pesquisa foi aprovada pelo CEP/IH, tratei de procurar onde eu poderia conseguir um crachá, fui até o PS da Gineco e conversei com a Cláudia, uma auxiliar de enfermagem, branca, que estava trabalhando no balcão de atendimento do pronto-socorro. Eu falei que estava fazendo uma pesquisa no HRC e que gostaria de fazer visitas ao PS da Gineco e entrevistar algumas funcionárias. A Cláudia me disse que eu deveria primeiro falar com a Fernanda, a enfermeira-chefe daquele local, e me disse o horário em que poderia encontrá-la no pronto-socorro. Perguntei também onde eu poderia conseguir um crachá para identificação e ela explicou que eu deveria ir até o Núcleo de Enfermagem. Passei pela situação clássica em uma instituição altamente burocrática, que é ser encaminhada a um lugar e nesse lugar ser encaminhada a outro e assim por diante. No núcleo de enfermagem me encaminharam ao NEPS, onde me encaminharam para a diretoria do hospital, onde me encaminharam novamente ao NEPS e ocorreu a situação descrita anteriormente em que a funcionária me perguntou se eu havia passado minha pesquisa pelo CEP/SES-DF. Quando eu disse para a funcionária do NEPS que na diretoria me disseram que a questão dos crachás é serviço do NEPS (segundo essa funcionária da diretoria, “os estagiários vão tudo pra lá!”), ela começou a fazer várias ligações para saber como ela resolveria isso. Então me encaminhou para a Direção Administrativa (DAM), onde fizeram mais ligações e falaram que eu deveria ir ao Núcleo de Cadastro Funcional e Financeiro (NUCAFF), que estava fechado naquele horário. Na visita seguinte ao HRC, eu fui até o NUCAFF, onde permaneci pelo menos uma hora esperando para ser atendida. É interessante assinalar que, lá, o fato de eu ter levado os documentos foi muito importante, pois era necessário que eu possuísse provas de que tinha permissão para fazer pesquisa naquele hospital. Naquele momento, os documentos foram realmente examinados e a funcionária que me atendeu leu até mesmo o meu projeto de pesquisa, comentando

posteriormente que achou a minha pesquisa muito interessante e importante. Eles também forneceram as informações para essa funcionária completar o meu crachá. O crachá, que é um Cartão de Identificação Funcional, foi preenchido a máquina de escrever, constando o meu número de matrícula da UnB (presente no meu projeto de pesquisa) onde deveria ficar a matrícula na SES-DF, e, no campo Emprego/Cargo, os dizeres “Pesquisadora/Aluna de Antrop.” (não havia espaço o suficiente para escrever “Antropologia”). O crachá levou a minha assinatura e uma foto 3/4. É interessante notar que Alice Cidade (2010), que fez pesquisa no mesmo hospital, passou pelos mesmos caminhos burocráticos que eu, dentro do HRC, com a diferença de que ela recebeu um crachá de estagiária da UnB.

Naquele mesmo dia, compareci ao PS da Gineco no dia e horário indicados pela Cláudia e fui até a sala da chefia da enfermagem para encontrar a Fernanda (a enfermeira chefe, branca), me apresentar e falar sobre a pesquisa. Entreguei a pasta com os documentos e ela olhou um a um, dando uma olhada no meu projeto de pesquisa e comentando que achou muito interessante, e então expliquei um pouco mais sobre o meu tema. Ela pareceu ficar interessada e perguntou quanto tempo eu levaria pra terminar a minha pesquisa. Eu expliquei que planejava fazer o trabalho de campo até o final de julho (de 2012) e que deveria terminar a monografia até dezembro do mesmo ano. Ela pediu que eu lhe apresentasse a minha pesquisa no início do próximo ano (2013), quando ela teria voltado das férias, e me disse que é muito importante ter um retorno das pesquisas que se fazem ali, para conhecer melhor o pronto-socorro⁸.

Outra estratégia, além de portar documentos, foi a de usar roupas consideradas “mais sérias” pelo contexto em questão. Achei que seria mais fácil conseguir entrevistas se usasse um vestuário um pouco mais formal. Eu normalmente aparento ter alguns anos a menos do que realmente tenho, então depois de terem me perguntado duas vezes se estava fazendo um trabalho para a “escola”, achei melhor, por exemplo, usar sapato em vez de tênis e camisa em vez de camiseta. Tenho a impressão de que assim foi mais fácil o meu contato com as médicas, até porque eu comecei a usar roupas mais parecidas com as das propagandistas de empresas

⁸ Eu planejo preparar um relatório de minha pesquisa para entregar a Fernanda e outras pessoas do HRC que colaboraram com meu trabalho.

farmacêuticas, pessoas que percebi terem uma grande aceitação dentro do hospital. O uso do crachá também facilitava as coisas, pois além de não precisar parar na entrada do hospital para me identificar, quando eu explicava que estava fazendo a pesquisa, a pessoa logo olhava para o meu crachá e percebia que eu possuía permissão do hospital para estar lá. O crachá era uma autorização visível: rapidamente comunicava que eu possuía permissão para acessar e permanecer no HRC.

2.3 Mudando de estratégia

Na fase inicial do meu trabalho de campo, eu me dediquei a observar o espaço, conversando às vezes com algumas funcionárias que me foram receptivas e, ocasionalmente, comentando algo com alguma paciente que se sentava perto de mim. Com o passar do tempo, já mais familiarizada com o espaço e com as pessoas que lá circulavam, comecei a interagir com as pessoas de maneira mais dinâmica.

Na minha primeira visita ao HRC como trabalho de campo (após a aprovação da pesquisa no CEP), fui até o guichê do Ambulatório de Ginecologia⁹ para ter um primeiro contato com as funcionárias desse setor, explicando o que eu estava fazendo ali. Eu ainda não tinha uma ideia tão nítida de como seriam meus métodos de aproximação das pessoas que eu entrevistaria, e expliquei para a funcionária Fátima, auxiliar de enfermagem, branca, que estava iniciando uma pesquisa no hospital sobre atendimento ginecológico às mulheres lésbicas e bissexuais e perguntei se eu poderia ficar no ambulatório da ginecologia. Ela me perguntou se eu gostaria de ficar lá fora conversando com as pacientes ou se eu queria ficar lá dentro do guichê observando. Ela parecia estar muito ocupada, então disse que ficaria do lado de fora, experiência que posteriormente me ensinou muito sobre as dinâmicas daquele lugar, mas naquele momento senti que havia perdido um bom acesso a um lugar do hospital, e demorou até que eu conseguisse acessá-lo novamente. Apenas dois meses depois eu consegui uma boa entrada no ambulatório, com a ajuda da Aurora, técnica de enfermagem do PS da Gineco, negra.

Outro exemplo de uma situação que me pareceu uma oportunidade perdida

⁹ O ambulatório de ginecologia e o PS da Gineco são áreas distintas do HRC. No próximo capítulo faço uma descrição desses dois espaços.

ocorreu quando eu estava no PS da Gineco observando a dinâmica de atendimento e Fabiana, uma técnica de enfermagem, branca, veio falar comigo: “Apareceu uma dessas que você pesquisa aqui ontem. Pena que você não estava”. Em seguida, ela logo saiu para outra área do hospital. Achei estranho ela falar “uma dessas” e queria saber melhor o que ela quis dizer com isso (me pareceu objetificante) e, além disso, estava interessada na situação. Fiz uma anotação para de lembrar de falar com ela depois, mas a postergação dessa conversa durou mais do que eu pensava, pois um tempo depois procurei por Fabiana e me avisaram que ela estava de férias. Quando eu finalmente consegui, ela não mais se lembrava direito do caso, nem de que médica havia atendido a mulher sobre a qual ela havia se referido. Esse tipo de acontecimento me fez pensar que em campo as oportunidades devem ser aproveitadas sempre e tão logo seja possível.

Quando fui me tornando mais familiarizada com os espaços do HRC, mudei algumas estratégias, como no ambulatório da ginecologia, por exemplo. Depois de ter conseguido um bom acesso ao ambulatório da ginecologia, eu conseguia conversar e fazer entrevistas formais com essas funcionárias, principalmente quando elas se sentavam para fazer um intervalo do trabalho. Mas mesmo tendo grande simpatia por parte de Aurora, que trabalha no guichê do ambulatório, e conhecendo bem o espaço, eu esperava aparecer alguém, batia na porta (normalmente não atendiam) e, quando tinha sorte, entrava. Quando eu não conseguia acesso, eu ia ao PS da Gineco, que com o tempo passou a parecer um pouco repetitivo para mim. Essa situação mudou quando uma vez eu estava sentada em um dos banquinhos de espera do ambulatório, do lado de fora, esperando alguém aparecer e resolvi que eu ia entrar direto para o escritório. Eu já havia visto propagandistas de companhias farmacêuticas fazerem isso várias vezes e havia cogitado a possibilidade, mas sempre achei falta de educação entrar em um lugar sem ser convidada ou sem pedir permissão. Nesse dia eu vi pelo menos dois propagandistas farmacêuticos entrando direto (são figuras muito frequentes nesse hospital), então tomei coragem e entrei. Tive um ótimo dia de campo e percebi que eu poderia entrar nesse ambulatório sem bater, sem que as funcionárias de lá achassem que eu estava sendo invasiva – essa era uma forma comum de entrar naquele espaço, apesar de me parecer ser vetada para pessoas desconhecidas e pacientes. Mas, ao não ser repreendida, percebi que eu já era mais conhecida por estas funcionárias que, com

o tempo de pesquisa, se acostumaram a me ver por ali com frequência.

2.4 Ferramentas de pesquisa

O meu trabalho de campo no HRC se iniciou em março de 2012 e se encerrou em julho desse mesmo ano. Foram 29 idas “oficiais” ao HRC e três idas exploratórias, que aconteceram antes da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Durante o trabalho de campo entrevistei duas enfermeiras, três técnicas em enfermagem e cinco médicas (três mulheres e dois homens). As entrevistas foram gravadas, porém metade das entrevistas, por terem sido feitas em lugares muito barulhentos, não puderam ter suas gravações transcritas. Nessas ocasiões, no momento da entrevista, percebendo que a gravação não ficaria muito boa, eu tomava mais notas enquanto a pessoa entrevistada falava e quando chegava em casa fazia um diário de campo mais detalhado, que incluía tudo o que eu podia me lembrar da conversa consultando as notas e a minha memória. Assim, o gravador não se tornou uma ferramenta de registro das entrevistas em que eu depositava toda a minha confiança. Durante o trabalho de campo fiz uso intensivo de anotações, que eram depois passadas a limpo para meus diários de campo. Além disso, alguns de meus diários de campo que eu escolhia foram lidos – com os devidos cuidados éticos de salvaguardar as pessoas envolvidas na pesquisa – por um grupo de orientação de estudantes de graduação e pela minha orientadora. Os comentários que eu recebi me ajudaram a criar novas perguntas e buscar diferentes estratégias de aproximação com o campo. Também a oportunidade que tive nesse grupo, de ler diários de campo de outras estudantes, me mostrou outros estilos e possibilidades de escrita.

A observação da dinâmica de atendimento do hospital foi uma parte importantíssima de minha pesquisa, para captar sentidos que estão além do discurso, para ver situações que, por serem naturalizadas pelas pessoas presentes no hospital, escapam da fala e para ouvir coisas que eu não imaginava e por isso não poderia perguntar. As conversas informais com pacientes nos bancos de espera e com funcionárias do HRC não eram direcionadas e por isso podiam me mostrar novas questões. Explico o que quero dizer com conversas “pouco direcionadas”. As entrevistas formais foram conduzidas por um roteiro de perguntas, preparado um mês

depois de ter iniciado meu trabalho de campo no HRC. Assim, pude conhecer melhor o ambiente de pesquisa antes de direcionar questões mais específicas para as entrevistas. O direcionamento do meu roteiro também foi importante nos momentos de entrevista, mas as minhas perguntas e comentários não se restringiam ao roteiro, algumas questões surgiam com o decorrer da fala das pessoas entrevistadas. Para todas essas entrevistas, eu apliquei o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), de acordo com as exigências do CEP. Nenhuma das pessoas que eu entrevistei pareceu ter problemas com o termo, mas deve-se notar que os cuidados éticos da pesquisa não se iniciam nem se encerram com ele.

Todas essas foram ferramentas muito úteis para pensar melhor o campo, depois de terminar as minhas visitas, já em um processo mais reflexivo dos acontecimentos.

Capítulo 1 - O trabalho de campo no Hospital Regional de Ceilândia

O Hospital Regional de Ceilândia fica localizado na Avenida Hélio Prates, uma das principais avenidas da Ceilândia, uma cidade que fica a aproximadamente 36 quilômetros do Plano Piloto de Brasília, no Distrito Federal. A cidade constitui hoje uma Região Administrativa criada em 1971 como parte da política excludente da população “invasora” de Brasília – pessoas que chegaram à cidade sem auxílio do Estado (RESENDE, 1998). A Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios 2010/2011 (CODEPLAN, 2011) indica que na Ceilândia vivem 398.374 habitantes, a região administrativa com a maior população do DF.

1 Visitando o HRC

Chegando ao HRC, de carro, de ônibus ou de metrô, é possível reparar nas diversas clínicas médicas particulares instaladas nos prédios comerciais em frente ao HRC e lojas de óculos e de enxovais “mamãe e bebê”. Seguindo a quadra comercial é possível contar pelo menos cinco funerárias e uma igreja evangélica. Esse esquema comercial parece estar altamente vinculado à existência de um grande hospital na região. Os trabalhos de Diogo Pereira (2008), que trata de itinerários terapêuticos entre pacientes do Hospital de Base do Distrito Federal, e o de Alice Cidade (2010), que trata da experiência de pacientes com câncer de mama no próprio HRC, mencionam a grande frequência com que pacientes de hospitais públicos recorrem aos serviços particulares de saúde – especialmente em caso de realização de exames – como alternativa às longas filas de espera da rede pública de saúde e até mesmo para realizar exames que não estão disponíveis nos hospitais públicos de possível acesso.

