



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro de Educação e Humanidades

Instituto de Psicologia

Maria Cristina D'Almeida Marques

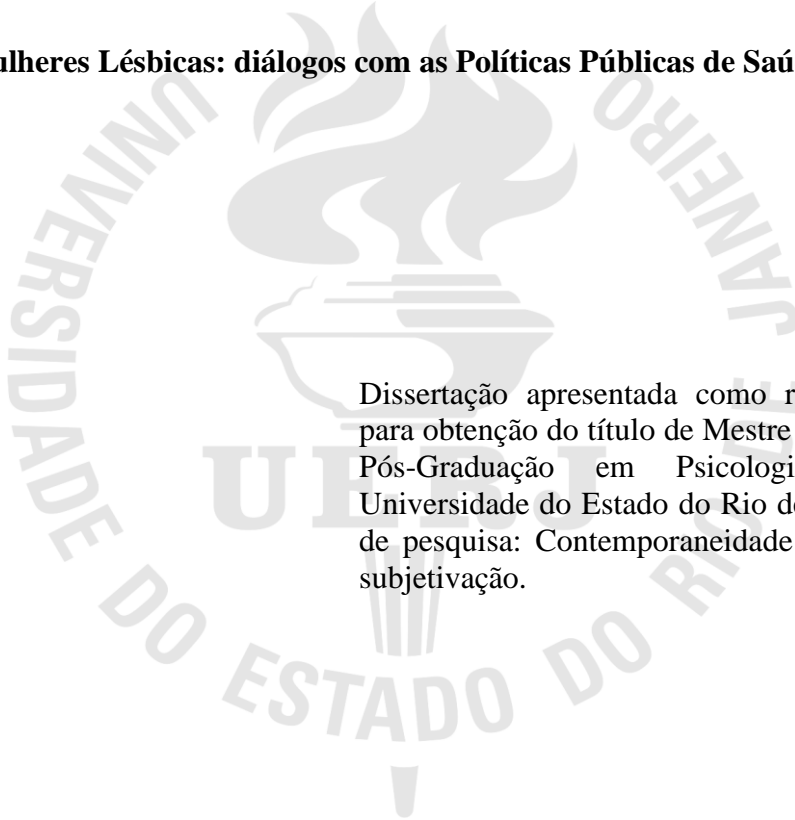
**Saúde das Mulheres Lésbicas: diálogos com as Políticas Públicas de Saúde  
da Mulher**

Rio de Janeiro

2020

Maria Cristina D´Almeida Marques

**Saúde das Mulheres Lésbicas: diálogos com as Políticas Públicas de Saúde da Mulher**



Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Linha de pesquisa: Contemporaneidade e processos de subjetivação.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Amana Rocha Mattos

Rio de Janeiro

2020

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CEH/A

M357 Marques, Maria Cristina D´Almeida.  
Saúde das Mulheres Lésbicas: Diálogos com as Políticas Públicas de Saúde da Mulher / Maria Cristina D´Almeida Marques. – 2020.  
118 f.

Orientadora: Amana Rocha Mattos.  
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia.

1. Psicologia Social – Teses. 2. Lésbicas – Teses. 3. Política de saúde – Teses. 4. Política pública – Teses. I. Mattos, Amana Rocha. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.

es CDU 316.6

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Maria Cristina D´Almeida Marques

**Saúde das Mulheres Lésbicas: diálogos com as Políticas Públicas de Saúde da Mulher**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Linha de pesquisa: Contemporaneidade e Processos de Subjetivação.

Aprovada em 30 de março de 2020.

Banca Examinadora:

---

Profª Drª Amana Rocha Mattos - Orientadora  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)

---

Profª Drª Patrícia Castro de Oliveira e Silva  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)

---

Profª Drª Jimena de Garay Hernández  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)

---

Profª Drª Cecília Teixeira Soares  
Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Rio de Janeiro

2020

## DEDICATÓRIA

“Por isso uma força me leva a cantar. Por isso essa força Estranha no ar... Por isso essa voz, essa voz Tamanha...”. Para minha mãe, Nair Ramalho Marques, porque sei que continua comigo. (*in memoriam*)

## AGRADECIMENTOS

Este é um momento de gratidão. E quero agradecer a todos que de alguma forma participaram, colaboraram, incentivaram, orientaram, acrescentaram, disponibilizaram subsídio e material, ou que apenas torceram para que esse trabalho pudesse, de fato, ser realizado da melhor maneira possível.

Agradeço primeiro a três importantes pessoas de minha família pelos exemplos que me deram na vida, pelo incentivo, pela confiança, pela paciência, pela retaguarda, pela compreensão nos momentos de tensão, pelo carinho de uma vida inteira, que com certeza colaboraram para construir a visão de mundo, de relações humanas, que tenho e busco hoje. A vocês, minha irmã Maria José; meu Pai José (em memória); e minha Mãe Nair (em memória), gratidão eterna!

À minha querida sobrinha/amiga/anjo Danielle pelo incentivo, pelo amor existente entre nós, por compartilhar dos mesmos pensamentos, atitudes pessoais e profissionais diante do complexo mundo social em que vivemos hoje.

A André Feijó, médico da Secretaria de Estado de Saúde RJ, que além de gentilmente ter cedido material sobre tema, também incentivou minha escolha.

À Thaís Severino, Superintendente de Atenção Básica da SES-RJ, que sempre se mostrou uma incentivadora de debates sobre o tema, apoiando efetivamente o evento “Mulheres no Plural: visibilidade das mulheres lésbicas na Saúde Pública”, realizado em agosto de 2018, organizado a partir de reflexões para a presente dissertação.

À Leila Adesse, coordenadora do Programa de Saúde da Mulher da SES-RJ, que igualmente apoio, confiou e incentivou minhas reflexões sobre o tema, explicitando sua intenção de assimilar as reflexões da presente pesquisa nas ações do Programa.

À Michele Seixas e Virgínia Figueiredo, amigas e ativistas lésbicas, que não só me apoiaram na escolha do tema, mas também foram preciosas interlocutoras sobre o assunto, e vibram comigo.

À, já inúmeras vezes testada e aprovada, amiga Marília Cortês, por suas interlocuções inteligentes, profícuas e sugestões procedentes.

À Cláudia Bonan, que além de ser uma amiga querida, também é uma pesquisadora e pensadora sobre os temas ligados à saúde das mulheres. Obrigada pelas conversas e reflexões de pesquisa, me ajudaram muito.

À Valéria Forti, uma querida companheira no grupo de debate sobre questões de gênero, Degenera (Uerj), que generosamente me ofereceu e emprestou um determinado material de pesquisa, sem prazo de retorno.

À Carmen Hein Campos, uma bela, competente e generosa amiga, que fez a necessária revisão do presente Abstract.

Às Professoras da banca, Patrícia Castro de Oliveira e Silva, Jimena de Garay Hernández e Cecília Teixeira Soares, pelas contribuições preciosas, generosas e fundamentais que enriqueceram sobremaneira a evolução e o resultado final da presente dissertação. Divido com vocês os méritos e a alegria pela conclusão desta importante etapa da minha vida acadêmica. Gratidão!

E especialmente, quero agradecer a minha generosa orientadora, Amana Mattos, que me levou a reflexões que foram decisivas para a definição do tema da presente pesquisa. Aceitou o desafio, me estimulou, corrigiu e apontou caminhos que me ajudaram a desenvolver um trabalho que valesse a pena ser conhecido.

Com todes vocês, compartilho os méritos da finalização desta Dissertação de conclusão de Mestrado. A todes, sem exceção, o meu muito obrigada!

“O Que Se Quer”

(Marisa Monte/Rodrigo Amarante)

Vai, pode falar, pode escrever

Eu vou me entregar

No meu lugar, quem não faria?

Diz que é loucura, diz que é besteira, mas eu não vou ligar

Não tente entender

E o tempo dirá

A sina é sonhar

Que eu pago pra ver

Qual meu lugar

Que a vida é um dia

Um dia sem culpa

Um dia que passa aonde a gente está

Ah, se eu tenho tanto a perder

Eu perco é o medo do que a sorte lê

Sabe o que quer

Sabe quem tem o que se quer



## RESUMO

MARQUES, Maria Cristina D'Almeida. **Saúde das Mulheres Lésbicas**: Diálogos com as Políticas Públicas de Saúde da Mulher. 2020. 118 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

A presente pesquisa buscou analisar o que as políticas públicas de saúde voltadas para o Programa Atenção à Saúde da Mulher preveem e propõem para a efetiva inclusão da população de mulheres lésbicas. Para tanto, inicialmente é feita uma discussão sobre a participação das ciências biológicas na construção de uma determinada noção de mulher que reforça justificativas biológicas para lugares e destinos sociais, promovendo, ao mesmo tempo, a exclusão de sexualidades dissidentes da lógica binária/heteronormativa. Foi realizada revisão da literatura sobre a saúde de mulheres lésbicas, no Brasil, no período entre 2006 e 2018, utilizando as palavras-chaves: lésbicas; saúde; Brasil. Também foi feita pesquisa documental, através da análise dos textos de documentos publicados e divulgados pelo Ministério da Saúde, entre os anos de 1984 a 2016, que formulam diretrizes que indicam e orientam a implantação de serviços e a atuação das equipes de saúde que atendem à população feminina, por todo território nacional. A pesquisa revelou descontinuidades, limitações e apagamentos nas propostas identificadas nas introduções desses textos que permanecem subsumidas ou mesmo desaparecem ao longo de cada documento, especialmente se comparadas com as orientações voltadas para outros grupos também tratados nesses documentos. A análise dos documentos também identificou contradições no que se refere à proposta de inclusão da população lésbica no Programa de Saúde da Mulher, que, se por um lado, reconhece a existência desse grupo, por outro mantém a perspectiva de que a sexualidade feminina é preferencial e majoritariamente heterossexual, de maneira fixa, constante e coerente ao longo de todas as fases da vida. O que tem como efeito a primazia de funcionamento heteronormativo da área de saúde da mulher.

Palavras-chave: Lésbicas; Saúde da Mulher; Políticas Públicas; Heteronormatividade; Silenciamentos.

## ABSTRACT

MARQUES, Maria Cristina D´Almeida. **Lesbian Women’s Health:** dialogues with Women’s Health Public Policies. 2020. 118 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

This research analyzes what public health policies aimed at the Women's Health Care Program paved the way for and proposed to advance the effective inclusion of the lesbian women population. To this end, it starts with a discussion on the participation of biological sciences in the construction of a certain notion about women that reinforces biological justifications for social insertions. This way, it promotes the exclusion of dissident sexualities from the binary/ heteronormative logic. The research carried out a review of the literature on the health of lesbian women in Brazil, covering the period between 2006 and 2018. The keywords used were: lesbians; health; Brazil. Documents published and disseminated by the Ministry of Health, between 1984 to 2016, were also analyzed. Those documents presented guidelines to inform the implementation of services as well as the performance of the health teams serving the female population across the national territory. The research revealed discontinuities, limitations and omissions in the proposals identified in the presentation of those texts, which remained subsumed or even absent in each document, especially when compared to the guidelines for other groups also covered in those papers. The analysis of the documents also identified contradictions regarding the proposal to include the lesbian population in the Women's Health Care Program. On one hand, it recognizes the existence of this group. On the other hand, it supports the perspective that female sexuality is preferentially and predominantly heterosexual in a fixed, constant and coherent way throughout all stages of life. The consequence of that is the primacy of heteronormativity in the field of women's health.

Key words: Lesbians. Women's Health. Public Policy. Heteronormativity. Silence.