Quem avista o HRC apenas de frente não se dá conta de seu tamanho, pois sua construção se estende horizontalmente pelos fundos do terreno, contando com pisos adicionais construídos para baixo por causa do declive sobre o qual foi construído. Pode-se entrar no hospital por lugares diferentes, pois o setor de ambulatórios possui

uma entrada própria, assim como os prontos-socorros, que possuem uma entrada para cada especialidade: clínica médica, cirurgia, ginecologia e obstetrícia, ortopedia e pediatria. Cada entrada conta com uma equipe de segurança, que varia em número de funcionárias¹⁰. Na entrada principal geralmente ficam duas vigilantes guardando a portaria. Elas costumam abordar as pessoas que querem entrar e não possuem “identificação” (como, por exemplo, um crachá, jaleco ou maleta de medicamentos). Por essa entrada principal, podemos acessar todas as áreas do hospital. Se entrarmos por aí e seguirmos pelo corredor principal, logo à esquerda vemos o corredor da diretoria e outros setores administrativos do hospital como a chefia da enfermagem, a Direção Administrativa (DAM) e o Núcleo de Ensino e Pesquisa em Saúde (NEPS), e em seguida a esse corredor está a porta do Serviço de Assistência Social. Se nos voltamos à direita, é possível ver o corredor do atendimento ambulatorial, o corredor da cirurgia, onde existem várias pessoas em macas enfileiradas ao longo do corredor, e logo depois a porta de entrada ao Centro de Terapia Intensiva (CTI).

A seguir, irei detalhar dois espaços que ganharam importância para a presente pesquisa. Esses espaços, por estarem destinados ao atendimento ginecológico e por neles ter encontrado algumas pessoas abertas a minha presença e dispostas a conversar, se tornaram o espaço que eu passei a frequentar naquele início de 2012. Assim, apresentarei os espaços do Pronto Socorro da Ginecologia e o Ambulatório da Ginecologia e Obstetrícia.

Se continuarmos a caminhar pelo corredor principal, vemos à direita a Unidade Neo-natal e, então, o corredor que leva ao pronto-socorro da ginecologia ou “PS da Gineco”. Esse é um corredor comprido e estreito, onde é possível ver equipamentos obsoletos abandonados ao longo do caminho que estão esperando ser descartados. O PS da Gineco é um lugar bem espaçoso e aparenta ser bastante organizado. Há uma concentração de atividades no balcão principal, onde ficam o computador com os prontuários eletrônicos, a lista de chamada das pacientes que vão se registrando no guichê exterior da sala de matrícula e outras informações. Nesse balcão há um microfone, por onde uma funcionária, geralmente uma auxiliar de enfermagem¹¹,

¹⁰ Essa equipe possui uma quantidade parecida de funcionários homens e funcionárias mulheres.

¹¹ Na SES-DF não existe um quadro funcional para técnicas de enfermagem, por isso o nome do cargo é auxiliar de enfermagem, apesar de todas as profissionais que conheci que ocupam essa posição terem cursos técnicos de enfermagem e não de auxiliar.

chama as pacientes que estão na sala de espera seguindo a lista do computador. Atrás desse balcão ficam medicamentos e outros itens usados pelas enfermeiras e auxiliares de enfermagem, como seringas, gaze, álcool, etc. No espaço em frente ao balcão ficam bancos compridos de madeira laqueada branca para as pacientes se sentarem, a porta para a sala de espera, os dois consultórios comuns, um consultório relacionado ao ambulatório, para gestantes de gravidez de alto risco, a porta para a sala de espera, uma sala para as pacientes que estão tomando soro ou algum medicamento intravenoso, sala de exames, a área de internação (que não possui porta), o centro obstétrico (CO), a sala da chefia de enfermagem, a sala de apoio do pessoal da limpeza, as salas de repouso de médicas, médicos e da enfermagem, a cantina e uma sala onde as médicas do CO assistem à TV em seus intervalos. A entrada externa ao PS da Gineco dá direto para a sala de espera, onde as pacientes primeiro se dirigem para ter o atendimento de emergência. Essa sala possui um guichê de atendimento (ou “sala de matrícula”) que tem uma porta para funcionárias na parte interna do PS, um balcão das vigilantes ao lado da porta de entrada ao PS da Gineco e cerca de trinta cadeiras, onde as pacientes conversam entre si enquanto não são chamadas pelo sistema de áudio interno do setor. A primeira espera das pacientes ocorre nessa sala. Quando elas são chamadas para dentro do PS da Gineco, ainda precisam esperar para serem chamadas pela médica ou o médico.

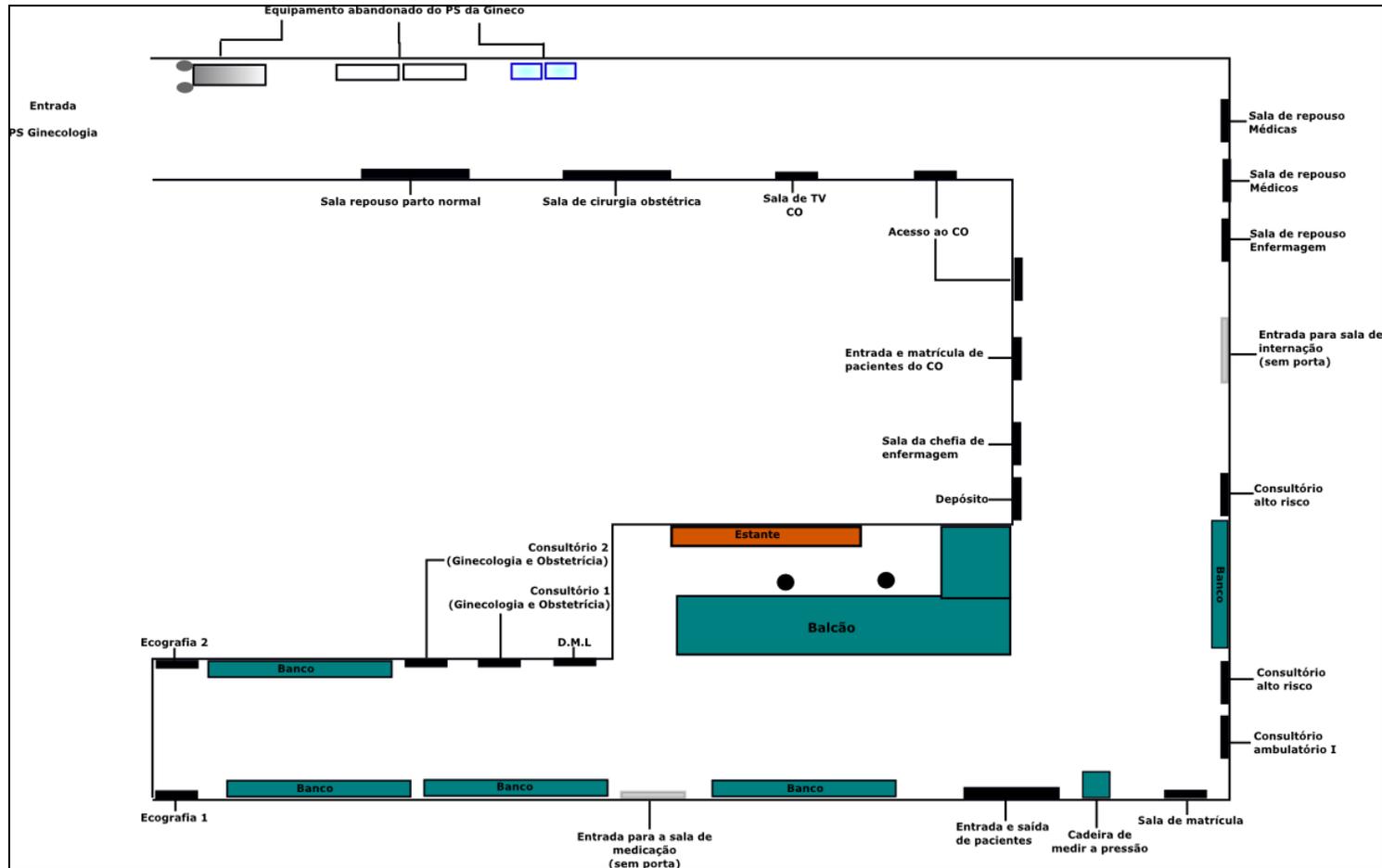
Quando uma paciente é chamada e entra no espaço interno do PS da Gineco, sua pressão é medida por uma auxiliar de enfermagem e então ela deve esperar até uma médica a chamar. Como infelizmente é de praxe em hospitais públicos, a espera é grande e muitas pacientes chegam cedo para serem atendidas, a não ser que esteja em uma situação considerada altamente emergencial. Ainda assim, chegar cedo nem sempre garante atendimento rápido. O pronto-socorro da ginecologia é agitado principalmente pela manhã e especialmente às segundas e terças-feiras, segundo algumas funcionárias por acumular pacientes que tiveram um problema e deixaram para ir ao hospital depois do fim de semana. Todos os dias da semana o PS da Gineco é bem esvaziado de pacientes após as 15h. Mesmo nos horários menos corridos, sempre há alguma paciente, e constantemente aparece uma mulher entrando em trabalho de parto ou com dores de contração.

Se voltamos ao corredor principal do HRC, podemos ter acesso ao corredor do

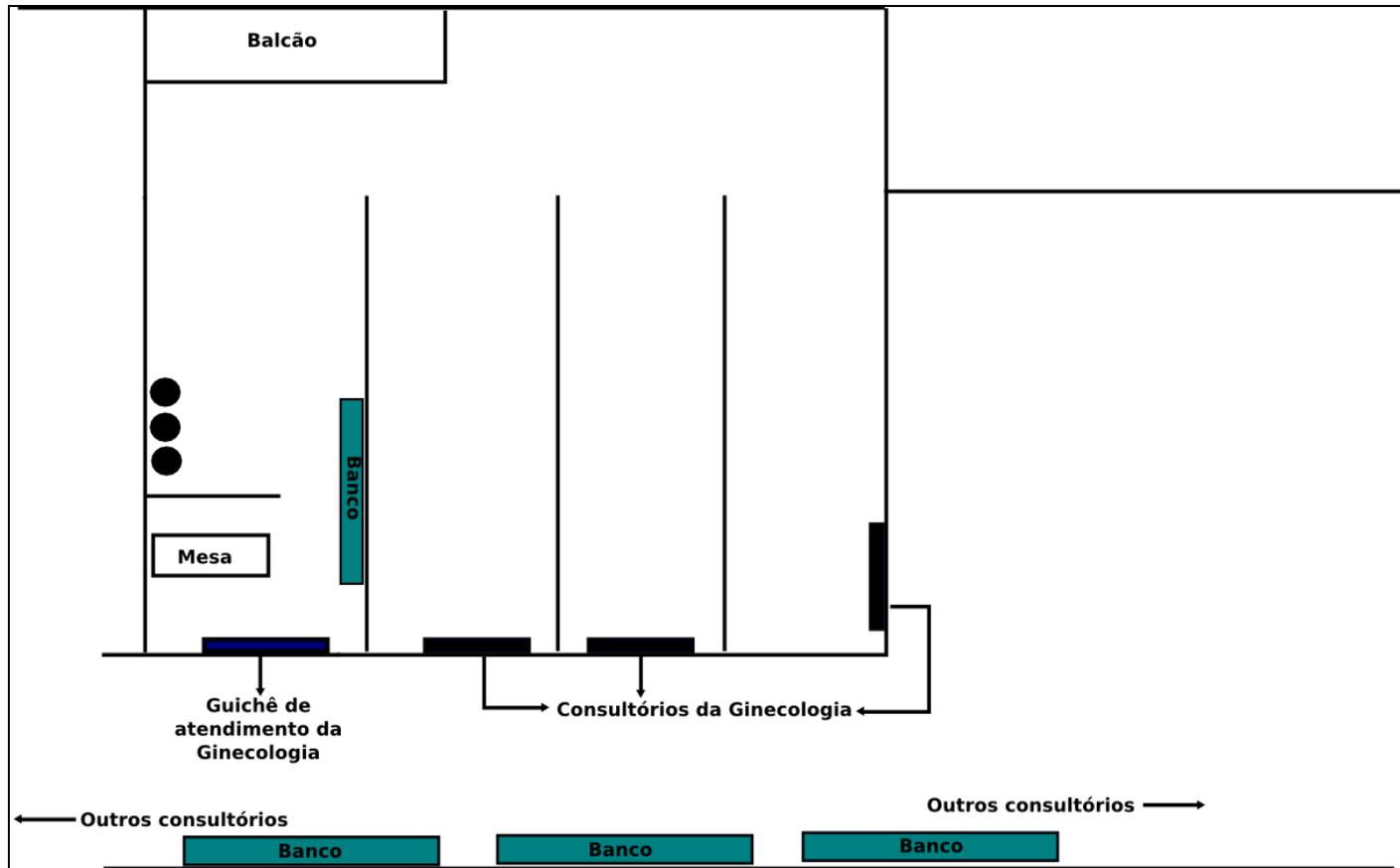
atendimento ambulatorial. É um corredor estreito, onde podem ser encontradas algumas macas com pacientes da internação esperando para ser atendidas em uma consulta ou exame. Em horários mais movimentados, os bancos que ficam ao longo do corredor ficam cheios e algumas pessoas esperam de pé. Mais ou menos no meio desse corredor fica o ambulatório da Ginecologia/Obstetrícia, que é constituído por três consultórios médicos e de um guichê de atendimento que dá acesso a um espaço de convivência das funcionárias, onde se encontra uma TV, e mais atrás ficam guardados os instrumentos médicos e a entrada interna para os consultórios. Por todo esse espaço que é ao mesmo tempo guichê, escritório e espaço para lanche e descanso nos intervalos, ficam vários arquivos de metal com prontuários das pacientes. A sensação que tive ao estar no ambulatório da ginecologia é de aperto. Há pouco espaço tanto no corredor de atendimento ambulatorial quanto no escritório e consultórios da ginecologia e, principalmente nestes, as pessoas precisam se espremer para passar entre as outras pessoas e os móveis. Só pude observar os consultórios quando a porta era aberta, já que era possível ver o movimento a partir das cadeiras de espera. Apesar disso, nas entrevistas com funcionárias e conversas informais com pacientes, pude confirmar que estes consultórios estão sempre “cheios”, pois além da médica e da paciente, médicas residentes, estagiárias e eventualmente auxiliares de enfermagem ocupam a sala que não é muito espaçosa. O atendimento do ambulatório da ginecologia funciona pela manhã e pela tarde, encerrando os atendimentos geralmente às 15h.

Para uma melhor visualização dos dois espaços, trago em seguida dois croquis elaborados em fase de campo com a planta e parte da mobília (representei apenas alguns móveis, como balcões e bancos, estando a maioria da mobília excluída) do PS da Gineco e do ambulatório da ginecologia.

PS da Gineco



Ambulatório da ginecologia



2 O atendimento no HRC

Nas minhas entrevistas incluí perguntas sobre a relação entre funcionárias e pacientes e o atendimento ginecológico no HRC para as pacientes em geral. As respostas são todas de auto-avaliação positiva: o problema, quando aparece, está nas colegas, nas pacientes, na Secretaria de Saúde ou nas precariedades físicas do hospital. O problema está sempre na “outra”. Diante da situação menos propícia a comunicar conflitos que é uma entrevista formal (ainda mais quando a entrevista é gravada), é importante contar com outras informações para entender os problemas, que são nesses discursos sempre originados “de fora”. A narrativa costuma ser, de início, dedicada a mostrar as situações como mais próximas do ideal. Mas, aos poucos e, sobretudo, em conversas mais informais foi possível conhecer opiniões um pouco mais críticas. Sem trazer ao meu trabalho uma superexposição dos fatores negativos e de pouca atenção às dificuldades de se trabalhar em uma instituição de saúde, uma ferramenta importante de compreensão do que se situa fora do ideal são os conflitos, observados nas conversas informais e nos acontecimentos que pude presenciar, no ambulatório da ginecologia e no PS da Gineco.

2.1 Os conflitos

Armelle Giglio-Jacquemot (2005), que pesquisou o setor de Emergência de um hospital na cidade de Marília (SP), nos fala sobre os conflitos causados por um descompasso entre as expectativas de “especialistas” – profissionais da saúde – e de “leigos” – pacientes – sobre a urgência e a emergência médica. Assim, ela nos presenteia com uma rica abordagem desses dois conceitos sob diferentes perspectivas. Os conflitos, muito presentes em minha pesquisa de campo, aqui serão importantes então para visualizar o atendimento no PS da Gineco e no ambulatório da ginecologia. Os conflitos relatados aqui não se restringem aos que ocorrem entre pacientes e profissionais, mas também entre profissionais de categorias diferentes.

As pacientes falam frequentemente da espera, da frieza (ou mesmo da

violência) do atendimento, da falta de privacidade nas consultas. As médicas, enfermeiras e auxiliares de enfermagem se queixam do “estresse” das pacientes, que descontam tudo nas servidoras, do mau uso dos serviços por parte das pacientes, da falta de pessoal, que é relacionada ao descaso da Secretaria de Saúde, da precariedade material.

No contato mais informal (em relação ao que tive com as profissionais) com as pacientes que frequentaram os dois espaços onde estive mais presente no HRC, pude perceber relações positivas entre profissionais da saúde e pacientes, mas também houve uma forte presença de conflitos. A espera que as pacientes enfrentam para serem atendidas é uma fonte de sofrimento e conflitos em relação às funcionárias. Principalmente em situações em que as pacientes sentiam dor a espera era mais conflitiva, o que era comum no PS da Gineco. Várias vezes uma paciente era chamada para dentro do pronto-socorro e ainda precisava esperar para ter sua pressão medida (as gestantes a partir do quinto mês de gravidez) e ser chamada pelo médico ou médica. Por isso comentários eram feitos entre as pacientes sobre sua situação, muitas vezes comigo, que frequentemente me sentava nesses bancos de segunda espera, e pedidos para serem logo atendidas eram feitos às auxiliares de enfermagem, geralmente com queixas de dor. A falta de socorro diante dessas queixas ou a rispidez das funcionárias causava frustração e mais reclamações.

Mesmo depois da espera as frustrações podem continuar, pois o atendimento algumas vezes é relatado como insatisfatório. Em uma situação no PS da Gineco, vi uma paciente ser chamada para o consultório por uma médica. Pouco depois que a paciente entrou na sala, a médica saiu e só voltou vinte minutos depois, situação que vi ocorrer algumas vezes nesse pronto-socorro. Quando a consulta acabou, a paciente saiu e voltou para o banco de espera, pois ainda precisava fazer um exame e conversou comigo e outra paciente que esperava. Ela disse que a médica foi rude com ela e que lhe disse “fala ligeiro que eu ainda tenho muita gente pra atender”. A outra paciente que também esperava relatou uma situação parecida. A solidariedade entre pacientes, ali nos bancos de espera, foi muito observada em minhas idas ao HRC.

No ambulatório da ginecologia não vi situações onde as pacientes sentiam muita dor, pois as consultas são marcadas com muita antecedência ou então a paciente está ali para um retorno de consulta, que às vezes acontece sem a necessidade de

marcação, mas para que assim aconteça, é necessária muita espera. Ainda que marcadas, as pacientes chegam muito cedo, em geral às sete da manhã, pois se o horário de expediente das médicas, auxiliares de enfermagem e enfermeiras se encerra, o atendimento acaba, mesmo que nem todas as pacientes tenham sido atendidas. E caso alguém que possuísse consulta marcada não aparecesse, era possível ter sua consulta adiantada. Além dessa espera e do atendimento dos médicos e médicas, as pacientes reclamam principalmente da ausência de pessoas no guichê de atendimento. Várias vezes eu via pessoas chamarem na frente da porta à procura de informações e não conseguirem resposta. Como comentado no capítulo anterior, isso aconteceu inclusive comigo e se encerrou quando aprendi que poderia entrar na sala sem perguntar ou pedir licença.

Ao conversar com as funcionárias e ao observar suas rotinas de trabalho, percebi que não é possível apenas taxá-las de “más” ou falar que agiam de má vontade ao tratar das pacientes. Não podemos ignorar a posição de poder que uma profissão da saúde dá aos profissionais, que podem, sim, exercê-lo de maneira injusta ou violenta, mas é possível ver empatia das funcionárias em relação às pacientes. E as condições precárias de trabalho e a falta de pessoal no hospital estão por trás de várias atitudes que acabam por ser personalizadas por problemas de certas funcionárias. Alguns conflitos mostram uma maior complexidade dos problemas:

Pela manhã, depois de passar rapidamente no PS da Gineco para falar com Cláudia, eu fui ao ambulatório da ginecologia. Esperava a oportunidade de fazer uma última entrevista antes de encerrar a fase de campo. Fátima se sentou ao meu lado, parecia nervosa e mandava mensagens de celular para saber o que fazer com as pacientes da Dra. Helena e do Dr. Narciso. Ela começou a comentar com Renata (outra funcionária do ambulatório, que eu ainda não conhecia) que a Dra. Helena não havia aparecido e não avisou ao pessoal do ambulatório da ginecologia antes. Fátima disse que a Dra. Helena tirou um dia de abono e avisou apenas a médica chefe da ginecologia no hospital, não avisando as funcionárias do ambulatório. O Dr. Narciso também não poderia atender como a Dra. Helena, mas estava no hospital, assistindo outro médico em uma cirurgia, e Fátima descobriu o motivo de sua ausência pouco depois de minha chegada, por uma funcionária de outra área do hospital. Por essa falta de avisos internos à equipe, ela não pôde desmarcar as consultas do dia. Fátima e Renata reclamavam do que teriam que ouvir, que as pacientes ficam xingando e falando que elas ficam lá dentro (no guichê de atendimento) “sem fazer nada”. Fátima

continuou a queixa e disse: “[As pacientes] nem sabem que aqui dentro a gente fica com o estômago remoendo, só a bile!”. Fátima contou que as pacientes chegam às sete, no máximo oito horas da manhã, olhou para o relógio e disse: “Vinte para as dez! Elas vão ficar furiosas”. Fátima saiu para fumar e conversei com Renata, que disse que é “muita sacanagem” dos médicos nem ao menos avisarem quando não puderem comparecer. Perguntei se elas teriam que remarcar as pacientes e a Renata disse que não tinha como, porque não havia mais vagas por um bom tempo. Quando Fátima voltou, disse às outras funcionárias que não queria mandar embora as pacientes sem ter ordens da chefe. Carolina (auxiliar de enfermagem, negra, que estava em seu primeiro dia de trabalho nesse setor) e Renata disseram que elas já teriam mandado as pacientes embora no lugar da Fátima, porque quanto mais demora pior. Carolina reclamava do fato de não serem os médicos os que precisam “mostrar as caras” e dizer para as pacientes voltarem pra casa. Ela via essa situação como muito desgastante porque as pacientes “descontariam tudo” nelas. Apesar disso, logo ouvi as três comentando que as pacientes têm razão de ficar bravas pela situação de se locomover até o hospital, esperar muito e sair sem a consulta. A chefe da ginecologia ligou para Fátima confirmando que as consultas deveriam ser canceladas. Carolina, Renata e Fátima juntaram todos os prontuários, que deveriam ser devolvidos às pacientes, e se prepararam para dar a notícia. Carolina, percebendo o nervosismo de Fátima, disse para ela: “Pode deixar que eu faço isso, vai lá fumar, vai”. Fátima ouviu Carolina, pensou por alguns segundos e logo saiu à porta e começou a anunciar: “Pacientes do Dr. Narciso e também as pacientes da Dra. Helena, as consultas de hoje foram canceladas. Nós vamos chamar uma a uma para devolver os prontuários”. Ouvi um grande burburinho, várias pacientes reclamando, e uma paciente disse: “O que eu vou fazer agora? Eu trabalho, tive que deixar de ir pra vir pra cá!”. As três funcionárias ficaram uns 20 minutos conversando com as pacientes e devolvendo os prontuários (Diário de campo, 25/07/12).

Apesar do confronto direto ocorrer aqui entre pacientes e as funcionárias auxiliares de enfermagem do ambulatório da ginecologia, é nítido o conflito entre essas funcionárias e as médicas e médicos. Houve outras situações em que auxiliares de enfermagem se queixaram de comportamentos de médicos e médicas. Cláudia, auxiliar de enfermagem do PS da Gineco, branca, se queixou para mim em sua entrevista que, para as pacientes, “é tudo culpa do auxiliar, que é quem está na linha de frente com elas [as pacientes]”. O distanciamento dos médicos e médicas em relação às pacientes parece proteger estas últimas dos conflitos em relação às outras profissionais do hospital. Esse distanciamento pode não acontecer apenas pela profissão médica, altamente prestigiada, mas também pela própria organização de espaço do HRC e pela

diferença de raça e classe entre médicas e pacientes, que apesar de existir, por exemplo, em relação às auxiliares de enfermagem, me pareceu ser menos acentuada entre estas últimas.

Um conflito desse tipo me foi visível quando Aurora, auxiliar de enfermagem, negra, saiu de um consultório esbravejando. Ela viu a minha expressão de curiosidade e me disse que “odeia médico preguiçoso”. Então ela me contou que uma paciente estava com uma cirurgia de laqueadura já marcada, mas o médico pediu para que ela fosse até o seu Centro de Saúde para que o médico da paciente verificasse a necessidade da cirurgia e pediu para desmarcarmos o procedimento, esperando essa confirmação. Segundo Aurora, isso não era necessário, pois a cirurgia já estava marcada e ele próprio poderia fazer um exame, conversar com a paciente, em vez de “fazer a paciente andar de um lado para o outro”. Ela reclamou que o médico só fazia exceção para paciente “bonitinha”, que ele deveria trabalhar direito com todas as pacientes, e me disse que estava com muita raiva. Aurora disse que colocaria o médico para trabalhar e deixaria tudo marcado, para não ter como o médico deixar de atender essa paciente direito.

Quando perguntei para Daniela, auxiliar de enfermagem do PS da Gineco, negra, se ela achava que tinha uma boa relação com as pacientes do PS, ela me disse que é muito boa, que nunca houve uma sindicância contra ela, que ela nunca precisou ir para a delegacia como já viu acontecer com colegas, que nunca entrou em uma discussão. Ela me explicou que sindicância é um processo que pacientes fazem contra as funcionárias públicas e que isso acontece quando a funcionária é agredida verbalmente por uma paciente e dá prosseguimento à briga, discutindo com a paciente. Nesse relato de Daniela, as funcionárias apenas cometeriam o erro de não conseguir relevar os erros das pacientes, que já estão desde o princípio erradas. Ela fala como se as agressões pudessem partir inicialmente apenas de pacientes. Esse aspecto pode ser interpretado como uma tentativa de defender as colegas de maiores acusações. Mas, além disso, o primeiro fato apontado por uma funcionária para mostrar que a relação entre ela e as pacientes é considerada boa é a ausência de um processo contra ela por parte de pacientes. Isso nos faz perceber a presença constante de conflitos desse lugar.

Uma explicação para o problema do descompasso entre a demanda e a oferta

dos serviços de saúde do pronto-socorro de ginecologia dada por algumas funcionárias é o mau uso do serviço por pacientes com problemas que não teriam a urgência necessária para um atendimento de PS. Segundo elas, seriam problemas passíveis de resolução na atenção básica, isto é, nos centros de saúde. Um exemplo disso é a fala da entrevista de Daniela:

Luiza: Você acha que é mais difícil atender pacientes que estão com dor?