## LISTA DE SIGLAS

AB –	Atenção Básica
CEDIM –	Conselho Estadual dos Direitos da Mulher
CECF –	Conselho da Condição Feminina
CIAM –	Centro Integrado de Atendimento à Mulher
CIPD –	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
COSEMS –	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
CNDM -	Conselho Nacional dos Direitos da Mulher
CNS –	Conselho Nacional de Saúde
DST –	Doença Sexualmente Transmissível
EUA –	Estados Unidos da América
GLBT –	Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais
HIV/AIDS –	Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
IBGE -	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IEDE –	Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia
LGBTI –	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros e Intersexuais
IST –	Infecção Sexualmente Transmissível
MEC –	Ministério da Educação e Cultura
MS –	Ministério da Saúde
OMS –	Organização Mundial da Saúde
ONU –	Organização das Nações Unidas
PNAISM –	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PAISM –	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PAISMCA –	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Criança e Adolescente
PNPM –	Plano Nacional de Políticas para as Mulheres
RA –	Reprodução Assistida
ROPA –	Recepção de Óvulo da Parceira
SENALE –	Seminário Nacional de Lésbicas
SES –	Secretaria de Estado de Saúde
SINAN –	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SISAB –	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SPM –	Secretaria de Políticas para as Mulheres
SUS –	Sistema Único de Saúde
TR –	Tecnologias Reprodutivas
UBS –	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
1	<b>CIÊNCIAS BIOLÓGICAS <i>versus</i> CULTURA?</b> .....	16
1.1	<b>As ciências médicas e biológicas na construção da noção de Mulher</b> .....	17
1.2	<b>Heteronormatividade – um processo de apagamento e silenciamento das identidades lésbica e bissexual</b> .....	28
2	<b>SAÚDE DAS MULHERES LÉSBICAS – UM DEBATE POLÍTICO E ACADÊMICO</b> .....	43
2.1	<b>Dossiê sobre a Saúde de Mulheres Lésbicas – um registro histórico - pesquisas de 1950 a 2005</b> .....	43
2.1.1	<u>Saúde Sexual e Direitos Sexuais: um percurso político</u> .....	45
2.1.2	<u>Sexualidade: uma questão para as Políticas Públicas de Saúde?</u> .....	47
2.1.3	<u>Saúde Sexual e Direitos Sexuais para Mulheres Lésbicas e Bissexuais – um percurso político e técnico</u> .....	47
2.1.4	<u>Existe ou não especificidades na saúde de Lésbicas – a eterna questão</u> .....	50
2.2	<b>Mulheres Lésbicas e Saúde – um estudo sobre a produção acadêmica no período de 2006 a 2018</b> .....	51
2.2.1	<u>Discussão dos resultados do levantamento bibliográfico</u> .....	54
3	<b>POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DA MULHER – MULHERES NO PLURAL?</b> .....	75
3.1	<b>Material Orientador das Políticas Públicas de Saúde da Mulher</b> .....	83
3.1.1	<u>Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática (1984)</u> .....	85
3.1.2	<u>Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes (2004; 2011)</u> .....	86
3.1.3	<u>Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – uma prioridade do governo (2005)</u> .....	89
3.1.4	<u>Direitos Sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais (2006)</u> .....	91
3.1.5	<u>Chegou a Hora de Cuidar da Saúde: um livreto especial para lésbicas e mulheres bissexuais (2006)</u> .....	93
3.1.6	<u>Prevenção dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes – Norma Técnica (2005; 2011; 2011; 2013)</u> .....	94
3.1.7	<u>Cadernos de Atenção Básica – Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva (2013)</u> .....	96
3.1.8	<u>Relatório da Oficina “Atenção Integral à Saúde das Mulheres Lésbicas e Bissexuais” (2014)</u> .....	101

3.1.9	<u>Protocolos da Atenção Básica – Saúde das Mulheres (2016)</u> .....	102
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS E ABERTURAS</b> .....	106
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	112
	<b>ANEXO A</b> - Ficha de Registro do eSUS (frente e verso).....	116
	<b>ANEXO B</b> - Folder da Programação do Evento de 28/08/2019 .....	118

## INTRODUÇÃO

“Nunca me perguntaram como era ser eu, mas quando eu disse a verdade sobre isso, me senti livre!”. Essa frase foi uma das últimas falas de Aibileen Clark, personagem de Viola Davis, no filme “Histórias Cruzadas”, dirigido por Tate Taylor, lançado nos cinemas em 2011, que retrata a realidade das relações raciais, no Mississippi, EUA, dos anos de 1960. Inicio o presente texto com a citação acima por sua força de síntese e representatividade, por seu poder de remeter a múltiplas interpretações e situações de desigualdades sociais que tendem a silenciar e invisibilizar sujeitos subalternizados por marcadores como raça, classe, gênero e sexualidade. De alguma maneira, todo aquele que experimenta os efeitos dos silenciamentos sociais que nos fazem sentir uma peça fora do jogo, encontram sentido nessa frase. E quando digo nós, estou aqui exercendo uma decisão política de me reconhecer, de alguma maneira, perpassada todos esses marcadores, mas em especial pelos marcadores de gênero e orientação sexual, tema da presente dissertação, mulheres lésbicas. Digo isso hoje com um certo orgulho, porém com um alívio ainda maior, já que a escolha do tema desta dissertação representou também um processo de saída de uma certa posição de silêncio e silenciamento, que durante grande parte da minha vida ocupei. Claro que sei que não sou a única, e foi também por considerar a existência de muitas outras mulheres dissidentes da heteronormatividade, que me decidi a pesquisar e escrever sobre o tema mulheres lésbicas.

A escolha do campo a ser pesquisado foi também uma questão de coerência e consideração a minha própria trajetória profissional. Explico: sou psicóloga, feminista, e trabalho com questões relacionadas às mulheres desde dezembro de 2000, momento em que ingressei nos quadros da equipe técnica multiprofissional do Centro Integrado de Atendimento à Mulher – o CIAM, órgão outrora ligado diretamente ao CEDIM-RJ – Conselho Estadual de Direitos da Mulher. Atualmente o CIAM é um serviço da Subsecretaria de Políticas para as Mulheres, vinculado à Secretaria Estadual de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos. O CIAM sempre teve como missão institucional o atendimento a mulheres em situação de violência e discriminação de gênero, ocorridos no âmbito doméstico (privado) ou em outros contextos (público).

Estive por 16 anos cedida ao CIAM exercendo a função de psicóloga dentro de uma equipe multidisciplinar que contava com psicólogas, assistentes sociais e advogadas. Retornei à Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro em agosto de 2017, e encaminhei minha nova lotação para o Programa de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente (PAISMCA), ligada à Superintendência de Atenção Básica (AB).

Em 26/09/2017 participei pela primeira vez da reunião mensal do Comitê Técnico de Saúde LGBTI da SES-RJ, que é um grupo composto por uma diversidade de representações, tanto de dentro, quanto de fora da SES-RJ<sup>1</sup>. O Comitê foi instituído pela Resolução SES Nº 918, de 02 de maio de 2014, com caráter consultivo e propositivo. A referida resolução estabelece que o Comitê será coordenado pela Área Técnica de Saúde da População LGBT e pela Assessoria Técnica de Gestão Estratégica e Participativa da SES. A presença não é obrigatória, talvez por isso, se observe grande irregularidade na presença das representações definidas na resolução.

Já em minha primeira participação no Comitê Técnico de Saúde LGBTI –RJ, como representante do Programa de Saúde da Mulher, fui questionada por uma das participantes do Comitê sobre quais propostas ou ações em saúde o Programa de Saúde da Mulher teria para as mulheres lésbicas. Naquele momento, com efeito, eu não tinha como responder a tal pergunta, pois estava no Programa há pouco mais de um mês, mas me prontifiquei a pesquisar sobre o assunto, e retornar com alguma resposta. Retornando ao meu setor, e nas semanas que se seguiram, encontrei dois documentos produzidos pelo Ministério da Saúde, que compõem o material analisado no terceiro capítulo da presente dissertação. No entanto, nada encontrei como proposta ou ação elaborada pelo setor de Saúde da Mulher da SES-RJ, o me despertou grande estranhamento. Então preciso reconhecer que essa pergunta foi sim a gota d'água que fez transbordar o incômodo, talvez de uma vida inteira, e finalmente me decidir sobre o tema da presente dissertação: as mulheres lésbicas são ou não são incluídas nas políticas públicas de saúde para mulheres? Quais propostas o Programa de Saúde da Mulher têm para essa população?

Assim, o campo das políticas públicas de saúde para mulheres, se configurou como uma escolha viável e, sobretudo, necessária, já que é um campo que me diz respeito não só como profissional de psicologia, mas também como parte da população que escolhi como tema, e

---

<sup>1</sup> Nos termos da Resolução SES nº 918/2014, o Comitê será composto: por representantes da Superintendência de Atenção Básica; Coordenação de Apoio à Gestão da Atenção Básica; Área Técnica das Populações em Situação de Vulnerabilidade (População Negra, População de Rua, População de Privados de Liberdade); Programa de Assistência Integral à saúde da Mulher, Criança e Adolescente (PAISMCA); Área Técnica de Saúde Mental; Área Técnica de Práticas Integrativas; Área Técnica de Saúde do Homem; Área Técnica de Alimentação e Nutrição; Divisão de Doenças e Agravos Não Transmissíveis; Área Técnica de Doença Falciforme; Assessoria da Política de Humanização; Gerência de DST/AIDS; Coordenação Geral de Educação em Saúde; Superintendência de Unidades Próprias; Superintendência de Regulação; Superintendência de Atenção Especializada em Controle e Avaliação; Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia (IEDE); Superintendência de Direitos Individuais, Coletivos e Difusos da Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos; Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS); Conselho Estadual dos Direitos LGBT; Instituições de Ensino e Pesquisa; Sociedade Civil e Movimentos Sociais organizados.

ainda como cidadã, que como a maioria da população brasileira recorre ou recorrerá um dia, às unidades de atendimento ou a algum dos serviços do Sistema Único de Saúde brasileiro, o SUS.

Pesquisar e escrever sobre a questão da saúde pública para mulheres, dando especial atenção e visibilidade para a atenção em saúde da população lésbica, me pareceu de extrema necessidade e pertinência, já que faz parte de uma das reivindicações do movimento de mulheres lésbicas, que há décadas apontam a deficiência de ações que considerem e incluam essa parte da população feminina no âmbito da saúde sexual e saúde reprodutiva, temas frequentemente tratados estritamente dentro do Programa de Saúde da Mulher.

Esta dissertação está estruturada em três capítulos. O primeiro analisa a influência das ciências biológicas na busca de uma justificativa científica que sustentasse uma noção de linearidade entre sexo, gênero e sexualidade. Neste capítulo discutimos de que maneira as ciências biológicas partiram de pressupostos sociais para explicar estruturas biológicas, que, no entanto, serviram como base para uma interpretação inversa, a qual propagava a ideia de que seriam as estruturas biológicas que explicariam as condições sociais. Formulando uma lógica de causa e efeito, onde a diferença biológica definia e explicava as desigualdades observadas nas relações sociais, em especial, entre homens e mulheres. Ainda no primeiro capítulo convocamos algumas teóricas e teóricos como Adrienne Rich, Judith Butler, Michel Foucault, dentre outros, que nos ajudaram a compreender e, sobretudo, nomear, as lógicas e processos subjetivos e objetivos que estruturam pressupostos vigentes não só no senso comum, como principalmente nas instituições de saúde pública. Esse debate nos ajudou também a refletir e nomear as estratégias de saber-poder utilizadas para criar, manter e atualizar determinadas premissas que se mantêm em funcionamento ainda hoje no campo social, especialmente no campo da saúde pública para mulheres.

No segundo capítulo iniciamos a discussão da pesquisa de campo, que se desdobrou em duas revisões: acadêmica e documental. A primeira, discutida no segundo capítulo, refere-se à produção acadêmica sobre o tema saúde de mulheres lésbicas. A partir de reflexões apresentadas no Dossiê sobre a saúde das mulheres lésbicas, publicado em 2006, de autoria de Regina Facchini e Regina Barbosa, e recuperadas suscintamente, propomos uma revisão bibliográfica de artigos produzidos entre 2006 e 2018 sobre o mesmo tema, mapeando e discutindo o que tem sido achado e discutido academicamente no campo de saúde de mulheres lésbicas. A segunda revisão, discutida no terceiro capítulo, se refere à documental.

No terceiro capítulo nos debruçamos nos documentos que estabelecem diretrizes de orientação para todas as unidades e profissionais de saúde envolvidos na atenção à saúde das mulheres. Os referidos documentos foram formulados, publicados e distribuídos pelo



Ministério da Saúde. Para realizar sua seleção, definimos como recorte o período que se inicia em 1984, momento da criação do primeiro Programa de Saúde Pública direcionado especificamente para mulheres, finalizando a análise no ano de 2016, momento em que as políticas públicas brasileiras, inclusive as de saúde, enfrentaram e ainda enfrentam uma mudança radical em sua condução e direção.

A pesquisa revelou descontinuidades, limitações e apagamentos nas propostas identificadas nas introduções desses textos que permanecem subsumidas ou mesmo desaparecem ao longo de cada documento, especialmente se comparadas com as orientações voltadas para outros grupos também tratados nesses documentos. A análise dos documentos também identificou contradições no que se refere à proposta de inclusão da população lésbica no Programa de Saúde da Mulher, que se por um lado reconhece a existência desse grupo, por outro mantém a perspectiva de que a sexualidade feminina é preferencial e majoritariamente heterossexual, de maneira fixa, constante e coerente ao longo de todas as fases da vida. O que tem como efeito a primazia de funcionamento heteronormativo da área de saúde da mulher.

Nesse mesmo sentido, no desenvolvimento da presente pesquisa a dimensão identitária não nos pareceu fundamental para nossa análise. Definir ou delimitar rigidamente qual seria a parcela da população de mulheres identificadas como lésbicas, ou ainda, quais seriam as especificidades de saúde dessa população, foram objetivos excluídos da presente análise. Em termos de atenção à saúde de mulheres lésbicas e SUS, a pesquisa nos levou a concluir que a desconstrução de pressupostos que sempre tornaram os acolhimentos e as ações em saúde padronizados, é o que é primordial. A heterossexualidade das mulheres tomada como premissa é o que sempre esteve e continua a ser o verdadeiro entrave para a não inclusão da diversidade sexual das mulheres. A atenção em saúde para mulheres tende a heteronormativizar não só a escuta, mas também as orientações e prescrições relacionadas à saúde sexual, e até mesmo à saúde reprodutiva. Produzindo efeitos também na formulação de diretrizes técnicas para área de saúde da mulher, como veremos no terceiro capítulo.