Daniela: Mais difícil? Não, não. Eu acho até, assim, eu digo, mais complicado você ter que fazer a medicação em uma que a gente vê que não tem nada. Existem *n* casos que às vezes vêm até aqui por causa de um atestado. E às vezes me atrapalha. Se, por exemplo, eu estou atendendo uma paciente aqui, você vê que ela não tá com dor, que ela não tá tendo nada, que ela veio aqui, que ela só quer um atestado na mão... Enquanto que tem a segunda depois dela que está ali se torcendo de dor, com sangramento e tudo enquanto eu ainda estou com ela que não tinha nada... Simplesmente veio com uma pequena dor, na barriga, no baixo ventre. E a gente sabe que por isso que tem casos que a gente ignora: "Isso aqui não é aqui, minha filha, esse caso seu é num centro de saúde". Então quer dizer, termina fazendo ali aquele tumulto. Enquanto eu poderia estar com uma que está bem pior. (Entrevista, 19/04/12).

Essa compreensão de Daniela não é isolada e esteve presente na fala de outras profissionais do HRC que conheci durante a pesquisa. O entendimento por parte de profissionais da saúde de que a demanda das pacientes é inadequada foi investigado na pesquisa de Giglio-Jacquemot (2005). Segundo ela a população é acusada por profissionais da saúde, autoridades sanitárias e pela mídia de ser responsável pela sobrecarga dos prontos-socorros, que tem a sua função desvirtuada com o mau uso de seus serviços (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005). A autora explica que "o povo" (designação feita por profissionais) tem suas próprias concepções de urgência, que são entendidas como ignorância pelas pessoas "peritas". Para Giglio-Jacquemot (2005), o que acontece é um descompasso entre especialistas (que possuem legitimidade institucional) e "leigos" (pacientes). Esse processo desemboca em tensões e conflitos entre profissionais de saúde e usuárias, em vez de deixarem essas esferas do contato interpessoal e alçarem esferas da gestão da saúde.

A presença de conflitos diversos, não apenas entre pacientes e profissionais, mostra que existem relações de conflito diversas. A diferença de poder entre as profissões cria privilégios que são questionados pelas funcionárias que não os

possuem. A polarização entre pacientes e profissionais da saúde nem sempre é útil para a reflexão, pois pode esconder outras dinâmicas de poder.

2.2 (Falta de) Privacidade nas consultas

Durante meu trabalho de campo, algo que me chamou a atenção no atendimento ginecológico ali do HRC foi a variedade de situações em que as pacientes foram expostas. Por exemplo, vi médicas deixarem o consultório com uma paciente lá dentro e a porta ter ficado aberta. Notei que médicas e outras profissionais entravam e saíam dos consultórios de colegas sem bater na porta (deixando, em seguida, a porta aberta). A sala de internação do PS da Gineco não possuía porta, deixando as pacientes totalmente expostas a quem passava pelos corredores. E, no caso do ambulatório da ginecologia, a grande quantidade de pessoas dentro de um mesmo consultório era costumeiro. Um trecho do meu diário de campo que exemplifica um caso desses:

Em uma tarde pouco movimentada no PS da Gineco eu estava sentada no banco de pacientes logo em frente às portas dos consultórios para observar um pouco a dinâmica entre funcionárias e pacientes. Um tempo depois um homem branco que parecia ser médico (logo confirmei a suspeita, ele é o Dr. Mateus.), mas que não usava um jaleco, entrava na área do PS conversando com um vigilante. Esse médico falou algo como “vou buscar os meus exames” e foi entrando na sala em que uma paciente estava sozinha esperando a médica sem nem bater na porta, nem avisar nem nada. E o vigia foi conversando com ele e entrou junto com ele no consultório. Então eu vi a Daniela comentando com a Edite, “Chato esse vigilante”. Ela viu que eu observava a conversa e me disse que ele (o vigilante) fala umas “coisas feias pra a gente” e comentou que “respeito é bom!”. Esse médico saiu junto do vigilante e foi para o outro consultório, também sem bater (e nesse consultório a Dra. Verônica estava atendendo uma paciente), mas o vigilante foi para a porta que dá para a sala exterior do PS. Depois esse médico foi embora, sem falar com nenhuma funcionária (Diário de campo, 10/04/12).

Essa situação me chamou muito a atenção no dia em que aconteceu, mas com o tempo percebi que era considerada normal pelas funcionárias do hospital (o que não me deixou de causar estranhamento). Pelos comentários que ouvia das pacientes, apesar de ser comum, não deixava de ser um incômodo também para elas, pois existiam, sim, reclamações a respeito. A quantidade de estagiárias e residentes nos consultórios também era um aspecto que comprometia a privacidade de atendimento,

como pode ser visto nesse trecho do diário de uma visita matinal ao PS da Gineco, dedicada a conhecer melhor as funcionárias dessa área, ainda no início de minha pesquisa:

Sentei-me no banco em frente ao balcão, porque os bancos próximos aos consultórios estavam lotados. Logo que me sento, ouço uma mulher falando – uma paciente que no dia anterior estava com dores fortes de contração e agora estava vestindo um avental de internação. Ela falava com outras pacientes que também usavam avental e esperavam com ela perto da sala de ecografia (eram umas quatro mulheres) e disse indignada: “A gente não é obrigada a servir de cobaia!”. E depois perguntou para uma delas: “Você gostaria de ser atendida por um estudante? Se você não quiser, não precisa. Um dia fui atendida e o médico botava todos os estudantes pra vir ficar botando o dedo em mim, pra ensinar pra eles. Eu falei: ‘Pode parar!’” (Diário de campo, 14/03/12).

Essa paciente estava nitidamente enraivecida pela situação de “cobaia” em que ela e suas colegas foram colocadas em relação às estagiárias do hospital. Esse tipo de situação também é mencionada na monografia da Alice Cidade (2010), que em sua pesquisa visitou o mesmo ambulatório de ginecologia que eu frequentei durante meu trabalho de campo. Cidade conta que uma das pacientes que foi perguntada sobre a presença de estagiárias e residentes informou que uma das vezes em que foi se consultar, em uma situação de exame, quatro pessoas pegaram em seus seios, que ficaram doloridos no dia seguinte (idem, p.26).

Vera é auxiliar de enfermagem, branca, e, entre outras funções, trabalha com atendimento de pacientes no guichê, marcações de consultas e organização dos prontuários no ambulatório da ginecologia, assim como Fátima e Aurora (cada uma em seu turno). Eu tive a oportunidade de entrevistar Vera, que mostrou uma visão muito crítica do hospital e teve opiniões divergentes em relação às outras funcionárias com quem pude conversar. Em um momento de sua entrevista, em que falávamos sobre as pacientes contarem ou não a sua orientação sexual nas consultas médicas, Vera me falou que a presença de muitas médicas residentes e estagiárias dentro dos consultórios poderia dificultar a revelação da sexualidade de pacientes lésbicas. Quando perguntei o porquê, ela me disse que para quase todas as pacientes esse excesso de pessoas na sala já é um grande incômodo, ainda mais nos exames. Por isso,

ela pensa que para algumas pacientes lésbicas essa situação incômoda faria com que a conversa sobre sexualidade fosse ainda mais difícil.

Além de prestar atenção às falas de funcionárias sobre atendimento ginecológico, outras coisas entraram nas reflexões que possibilitaram o meu trabalho. Nesse capítulo, tentei oferecer uma mirada panorâmica sobre o atendimento nesses dois locais do hospital: PS da Gineco e o ambulatório da ginecologia. Com essa apresentação do cenário de pesquisa, no capítulo seguinte entro na temática de minha pesquisa com um pouco mais de complexidade sobre o atendimento às mulheres lésbicas no HRC.

Capítulo 2 - Saúde e (in)diferença no atendimento ginecológico para lésbicas

1 O que outras pesquisas dizem sobre a saúde ginecológica das lésbicas

A existência de tratamentos inadequados, incompletos e discriminatórios dispensados às lésbicas devido a sua orientação sexual-afetiva em consultórios ginecológicos foi revelada em várias pesquisas, assim como o despreparo de profissionais da saúde para lidar com essas mulheres (BARBOSA & FACCHINNI, 2009; KNAUTH, 2009; PORTELLA & FERREIRA, 2009). Daniela Riva Knauth aponta para o fato de, depois de saber que a paciente é lésbica, “alguns médicos preferem ‘pular’ as questões sobre uso de preservativo” (2009, p. 58), afinal, segundo a fala de um médico por ela entrevistado, “A mulher falou que é homossexual, tu já não pensa mais em DST” (idem, p. 58).

Apesar dessa crença entre profissionais de saúde, lésbicas não estão imunes às DST. Pesquisas em saúde sobre transmissão de doenças em mulheres que fazem sexo com mulheres (MSM), mostram que mesmo entre mulheres que não têm relações sexuais com homens há muito tempo ou que nunca as tiveram, existem casos de tricomoníase, clamídia, HPV e um índice alto de vaginoses bacterianas, com evidência de transmissão sexual dessas doenças (BAILEY et al, 2004; SKINNER et al, 1996; PINTO, 2004). Existem poucas informações sobre a transmissão do vírus HIV em relações sexuais entre mulheres, consideradas de baixo risco para a infecção desse vírus, mas existem pesquisas com estudos de caso que mostram que essa possibilidade deve ser considerada e que os casais lesbianos sorodiscordantes, em especial, devem receber recomendações sobre métodos de prevenção da transmissão do HIV (KWAKWA & GHOBRIAL, 2003). Nesse sentido é importante a afirmação da pesquisa de Ana Paula Portella e Verônica Ferreira, da ONG feminista SOS Corpo:

Para a maior parte dos/as profissionais, as lésbicas estariam menos expostas às DST, seja porque nas relações entre mulheres haveria menos troca de fluídos corporais ou porque as relações lésbicas seriam mais estáveis e monogâmicas. Estar menos exposta, porém, não significa estar

imune e, nesse sentido, as lésbicas se deparam com dois outros problemas importantes: a ausência de meios adequados de proteção e a menor procura por serviços de saúde. (PORTELLA & FERREIRA, 2009, p. 25)

As mulheres entrevistadas no trabalho de Portella e Ferreira (2009) e na pesquisa de Nádia Meinerz relatam sobre a falta de métodos adequados para a prevenção de DSTs e a dificuldade de acesso a alguns métodos específicos já existentes (MEINERZ, 2005; PORTELLA e FERREIRA, 2009), o que cria uma dificuldade especial sobre essa questão.

Existem questões específicas de saúde ginecológica das lésbicas que estão além da transmissão de DST/Aids. A representação e as experiências negativas em relação aos serviços de saúde, em especial na Ginecologia, afastam as lésbicas das consultas (PORTELLA e FERRERA, 2009; BARBOSA & FACCHINI, 2009; KNAUTH, 2009). Nessas pesquisas, é possível perceber que é muito comum entre as mulheres lésbicas o medo de procedimentos ginecológicos invasivos e o receio da discriminação por parte de profissionais da saúde. Em duas pesquisas (KNAUTH, 2009; PORTELLA e FERREIRA, 2009) diversas entrevistadas contam que sentiram muita dor durante o uso do espéculo, em especial as que não praticam a penetração. Nesses casos, a simples pergunta sobre as práticas sexuais poderia sugerir o uso do espéculo de virgem (KNAUTH, 2009; PORTELLA e FERREIRA, 2009), um equipamento o que pode melhorar as consultas médicas não apenas para lésbicas, mas também para outras mulheres que não praticam a penetração. É um exemplo o depoimento dado por uma das entrevistadas de Portella e Ferreira:

Penetração, nem mesmo com os dedos, daí a dificuldade com o espéculo. Os médicos não deviam usar, a gente tem o direito de recusar fazer esse exame ou fazer de outro jeito, sem espéculo. Ou com espéculo de virgem ou com um especial para lésbicas, que já existe e não machuca. É principalmente por isso que as lésbicas não vão pros serviços de saúde (PORTELLA e FERREIRA, 2009, p. 29).

Na mesma pesquisa existem dois relatos em que as entrevistadas sentiram que a ginecologista lhes infligiu propositalmente a dor, por terem revelado ser lésbicas, numa clara medida punitiva e lesbofóbica.

Vários depoimentos preocupantes sobre atendimentos médicos dispensados às

lésbicas estão presentes nas pesquisas. Os exemplos são diversos, como uma lésbica que revela que foi atendida de porta aberta no consultório ginecológico, quando via todas as pacientes anteriores sendo atendidas de porta fechada (KNAUTH, 2009), e outra lésbica que sofreu uma tentativa de abuso sexual (idem). Também de uma paciente que revelou sua lesbiandade à médica e esta última se assustou e não quis realizar o exame na paciente (PORTELLA e FERREIRA, 2009). Outra paciente, por ter revelado sua orientação afetivo-sexual, para conseguir um exame necessitou entrar em confronto com a ginecologista, que disse que não era necessário fazer-lhe o exame preventivo porque ela não possuía vida sexual ativa (idem).

Diante desse cenário, algumas afirmações da pesquisa de Nádia Meinerz (2009) se mostram pouco cuidadosas. Analisando o discurso de mulheres lésbicas, sobre a escolha de algumas de não revelarem sua sexualidade às médicas e aos médicos, Meinerz afirma: “Esses dados evidenciam que a atitude de algumas mulheres frente aos profissionais de saúde também contribui, de certa forma, para invisibilidade das relações homoeróticas” (2009, p. 3). Apontar para a contribuição das lésbicas para a invisibilidade de suas próprias relações ao não revelar sua orientação sexual sem mostrar que muitas vezes não contar é escolher se preservar de violências possíveis, além de deixar uma lacuna na compreensão do fenômeno, responsabiliza as mulheres lésbicas por sua invisibilidade sem levar em consideração o apagamento constante da existência lesbiana (RICH, 1986)¹².