## 1 CIÊNCIAS BIOLÓGICAS *versus* CULTURA?

Consideramos importante iniciar este estudo abordando historicamente o processo de construção científica de algumas “verdades” sobre corpos e mentes sexuais e generificados, que validaram algumas das concepções sobre a categoria “mulher” que ainda hoje são acionadas não só no senso comum, mas também no âmbito da biomedicina e, muitas vezes, nos próprios serviços de saúde que se propõem a cuidar da saúde de mulheres, seja na prevenção, no tratamento e/ou na cura de agravos à saúde dessa população.

É notável o saber/poder que a biomedicina angariou desde a Antiguidade, fortalecido no século XVIII pelo Iluminismo e pela ascensão do capitalismo. Ainda que nos tempos atuais sua hegemonia esteja sendo questionada por linhas de pesquisa dentro da própria biomedicina, como no caso de neurofeministas que mencionaremos mais adiante, e também por diversos outros campos do saber, nada parece realmente capaz de destituí-la de sua primazia no campo da saúde, em especial, no campo da saúde pública (ROHDEN, 2001, PEREIRA, 2019).

Historicamente, as ciências biológicas ajudaram sobremaneira a construir um arcabouço de saberes que, ainda hoje, amálgama o que é da ordem do dito sexo biológico a um determinado destino social, religioso, cultural, laboral e a uma sexualidade específica, a heterossexualidade. Tentando fazer coincidir à uma única direção todos os aspectos da sexualidade. Assim, identidade de gênero, orientação sexual e, até mesmo, comportamentos e práticas sexuais precisariam se expressar de maneira coerente à uma pretensa determinação biológica, circunscrita à existência de dois sexos, ou seja, numa lógica sexual binária. Tudo isso como se fosse fixo, invariável, previsível, esperado e, essencialmente, dependente um do outro, atrelando a cultura à natureza e à subjetividade, os desejos e os comportamentos ao corpo biológico, de maneira a estabelecer e a atender a uma expectativa social sobre as performances de cada um dos dois gêneros possíveis, e previamente determinados a partir do nascimento de cada pessoa (BUTLER, 2003). Ainda que possamos admitir a existência de correntes divergentes da lógica determinista dentro das ciências biológicas, estas se constituem num campo de disputas no qual a lógica hegemônica permanece atuando com primazia, com a vantagem de ter alcançado o status do instituído na área da saúde, seja ela pública ou privada.

Não iremos nos referir somente a uma época ou período histórico distantes. Nosso esforço será no sentido de discutir, ao longo da presente dissertação, o quanto tais “saberes” construídos adquiriram um poder que passou a nos direcionar, constituir e mesmo nos restringir em possibilidades de vida e de direito à saúde, até os dias atuais. Interessa-nos pensar de que maneira tais saberes ainda exercem reflexos na formulação das políticas públicas de saúde, em

especial aquelas direcionadas para as mulheres, que têm como efeito o apagamento e silenciamento de lésbicas, bissexuais e de mulheres que fazem sexo com mulheres, ainda que se identifiquem como heterossexuais.

Este capítulo foi dividido em dois tempos: no primeiro momento, apresentaremos e discutiremos a influência da produção do saber científico, em especial das ciências biológicas, na construção de uma determinada noção representativa do Ser Mulher de forma essencializada, e formatada a partir de referenciais europeus, burgueses e brancos. Em seguida, apresentaremos um debate teórico, apoiado na produção intelectual realizada por diversos autores e autoras, em especial, Michel Foucault, Adrienne Rich e Judith Butler, que nos ajudaram a pensar tais atravessamentos presentes no campo da saúde pública para mulheres. Tal reflexão indica que uma projeção de futuro depende do que produziremos hoje, em termos de ciência acadêmica, seja ela biológica, sociológica ou psicológica.

### 1.1 As ciências médicas e biológicas na construção da noção de Mulher

A diversidade sexual, durante muito tempo, foi ignorada ou considerada pecaminosa, ou criminosa, e logo em seguida associada a condições patológicas e antinaturais. Durante séculos as ciências biológicas trataram de negar até mesmo a existência autônoma de um corpo que fosse diverso biologicamente do corpo do homem (branco), este sim reconhecido e tomado como modelo da perfeição humana, em seu grau mais elevado. Tal lógica cultivou também a ideia de um determinismo biológico da categoria homem (branco) como sujeito universal, dotado de determinadas características como ser branco, ser cisgênero<sup>2</sup> e heterossexual, tomado como modelo ideal que excluía e subalternizava toda a enorme diversidade corporal e sexual. No livro *Inventando o Sexo – Corpo e gênero dos gregos a Freud*, Thomas Laqueur (2001) busca explicar como o modelo de sexo único/carne única dominou a ideia de diferença sexual desde a Antiguidade Clássica até o final do século XVII. Não bastassem as sociedades, de forma geral, e em especial os pensadores da Antiguidade subordinarem as mulheres a uma categoria social marcadamente inferior à de homens, as ciências biológicas colaboraram sobremaneira para que as mulheres enquanto “corpo” biológico passassem por muitos séculos de experimentos, dissecações, autopsias e debates científicos para, só então, serem reconhecidas com um corpo próprio, com aspectos e funcionamento singulares, semelhantes, mas distintos do corpo do homem.

---

<sup>2</sup> Em estudos de gênero, a **cisgeneridade** é a condição da pessoa cuja identidade de gênero corresponde ao gênero que lhe foi atribuído no nascimento. O termo cisgênero é o oposto da palavra transgêneros.

Segundo Laqueur (2001), até o final do século XVII o corpo da mulher era pensado como hierarquicamente inferior ao do homem, que, por não dispor de calor vital suficiente, não conseguiria externalizar seu órgão sexual, que seria exatamente igual ao dos homens, porém interno, ou seja, mulheres seriam homens com corpos invertidos, homens imperfeitos em grau, tomando o corpo do homem como parâmetro máximo do grau de perfeição humana. Em resumo, as ciências médicas e biológicas reconheciam um único sexo, o do homem. Porém, ainda que, no final do século XVIII, a Anatomia e a Fisiologia estabelecessem o dimorfismo sexual<sup>3</sup> como o novo entendimento das ciências sobre os corpos, produzindo saberes que atestavam que mulheres não eram “homens invertidos”, mas sim uma outra espécie de ser, totalmente diferente dos homens, oposto, porém com corpos que complementavam os corpos masculinos, a posição hierarquicamente inferior das mulheres em relação aos homens nesse novo saber não mudou em nada as circunstâncias sociais destinadas às mulheres. (LAQUEUR, 2001)

Fabíola Rohden (2001), antropóloga brasileira, via além e dedica sua pesquisa à construção da diferença sexual na área das ciências médicas, em especial, na ginecologia. Debruça-se, em sua tese de doutorado, sobre a construção do saber médico a respeito da constituição física, psicológica e social da mulher, especialmente ao longo dos séculos XVIII e XIX. A partir da análise da produção científica de médicos europeus, americanos e brasileiros, a pesquisadora empreende uma profunda incursão que busca revelar quando, quem, como e por que a medicina investiu tanto em conhecer, avaliar, interpretar, tratar, intervir e validar o corpo da mulher – o que nos ajudará em nossas reflexões sobre de que maneira se construiu e consolidou uma ideia de mulher universal, com características específicas e restritas a um modelo branco, cisgênero e heterossexual, com papel social restrito a objetivos conjugais e reprodutivos.

Assim como Laqueur (2001), Rohden (2001) e Pereira (2019) entendem que até o século XVIII as ciências pensavam os corpos de homens e mulheres como expressões do mesmo sexo, isto é, o masculino. No entanto, o corpo da mulher seria a materialização de um corpo masculino menos perfeito, inferior. Ao corpo da mulher eram atribuídas marcas sociais e culturais como explicação para sua posição social inferior à do homem e, no final do século XVIII, tais explicações ganham argumentos corporais minuciosos (interpretações científicas), tendenciosamente na direção de uma comprovação inquestionável, incontornável e absoluta da inferioridade feminina.

---

<sup>3</sup> Dimorfismo sexual: compreensão contemporânea da anatomia genital, baseada na diferenciação do sexo biológico como masculino ou feminino (LAQUEUR, 2001).

Segundo Rohden, até o “século XVI o cuidado com as doenças femininas pouco interessava aos médicos” (2001, p. 59). No entanto, isso foi mudando, chegando ao século XVIII como tema ao mesmo tempo de atenção e preocupação, muito por influência dos acontecimentos sociais da época, que comentaremos mais adiante. Rohden (2001) relata o quanto o interesse das ciências médicas pelo corpo da mulher mostrou uma enorme preocupação em estabelecer e reafirmar as bases e parâmetros naturais da diferença entre os sexos, levando tal ciência a construir um significado associado ao gênero feminino para cada órgão do corpo da mulher, atestando que “a diferença física entre os sexos é expressa desde os ossos até o cérebro, passando pela pele, pelos músculos e pelas fibras”. (ROHDEN, 2001, p. 29)

Como já referido por Laqueur (2001), Rohden (2001) relata que o corpo masculino é frequentemente mencionado na literatura médica, ao longo dos séculos XVIII, XIX e início do XX, como um corpo superior ao corpo feminino, além do fato de essa mesma literatura reiterar historicamente a “ideia de que as características femininas refletiriam a missão passiva que a natureza reservara à mulher, além de uma predestinação à maternidade. O corpo feminino seria moldado para a gestação e para o nascimento” (ROHDEN, 2001, p. 29). A autora acompanha a análise desenvolvida por Laqueur, para quem a política de gêneros influenciava tanto a interpretação do que era observado nas clínicas e nos laboratórios, quanto a própria busca por sua produção. Rohden (2001), porém, faz críticas ao trabalho de Laqueur (2001) em relação à ausência de análise sobre a instabilidade dos corpos em relação às exigências de gênero e, por isso, a frequente necessidade da medicina em estabelecer e reafirmar a diferença sexual, seja por uma diferença em grau de perfeição, seja por uma distinção completa e absoluta de espécies.

Segundo Rohden (2001), a Laqueur (2001) escapa, em sua hipótese central sobre a diferença sexual, que a construção de variados paradigmas biológicos traduz um esforço contínuo em reafirmar a existência “de fato de uma diferença natural entre homens e mulheres”, que para a autora, não estaria previamente dada, nem seria estática. (ROHDEN, 2001, p.221). Muito pelo contrário, se tal evidência fosse definitiva e definidora, “dada a partir de variáveis puramente biológicas e inatingíveis, as ameaças a sua integridade não chamariam tanto a atenção dos médicos” (ROHDEN, 2001, p.221).

A autora ilustra sua análise com o exemplo da trajetória das primeiras mulheres a exercerem a medicina. Como a suspeita de masculinização das mesmas era uma ideia frequentemente acionada, “ou seja, a dedicação a uma profissão – masculina – afetaria a sua constituição, os seus atributos femininos” (ROHDEN, 2001, p. 221-222). Assim como descrito nas teses de medicina analisadas pela autora, que identificavam que a infância de meninos e de

meninas corresponderia a uma fase em que o temperamento e a constituição física de ambos os sexos se mostrariam “bastante assemelhadas e que seria somente a partir da puberdade que a diferenciação sexual aconteceria com vigor” (ROHDEN, 2001, p.222). Constatações que, por sinal, concorreram para tornar a puberdade objeto de especial interesse da medicina, ao enxergar essa fase da vida como um período de risco, instável e perigoso, que se “não fosse bem administrado, as influências do meio poderiam prejudicar ou impedir que se chegasse ao resultado esperado, de amadurecimento sexual e reprodutivo de homens e mulheres”. (ROHDEN, 2001, p. 222).

Rohden (2001) nos informa sobre o esforço constante da medicina em distinguir, marcada e fixamente, as diferenças entre homens e mulheres. A autora dialoga com o trabalho de Londa Schiebinger (1987) sobre o interesse das ciências médicas na descoberta de especificidades do esqueleto da mulher, desvendando o investimento das ciências biológicas na perspectiva explicativa da desigualdade entre os sexos, onde invariavelmente as mulheres eram descritas como inferiores aos homens. Segundo Schiebinger (*apud* ROHDEN, 2001), tal interesse não parece ser arbitrário, já que, no final do século XVIII, a sociedade europeia passava por grandes transformações, que poderiam, inclusive, abalar as relações de gênero, como também as de raças.

Para Citeli (2001), além dos investimentos científicos na comprovação da superioridade masculina em relação à condição biológica e social das mulheres, havia também o investimento em comprovar a supremacia de homens brancos europeus sobre os diferentes povos, em especial os povos africanos, quanto a esses mesmos aspectos. Como exemplo desse investimento científico, Citeli (2001) cita Georges Curvier (1769-1832), um cientista reconhecido como “um dos “pais” da anatomia comparada”, que se empenhou em construir uma “imagem de mulher — africana, selvagem e primitiva — adequada ao momento histórico em que o capitalismo europeu em expansão, além de conquistar e fazer negócios, coletava espécimes que enchiam museus, e passava a demandar projetos classificatórios” (CITELI, 2001, p.135), que além servir como base para variadas disciplinas científicas, também atendia às necessidades de justificação para as ações de colonialismo e escravidão.

Na análise de Rohden (2001), enquanto a Revolução Francesa, século XVIII, buscava disseminar a ideia de igualdade e liberdade no âmbito social e político, tais ideias não chegaram a “provocar uma revolução também nas representações médicas sobre a natureza dos seres humanos” (ROHDEN, 2001, p.29). Pelo contrário, fizeram com que a medicina se empenhasse ainda mais em reforçar e comprovar, através de argumentos das ciências biológicas, a naturalidade da diferença de gênero, assim como também das de raça. Como bem explica

Rohden: “com base nessa concepção elabora-se um esquema no qual o homem branco, civilizado, europeu representaria a maturidade evolutiva em contraste com a mulher, o negro, o primitivo, o não europeu”, atribuindo uma hierarquia às diferenças ditas naturais (ROHDEN, 2001, p.41). Segundo Rohden, a “afirmação de que a mulher tem um crânio menor, conseqüentemente menos capacidade intelectual e, portanto, menores condições de participar dos domínios do governo, comércio, educação, ciência” (ROHDEN, 2001, p.34) era extremamente conveniente para uma Europa sacudida pelas ideias iluministas e da Revolução Francesa, que pregava a igualdade e a liberdade. Nesse contexto, a avaliação das dimensões da pelve feminina servia como prova material (e, portanto, natural) de que as mulheres seriam destinadas à maternidade, não devendo haver espaço para outros interesses e/ou atividades.

Emily Martin (1996), citada por Fernandes (2009) e por Citeli (2001), examina textos utilizados em cursos de medicina até meados do século XX, que revelam uma produção discursiva sexuada ao descrever a relação entre espermatozoide e óvulo, sendo o primeiro descrito como ativo, ágil, com caldas ligeiras e fortes, enquanto o óvulo, um componente passivo, à espera do espermatozoide, que, após a fecundação, seguiria à deriva pela trompa de Falópio, “quase uma bela adormecida” (CITELI, 2001, p. 136), até cair no útero e despertar na gestação.

Segundo Citeli (2001) e Fernandes (2009), Emily Martin localizou novos estudos sobre desenvolvimento de anticoncepcionais na década de 1980, que teriam potencial para inverter o entendimento científico sexista sobre o óvulo, quando notaram que o óvulo tem atuação ainda mais ativa que o espermatozoide, já que é dotado de uma superfície “preparada para pegá-lo antes que escape” (CITELI, 2001, p.137). No entanto, para Citeli (2001), a única diferença relatada pelos mesmos cientistas foi colocada em termos de grau, mas mantendo a função de atacar e penetrar, atribuídas ao espermatozoide.

Já a tese de doutorado de Melissa Oliveira Pereira, sob o título “Mulheres e Reforma Psiquiátrica Brasileira: experiências e agir político”, publicada em 2019, toma como campo de pesquisa a psiquiatria como ramo da medicina. A autora ressalta que a ascensão da Psiquiatria, enquanto ciência, tem intrínseca relação ideológica com o modo de produção capitalista, que segregava grandes contingentes de pessoas no final do século XVIII, momento em que também se dava a Revolução Francesa (PEREIRA, 2019). Na tese encontramos os mesmos elementos de reforço às diferenças de gênero fundadas a partir de concepções biologizantes na história da psiquiatria, com destaque especial para a construção das desigualdades raciais. O trecho a seguir resume os achados da autora:

Ao se fundar como medicina mental, mas também como um aparato jurídico-teórico-institucional-ideológico, a Psiquiatria demarcou uma certa condição biológica das mulheres que justificaria e naturalizaria como femininas certas desordens, numa importante trama com outras disciplinas médicas que passaram a fomentar este orgânico nervoso, complementando-se e legitimando-se, não havendo nada parecido no caso dos homens brancos. Aqui, a ciência sexual nascente encontrava-se com a ciência racial que ganhava forma, justificando cientificamente uma inferiorização de pessoas racializadas: asiáticos, africanos, indígenas. Forjava-se, assim, o conceito de raça. (PEREIRA, 2019, p. 20)

Nesse sentido encontramos em Rohden (2001), a ginecologia se esforçando em explicar não só a diferença sexual, como também em justificar diferenças sociais, baseando-se para isso, em padrões psicológicos e de comportamento. Para Rohden (2001), assim como para Pereira (2019), a recusa ao casamento e à maternidade era vista como sintoma de alguma perturbação patológica, que poderia ensejar, até mesmo, a internação psiquiátrica, de maneira que a sexualidade feminina era facilmente associada à doença mental, que requeria a atenção da psiquiatria, além da ginecologia, que, algumas vezes, recomendava intervenções cirúrgicas, como a “clitoridectomia”, a cauterização da vulva, ou o uso de camisa de força e de cinto de castidade, todas as recomendações visam sempre à contenção dos excessos sexuais femininos. Até mesmo a prescrição de internação psiquiátrica partia de um conceito de desvio, observado através de situações, lugares e expressões distintas, para homens e mulheres. Enquanto, para ocasionar a internação psiquiátrica de homens, era necessário observar uma “loucura pública”, comportamentos que expressassem descontrole e desordem exibidos em público, para mulher, o diagnóstico de loucura, com posterior internação, seria muito mais fácil, bastando apenas a observação de uma “loucura privada”, ou seja, no território doméstico da família burguesa.

Rohden ressalta que na elaboração de uma ciência da “feminilidade” e da “diferença sexual” havia interlocuções com diversos segmentos, como, por exemplo, a antropologia, e não somente entre os médicos, porém essa era a linha que se destacava, assim como também a mulher não era de todo passiva na construção dessas noções (ROHDEN, 2001, p. 43-44). Podemos perceber, com isso, que a disputa entre diferentes narrativas sempre esteve presente tanto no campo social como no campo das ciências.

As ciências possibilitaram aos homens maior saber e também maior autoridade sobre os corpos femininos, uma vez que mulheres só adentraram as faculdades de medicina tardiamente, em meados do século XIX na Europa e nos EUA, enquanto as brasileiras somente conseguem o mesmo feito no final do mesmo século. Ainda assim, especializando-se, na maioria das vezes, nas áreas da ginecologia e obstetrícia, áreas tradicionalmente ligadas aos cuidados de mulheres e crianças. Rohden (2001) ressalta que a entrada das mulheres na medicina se deu somente a partir do crivo e controle das Instituições, que tinham homens como dirigentes, o que nos leva



a pensar que se o exercício da medicina se manteve sob o controle masculino, é bem provável que na área de produção de conhecimento, o mesmo também se mantivesse sob o mesmo domínio.

Com Rohden (2001) e Pereira (2019), fica nítido que a respeito do corpo da mulher, a medicina não só produz uma natureza para um destino biológico e social, como também categorias patológicas, com sintomas, diagnósticos e possíveis tratamentos para qualquer tentativa de desvio desse destino, o que, na lógica médica, justificaria a medicalização ou a reclusão em asilos ou hospitais psiquiátricos.

Em contraste ao interesse e investimento da medicina sobre o corpo de mulheres, Rohden (2001) observa a ausência histórica de uma especialidade médica para tratar e estudar o corpo masculino. Enquanto especialidades como a ginecologia e a obstetrícia, mantiveram majoritariamente uma perspectiva de responsabilização das mulheres frente às questões de saúde sexual e reprodutiva, deixando em segundo plano seu bem-estar, desejo, e principalmente sua diversidade sexual. Como exemplo, cita Carrara (1996), que empreendeu pesquisa sobre a luta contra a sífilis no Brasil dos anos 1940, mostrando uma rara incidência de interesse sobre o corpo do homem, porém, ainda assim, isso ocorre somente no que concerne ao acometimento de doenças na época chamadas de venéreas, mantendo uma perspectiva, ainda em vigor, de que os problemas dos homens vêm de fora, que seu padrão é a normalidade e a saúde, enquanto os problemas das mulheres vêm de dentro, provocados por uma condição, por uma determinada natureza potencialmente patológica. É possível deduzirmos daí que a base da noção de “normalidade” tem padrões distintos para homens e para mulheres.

Por fim, Rohden (2001) reconhece o pensamento binário como elemento fundamental para estabelecer os termos da diferença sexual entre homens e mulheres. A pesquisadora critica a ideia de invariabilidade e fixidez das regras de gênero aplicadas a corpos pré-concebidos e pontua o quanto a sexualidade feminina pode ser fluida e diversa das duas únicas possibilidades admitidas à época. No entanto, deixa apenas subentendida a possibilidade de desejos lésbicos nas mulheres, reconhecida através de uma perda de feminilidade ou tendência de masculinização daquelas que não se adequam ou se recusam a cumprir seu destino social/biológico, entendido frequentemente como um sintoma patológico que perturba “uma determinada ordem entre os gêneros” (p.114). Como na seguinte passagem:

Acredito que, em grande medida, a preocupação da medicina da época com esse tipo de ‘doenças femininas’ pode ser entendida pelo receio de que as fronteiras entre os sexos fossem borradas. E isso poderia acontecer não apenas em virtude de ‘desvios’ de ordem física – como uma disfunção nos ovários que ‘desfeminizaria’ a mulher –,

mas também associado a ‘desvios’ nas atitudes ou nos comportamentos femininos – como a recusa a ter filhos, por exemplo. (ROHDEN, 2001, p. 114)

Em 2008, Rohden atualiza o debate gênero e ciência publicando um Artigo sob o título “O império dos hormônios e a construção da diferença entre os sexos”, onde constata um reiterado processo de definição ou, como prefere a autora, “de redefinição das diferenças de gênero e sexo por meio de marcadores tidos como biológicos ou naturais”, nos quais agora, além de se utilizar “de uma lógica de ‘substancialização’ ou ‘materialização’, a exemplo da percepção da medicina sobre a mulher, promove modelos explicativos da economia corporal feminina centrados, ora em órgãos como útero e ovários, ora na mecânica dos hormônios”, e, mais recentemente, nas “distinções genéticas e neurológicas”. (ROHDEN, 2008, p.133)

Rohden (2008) se detém, então, na “descoberta dos chamados hormônios sexuais e sua relação com a perspectiva dualista, no que se refere ao gênero” (ROHDEN, 2008, p. 133). Observa que esses “poderosos mensageiros químicos ajudaram a configurar a passagem entre uma lógica do excesso, que envolvia o sexo até o final do século XIX, para o imperativo da falta, predominante desde meados do século XX” (ROHDEN, 2008, p.133).

A autora esclarece que seu objetivo é contextualizar a produção científica e os atravessamentos entre o meio social e científico. Focando sua análise, principalmente, nas tensões relativas às questões de gênero. Assim, fica evidente a preocupação da autora a respeito da intencionalidade na produção de um determinado tipo de ciência. Para a pesquisadora, ocorreu uma mudança significativa nas concepções médicas a partir de 1900 a respeito do corpo e do comportamento femininos. Neste trecho, Rohden (2008) explica a passagem de um modelo biológico (órgãos sexuais) para um modelo bioquímico (hormônios sexuais), que estabelece um paradigma “de causa e efeito”, reforçando a explicação científica binária para a diferença sexual entre homens e mulheres, e seus destinos sociais:

Quanto à diferença entre homens e mulheres, se pelo menos até o final do século XIX era nítida a busca de um órgão que a explicasse e fundamentasse, já nas primeiras décadas o processo de diferenciação. Se antes o ovário poderia ser visto como centro condensador da feminilidade, assim como o testículo, da masculinidade, agora se tratava de descobrir o mecanismo de produção da feminilidade e da masculinidade. O paradigma bioquímico de causa e efeito determinava o que se deveria procurar e até onde as explicações deveriam chegar. (ROHDEN, 2008, p. 146)

Assim como Rohden (2001; 2008), Citeli (2001) também observa que apesar dos avanços das pesquisas em diversos campos das ciências, a presunção dualista entre os sexos permanece na passagem do século XIX ao XX, revelando o quanto a instabilidade das fronteiras de gênero “promove uma insistente reafirmação das oposições” (ROHDEN, 2008, p.149). Para Citeli (2001), os avanços nas pesquisas científicas da biomedicina, mantêm interpretações

sexistas para dados biológicos. O esforço dessa ciência em identificar diferenças sexuais essenciais, e que nos revela o tamanho das dificuldades em superarmos a lógica binária e essencialista não só em relação à diversidade de gênero, como também em relação à diversidade de desejos, práticas e orientações sexuais.