Ao final de seu artigo, Meinerz faz a seguinte afirmação a respeito da pouca utilização de métodos preventivos de DSTs e da baixa frequência das lésbicas aos consultórios ginecológicos: “Dado o exposto acerca da preocupação das mulheres com a saúde sexual e reprodutiva, a despeito da relativa frequência ao ginecologista, sugiro que *predomina uma tendência à banalização das doenças sexualmente transmissíveis*” (2009, p. 5, grifo meu). Considerando a precariedade dos métodos preventivos apontada por suas entrevistadas e por outras pesquisas (KNAUTH, 2009; PORTELLA e FERREIRA, 2009) e os vários motivos já apresentados para a baixa frequência às consultas ginecológicas, falar de banalização parece simplificar essas questões. Esses fatores se somam à baixa divulgação de informações sobre métodos de prevenção de

¹² Questões relacionadas ao apagamento da existência lesbiana serão mais aprofundadas no próximo capítulo.

DST para mulheres que fazem sexo com mulheres, existindo apenas uma cartilha sobre saúde sexual voltada para lésbicas e mulheres bissexuais produzida pelo Estado brasileiro. Essa cartilha (BRASIL, 2007) possui informações muito superficiais sobre saúde, nenhuma apresentação de métodos preventivos de doenças sexualmente transmissíveis e tampouco ilustrações (RABELLO, 2012a; RABELLO, 2012b). Existem materiais mais completos, produzidos por ONGs, mas devido à falta de recursos, possuem baixa tiragem, ou seja, podem atingir apenas a um público limitado (idem).

2 Igualdade e (in)diferença no HRC

Durante o percurso de minha investigação dentro do HRC, a minha surpresa foi a homogeneidade das falas sobre o atendimento ideal de saúde em um hospital. Pareceu-me que na visão das funcionárias da Ginecologia do HRC, pelo menos no sentido de princípios, o atendimento realizado por elas é o ideal: “Aqui tratamos todas as mulheres da mesma forma”. Essa frase foi dita de várias maneiras e em alguns casos para invalidar a minha pesquisa como se ela fosse desnecessária, afinal, não existiria qualquer problema nesse sentido. Não haveria motivos para um atendimento “diferenciado” porque essa diferença não existe. De acordo com essas funcionárias na Ginecologia, todas as pacientes são tratadas como mulheres e isso é o suficiente para as lésbicas. A prevalência da ideia de um “atendimento universal” e da inexistência de uma discussão sobre medidas equitativas na saúde mostra que essa não é uma noção individual, ou seja, de certas funcionárias do HRC, mas que esses são provavelmente os moldes éticos do ensino de saúde.

Um exemplo importante é o trecho de transcrição de uma entrevista no PS/Gineco. Antes de entrarmos na sala da enfermagem para a entrevista, Rosa – enfermeira, branca – me diz que não concorda com o tema de minha pesquisa, então comecei perguntando sobre isso.

Luiza: Mas então o que você estava falando antes? Você acha que o tema não faz sentido pra você?

Rosa: Não é isso... A pesquisa pode ser feita, somos livres pra pesquisar o que queremos pesquisar. Não é isso. É que não existe diferenciação [...]. Assim, tem gente que chega aqui e a gente tem que lidar de uma maneira tal [...]. Ou seja, [...] são idosas com uma, algum problema de

idade ou algo que elas sentem uma prioridade. Ou paciente que tá com princípio de contrações, tá com sangramento forte. Então há uma prioridade [...]. O fato de ela ser branca, nova ou idosa não [tem prioridade para nós]. Entendeu? Não há prioridade de atendimento do caso.

Luiza: Sim. Mas essa pesquisa não é sobre prioridade, é sobre um atendimento que contemple diferenças que existam [...] em casos de orientação sobre modo de transmissão de DST ou por exemplo//¹³

Rosa: Eu, eu que trabalho aqui há muito tempo, eu desconheço diferenças no sentido fisiológico. *É funcional do organismo, ou seja, não existe essa diferenciação, é mulher e homem, certo?* Então tem anatomia, fisiologia normal. Agora, se psicologicamente existe essa diferenciação ela, para nós no sistema de saúde, ela não é tratada de forma diferente. Então a mulher chega aqui e ela é atendida como uma mulher. É a parte ginecológica que ela veio se consultar, ou veio examinar, ela é examinada, ela é vista, ela é atendida como uma mulher. Que é o nosso caso, que é um PS da ginecologia, né. Então especificamente... Então, não tem assim eu vou pesquisar "não, essa é lésbica, essa não é, essa é, essa não é, então ela vai ter um atendimento...". Não! Porque, na verdade, fisiologicamente ela é igual. A meu ver.

Luiza: Então você acha que não tem por que ter um atendimento diferenciado. Você já atendeu uma mulher lésbica aqui no Pronto-socorro?

Rosa: Provavelmente sim, provavelmente sim. E ela tem um comportamento idêntico ao da outra. Se ela não me disser que ela gosta, que a preferência dela é por mulher, se ela não me disser que ela é lésbica, dificilmente... *Ou às vezes até aparentemente você vai perceber*, mas dificilmente eu vou direcionar o atendimento porque ela é ou deixa de ser lésbica, entendeu? *Atendimento meu, precisa ser um atendimento universalizado*, precisa ser um atendimento que eu tenha... Eu vejo a paciente, com o problema que ela me traz. *A paciente... é a mesma coisa do negro e do branco, eu vou atender um paciente naquela queixa que ela me faz* (Entrevista, 11/04/12).

A diferença entre mulheres e homens é tida como certa porque existiriam diferenças fisiológicas, mas diferenças de raça e sexualidade parecem estar, nesse discurso, em outro plano, que não é alcançado pela saúde. Nem mesmo a existência de diferentes práticas sexuais, que seria algo mais “concreto”, justificaria uma ideia de diferença. Um exemplo disso é a resposta de Rosa – que foi muito parecida com a de duas outras funcionárias – sobre quais seriam os métodos de prevenção de DST que

¹³

A barra dupla no final de uma frase significa que essa fala foi interrompida pela fala seguinte.

mulheres que fazem sexo com mulheres poderiam utilizar: “Os mesmos que as outras mulheres usam!”. Essa resposta foi dada já com pouca paciência devido à minha insistência em perguntar sobre diferenças, quando ela falava sobre o que era “igual”. “Atendimento meu, precisa ser um atendimento universalizado”, Rosa disse, ou seja, a homogeneização do atendimento é um fator importante para ela e para outras funcionárias do HRC.

Mas o que é ser igual? E se a Ginecologia for fundada em uma noção de “mulher” que pressupõe a heterossexualidade, então isso significaria que, para ser igual, uma lésbica precisaria ter a sua sexualidade apagada? Existe uma ênfase na falta de diferença entre uma mulher heterossexual e uma mulher lésbica, como algumas falas que repetiam a ideia de que “qualquer mulher pode ser uma lésbica e a gente não sabe”. Apesar desse discurso que me pareceu estar em um plano mais ideal, ao longo das conversas me foram apontadas características que fariam ser possível a identificação de uma lésbica, como “as vestes” e “ela parecia um homem”¹⁴.

Para entender a questão da negação da existência de diferenças no atendimento em relação a sexualidade e raça, percebo o seguinte: nesses casos, um “tratamento diferenciado” é visto como discriminatório, entre enfermeiras, auxiliares de enfermagem e médicas. No caso das entrevistas formais, eu fazia essa pergunta de maneira que não parecesse acusatória, mas de uma forma mais aberta: “Como você acha que é um atendimento ginecológico para uma mulher lésbica ou bissexual? Você acha que deveria haver um atendimento específico para essas mulheres?”. Contudo, as respostas ainda assim enfatizavam que as lésbicas não eram discriminadas, que o atendimento era o mesmo. A única exceção foi Vera, auxiliar de enfermagem, negra, que falou que seria interessante se houvesse uma diferenciação no atendimento que levasse em conta a orientação sexual das pacientes. Ela também foi a única que disse ser possível existirem casos de discriminação de orientação sexual no hospital – apesar de não conhecer nenhum caso concreto – sendo, segundo ela, grande a possibilidade considerando a forte religiosidade das pessoas que trabalham no HRC, tema que será mais bem tratado abaixo.

Quando conheci o Pronto-Socorro da Ginecologia do HRC, em uma visita

¹⁴ A possibilidade de as funcionárias perceberem a existência lesbiana dentro do hospital e a heteronormatividade é uma discussão que será mais aprofundada no próximo capítulo.

exploratória, o médico João me apresentou Rosa, que já apareceu em minha escrita, e Daniela, auxiliar de enfermagem, negra, que nessa conversa inicial me falaram que “não tem nem como” existirem casos de discriminação lá, porque elas não veem diferenças nas mulheres durante o atendimento. Rosa ainda complementou dizendo que se existe preconceito é por causa “dos próprios homossexuais, porque eles mesmos não se aceitam, se discriminam”. Esse depoimento é parecido com os de médicas e médicos que Daniela Riva Knauth (2009) entrevistou, que jogam a discriminação para as próprias pessoas que sofrem com ela.

Como eu mencionei anteriormente, a diferença entre homens e mulheres é considerada natural dentro do hospital, como disse Rosa: “É homem e mulher, certo?” – diferença essa considerada legítima. Isso é o que justifica haver atendimentos diferentes e separados como, por exemplo, Urologia e Proctologia para os homens e Ginecologia para as mulheres. Outras diferenças também seriam justas, como a diferença etária, pois fariam possível a especialidade da Gerontologia e a da Pediatria. Sobre isso, é interessante a fala de Fernanda, branca, enfermeira-chefe do PS/Gineco:

Acho que a distinção que eles fazem aqui é excelente. Criança sendo atendida lá embaixo e emergência aqui, mulher sendo atendida aqui na parte ginecológica e adulto sendo atendido lá no pronto-socorro adulto. Porque no programa ginecológico tem mulher que já chega aqui quase sem roupa, porque o neném tá saindo e ela já não tá aguentando aquela dor. Então homem misturado aqui não ia combinar, né. Os homens aguardando atendimento e chegando as mulheres assim. A criança da mesma forma. Então assim, essa divisão que eles fizeram aqui eu achei muito interessante. Lá em Goiânia não existia isso. Então, aqui eu acho interessante. Criança lá, é uma outra entrada, uma outra sala pra fazer ficha, pronto-socorro da mulher é aqui, ginecológico e do adulto é de fora (Entrevista. 12/04/12).

Talvez seja importante considerar que raça e sexualidade possam ser temas “sensíveis” em que a reafirmação da igualdade seja acionada para se proteger e proteger o hospital de acusações de racismo e lesbo/homofobia.

3 Religiosidade no HRC e a questão da igualdade

Em sua entrevista, Cláudia, uma auxiliar de enfermagem branca, me respondeu a seguinte frase sobre a questão de diferenças nos atendimentos: “A gente está aqui para tratar. Pra mim não faz diferença, eu trato da mesma forma, a gente não pode julgar. Todo mundo tem pecado, até mesmo eu”. Nessa entrevista o discurso de tolerância é simultâneo à classificação da lesbiandade como pecado. O caso de Cláudia não é isolado considerando o que me foi apontado por Vera sobre a religiosidade das funcionárias do HRC e o que percebi em campo.

Além de a maioria das pessoas com quem conversei afirmar possuir afiliação com uma religião evangélica ou católica, um culto evangélico é realizado semanalmente na sala da ecografia do PS da Gineco para pacientes e funcionárias. Uma auxiliar de enfermagem, que é pastora evangélica, uma enfermeira e outra auxiliar de enfermagem organizam o culto. Fiquei sabendo da existência dessa atividade quando, no horário da tarde, que é menos movimentado, eu estava sentada nos bancos do PS da Gineco observando e vi uma movimentação das funcionárias para levar um dos banquinhos do PS para dentro da sala da ecografia. Depois, vi cinco gestantes internadas e quatro funcionárias entrando na mesma sala. Uma das funcionárias que se direcionava à sala da ecografia me perguntou: “Nós vamos fazer um culto na ecografia. Você quer participar?”. Eu agradei, mas disse que não participaria, não tinha vontade. Na saída passei pela porta da ecografia e, por causa dos biombos que tapavam a visão de toda a sala, vi apenas duas das pacientes sentadas ouvindo a auxiliar de enfermagem, agora pastora, falar. Além de atividade religiosa das próprias funcionárias do HRC, existem pessoas pertencentes a igrejas cristãs que vão ao hospital com finalidades missionárias, para conversar e distribuir panfletos. Eu costumava evitar as pessoas missionárias, apenas desviando do caminho delas, mas uma tarde eu caminhava no corredor dos ambulatorios com Fátima, quando ela parou para conversar com uma mulher testemunha de Jeová que distribuía panfletos religiosos. Senti-me um pouco coagida a aceitar um panfleto, que em sua capa trazia por cima de uma imagem de um céu cheio de nuvens a frase “Você gostaria de conhecer a VERDADE?”.

Penso que a facilidade da infiltração religiosa no HRC deve ser pensada não apenas como uma invasão do público pelo privado, dicotomia que é problematizada

ainda neste capítulo, mas como a hegemonia de religiões cristãs parece restringir o reconhecimento de diferenças, se impondo na condição de verdade tão facilmente que se torna natural fazer um culto dentro das instalações do hospital. Ao mesmo tempo, é difícil imaginar a possibilidade de um ritual de umbanda ou de candomblé ser realizado no mesmo local sem protestos da parte evangélica e católica da equipe do hospital.

Considerando a presença hegemônica de pessoas de religiões cristãs no HRC, penso que o ideal de igualdade de atendimento não está presente na formação das funcionárias apenas por parte da formação em saúde ou por um ideal de Estado, mas também pela noção cristã de igualdade e esse é o motivo desta discussão sobre a religiosidade cristã no hospital. O ideal de igualdade na cultura ocidental pode ser fortemente associado ao cristianismo e está necessariamente ligado à noção de “homem” como pessoa humana (CARONE, 1998). A utilização da palavra homem como sinônimo de humanidade é excludente da subjetividade das mulheres, as colocando em um segundo plano existencial em relação aos homens (BEAUVOIR, 1980). Essa noção também exclui desse plano animais-não-humanas da possibilidade de igualdade e é por essa via que o racismo contra pessoas negras é historicamente justificado: pela animalização (GUIMARÃES, 2002), especialmente pela animalização das mulheres negras (HOOKS, 1995; WALKER, 1987). Greta Gaard (1997) argumenta que através da associação com a animalidade que a cultura ocidental cria mecanismos de opressão contra mulheres, pessoas não-brancas, pessoas *queer*¹⁵ e dos próprios animais que estão em uma definição de sentido extremamente pejorativa nessa lógica. Podemos então pensar como o discurso da igualdade está sujeito à criação de existências marginais.

4 Equidade: a diferença dentro de uma perspectiva de saúde do Estado brasileiro

O compromisso do Estado brasileiro com o oferecimento de serviços públicos

¹⁵ Gaard (1997) trabalha com o termo *queer*, que possui uma grande amplitude ao se lidar com subjetividades fora da heteronormatividade. Wendy Lynne Lee e Laura Dow (2001) problematizam o fato de alguns usos do termo levarem à desconsideração de diferenças de experiências de grupos específicos (como lésbicas e pessoas trans) e a identificação automática com o masculino (homens gays) ao apagar essas especificidades.

de saúde foi firmado na Constituição de 1988. A saúde integra o Sistema de Seguridade Social, em conjunto com a Previdência e a Assistência Social, representando a responsabilidade do Estado com o bem estar da população (BRASIL, 2010a). Os três princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro são a universalidade, a integralidade e a equidade (BRASIL, 2010b).

É o princípio da equidade que justifica a criação de programas que tentam atender demandas específicas que partem principalmente de movimentos sociais, como é o caso do Programa Mais Saúde – Direito de Todos –, empreendido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2008). Esse programa apresenta metas para promover ações de enfrentamento a iniquidades e desigualdades em saúde, em grupos populacionais como pessoas negras, quilombolas, LGBT, população em situação de rua e outros. A criação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais é parte do compromisso do Ministério da Saúde com políticas voltadas para a equidade no SUS (BRASIL, 2010a).

Segundo as Ciências da Saúde e contemplando as definições do SUS, o conceito de equidade “sugere que pessoas diferentes deveriam ter acesso a recursos de saúde suficientes para suas necessidades de saúde” (LUCCHESI, 2009, p. 441). Essa pesquisa também aponta para o fato de diferenças se transformarem em iniquidades quando, por causa delas, os grupos que as possuem não terem acesso aos recursos de saúde de forma a contemplar as suas necessidades.

Apesar de existirem nos programas nacionais brasileiros metas para combater as iniquidades em saúde que incluem as mulheres lésbicas, existe pouca informação sobre a sexualidade de lésbicas, mulheres bissexuais e outras mulheres que fazem sexo com mulheres (MSM) nas cartilhas do governo. Como mencionado anteriormente, o único material existente que trata exclusivamente de mulheres que se relacionam com mulheres (BRASIL, 2007) possui informações por demais gerais sobre a saúde e muito pouco sobre saúde sexual e reprodutiva. Não há ilustrações ou informações mais completas e específicas, ou seja, ele não oferece informações suficientes para permitir o entendimento e uso prático das formas de prevenção de DST/Aids nas relações sexuais entre mulheres e outras questões sobre a saúde de lésbicas (RABELLO, 2012a; RABELLO, 2012b). Caso muito diferente é o do material oferecido à população heterossexual ou homossexual masculina, com ilustrações explicativas e diversas

informações a respeito do sexo seguro, o que sugere que não há muito espaço para informações sobre sexo não-falocentrado nas cartilhas governamentais (idem).

5 Políticas da Diferença

Tanto Donna Haraway (1995) quanto Iris Young (1990) expressam a impossibilidade da existência da imparcialidade. Essa impossibilidade obviamente não se dá apenas na construção da ciência, mas de várias maneiras nas esferas pública e privada, na micro e na macropolítica. O ideal de imparcialidade tem um papel muito importante dentro da esfera pública na construção de Estado democrático (YOUNG, 1990), onde a criação do SUS está localizada (FLEURY, 2008). Young critica a razão moral como definida no paradigma da justiça e dos direitos. Dentro desse paradigma a razão moral consiste em

Adotar um ponto de vista imparcial e impessoal, desvinculado de qualquer interesse particular em jogo, pesando todos os interesses igualmente e chegando a uma conclusão que esteja em conformidade com os princípios gerais de justiça e direitos, aplicados imparcialmente a cada caso (YOUNG, 1990, p. 96, tradução minha).

O argumento de Young é de que o ideal de imparcialidade na razão moral se baseia em uma lógica de identidade que tenta reduzir todas as diferenças à unidade. As particularidades que deveriam ser abstraídas de cada situação ainda operam, afinal a imparcialidade é um ideal impossível, as particularidades das afiliações pessoais não podem ser removidas. E esse ideal acaba criando uma dicotomia entre público e privado, universal e particular, razão e emoção. Além de impossível de ser atingida, é importante apontar que a imparcialidade possui funções ideológicas servindo a grupos dominantes, que ao definir sua própria universalidade, ganham o poder de justificar decisões hierárquicas que reforçam privilégios sociais (YOUNG, 1990).

O ideal de imparcialidade reprime diferenças¹⁶ reduzindo todas as subjetividades a uma só, o que cria uma margem enorme de subjetividades plurais que não podem estar visíveis no contexto moral das instituições, mas que nem por isso deixam de existir (idem). Young (1990) refuta o possível argumento em que, sendo a

¹⁶ É importante notar que, para Young (1990), a diferença não é uma alteridade absoluta e nem a total ausência de atributos compartilhados (p. 98).

imparcialidade impossível, o simples fato de a imparcialidade ser uma meta seria importante como dispositivo regulador de comportamentos extremamente imparciais e injustos. Para ela, o próprio comprometimento com o ideal da imparcialidade traz consequências ideológicas que apoiam comportamentos injustos. Young nomeia três funções ideológicas da imparcialidade: apoiar a ideia de um Estado neutro; legitimar a burocracia autoritária e o processo hierárquico de tomada de decisões; e, finalmente, estabelecer o ponto de vista de grupos privilegiados em uma posição universal, criando dessa maneira opressão social (1990). A crítica de Iris Young não é apenas uma desconstrução. Ela propõe que a busca por condições justas de direitos deve se dar em um contexto de heterogeneidade e de um discurso parcial (idem).

A busca pela afirmação da diferença também pode criar um medo do risco de, ao afirmá-la, dar espaço aos discursos opressores que se baseavam em diferenças biológicas e perder direitos já conquistados (YOUNG, 1990). Porém, Young (1990) afirma que se as políticas têm a intenção de serem neutras e ignoram diferenças, isso não significa que nas interações sociais as diferenças vão deixar de existir. A autora afirma que os movimentos sociais têm tratado as diferenças com positividade e conseguido se empoderar a partir delas, fora do velho sentido excludente da diferença (YOUNG, 1990).

O SUS foi uma grande conquista para os direitos à saúde no Brasil e a atenção às diferenças está presente em várias iniciativas a ele vinculadas, a exemplo da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (BRASIL, 2010c) e da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (BRASIL, 2010a). Sem considerar a relevância dessas iniciativas, é importante ter um olhar crítico sobre os limites de cumprimento prático da acessibilidade aos direitos de saúde que podem estar presentes dentro dos próprios ideais que estruturam o funcionalismo das instituições públicas.

Pensando nos discursos produzidos no HRC, penso que a imparcialidade descrita pelas funcionárias é, por elas mesmas, vista como uma impossibilidade de enxergar diferenças. Esse apagamento é compatível com vários problemas, apontados anteriormente pela bibliografia, que lésbicas enfrentam nos atendimentos ginecológicos resultantes de um tratamento que presume a heterossexualidade.

Capítulo 3 - A existência lesbiana no HRC

1 A heterossexualidade compulsória

Segundo Adrienne Rich (1986), heterossexualidade não é apenas uma preferência sexual entre tantas outras; ela é propagandeada, administrada, organizada, imposta e mantida a força. Por esse fator de obrigatoriedade ela fala sobre a heterossexualidade compulsória, termo que me auxilia em minhas análises nessa monografia. A heterossexualidade compulsória é uma instituição que visa garantir o acesso físico, econômico e emocional das mulheres para os homens (RICH, 1986). Uma maneira para que essa instituição funcione é a administração da sexualidade feminina, que não se dá apenas com a punição de comportamentos inadequados, mas também com a perpetuação de mitos e normas nas sociedades (idem). Para Rich (1986), essas normas são aceitas por causa do constante apagamento da existência de lésbicas dos registros históricos, e essa “inexistência” é contestada por ela com a exposição de vários achados históricos sobre comunidades de mulheres em lugares diferentes do mundo¹⁷. A ideologia do romance heterossexual é propagandeada para mulheres ocidentais desde a sua infância por meio dos contos de fada, do cinema, da televisão, da propaganda e da pompa dos casamentos tradicionais e, por isso, para Adrienne Rich é um grande salto dizer que a maioria das mulheres é “naturalmente” heterossexual (1986). O questionamento de Adrienne Rich do modo como uma sexualidade é tida como “natural” ou “mais correta” em relação às outras e da presunção da heterossexualidade nas mulheres é importante para ajudar no entendimento de questões levantadas em campo.

¹⁷ Essas comunidades fazem parte do que Rich chama de *continuum lésbico*. Para ela, a experiência de identificação entre mulheres não deve se restringir à experiência sexual genital, considerando outras formas de intensidades primárias entre mulheres parte desse *continuum*. A experiência sexual genital não está excluída de sua análise e faz parte da vivência das comunidades apontadas por ela, apesar de não ser totalizante. A rejeição à dependência de homens e ao contato obrigatório com eles é um dado “perigoso”, ocultado da história pelo medo masculino de essas ideias contaminarem outras mulheres (RICH, 1986).

2 A heterossexualidade como norma

Ao pesquisar o discurso médico argentino entre os anos 1936 e 1955 sobre as lésbicas, Karina Inés Ramacciotti e Adriana María Valobra (2008) discutem a força normativa das verdades da medicina e o lugar de poder que os médicos e médicas ocupam no sistema biomédico também nos dias de hoje. Elas também analisam o discurso dos médicos europeus que foram as principais referências para os médicos argentinos pesquisados¹⁸. Krafft-Ebing, um neuropsicólogo alemão, considerado um dos fundadores da psicopatologia sexual da modernidade, foi pioneiro ao descrever os “desvios” sexuais não como delito, mas como um transtorno sexual. Para ele, o “aberrante amor lésbico” era menos comum que o “homossexualismo masculino”, pois as mulheres eram naturalmente menos sexuais que os homens (RAMACCIOTTI e VALOBRA, 2008, p. 495-496). Segundo Ramacciotti e Valobra, esse autor considerava que as lésbicas possuíam uma perversão, entre outros motivos, por formarem casais estéreis.

O trabalho desse neuropsicólogo não está isolado e faz parte de um grande grupo de trabalhos científicos dedicados a estudar, classificar e patologizar tudo o que é desviante da estrita norma heterossexual. Esse artigo foi publicado no final do século XIX e suas ideias foram vigentes por pelo menos cinco décadas antes de serem refutadas (RAMACCIOTTI e VALOBRA, 2008). Só em 1990, mais de um século depois do trabalho de Krafft-Ebing, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou a despatologização da homossexualidade (TERTO JR., 2002). Ainda assim, as pesquisas de Daniela Riva Knauth (2009) e de Ana Paula Portella (2009) mostram várias falas de profissionais da saúde que colocam em um lugar de distúrbio aqueles comportamentos fora da heterossexualidade. É necessário considerar o que Iris Young (1990) nos fala sobre os julgamentos morais não deixarem de ser operantes, mesmo em instituições que tem a imparcialidade como ideal. Além disso, é possível relacionar a visão de profissionais da saúde sobre lesbiandade/homossexualidade com o que Knauth (2009) constata sobre diversos livros utilizados na formação de médicas. Segundo essa antropóloga, os manuais de medicina legal nacionais utilizados atualmente mantiveram noções relacionadas à homossexualidade desenvolvidas na primeira metade do século

¹⁸ Aqui eu escrevo no masculino, pois os médicos referidos no artigo são todos homens.

XX por estudiosos brasileiros. E ainda:

Soma-se a essa não atualização dos manuais de medicina legal, a não incorporação pela psiquiatria brasileira da trajetória de discussões teóricas sobre o conceito de homossexualidade, até sua abolição dos manuais diagnósticos internacionais. (...) Em virtude da forma como a homossexualidade foi abordada pela medicina no Brasil, observamos a constituição de uma lacuna no que diz respeito às referências conceituais para a formação dos médicos sobre a temática da homossexualidade. Os dados das entrevistas com médicos corroboram essa observação. A maior parte dos profissionais refere não ter estudado praticamente nada sobre sexualidade nem sobre homossexualidade durante a graduação em medicina (KNAUTH, 2009, p. 28).

Assim, é possível entender que existe uma série de fatores que contribuem para visões e práticas heteronormativas de médicos e médicas.