A análise de Citeli (2001) inclui a relação de proximidade, interesse e apoio da mídia na divulgação desse tipo de pesquisa, que chega à população leiga e ao senso comum com status de verdade comprovada cientificamente. Nesse sentido, referindo-se a uma pesquisa de Fausto-Sterling, Citeli (2001) relata que:

em 1991 um relatório de pesquisa (de apenas três páginas, sem apresentar qualquer confirmação confiável), argumentando que homens homossexuais e heterossexuais tinham estruturas cerebrais diferentes, publicado pela revista *Science* em 1991, teve imediata repercussão sobre a mídia, desencadeando manchetes como: Uma biologia do que significa ser gay (*New York Times*); Zona do cérebro é ligada à orientação sexual dos homens (*New York Times*); O que torna as pessoas homossexuais? Um estudo aponta diferença no cérebro (*Newsweek*); Os gays nascem gays? (*Time*). (CITELI, 2001, p.136)

Baseando-se em achados de pesquisa realizada por Martin (1996) a respeito de espermatozoide e óvulo, como já descrito anteriormente, além de outros, Citeli nos chama a atenção para o fato de que “novos dados de pesquisa nem sempre levam os cientistas a superar os estereótipos de gênero que espreitam suas descrições da natureza. Ao contrário, permitem levar os estereótipos para o nível das células, o que os faz parecer ainda mais naturais”. (CITELI, 2001, p. 137)

Citeli analisa os efeitos da produção científica promovida por uma ciência chamada sociobiologia, cujo objetivo é o estudo sistemático das bases biológicas de todos os comportamentos sociais. Sobre esse tipo de pesquisa, Citeli (2001) comenta: “seu ambicioso esquema argumentativo, sempre baseado na biologia e na teoria da evolução, pretende explicar desde os atuais sistemas legais, econômicos e de parentesco até supostas bases biológicas da discriminação sexual” (CITELI, 2001, p. 137). O que serviu de base científica para manchetes sensacionalistas, como as selecionadas por Nelkin e destacadas por Citeli:

Machismo tem bases biológicas e diz: “Eu tenho bons genes, deixe-me reproduzir” (*Time*); Se pegarem você dando suas voltinhas, não diga que é culpa do diabo. É seu DNA (*Playboy*); Estupro: geneticamente programado no comportamento masculino (*Science Digest*); Os homens são geneticamente mais agressivos porque são mais indispensáveis (*Newsweek*). (NELKIN *apud* CITELI, 2001, p. 137)

Para exemplificar o mesmo efeito desse tipo de produção científica na mídia brasileira da época, Citeli, nos traz algumas manchetes do final da década de 1990:

A leitura dos principais jornais brasileiros nos últimos anos também permite identificar manchetes similares: Química cerebral estimula monogamia (*Folha de São Paulo*, 25 de fevereiro de 1998); A monogamia entre animais (*Folha de São Paulo*, 27 de junho de 1999); Gene favorece monogamia entre roedores (*O Estado de São Paulo*, 19 de agosto de 1999); Gene pode explicar diferenças entre os sexos (*O Globo*, 1º de outubro de 1999); Além de atraentes, homens altos produzem mais filhos (*Folha de São Paulo*, 13 de janeiro de 2000); A violência nos genes (*Folha de São Paulo*, 12 de março de 2000). (CITELI, 2001, p. 138)

Citeli ainda observa, com muita propriedade, que há uma atração quase surpreendente pelo assunto das diferenças sexuais, não só por parte das ciências biológicas, como também da própria mídia, e elabora uma análise genial, utilizando-se de sutil ironia sobre o assunto. Vejamos:

Enquanto cientistas ainda não se interessam por descobrir a parte do cérebro ou o gene que determina essa obsessão jornalística, a literatura que aborda as estreitas, tensas e conturbadas relações entre ciência e mídia tem documentado eloquentes exemplos da imunidade que protege as declarações de cientistas – o que os diferenciaria dos políticos. Essa imunidade garante a autoridade dos cientistas perante os jornalistas e concorre para manter nossas crenças sobre verdade, objetividade, neutralidade e rigor científicos. (CITELI, 2001, p.138)

Para melhor entender o *status* de evidência, atribuído por jornalistas a achados científicos, Dorothy Nelkin (1995) comenta:

enquanto o repórter, antes de publicar, deve conferir cuidadosamente afirmações do político ou outro informante, o repórter de ciência tende a basear-se na autoridade de pesquisadores, conferências ou revistas especializadas. Assim, enquanto política e economia são objeto de notícia, crítica e investigação, os jornalistas de ciência buscam muito mais elucidar para os leigos o que encontraram no Olimpo. (NELKIN, 1995, p.164-166 apud CITELI, 2001, p. 138)

Citeli ainda destaca que a entrada massiva de mulheres no âmbito da primatologia produziu as mais contundentes críticas às “metáforas científicas de gênero”, ainda que também tenha promovido debates contrários no âmbito feminista, justamente por sua adesão teórica à sociobiologia. Usando do suporte sociobiológico, algumas autoras dessa área produziram pesquisas que “permitiram contrapor a versão “mulher coletora” à ideia de “homem caçador”, consagrada por essas disciplinas para explicar a evolução dos primatas”, o que, para Citeli, corresponde a uma “sonora resposta à ideia de que as fêmeas foram meras espectadoras da evolução”. (CITELI, 2001, p.141)

Ainda de acordo com Citeli, Fausto-Sterling (1997) organiza em duas vertentes o pensamento feminista, que também disputam o campo das narrativas a respeito da diferença sexual x desigualdade de gênero. Uma dessas vertentes é nomeada de “Grupo I: a biologia não pode explicar arranjos sociais humanos; Grupo II: a biologia pode explicar os arranjos sociais humanos” (FAUSTO-STERLING, 1997 apud CITELI, 2001, p.142). Para Citeli, essa tipologia não dá conta da grande diversidade de abordagens teóricas e disciplinares, mas ajuda a entender

o “sucesso obtido por explicações feministas do comportamento humano derivadas de matrizes deterministas, com ampla repercussão na mídia e, por decorrência, em nosso imaginário sobre a natureza essencial do que são o masculino e o feminino”. (CITELI, 2001, p.142)

Segundo Citeli (2001, p.142), até ativistas homossexuais acolhiam e divulgavam pesquisas que sugeriam “a existência de bases biológicas/genéticas para a homossexualidade, por considerar que estas podem contribuir para superar preconceitos, ao retirar a ‘culpa’ ou responsabilidade por sua conduta, quando esta não é aceita, por exemplo, entre seus familiares”. (CITELI, 2001, p.143)

Mesmo considerando a atual abertura midiática para discussão da diversidade sexual, o que, de certo, colabora com a flexibilidade da opinião pública e do senso comum, é ainda um campo de disputa de discursos, consciências e efetivação de direitos sociais, em especial no que se refere à visibilidade da diversidade sexual das mulheres, incluindo lésbicas. Concordamos que existe uma ideologia que circula no campo social que tenta fixar possibilidades de existir em sociedade, e a desconstrução desses pressupostos passa pela disposição de colocá-los em pauta, de maneira inteligível, com o intuito de promover uma conscientização social das forças e intenções ideológicas que sustentam um determinismo a respeito de uma importante parte da vida das mulheres, quais sejam, seus desejos, escolhas, comportamentos e práticas sexuais.

Em suma, Citeli (2001) conclui que os argumentos biologicistas utilizados por alguns cientistas e também por feministas nos revelam o destacado “apego ao mito empirista ainda operante” e considera que “os estudos da ciência (feministas ou não) insistem em demonstrar como a ciência projeta o universo cultural, moral e político de seu tempo como natural”, para com isso alcançar uma suposta legitimidade em suas afirmações. (CITELI, 2001, p.143)

Como vimos, a partir do século XIX então, o interesse em descobrir para melhor controlar, restringir, reprimir e normatizar a sexualidade de cada um, conta com o respaldo das "tecnologias de poder" médico, dentro de uma "sociedade disciplinar", (FOUCAULT, 2018) onde os médicos se assemelham a novos sacerdotes, que recobertos de "cientificidade" criam e reforçam a ideia de que há uma coerência natural e intrínseca entre sexo, gênero e orientação sexual condicionada ao sexo designado na hora do nascimento.

Como pudemos acompanhar através dos autores até aqui citados, é possível pensarmos que um gênero anterior ao nascimento paira no ar, à espera de corpos dóceis e suscetíveis à marcação de gênero, este, sim, limitado a duas únicas possibilidades, o masculino e o feminino. O binarismo tem a função de estruturar e embasar as construções de gênero impressas na diferença sexual. Esse tipo de pensamento tem e mantém persistentes efeitos nas políticas públicas de saúde para mulheres, como veremos ao longo dos capítulos seguintes.

## 1.2 Heteronormatividade – um processo de apagamento e silenciamento das identidades lésbica e bissexual

Existe uma relação conceitual intrínseca, amplamente difundida e introjetada no senso comum e que também opera nas subjetividades, entre o que significa o sexo como gênero definido no nascimento e sexo como desejo e/ou ato sexual. A associação quase que automática entre tais conceitos tende a acionar expectativas sobre maneiras específicas de expressões corporais, emocionais e discursiva, muitas vezes se servindo de elaborações científicas para reiterar crenças sociais sobre a obrigatoriedade natural da heterossexualidade. Esse caldo cultural e científico acaba por exercer grande influência nas relações de gênero, de forma geral, e de forma especial na elaboração e práticas dirigidas às políticas públicas de Saúde da Mulher, deixando, na maior parte do tempo, mulheres lésbicas e bissexuais às margens dessa política. Para Miskolci (2009), a heteronormatividade produz importantes efeitos sociais quando reafirma de várias maneiras, formas, épocas e lugares, a crença no caráter natural da heterossexualidade.

Partindo do pensamento feminista que propõe uma divisão radical entre os conceitos de sexo e gênero, no qual o sexo seria um dado meramente biológico, e o gênero uma construção social, com o objetivo de questionar a lógica que atrelava a biologia de mulheres a um determinado destino, Butler (2003) vai além, e diz que de qualquer maneira, “o ‘corpo’ é em si mesmo uma construção, assim como o é a miríade de ‘corpos’ que constitui o domínio dos sujeitos com marcas de gênero.

Não se pode dizer que os corpos tenham uma existência significável anterior à marcação do seu gênero. Contudo, tal proposição feminista nos ajuda a pensar sobre sexualidade e diversidade sexual, pois, como diz Butler:

Quando o *status* construído do gênero é teorizado como radicalmente independente do sexo, o próprio gênero se torna um artifício flutuante, com a consequência de que *homem e masculino* podem, com igual facilidade, significar tanto um corpo feminino como um masculino, e *mulher e feminino*, tanto um corpo masculino como um feminino. (BUTLER, 2003, p. 24-25)

Na citação destacada, Butler nos ajuda a introduzir dois conceitos fundamentais para nossas reflexões: binarismo e heteronormatividade.

Como vimos na primeira sessão deste capítulo, os argumentos das ciências biológicas sempre serviram como base para conformar as mulheres a determinadas características psicológicas, funções sociais, e até mesmo em possibilidades amorosas e sexuais. Tais argumentos demonstram uma tendência a acionar e reforçar ideias ligadas à naturalização das

funções reprodutiva e materna, da fragilidade corporal, da passividade e passionalidade emocional, de um pressuposto talento para os trabalhos domésticos de cuidado ou, em contraposição, à inaptidão para as finanças, para o trabalho intelectual ou artístico, para as ciências exatas, para a política, ou para vida pública em geral. O constante reforço à lógica binária serve também para manter tais crenças, acionando definições automáticas a partir da comparação entre dois supostos opostos, como, por exemplo, homem/mulher, masculino/feminino, público/privado, forte/franco, racional/emocional, ativo/passivo, heterossexualidade/homossexualidade, etc. (ROHDEN, 2001, 2008; CITELI, 2001; BUTLER, 2003) A partir desse raciocínio, podemos analisar o quanto as normas de gênero e a lógica binária estão presentes na construção de políticas públicas de saúde, em especial para as mulheres. Como veremos no terceiro capítulo, por mais que se possa reconhecer os avanços alcançados na construção dos textos de tais políticas, ainda há grandes lacunas na formulação de estratégias capazes de incluir de fato as mulheres lésbicas, bissexuais ou que fazem sexo com mulheres no Programa de Saúde da Mulher.

Ainda que a formulação do conceito de gênero tenha produzido importantes reflexões sobre o lugar socialmente reservado às mulheres, não consegue explicar, sozinho, a insistente permanência de condições sociais desfavoráveis para a grande maioria dessa população, como também não explica a manutenção de desigualdades intragênero. Para se pensar questões sobre privilégios e permanência de hierarquias internas à população de mulheres, é preciso também considerar os marcadores sociais da diferença, tais como classe, raça, etnia, identidade de gênero e orientação sexual, que transformam essas diferenças em desigualdades sociais, em especial no que diz respeito à atenção em saúde, impactando na qualidade, no acesso e na efetividade dos serviços de saúde oferecidos à população.