Ângela, uma médica obstetra do pronto-socorro de ginecologia do HRC, branca, me concedeu uma entrevista ao final de seu expediente. Quando perguntei como ela achava ser um atendimento ginecológico para as mulheres lésbicas, ela respondeu que é “o mesmo, que não haveria diferença, mas que às vezes deveria haver uma integração com o serviço de psicologia”, pois “essas pacientes passam por algum tipo de trauma para serem assim” e que “alguma coisa aconteceu” para elas serem lésbicas. Quando eu apontei para ela que a homossexualidade não é considerada uma doença há quase duas décadas, ela falou que, como médica, ela não se importa com a sexualidade da paciente, mas que seria bom encaminhar um acompanhamento psicológico, e repetiu que “alguma coisa aconteceu para elas serem assim”. Mais adiante nessa mesma entrevista, eu a questioneei sobre os métodos de prevenção de DST que poderiam ser utilizados em relações sexuais entre mulheres e ela respondeu: “Olha, são os cuidados básicos de higiene normais, mas na verdade sexo é o órgão peniano na vagina. As pessoas podem até brincar e para isso seriam necessários os cuidados de higiene, mas sexo, sexo mesmo é o pênis na vagina”. Ao final da entrevista perguntei se ela gostaria de acrescentar algo que não foi dito e ela desenvolveu melhor a ideia que ela mencionou de início:

A gente tem que ter uma visão mais geral do paciente, você me entende? Deveria ser investigado de onde veio essa sexualidade, porque é uma opção de vida onde ela vai ter muitos problemas e pensar no que vem junto com isso, porque se eu abro espaço pra isso, eu abro espaço pra tudo. Acho que a gente está tendo muita abertura na nossa

sociedade e daí que vem a promiscuidade, os problemas. Porque existe a diferenciação sexual. No banheiro não existe o feminino e o masculino? Olha, não é doença, mas eu acho que não é esse o caminho da nossa sociedade, os jovens não têm muita direção hoje em dia. Acho que os médicos, ainda mais os psicólogos, deveriam investigar isso mais a fundo, conversar com as pacientes. Porque às vezes pode ser resultado de abuso sexual, trauma, então seria necessário resolver o que pode ser um comportamento de fuga (Entrevista, 24/07/12).

Ao mesmo tempo em que a médica necessita afirmar que a lesbiandade não é doença – afinal esse é o discurso oficial e atual das organizações médicas e eu mesma trouxe essa questão –, o fato de ela achar que a lesbiandade da paciente pode ser fruto de um trauma mostra um olhar patologizante em relação às lésbicas. Resolver o que seria um comportamento de fuga é nesse caso devolver a heterossexualidade “natural” da paciente? Ou seja, seria curar uma sexualidade desviante? Além disso, Ângela menciona pela segunda vez na entrevista a questão da promiscuidade que anteriormente ela havia mencionado: “também precisa ter um acompanhamento mais de perto, porque a promiscuidade é forte nesses meios”. Se a definição de sexo é a penetração peniana na vagina, provavelmente para essa médica as lésbicas não fazem sexo. Além disso, a forma como o binarismo sexual dela se reflete em sua lesbofobia pode visto no curioso modo de a médica ter trazido a existência de banheiros femininos e masculinos como um regulador da diferenciação sexual.

Achei interessante trazer a questão da despatologização da homossexualidade que surgiu em outro momento de minha pesquisa de campo. Em uma das idas exploratórias ao HRC, ainda no início, expliquei o tema de minha pesquisa para Rosa, enfermeira, branca. Depois de falar que é raro ter pacientes lésbicas ali, ela me contou que “esse negócio de homem com homem, mulher com mulher é comum hoje em dia, mas não é normal”. Eu comentei que homossexualidade não é uma doença e ela disse que ela própria não considerava ser uma doença, mas que “normal não é”. Perguntei o motivo de ela pensar assim, ao que respondeu não ser normal porque “um casal de gays” não pode gerar filhos. Perguntei se os casais heterossexuais estéreis não seriam normais então e ela respondeu que estes poderiam utilizar inseminação artificial, fazer tratamento de fertilidade e outras tecnologias. Esse assunto foi dispersado por Rosa quando eu falei que lésbicas e gays também poderiam utilizar dessas mesmas

tecnologias se quisessem se reproduzir. Tanto no caso de Ângela quanto no de Rosa, a mudança de conceitos e normas das Ciências da Saúde parece apenas criar uma palavra que não pode ser dita: doença. Ainda assim o que é normal está bem estabelecido em relação à sexualidade e essa norma é a heterossexualidade. Esse pensamento pode facilmente abrir espaço para tratamentos indignos ou invisibilizadores de mulheres lésbicas, por exemplo, e não deve ser considerado uma simples “opinião pessoal”, sem o risco de se refletir no trabalho de uma pessoa, seja qual for a sua área de atuação dentro de uma instituição hospitalar.

3 A invisibilização da existência lesbiana

Lésbicas, pessoas trans, gays e outras pessoas que não cabem nas normas relativas a gênero e sexualidade sofrem opressões que muitas vezes se manifestam de maneiras violentas a partir de mecanismos de desumanização no mundo ocidental (GAARD, 1997). Apesar de pontos em comum e da importância que a soma de forças possui na conquista de movimentos civis, a experiência de homens gays, que compartilham a categoria homossexualidade junto com as lésbicas, apaga constantemente as especificidades da experiência lesbiana (RICH, 1986; LEE & DOW, 2001). E o uso do termo gay para se referir a lésbicas é um exemplo desse apagamento. Nas palavras de Adrienne Rich,

As lésbicas têm sido historicamente destituídas de sua existência política através de sua “inclusão” como versão feminina da homossexualidade masculina. Equacionar a existência lésbica com a homossexualidade masculina, por serem as duas estigmatizadas, é o mesmo que apagar a realidade feminina mais uma vez. (1986, p. 36)

Judith Butler (1991) afirma que enquanto os homens gays são sujeitos a uma constante proibição de sua sexualidade (cultural, civil ou religiosa, por exemplo), as lésbicas muitas vezes não são nem mesmo produzidas dentro desses discursos proibitivos. Para ela (BUTLER, 1991), a opressão não funciona através apenas de atos abertos de proibição, mas pela constituição de um domínio de sujeitos inviáveis, que não são nomeados e nem proibidos.

Assim, podemos refletir acerca da fala que ouvi por parte de três pessoas no HRC (uma auxiliar de enfermagem e dois médicos) sobre as lésbicas sofrerem menos preconceito que os gays. O médico, branco, Heitor explica que as lésbicas sofrem menos preconceito porque são “mais discretas” e por isso é mais difícil saber se elas são lésbicas ou não. Ele parece estar dizendo que os homens gays são mais facilmente detectados e por isso sofreriam mais preconceito, já uma mulher lésbica com uma aparência feminina mais normativa sofreria menos preconceito pela sua não- visibilidade como lésbica.

As pesquisas têm apontado para o fato de médicos e médicas pressuporem a heterossexualidade de suas pacientes (BARBOSA & FACCHINNI, 2009; KNAUTH, 2009; PORTELLA & FERREIRA, 2009). Essa pressuposição de heterossexualidade mostra como, dentro dos hospitais e consultórios médicos, a existência lesbiana é impossível até que alguém prove o contrário. É necessário questionar se essa heterossexualidade presumida se aplica a lésbicas que não possuem aparência e/ou comportamento compatível com a noção de feminilidade de quem as atende. A perturbação gerada pela palavra “lésbica” pode causar como reação a negação da existência lesbiana como tentativa de restabelecer a ordem, como nessa marcante situação que observei em campo:

Em uma manhã no HRC, eu aguardava Cláudia estar menos atarefada para fazer algumas perguntas sobre o funcionamento do PS/Gineco. Eu a esperava no banco de pacientes quando outra auxiliar de enfermagem, Lúcia, se dirigiu a mim sorridente. Ela me perguntou: “O que você está pesquisando?”. Eu respondi calmamente: “A assistência dada à saúde de mulheres lésbicas”. Assim que respondi ela mudou rapidamente a expressão de seu rosto. Parecia muito incomodada com a minha resposta. Então ela repetiu a mesma frase duas vezes: “Não tem essas coisas aqui não!”. Eu não soube o que falar no momento, mas logo ela falou: “Primeiro, você tem que apresentar essa pesquisa para a enfermeira”. Eu respondi, “Eu já apresentei”. Lúcia pareceu um pouco incrédula e me perguntou: “Mas com que enfermeira você falou?”. “Com a Fernanda”, eu disse. A minha resposta não pareceu conformá-la, mas ela começou a se afastar, dizendo “Não tem disso aqui, não!”, e olhava para Cláudia parecendo buscar cumplicidade. Antes que ela fosse perguntei o nome dela (eu ainda não sabia), para tentar falar algo que amenizasse a tensão que surgiu com o diálogo. Mas com essa pergunta, ela respondeu enraivecida “Eu não sou isso não!”, e terminou de se

afastar. Eu fiquei paralisada com a situação, com a reação ao tema de minha pesquisa. O fato de eu ter perguntado o nome dela pareceu para essa mulher uma verdadeira acusação de ser “isso”. (Diário de campo, 14/03/12)

Após essa situação, essa funcionária passou a agir como se ignorasse a minha presença no PS/Gineco. Todas as vezes que eu a encontrava pelos corredores ou no interior da clínica, ela desviava o olhar, conversava com as outras pessoas como se eu não estivesse ali, mudava visivelmente de expressão facial.

Apesar de a negação da existência lesbiana não ter acontecido outras vezes com a mesma ênfase do caso de Lúcia, em geral encontrei evasão e desconhecimento sobre a essa existência. Quando eu questionava as pessoas se já haviam atendido lésbicas, as respostas costumavam ser “Eu não sei”, e também passavam pelo “Acho que não”. No PS/Gineco, algumas pessoas com quem conversei se referiram a um mesmo caso que ali se apresentou algum tempo atrás. Foi-me contado que uma mulher passou por um estupro e foi internada nesse pronto-socorro. Durante sua estada, ela foi visitada por outra mulher que afirmou ser sua companheira. Rosa, Fernanda e Daniela, que me relataram esse caso em momentos diferentes, me contaram que se não houvesse a revelação da companheira, elas não saberiam que essa paciente era lésbica. É importante ressaltar que não existem perguntas voltadas para orientação sexual na anamnese do HRC. Ainda assim, considerando o grande volume de atendimento do PS/Gineco, me pareceu estranha a afirmação de que só se conhece um único caso de atendimento de uma lésbica naquele lugar.

Houve uma importante exceção na invisibilidade do atendimento de lésbicas no HRC. Heitor, médico do ambulatório da ginecologia, branco, me surpreendeu quando eu perguntei se ele já havia atendido alguma lésbica. Ele disse: “Sim, várias”. Havia se passado três meses em campo em que eu escutava respostas completamente opostas a essa. Ele disse que as pacientes contam pra ele que são lésbicas, ou que, pelo tipo de respostas dadas às perguntas durante a anamnese, como métodos de contracepção utilizados, ele percebia a possibilidade de a paciente ser lésbica. E, então, ele perguntava sobre sua orientação sexual. Quando eu contei que ele foi a primeira pessoa com quem eu havia conversado ali na clínica que havia dado esse tipo de resposta, ele disse ter uma “facilidade” com essas questões porque sua irmã é lésbica.

Ele me contou que admira muito a irmã e tem uma boa relação com as amigas e namoradas dela.

Heitor falou que não achava que as lésbicas teriam receio de falar sobre sua sexualidade nos consultórios médicos, pois possuem uma personalidade mais “forte” e são “mais seguras”. Quando eu perguntei se haveria a possibilidade de as lésbicas atendidas por ele acharem ter recebido um bom atendimento e por isso o recomendarem para as amigas, ele respondeu que sim. Nas questões relacionadas ao conhecimento de especificidades de saúde de mulheres lésbicas, ele não deu respostas muito diferentes das que deram outras pessoas entrevistadas e também não conhecia métodos de prevenção de DSTs para relações sexuais lesbianas, mas mostrou bastante interesse no assunto. Foi muito importante perceber nesse caso que o simples fato de conhecer de perto uma lésbica e da lesbiandade ser considerada por esse médico uma subjetividade aceitável e até mesmo positiva faz toda a diferença no momento em que, na contracorrente do hospital, ele percebe a existência de lésbicas nos consultórios em que ele trabalha.

4 Considerações Finais

O Hospital Regional da Ceilândia foi um local onde eu tive a oportunidade de conhecer pessoas muito interessantes, ampliar meus horizontes sobre o serviço institucional e crescer como pesquisadora. Vendo um pouco mais de perto o dia-a-dia de pessoas que trabalham com a saúde de outras pessoas, dificuldades que eu não imaginava aparecerem em meu campo de visão. Aprendi que a experiência de vida pode fazer com que uma pessoa tenha percepções sobre lesbiandade bem diferentes das de suas e seus colegas, como foi o caso de Heitor. Também descobri que a lesbofobia, mesmo em um discurso altamente idealizado, não deixa de ser perceptível. O incômodo que o meu tema trouxe a Lúcia, com a necessidade de negar a existência de lésbicas no seu ambiente de trabalho e também de negar qualquer proximidade com a lesbiandade, marcou a minha experiência de campo.

Ainda que o discurso oficial atual das ciências da saúde tenha despatologizado a homossexualidade, se a heterossexualidade é referência como parâmetro de normalidade para os profissionais de saúde, tratamentos indignos, comentários

constrangedores e a invisibilização de lésbicas dificilmente deixarão de acontecer dentro e fora das instituições de saúde. Além disso, a simples divisão hetero/homo representa um monismo sexual (GAARD, 1997) pouco produtivo, deixando escapar outras expressões e subjetividades que até hoje continuam sendo patologizadas. Não devemos desconsiderar o avanço que a despatologização oficial da homossexualidade representa, mas a mudança de normas – ainda mais dentro de um cenário que é muitas vezes contraditório com estas – não pode ser pensada como a única fonte de mudanças.