No amadurecimento das análises sobre os marcadores sociais da diferença que produzem desigualdades e vulnerabilidade, movimentos sociais e teóricas propõem um importante referencial de análise nomeado de “interseccionalidade”, que busca pensar não só as desigualdades produzidas nas relações sociais baseadas em diferenças de sexo, raça/etnia, classe, geração, identidade de gênero e orientação sexual separadamente, mas em perspectiva contextual e relacional. Maria Elvira Díaz-Benítez e Amana Mattos, pontuam que o conceito de interseccionalidade surgiu a partir da década de 1990, como uma reflexão epistemológica do feminismo negro dentro dos estudos de gênero, que “se convencionou chamar de feminismos interseccionais”. (DÍAZ-BENÍTEZ; MATTOS, 2019, p.67)

Segundo Díaz-Benítez e Mattos, as primeiras reflexões sobre interseccionalidade articulavam gênero, raça e classe, o que foi fundamental para problematizar diversas outras

categorias, como geração e sexualidade, por exemplo. Segundo Díaz-Benítez e Mattos, foi a partir de autoras lésbicas, como Audre Lorde, que as reflexões interseccionais do feminismo negro foram ampliando a importância de desenvolvermos um olhar que incluam a articulação de outros marcadores sociais capazes de aumentar “privilégios ou desigualdades”, dependendo do contexto observado. (DÍAZ-BENÍTEZ; MATTOS, 2019, p.73)

As autoras destacam o caráter biologizante e naturalizante no qual tanto o sexismo quanto o racismo se baseiam, sempre buscando nos corpos as razões para desenvolver e manter projetos de poder, em que as desigualdades sociais são justificadas através de uma suposta lógica criada pela própria “natureza” desses corpos, que reforça as práticas objetificantes dos referidos grupos – o que Foucault identificou como o exercício de uma biopolítica (DÍAZ-BENÍTEZ; MATTOS, 2019). É possível notarmos essa mesma tendência biologizante e naturalizante quando o que se coloca sob análise as questões que envolvem desejos, práticas e orientações sexuais.

Para as autoras, é preciso desconstruir a universalidade do ‘ser mulher’ e do ‘ser homem’ também para as análises sobre gênero e sexualidade, como forma de produzir reflexões e indagações que identifiquem “os apagamentos e silenciamentos nas narrativas hegemônicas”, como forma de complexificar as análises, transgredindo “lógicas científicas hegemônicas. (DÍAZ-BENÍTEZ; MATTOS, 2019, p.83)

Para Piscitelli (2012), determinados corpos estão em relações sociais desiguais, de diferentes maneiras, precisando ser pensados em seu contexto social amplo, levando-se em consideração a multiplicidade de opressões que um só corpo pode experimentar, opressões que fazem liga umas com as outras e se atravessam. Nesse sentido, cada marcador de desigualdade não incide de forma exclusiva e, à medida que esses marcadores se sobrepõem num só sujeito ou grupo, sua condição social, pessoal, econômica e coletiva se torna cada vez mais frágil e vulnerável aos estigmas sociais, no entanto, dependendo do contexto analisado tais marcadores apresentam-se aumentam ou amenizam as desigualdades.

Portanto, é impossível pensar no corpo, objeto da desigualdade de classe, por exemplo, sem situar sua condição (dimensão) sexuada, generificada, racializada e de etapa de vida. Falar sobre sexualidade e, em especial, sexualidade feminina, é considerar que a mesma passa, há séculos, por diferentes dimensões de controle e de moralização, tanto por parte das relações sociais, amorosas (conjugais ou não), como também das religiões, da medicina, da justiça, da política e, até mesmo, da economia.

Para Butler (2003), na lógica que diz que o sexo biológico é um dado da natureza e o gênero uma construção cultural/social atribuída aos corpos, continua embutido o pressuposto



binário e fixo que reconhece apenas duas pré-condições biológicas ou sociais para a existência humana. Para Butler, ainda que algumas teóricas feministas afirmem que o conceito de gênero se refere a “uma relação” e não a uma característica individual, e que outras cientistas sociais o utilizem como “fator” ou “dimensão” de análise, indubitavelmente “ele também é aplicado a pessoas reais como uma “marca” da diferença biológica, linguística e/ou cultural”, que “só existe em relação a outro significado oposto” (BUTLER, 2003, p.28), ou seja, mantendo sempre seu funcionamento binário.

Em “Problemas de Gênero”, Butler, partindo da noção de “identidade”, propõe um questionamento sobre o que “alicerça a pressuposição de que as identidades são idênticas a si mesmas, persistentes no tempo, unificadas e internamente coerentes?”

Após uma série de reflexões filosóficas sobre as noções de “identidade” e de “pessoa”, Butler esclarece:

Em sendo a “identidade” assegurada por conceitos estabilizadores de sexo, gênero e sexualidade, a própria noção de “pessoa” se veria questionada pela emergência cultural daqueles seres cujo gênero é “incoerente” ou “descontínuo”, os quais parecem ser pessoas, mas não se conformam às normas de gênero da inteligibilidade cultural pelas quais as pessoas são definidas. Gêneros “inteligíveis” são aqueles que, em certo sentido, instituem e mantêm relações de coerência e continuidade entre sexo, gênero, prática sexual e desejo. (BUTLER, 2003, p. 38)

O trecho acima nos serve de introdução para reflexões acerca da heteronormatividade e da diversidade sexual. Para Monique Wittig, em seu conceito de “heterossexualidade compulsória” – que também é utilizado por Judith Butler – o masculino não é marcado, já que é tomado como sinônimo do universal, e a categorização de sexo marcaria apenas a mulher heterossexual, o que a leva a declarar, em um artigo intitulado “Paradigm”, de 1979, que “as lésbicas não são mulheres”, pois somente as lésbicas escapariam do sistema de sexo/gênero imposto às mulheres heterossexuais. Wittig afirma que as lésbicas estariam fora do sistema binário homem/mulher, já que não atendem ao objetivo reprodutivo da heterossexualidade compulsória. Para Wittig, segundo Butler, “a restrição binária que pesa sobre o sexo atende aos objetivos reprodutivos de uma heterossexualidade compulsória”. (WITTIG, 1979, *apud* BUTLER, 2003, p. 41)

Para Butler, a instituição de uma heterossexualidade compulsória e natural exige uma regulação para os gêneros como uma relação intrinsecamente binária “em que o termo masculino diferencia-se do termo feminino, realizando-se essa diferenciação por meio das práticas do desejo heterossexual”. (BUTLER, 2003, p. 45). A autora coloca a questão em termos de “matrizes rivais e subversivas de desordem de gênero”, que desorganizam a “matriz da heterossexualidade”, cuja função é organizar os diferentes aspectos da sexualidade, como sexo, gênero, desejo, práticas e comportamento. Desse modo, deixa ainda mais claro que a “regulação

binária da sexualidade suprime a multiplicidade subversiva de uma sexualidade que rompe a hegemonia heterossexual, reprodutiva e médico-jurídica”. (BUTLER, 2003, p. 39-41)

Para Butler, a “heterossexualidade institucional” estabelecerá uma coerência interna entre o sexo biológico e o gênero, exigindo uma heterossexualidade estável e oposicional, que dirige o desejo do homem em direção à mulher, e o desejo da mulher em direção ao homem. Nas palavras de Butler, a heterossexualidade institucional “não só pressupõe uma relação causal entre sexo, gênero e desejo, mas sugere igualmente que o desejo reflete ou exprime o gênero, e que o gênero reflete ou exprime o desejo”, constituindo os limites dentro do binário de gênero (BUTLER, 2003, p. 45). Essa necessidade de coerência entre sexo, gênero e desejo, dentro de um sistema heteronormativo, é justamente o que leva as ciências em geral, mais especialmente as ciências biológicas e psicológicas, de uma determinada época, a procurarem a “verdade do sexo” através da investigação da sexualidade de cada um, para sustentar a ideia de “que um eu verdadeiro é simultânea ou sucessivamente revelado no sexo, no gênero e no desejo”. (BUTLER, 2003, p. 45)

A busca pela “verdade do sexo” faz parte do que Foucault (2018) chamou de “dispositivos de sexualidade”. Assim, propomos aqui desdobrar essa mesma noção de “dispositivo” com o intuito de desvendar os mecanismos que engendram a heteronormatividade do sistema de saúde, e nos servirá como lente para nossa análise. Nesse sentido, construiremos a noção do que aqui chamaremos de “dispositivo de heterossexualidade”, como mais uma técnica disciplinar que engendra “procedimentos reguladores”. Para além de uma genealogia da sexualidade, precisamos esclarecer alguns pontos sobre o que chamaremos de “dispositivo de heterossexualidade”, ou seja, como se constituiu e, principalmente, como se mantém em funcionamento até os dias atuais, especialmente no campo da saúde pública para mulheres.

Antes de mais nada será necessário nos deter em esmiuçar de que forma o conceito de dispositivo é pensado e utilizado por Foucault. Segundo Silva (2014), podemos entender o dispositivo como uma estratégia foucaultiana para diagnosticar as forças em disputa no campo político, de maneira que ora operaria como um conceito, ora como uma estratégia.

Para Foucault (1979) é de fundamental importância analisar o funcionamento político contido nos jogos de verdade entre saber/poder. Esse tipo de análise parte dos funcionamentos mais periféricos e cotidianos para desvendar as técnicas e táticas de dominação. Segundo Paul Veyne (2011, p. 35) a ideia de “dispositivo”, quase que serve como substituto da palavra “estrutura”, porém com vantagem, pois contém o potencial de desvelar a dinâmica do funcionamento das estruturas.

Com o conceito de “dispositivo”, Foucault inclui em suas análises, além das práticas discursivas, também as práticas não discursivas. Segundo Silva, “o termo dispositivo não é detidamente discutido, nem sequer definido por Foucault em suas obras” (SILVA, P., 2014, p.145). No entanto ao ser perguntado sobre isso numa entrevista de 1997, formulou a seguinte resposta:

[...] um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos... [e entre estes] existe um tipo de jogo, ou seja, mudanças de posição, modificações de funções, que também podem ser muito diferentes, [cuja finalidade] é responder a uma urgência. O dispositivo tem, portanto, uma função estratégica dominante (FOUCAULT, 1996, p.244-245 apud SILVA, 2014, p.146).

Agamben (2009) amplia a definição do conceito quando diz que o dispositivo é “qualquer coisa que tenha de algum modo à capacidade de capturar, orientar, determinar, interceptar, modelar, controlar e assegurar os gestos, as condutas, as opiniões e os discursos dos seres viventes” (AGAMBEN, 2009, p. 40), assim, pode ser posto em funcionamento através de instituições, tecnologias, coisas, processos ou relações sociais. Em outras palavras, poderemos perceber que quando um dispositivo é colocado em funcionamento em relações humanas, ele é capaz de fazer aparecer sujeitos, mas também pode fazer desaparecer individualidades. Para Agamben o “dispositivo é, antes de tudo, uma máquina que produz subjetivações e somente enquanto tal é também uma máquina de governo” (AGAMBEN, 2009, p. 46), podendo ser entendido também como uma forma de investir nas subjetividades.

Nesse sentido, o dispositivo coloca em funcionamento um jogo minucioso, quase imperceptível, mas que orienta as condutas e os discursos para uma mesma direção, ao mesmo tempo que oferece conforto e proteção, nas palavras de Agamben (2009), “na raiz de cada dispositivo está, deste modo, um desejo demasiadamente humano de felicidade, e a captura e a subjetivação deste desejo em uma esfera separada, constitui a potência específica do dispositivo” (AGAMBEN, 2009, p. 44).

Seguindo a mesma lógica, Foucault desenvolve seu conceito de “disposto de sexualidade” articulado à noção de “biopolítica” que se serve de tal dispositivo para pôr em funcionamento processos refinados de intervenções e controles reguladores da vida. Para Foucault, a era do “biopoder” iniciada a partir do século XIX, utiliza-se “de agenciamentos que constituirão a grande tecnologia do poder no século XIX: o dispositivo de sexualidade será um deles, e dos mais importantes” (FOUCAULT, 2018, p. 151).

Esse biopoder, segundo Foucault, foi elemento fundamental para o “desenvolvimento do capitalismo, que só pôde ser garantido à custa da inserção controlada dos corpos no aparelho de produção e por meio de um ajustamento dos fenômenos de população aos processos econômicos” (FOUCAULT, 2018, p. 152). Para Foucault, “uma sociedade normalizadora é o feito histórico de uma tecnologia de poder centrada na vida” (FOUCAULT, 2018, p. 156), onde o sexo é tomado como importante foco de disputa política. Exames médicos e psicológicos fazem parte de um micropoder não só sobre o corpo individual, mas também visam o corpo social ou grupos. Mas Foucault nos alerta que o “dispositivo de sexualidade deve ser pensando a partir das técnicas de poder que lhe são contemporâneas” (FOUCAULT, 2018, p. 163).