As políticas voltadas para o reconhecimento e o acolhimento de diferenças foram e são conquistadas por movimentos sociais e dificilmente poderiam existir sem os esforços das pessoas que não possuem o privilégio de ter a maioria das políticas efetivas do Estado voltadas para si. A existência de um Sistema Único de Saúde é uma grande conquista no Brasil e o discurso de igualdade foi provavelmente o único modo possível de se falar de justiça em uma linguagem de Estado ao longo da construção do SUS. Porém é necessário pensar nas dificuldades de saúde não apenas como problemas causados pelas situações distantes do ideal, mas que alguns problemas podem ser causados pelos próprios ideais. Daniela, auxiliar de enfermagem, negra, começou a me contar o que pensava sobre homossexualidade em geral, depois de me responder uma pergunta sobre como ela achava que era o tratamento dado a lésbicas no hospital. Ela já havia dito que esse tratamento era o mesmo daquele oferecido às outras pacientes. Uma parte de seu relato me chamou bastante a atenção:

A pessoa tem a escolha dela como eu tive a minha. Só que acho que pra tudo existe um respeito. Não é porque a pessoa é que ela tem que fazer algo de escândalo, pra se mostrar. Não! Age como um ser humano normal. Não vai agir como um ser humano normal? Por que tem que ser diferente? Não é? Eu acho que é a atitude da pessoa (Entrevista, 19/04/12).

Um ser “humano normal” teria que possuir um padrão de comportamento que foge ao “escândalo”, não pode existir diferença visível. É o que entra e o que escapa da noção de ser humano que me preocupa. Se não existe espaço para diferenças, é problemático pensar na “humanização do atendimento”, conceito muito presente em diferentes áreas das Ciências da Saúde (e.g. CASCATE e CORRÊA, 2005; DOS SANTOS SOUZA et al., 2005; WALLAU et al., 2006). E também é muito difícil pensar em

equidade, como preconizado como valor básico pelo SUS. Sobre o “ser humano” das políticas e práticas de humanização, podemos pensar no que nos diz a filósofa feminista Alice Gabriel, para quem “humano é uma etiqueta que se mantém às custas de exclusão de muitas coisas” (2009, p. 27). O pedido de tratamento digno para uma pessoa com base no fato de ela também ser humana parece ser baseado em uma empatia construída a partir de pontos em comum. Por que a solidariedade não poderia ser também construída a partir de diferenças? Levando essa crítica – que não é de modo algum nova – para outros lugares que não somente o sistema de saúde, são inspiradoras as palavras da negra lésbica feminista Audre Lorde:

A diferença não deve ser meramente tolerada, mas vista como um fundo de polaridades necessárias entre as quais a nossa criatividade possa brilhar como uma dialética. Apenas assim a necessidade por interdependência de forças diferentes, reconhecidas e igualadas, pode gerar o poder de procurar novas maneiras de ser no mundo, assim como a coragem e o amparo para agir onde não existem predefinições. (LORDE, 1984, p. 111, tradução minha)¹⁹

Espero que assim minha monografia tenha trazido um foco diverso ao tema, pensando não apenas no que deve ser igual, mas também nas possibilidades da diferença. No HRC, as subjetividades fora da heterossexualidade muitas vezes são apagadas com um discurso voltado para a imparcialidade. Ainda assim, a consciência da necessidade de contemplar diferenças, ou a consciência da diferença em si, trouxe vozes dissonantes no hospital, que foi o caso de Vera e Heitor. Assim, olhando para a positividade da experiência da diferença podemos pensar em outras formas de uma saúde mais justa.

¹⁹ No original: “Difference must be not merely tolerated, but seen as a fund of necessary polarities between which our creativity can spark like a dialectic. Only then does the necessity for interdependency of different strengths, acknowledged and equal, can the power to seek new ways of being in the world generate, as well as the courage and sustenance to act where there are no charters” (LORDE, 1984).

Referências bibliográficas

BAILEY, J. V. et al. Sexually transmitted infections in women who have sex with women. *Sex Transm Infect*, v. 80, n. 3, p. 244-246, 2004.

BARBOSA, Regina Maria; FACCHINI, Regina. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online]. Vol. 25, suppl. 2, p. s291-s300, 2009.

BEAUVOIR, Simone de. *O Segundo Sexo*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.

BRASIL. Ministério da Saúde. Chegou a Hora de Cuidar da Saúde – Um livreto especial para lésbicas e mulheres bissexuais. Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Mais Saúde: Direito de Todos: 2008-2011*. 2a ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT)*. Brasília, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas*. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. - Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010c.

_____. Ministério da Saúde. *Plataforma Brasil*. Disponível em: <<http://aplicacao.saude.gov.br/plataformabrasil/login.jsf>>. Acesso em: 10.nov.2012.

BUTLER, Judith. Decking out: Performing identities. In: FUSS, Diana (Ed.), *Inside/out: Lesbian theories, gay theories*. New York: Routledge, 1991, pp. 13-29.

CARONE, Iray. *Igualdade versus diferença: um tema do século*. In: AQUINO, Julio Groppa (org.). *Diferenças e preconceito: alternativas teóricas e práticas*. São Paulo: Summus, p.171-183, 1998.

CASCATE, Juliana Cristina; CORRÊA, Adriana Katia. *Humanização do Atendimento em Saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem*. In: *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2005, vol. 13, n. 1, pp. 105-111.

CIDADE, Alice. “Uma doença que todo mundo tem”: uma perspectiva antropológica sobre a experiência do câncer de mama no Hospital Regional da Ceilândia (DF). Monografia de Graduação. 2010. Universidade de Brasília. Departamento de Antropologia. 80 p.

CODEPLAN. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios 2010/2011 – Ceilândia. GDF: Brasília, 2011. disponível em <<http://www.codeplan.df.gov.br/images/CODEPLAN/PDF/Pesquisas%20Socioecon%20B4micas/PDAD/2011/PDAD%20Ceil%20A2ndia-2010-2011.pdf>> (último acesso em 20/02/13).

DALLERY, Arleen B. *A Política da Escrita do Corpo: Écriture Féminine*. In: JAGGAR, Alison M., BORDO, Suran R. (Eds). *Gênero, corpo, conhecimento*; tradução de Brítta Lemos de Freitas. - Rio de Janeiro: Record: Rosa dos Tempos, 1997.

DOS SANTOS SOUZA, Ana Paula Ferreira, et al. *A Humanização no Atendimento: interfaces entre psicologia da saúde e saúde coletiva*. Boletim da Saúde: Porto Alegre. Volume, 2005, 19.2.

FACCHINI, Regina. *Saúde das mulheres lésbicas - Dossiê - Promoção da equidade e da integralidade*. Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Reprodutivos. Belo Horizonte, 2006.

FLEURY, Sonia. *Reforma do Estado, Seguridade Social e Saúde no Brasil*. In: Matta, CORRÊA, Gustavo e LIMA, Júlio César França (orgs.). *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p.49-90, 2008.

FRYE, Marilyn. *The Politics of Reality: Essays in Feminist Theory*. Freedom, Calif.: Crossing Press, 1983. pp 74-152.

GAARD, Greta. *Toward a Queer Ecofeminism*. (1997). In: *Estudos Feministas*, Florianópolis, 19(1): 197-223, janeiro-abril/2011. Tradução de Sandra Michelli (Rumo ao ecofeminismo queer).

GABRIEL, Alice de Barros. *A casa da diferença: feminismo e diferença sexual na filosofia de Luce Irigaray*. 2009. 112 f. Dissertação (Mestrado em Filosofia)-Universidade de Brasília, Brasília, 2009.

GIGLIO-JACQUEMOT, Armelle. *Urgências e Emergências em Saúde: perspectivas de profissionais e usuários*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

GUIMARÃES, Antônio Sérgio Alfredo. *Classes, Raças e Democracia*. Rio de Janeiro: Editora 34, 2002.

HARAWAY, Donna. *Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial* [orig. *The science question in feminism*, *Feminist Studies*, v.14, n.3, 1988]. *Cadernos Pagu*, Campinas, n.5, p.7-42, 1995.

hooks, bell. *Intelectuais Negras*. In: *Revista Estudos Feministas*. IFCS/UFRJ & PPCCIS/UERJ. Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, p. 464-478, 1995. Tradução de Marcos Santarrita (Black Women Intellectuals).

KING, Ynestra. Curando as feridas: feminismo, ecologia e dualismo natureza/cultura. In: JAGGAR, Alison M.; BORDO, Susan R. (ed.) *Gênero, corpo, conhecimento*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997.

KNAUTH, Daniela Riva. As Faces da Homofobia no Campo da Saúde. Relatório Final de Pesquisa, 2009.

KWAKWA, Helena A.; GHOBRIAL, M. W. Female-to-female transmission of human immunodeficiency virus. *Clin Infect Dis*, v. 36, n. 3, p. e40-e41, 2003.

LEE, Wendy Lynne; & DOW, Laura, M. Queering Ecological Feminism: Erotophobia, Commodification, Art, and Lesbian Identity. *Ethics & Environment*, 6 (2), 2001.

LIMA, Raquel. Até onde funciona? Uma breve reflexão sobre a atuação dos comitês de ética em pesquisa no estudo antropológico em saúde. In: FLEISCHER, Soraya, SCHUCH, Patrice (orgs). *Ética e regulamentação na pesquisa antropológica*. Brasília: LetrasLivres: Editora Universidade de Brasília, 2010. pp. 159-170.

LORDE, Audre. The Master's Tools Will Never Dismantle the Maste's House. In: _____. *Sister Outsider: Essays and speeches*. Freedom: Crossing Press, 1984.

LORDE, Audre. *Zami: A New Spelling of My Name*. Nova Iorque: Crossing Press, 1982.

LUCCHESI, Patrícia T. R. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2003, vol.8, n.2, pp. 439-448.

LUGONES, María. Colonialidad y género. *Tabula Rasa*, Bogotá, n. 9, p. 73-101, jul. - dec., 2008.

MACHADO, Lia Zanotta. *Perspectivas em confronto: relações de gênero ou patriarcado contemporâneo?* In: *Série Antropológica*, n. 284, Brasília, p.2-19, 2000.

MEINERZ, Nádia E. *Método Cem por cento Garantido: Práticas de sexo seguro em relações homoeróticas entre mulheres de segmentos médios em Porto Alegre*. Boletim Eletrônico Ciudadania Sexual, America Latina, v. 16, p. 1-7, 2005.

PEREIRA, Diogo Neves. Itinerários Terapêuticos entre Pacientes do Hospital de Base (DF). Dissertação de Mestrado. 2008. Universidade de Brasília. Departamento de Antropologia. 203 p.

PINTO, Valdir Monteiro. Aspectos epidemiológicos das doenças sexualmente transmissíveis em mulheres que fazem sexo com mulheres. 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, USP.

PORTELLA, Ana Paula; FERREIRA, Verônica. Lésbicas, sexualidade e saúde: síntese dos resultados de Pesquisa Direitos Sexuais e Necessidades de Saúde de Lésbicas e Mulheres Bissexuais na percepção de profissionais de saúde e usuárias do SUS. Recife:

SOS Corpo, 2009.

RADICALESBIANS. The Woman-Identified Woman. (1970) In: KOEDT, Anne et alli. (eds). *Radical Feminism*. Nova Iorque: Quadrangle Books, 1973. Disponível em <http://library.duke.edu/rubenstein/scriptorium/wlm/womid/> (último acesso 11/01/2013).

RABELLO, Luiza Rocha. Impactos das Políticas Nacionais de Prevenção de Aids/DSTs em grupos de mulheres lésbicas e bissexuais. Trabalho de Iniciação Científica – Universidade de Brasília. Brasília, 2012a.

RABELLO, Luiza Rocha. La atención a la salud ginecológica de mujeres lesbianas un análisis del biopoder a partir de una apropiación feminista de Foucault. In: I Congresso de Estudios Poscoloniales y II Jornadas de Feminismo Poscolonial, 'Cruzando puentes: legados, genealogías y memorias poscoloniales' (Anais Eletrônicos), Buenos Aires, 2012b.

RAMACCIOTTI, Karina Inés; VALOBRA, Adriana María. *El campo médico argentino y su mirada al tribadismo, 1936-1955*. Revista Estudos Feministas [online]. 2008, vol.16, n.2, pp. 493-516.

RESENDE, Mara. Movimentos de moradores: a experiência dos inquilinos de Ceilândia. In: PAVIANI, Aldo (org.). *A conquista da cidade*. 2ª ed. – Brasília: Editora UnB, 1998.

RICH, Adrienne. *Compulsory Heterosexuality and Lesbian Existence*. (1986) In: Bagoas: revista de estudos gays. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. - V. 1, n. jul./dez. 2007)- . - Natal : EDUFRN, 2007. Tradução de Carlos Guilherme do Valle (Heterossexualidade compulsória e existência lésbica).

SEDGWICK, EVE. A Epistemologia do Armário. In: Cadernos Pagu (28), pp. 19-54, janeiro-junho de 2007.

SKINNER, C. J. et al. A case-controlled study of the sexual health needs of lesbians. *Genitourin Med*, v. 72, n. 4, p. 277-280, 1996.

TERTO JR., Veriano. *Homossexualidade e saúde: desafios para a terceira década de epidemia de HIV/AIDS*. IN: Horiz. antropol., Porto Alegre, v. 8, n. 17, Junho 2002.

ULMSCHNEIDER, Loretta. Bisexuality. (The Furies, 1973) In: MYRON, Nancy & BUNCH, Charlotte (eds). *Lesbianism And The Women's Movement*. Baltimore: Diana Press, 1975. pp 85-90.

VIEIRA, Fernanda Bittencourt. Desencontros e descaminhos de uma pesquisa sociológica em um hospital público. In: FLEISCHER, Soraya, SCHUCH, Patrice (orgs). *Ética e regulamentação na pesquisa antropológica*. Brasília: LetrasLivres: Editora Universidade de Brasília, 2010. pp. 127-140.

WALKER, Alice. Separando-se. In: Ninguém Segura Essa Mulher. Editora Marco Zero: Rio de Janeiro, 1987. pp. 49-62.

WALLAU, Rodrigo Ambros, et al. Qualidade e humanização do atendimento em medicina intensiva. Qual a visão dos familiares. *Rev Bras Ter Intensiva*, 2006, 18.1: 45-51.

WITTIG, Monique. *The Straight Mind and Other Essays*. Boston: Beacon Press, 1992.

YOUNG, Iris. *Justice and the Politics of Difference*. Princeton: New Jersey, 1990.