Assim para Foucault, “os mecanismos de poder foram, de fato, empregados mais para suscitar e “irritar” a sexualidade do que para reprimi-la” (FOUCAULT, 2018, p.164). No entanto, a nosso ver tais mecanismos não pretendiam “suscitar ou irritar” qualquer sexualidade, mas sim a heterossexualidade. Isso fica ainda mais claro quando Foucault diz que o sexo é “o elemento mais especulativo, mais ideal e igualmente mais interior, num dispositivo de sexualidade que o poder organiza em suas captações dos corpos, de sua materialidade, de suas forças, suas energias, suas sensações, seus prazeres” (FOUCAULT, 2018, p. 169). E ainda, quando diz que

É pelo sexo efetivamente, ponto imaginário fixado pelo dispositivo de sexualidade, que todos devem passar para ter acesso à sua própria inteligibilidade (já que ele é, ao mesmo tempo, o elemento oculto e o princípio produtor de sentido), à totalidade de seu corpo (pois ele é uma parte real e ameaçada desse corpo do qual constitui simbolicamente o todo), à sua identidade (já que ele alia a força de uma pulsão à singularidade de uma história). (FOUCAULT, 2018, p. 169)

Para começar, temos algumas hipóteses a serem analisadas: seria o sistema binário uma estratégia fundante do “dispositivo de heterossexualidade”, com efeitos também no campo da saúde, especialmente àquelas direcionadas para mulheres? Seriam os processos de apagamento e silenciamento da existência de mulheres lésbicas e bissexuais, táticas e estratégias do “dispositivo de heterossexualidade” também atuantes nas políticas públicas de saúde da mulher? Perseguindo uma lógica que esclareça o “dispositivo” em questão, dentro das políticas públicas de saúde para as mulheres, poderíamos pensar que a manutenção da primazia dada à heterossexualidade em diferentes âmbitos sociais, segue apoiada por uma lógica heteronormativa, que primeiramente, esteve a cargo da Igreja, depois das ciências biopsicossociais, depois do sistema de justiça e, paralelamente a todas essas, aos sistemas midiáticos, dos mais arcaicos aos mais modernos, que alimentaram e alimentam o senso comum, esperando que esse último sustente a lógica empregada em políticas públicas de saúde,

e em todas demais instâncias? Essas são questões que nos acompanharão no decorrer dos capítulos seguintes.

O “dispositivo de heterossexualidade” atua em diversos campos, se utilizando de diversos tipos de estratégias, desde o saber-poder das ciências biológicas, até o dito senso comum que também está presente, e atravessa a subjetividade de formuladores de políticas públicas, gestores e profissionais de saúde, como veremos no decorrer dos capítulos seguintes.

Como ressaltou Adrienne Rich, a heterossexualidade é “uma instituição política que retira o poder das mulheres” (RICH, 2010, p. 19), e que submete as lésbicas, frequentemente, ao silenciamento e apagamento social, dentre outros efeitos. Como veremos, isso atravessa diversas políticas públicas, em especial as de saúde para mulheres, que além de despertar um restrito interesse dos pesquisadores a respeito da diversidade sexual feminina, ainda mantêm a realidade dos programas e serviços de saúde para a mulher atrelada à mesma lógica de atenção do início do século passado, ou seja, ao período gravídico-puerperal, com tímidas e incipientes iniciativas inovadoras, especialmente, no que tange à atenção e ao cuidado da saúde de mulheres lésbicas e bissexuais.

Nesse sentido, ressaltamos o alerta que nos faz Rich (2010) sobre a importância de abordar as necessidades das mulheres lésbicas numa perspectiva específica, considerando a experiência lésbica, assim “como a maternidade, uma experiência profundamente feminina, com opressões, significados e potencialidades particulares, que não podemos compreender quando nós a agrupamos simplesmente com outras existências sexualmente estigmatizadas”. (RICH, 2010, p. 37)

No trecho abaixo, Butler expressa também seu entendimento sobre as vantagens em não buscarmos por uma unidade da categoria “mulher”

Certas formas aceitas de fragmentação podem facilitar a ação, e isso exatamente porque a “unidade” da categoria das mulheres não é nem pressuposta nem desejada. [...] Sem a pressuposição ou o objetivo da “unidade”, sempre instituído no nível conceitual, unidades provisórias podem emergir no contexto de ações concretas que tenham outras propostas que não a articulação da identidade. Sem a expectativa compulsória de que as ações feministas devam instituir-se a partir de um acordo estável e unitário sobre a identidade, essas ações bem poderão desencadear-se mais rapidamente e parecer mais adequadas ao grande número de “mulheres” para as quais o significado da categoria está em permanente debate. (BUTLER, 2003, p. 36)

Assim, entendemos ser esta uma escolha coerente com a ideia de busca por uma política pública de saúde universal, porém não universalizante.

Adrienne Rich (2010), em um artigo intitulado “Heterossexualidade compulsória e a existência lésbica”, originalmente publicado em 1980, no qual também utiliza a noção de produção da invisibilidade lésbica para explicar como o conceito de “heterossexualidade

compulsória” funciona para manter todas as mulheres em determinados parâmetros de funcionamento:

Quando nós encaramos de modo mais crítico e claro a abrangência e a elaboração das medidas formuladas a fim de manter as mulheres dentro dos limites sexuais masculinos, quaisquer que sejam suas origens, torna-se uma questão inescapável que o problema que as feministas devem tratar não é simplesmente a “desigualdade de gênero”, nem a dominação da cultura por parte dos homens, nem qualquer “tabu contra a homossexualidade”, mas, sobretudo, o reforço da heterossexualidade para as mulheres como um meio de assegurar o direito masculino de acesso físico, econômico e emocional a elas. Um dos muitos meios de reforço é, obviamente, deixar invisível a possibilidade lésbica, um continente engolfado que emerge à nossa vista de modo fragmentado de tempos em tempos para, depois, voltar a ser submerso novamente. (RICH, 2010, p. 34)

Rich critica parte da pesquisa e teoria feminista produzida no século XX que, a seu ver, contribuíam para a invisibilidade e marginalidade lésbica, quando supunham que “a maioria das mulheres são heterossexuais de modo inato” (RICH, 2010, p.35). Nesse sentido, veremos a importante influência que os movimentos feministas exerceram em todo processo histórico de elaboração das políticas públicas de saúde para mulheres, entretanto, evitando em diversas oportunidades pautar as questões que envolvem a saúde das mulheres lésbica e bissexuais.

Para Rich, a crença na primazia da heterossexualidade da população feminina coloca “obstáculos teóricos e políticos” (RICH, 2010, p. 35) para o próprio feminismo. A autora entende que uma parte dessa premissa de heterossexualidade inata das mulheres decorre do apagamento histórico da existência lésbica, que, quando muito, era catalogada como doença e, ainda na atualidade, “tem sido tratada como algo excepcional, mais do que intrínseco”.

Rich considera que

o fracasso de examinar a heterossexualidade como uma instituição é o mesmo que fracassar ao admitir que o sistema econômico conhecido como capitalista ou o sistema de casta do racismo são mantidos por uma variedade de forças, incluindo tanto a violência física como a falsa consciência. Tomar passo a favor do questionamento da heterossexualidade como uma “preferência” ou “escolha” das mulheres – e, assim, fazer o trabalho intelectual e emocional que vem a seguir – irá exigir coragem de uma qualidade especial das feministas que se definem como heterossexuais, mas acho que a recompensa será grande: uma libertação do pensamento, a exploração de novos caminhos, a dissolução de outro grande silêncio, uma nova claridade nas relações interpessoais. (RICH, 2010, p. 35)

Ao longo de nossa pesquisa, Adrienne Rich se revelou uma importante referência acadêmica que nos ajudou na análise das questões de políticas públicas que impactam a população lésbica, pois, além de tratar diretamente da condição lésbica, a autora também formula conceitos que nos ajudam a entender a complexa trama que, por vezes, afasta As mulheres lésbicas das pesquisas e teorias feministas e, por vezes, as aproxima, o que também

tem impactos na produção qualificada de políticas públicas de saúde de fato atenda às necessidades dessa população.

Rich (2010) elabora o conceito de “existência lésbica” não só para marcar a presença histórica de lésbicas, como também para revelar a criação contínua do significado dessa existência. E, também, o conceito de um “*continuum* lésbico” que ajuda a revelar, não só ao longo da vida de cada mulher, mas também através da história, experiências de identificação de mulheres com outras mulheres, não estritamente no sentido de algum desejo ou experiência sexual genital com outra mulher, mas como forma de visibilizar “uma intensidade primária entre mulheres, inclusive o compartilhamento de uma vida interior mais rica, um vínculo contra a tirania masculina, o dar e receber de apoio prático e político” (RICH, 2010, p. 36). Rich (2010) nos traz uma citação de Audre Lorde que colabora para o entendimento do conceito de “*continuum* lésbico” como uma energia difusa. Nas palavras de Lorde (1984), corresponderia a um “compartilhamento de alegria, seja física, seja emocional, seja psíquica”. (LORDE *apud* RICH, 2010, p. 37)

Nesse sentido, referindo-se à potência transformadora do *continuum* lésbico, Rich (2010), sugere que é necessário um trabalho a ser realizado por pesquisadores, que no seu entendimento,

precisam perguntar-se de modo constante sobre as formas pelas quais a heterossexualidade tem sido organizada e mantida como uma instituição através da escala de salários femininos, da imposição do “lazer” das mulheres de classe média, da glamorização da conhecida liberação sexual, da restrição em prover educação para as mulheres, da imagética da arte culta e da cultura popular, da mistificação da esfera “pessoal” e muito mais ainda. Precisamos de uma economia que compreenda a instituição da heterossexualidade e a dupla carga de trabalho das mulheres, além da divisão sexual do trabalho como a mais idealizada das relações econômicas. (RICH, 2010, p.43)

Assim, Adrienne Rich (2010), nos alerta que a instituição da heterossexualidade compulsória dificulta que a identificação entre mulheres se desenvolva como fonte de energia e poder feminino. Que além de promover a negação e invisibilidade das relações amorosas entre mulheres, também representa uma perda “do poder de todas as mulheres em mudar as relações sociais entre os sexos e de cada uma de nós se libertar”. (RICH, 2010, p.40-41)

Retornando ao conceito de heteronormatividade, em uma breve consideração, Richard Miskolci (2009) nos esclarece que, em uma estrutura heteronormativa, as expectativas, as demandas e as obrigações sociais derivam do pressuposto de que exista uma heterossexualidade natural e universal, orientando um funcionamento ideal de sociedade, que Butler (2003) nomeia como uma “matriz heteronormativa”, cuja função é estabelecer os parâmetros que organizam as relações sociais em torno da pretensa coerência entre gênero e sexualidade. Deriva daí que a

heteronormatividade é um conjunto de prescrições que fundamenta processos sociais de regulação e controle, até mesmo aqueles que não se relacionam diretamente com orientação e práticas sexuais. Considerando também as reflexões de Foucault (2018), não é difícil concluirmos que se trata de uma denominação contemporânea para o dispositivo histórico da sexualidade que evidencia seu objetivo: formar todos para serem heterossexuais e organizarem suas vidas a partir do modelo supostamente coerente, superior e “natural” da heterossexualidade.

Para Miskolci (2009), o estudo da sexualidade implica necessariamente explorar os meandros da heteronormatividade, tanto na homofobia materializada em mecanismos de interdição e controle das relações amorosas e sexuais entre pessoas do mesmo sexo quanto em toda a padronização heteronormativa.

Muito embora as regras sociais da heteronormatividade – ou, como nomeia Rich (2010), da heterossexualidade compulsória – sejam, em geral, invisíveis e inaudíveis, todo aquele e aquela que se percebe tendo desejo sexuais por alguém do mesmo sexo/gênero, em qualquer período da vida, já desconfia que tais desejos são desejos desviantes e não apropriados e/ou não apreciados aos olhares sociais. Esse sentimento de inadequação é difuso, são regras que não estão escritas, não são necessariamente faladas, mas nem por isso deixam de ser comunicadas, sentidas e entendidas. Para Rich (2010), “A existência lésbica inclui tanto a ruptura de um tabu quanto a rejeição de um modo compulsório de vida”, um ato de resistência que recusa as regras do patriarcado, ao mesmo tempo que desperta autorejeição e autoviolência. (p. 36)

O conceito de heteronormatividade nos remete à atual condição do que se pensa e se pratica em termos de políticas públicas de saúde para as mulheres, no Brasil. A manutenção da crença de exista ou que tenha que existir uma coerência intrínseca entre identidade de gênero, orientação sexual, comportamentos e práticas sexuais, influencia não só o senso comum, mas também muitos gestores e profissionais do campo da saúde. Nesse aspecto, é na saúde pública que se pode encontrar maiores dificuldades para superação dessa lógica, já que as equipes estão sempre pressionadas por maiores e diversificadas demandas de atendimento, o que acarreta consultas mais breves, descontinuadas, que não favorecem um atendimento capaz de acolher demandas que sejam consideradas fora dos padrões, como veremos no próximo capítulo sobre levantamento bibliográfico do tema.

A saúde pública é um campo de atuação altamente técnico e científico, respaldado por tecnologias biomédicas de um saber/poder sobre o corpo humano e suas funções quase inquestionável. Que, como vimos, foi construída através de um histórico marcado por interpretações biologizantes, frequentemente dependentes de ideologias sociais, ou seja,



partindo de premissas nem um pouco neutras, nem tampouco estritamente científicas. Tal histórico tem consequências, ainda vigentes, na elaboração e execução de políticas públicas, destinação de recursos, qualidade do atendimento e oferta de serviços de saúde para mulheres lésbicas, bissexuais e transexuais lésbicas, ou mesmo para as heterossexuais.

Porém, há especificidades que não devem ficar subsumidas dentro das análises sobre mulheres ou homossexuais em geral, pois como nos lembra Rich (2010) “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” (Rich, 2010, p.36). Esse aspecto da questão terá forte influência nos caminhos e descaminhos da construção de uma política pública de saúde que inclua e atenda qualificadamente a mulheres lésbica e bissexual, o que abordaremos nos próximos capítulos.

Assim sendo, elegemos a análise dos mecanismos que, em última instância, sugerem que a sexualidade, especialmente de mulheres, se dirija a uma heterossexualidade compulsória, que sustenta e é sustentada por uma organização social, econômica e política heteronormativa para pensarmos e discutirmos em que termos são elaboradas as políticas públicas para a saúde da população feminina no Brasil. Consideramos fundamental o trabalho de tradução e visibilidade desses mecanismos, pois só conhecendo e reconhecendo seu funcionamento e estratégias de manutenção será possível negociarmos outros termos para que a existência lésbica, ou a metáfora do “corpo lésbico”, descrito por Monique Wittig, possa encontrar acolhimento não só no campo da saúde da mulher, mas também em todo e qualquer território social.

Julgamos bastante apropriado trazer para o debate dois aspectos que, na verdade, se configuram como estratégias e mecanismos, dos quais o funcionamento heteronormativo se vale, frequentemente, para se manter, ainda hoje, hegemônico no campo da saúde pública para as mulheres. Nossa aposta é que estratégias de apagamento e silenciamento são ainda hoje utilizadas para promover a invisibilidade de mulheres lésbicas e bissexuais, ao mesmo tempo que favorece a manutenção das normas de uma heterossexualidade considerada universal, especialmente na área de políticas públicas de saúde para as mulheres.

Abordamos até aqui, através da apresentação das teorias e autores, anteriormente, citados, os dois aspectos em destaque, mas nos deteremos em especial ao aspecto da estratégia de silenciamento das, e sobre, as lésbicas. É possível encontrar diversos artigos na área de saúde que discutem os temas mulheres e silenciamento, no entanto, a grande maioria com enfoque

específico na da área de saúde mental ou sobre portadoras do HIV. Por outro lado, o tema do silêncio e dos silenciamentos é bastante discutido no âmbito da educação, sendo que alguns autores tratam desse tema tomando como ferramenta de investigação o pensamento foucaultiano, o que nos interessou em particular.

Um exemplo são os artigos reunidos numa coletânea organizada por Anderson Ferrari e Luciana Pacheco Marques, intitulada “Silêncios e Educação” (2011), que nos provocam ao exercício do estranhamento às banalidades dos silêncios do cotidiano de algumas instituições, que por vezes, nos confundem os sentidos, deixando passar despercebido, para a maioria dos envolvidos, a extensão de seus efeitos e significados, situações as quais ficamos tão “acostumados e que não nos chamam mais atenção” (Ferrari; Marques, 2011, p. 91).

Essa coletânea nos serviu como inspiração para pensarmos os variados aspectos dos silêncios e silenciamentos produzidos no campo da saúde pública para mulher e seus efeitos para a população lésbica. Como amplamente demonstrado anteriormente, se gêneros binários são construídos, reforçados e mantidos através de discursos, sejam eles científicos ou não, em especial, o discurso médico ainda hegemônico no campo da saúde. Precisamos considerar a importância do falar e do calar, do deixar falar e o fazer calar, estratégias de poder frequentemente utilizadas no campo da saúde da mulher, com efeitos que serviram e servem, ainda hoje, para a construção e validação de hegemonias sexuais, bem como para a manutenção dessa crença. O desvelamento desses mecanismos é de fundamental importância para a desconstrução da ideia de que seja aceitável que existam, e que se perpetuem qualquer tipo de hegemonia, ao menos no campo da saúde pública para mulheres.

Segundo Ferrari (2011), silêncios e silenciamentos servem como parte das estratégias discursivas envolvidas no disciplinamento dos sujeitos. Assim, silêncios e silenciamentos também servem a processos de subjetivação e objetivação, a partir de jogos de verdades que os objetivam e subjetivam, num só tempo, enquadrando, normatizando, silenciando, e falando sobre e pelos os sujeitos. Como sujeitos também construídos por práticas discursivas, as mulheres são atravessadas por jogos de verdades que dizem de seu corpo, de sua sexualidade e de sua maneira de ser. Isso fica ainda mais notório no campo da saúde pública para as mulheres.

Sobre corpo e silenciamentos, Ferrari comenta que “dessa forma, o corpo pode ser entendido como lugar privilegiado dos processos disciplinares, da formação das identidades de gênero e sexuais, dos atos performativos e da constituição das normas a que nos referimos como sujeitos”. (FERRARI, 2011, p. 85). Entretanto, o autor pondera que:

Isso não significa dizer que estamos totalmente assujeitados [aos processos disciplinares]. Pensados como atos performativos de construção das identidades de

gênero e sexuais, esses processos disciplinares na aproximação com a perspectiva foucaultiana, chama atenção para as possibilidades de resistências a partir dos próprios modos de sujeição. Resistências que sempre estarão presentes como possibilidades que se manifestam no cruzamento entre poder e contra-poder, discursos e contra-discursos. Estaria aberta nossas possibilidades de construir o próprio modo de vida transformando os mecanismos normativos que nos constituem em momentos para a problematização, a re-significação, a desconstrução e proliferação de outras possibilidades de agir e ser das subjetividades (FERRARI, 2011, p. 109).

Acreditamos que estratégias de silêncios e silenciamentos do dispositivo de heterossexualidade atuam profundamente nos processos de subjetivação de mulheres heterossexuais em geral, mas, sobretudo, nas lésbicas, brancas e negras, de maneira singular para cada um desses grupos. Para tanto, convocaremos novamente o pensamento e conceitos foucaultianos de saber-poder e jogos de verdade, e principalmente, o conceito de dispositivo, já aplicado anteriormente, dessa vez articulado com a discussão sobre diversidade sexual feminina, que nomearemos de “dispositivo de heterossexualidade”, o que nos ajudará na compreensão do que chamaremos de estratégias de silenciamentos utilizados frequentemente pelo dispositivo da heterossexualidade, em pleno funcionamento na sociedade brasileira, e em especial, no campo de saúde pública para as mulheres.

Silêncios e silenciamentos são mecanismos que atuam sobre as mulheres em geral. Contudo, quando atravessadas por questões raciais, de classe, geracional, de identidade de gênero e de orientação sexual, vão produzindo sujeitos e determinadas condições de possibilidade, nos mais diferentes contextos sociais. Como se diz popularmente, o silêncio pode ser facilmente associado à ideia de “quem cala, consente”<sup>4</sup>, ditado popular aplicado para diversas situações, em especial a mulheres que vivenciam relações conjugais violentas, o que já foi um mote de campanhas feministas contra a violência contra mulheres, no início dos anos 2000.

Considerando as estratégias utilizadas pelo dispositivo de heterossexualidade, podemos inferir que seu objetivo maior seria obter a “permissão” silenciosa para que pressupostos heteronormativos possam atuar na manutenção das condições de primazia dada a ideia de uma “heteronaturalidade” para o conjunto da população feminina. Como chamou Rich (2010), a “heterossexualidade compulsória” funciona como um imperativo a ser alcançado, buscado ou, pelo menos, dissimulado nos espaços públicos. Nesse sentido, os mecanismos de silêncio e silenciamento produzem efeitos distintos para mulheres heterossexuais e para lésbicas, em que as primeiras são subjugadas às hierarquias de gênero, enquanto as segundas são apagadas,

---

<sup>4</sup> Essa mesma frase foi utilizada em uma campanha publicitária do Conselho Estadual dos Direitos da Mulher, do Rio de Janeiro, no início da década de 2000, com o objetivo de estimular as mulheres em situação de violência doméstica a procurarem ajuda, especialmente em seu recém-criado equipamento de atenção às mulheres em situação análoga, o CIAM (no qual eu também atuei como psicóloga).

ignoradas, colocadas no lugar da exceção, da doença, da anormalidade, do desvio, ou da inexistência, enfim, acudadas até sumirem do campo social. Sem espaço para dizer sobre si, fica muito mais difícil existir. Dessa forma, ao contrário do excesso de discursos produzidos por religiões, pelas ciências biomédicas, antropológicas, psiquiátricas, além do sistema de justiça, sobre as diferenças entre os gêneros, a diversidade intragênero se manteve, por longo tempo, como um “não-dito”, exceto quando aplicado como sinônimo de pecaminoso, anormal e doentio, ou então como um “mau-dito” atrelado à ideia de abjeto e vergonhoso. (ROHDEN, 2001; LAQUEUR, 2001; PEREIRA, 2019).

Tradicionalmente, na lógica médica dedicada à saúde da mulher, a lésbica só caberia no campo das patologias, em especial, da psiquiatria (PEREIRA, 2019), ao contrário das prescrições de atenção em saúde a mulheres heterossexuais, em que a perspectiva da atenção em saúde conta com esforço contínuo para ampliar a noção de saúde como cuidado de prevenção e atenção à promoção de saúde para além do período gravídico-puerperal, como veremos nos próximos capítulos.

Nesse sentido, manifestações de homofobia se configuram como um mecanismo social, de certa forma naturalizado, de controle e regulação das expressões da sexualidade e do gênero. Mecanismo esse, que monitora as aparências, as linguagens corporal e verbal, o tipo de sensibilidade que se deve expressar ou evitar, além dos tipos de contato físico possíveis entre as pessoas. Neste sentido, para nós às expressões de homofobia parecem fazer parte das estratégias do dispositivo de heterossexualidade, e estão intimamente associadas a uma política social heteronormativa, que incuti no meio social o pavor de ser acusada ou identificada como lésbica. (RICH, 2010) Sem esquecer que o termo homofobia é carregado de potencial patologizante, sugerindo que expressões de discriminação e preconceito se referem apenas a sintoma individual, de alguém que está fora de um “acordo social de convivência”, o que pessoaliza e individualiza um problema cujas as raízes estão espriadas no tecido social, e que já tem um nome, heteronormatividade. Ou, como propomos aqui nomear, “dispositivos de heterossexualidade”, que nos ajuda a expor a questão em termos de construção e funcionamento social, da qual participa todas as pessoas e instituições de uma determinada sociedade, incluindo àquelas que deveriam promover a saúde pública.

Neste capítulo, discutimos a origem e a interpretação teórica de um passado histórico sobre gênero e sexualidade, e ainda presente em seus efeitos ideológicos na contemporaneidade. Vimos o quanto a produção científica sofre influências e também influencia a lógica dominante, que revela uma cumplicidade longe da pretensa neutralidade das ciências. No próximo capítulo, discutiremos o que as pesquisas acadêmicas têm nos mostrado sobre o tema saúde da/para população lésbica, no Brasil.

## 2 SAÚDE DAS MULHERES LÉSBICAS – UM DEBATE POLÍTICO E ACADÊMICO

Apresentaremos neste capítulo pesquisas e artigos sobre o tema “saúde de mulheres lésbicas”, partindo a princípio dos achados e apontamentos de um dossiê sobre o tema, publicado no ano de 2006, contendo pesquisas nacionais e internacionais produzidas a partir de meados do século XX até o início do século XXI. Na sequência, apresentaremos os artigos acadêmicos publicados no período de 2006 a 2018, sobre o mesmo tema, porém apenas aqueles referentes a realidade brasileira. Nossa análise e discussão sobre tais produções foram guiadas por conceitos trabalhados no capítulo anterior, especialmente ao que diz respeito ao dispositivo de heterossexualidade, e suas estratégias de silenciamento e apagamento.

### 2.1 Dossiê sobre a Saúde de Mulheres Lésbicas – um registro histórico - pesquisas de 1950 a 2005

Com o objetivo de situar historicamente os estudos sobre o tema “saúde das mulheres lésbicas”, selecionamos o *Dossiê - Saúde das Mulheres Lésbicas* (2006), organizado pelas pesquisadoras Regina Facchini e Regina Maria Barbosa. O referido dossiê é uma pesquisa pioneira no Brasil, encomendada pela Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Rede Feminista de Saúde, com foco na saúde das mulheres lésbicas, que sistematiza o difícil caminho percorrido pelos movimentos sociais, além de trazer dados de pesquisas realizadas sobre o tema até o ano de 2005, em sua maioria internacionais.

No decorrer da leitura do Dossiê, notamos uma variedade de expressões para menção à sexualidade lésbica que, em vários momentos, é referida como “homossexualidade feminina”, em outros, como “mulheres lésbicas”, e ainda como “mulheres que fazem sexo com mulheres”, no entanto incluindo em poucos trechos, a parcela existente de mulheres bissexuais. As próprias autoras identificaram uma dificuldade adicional nas fontes consultadas sobre o assunto no que tange à diversidade de terminologias e de vivências, o que dificultaria, na visão das autoras, qualquer tentativa de estimativa a respeito desse grupo. Entretanto, trazem dados de pesquisas internacionais, dentre elas a realizada nos EUA, 1992, com objetivo de compreender o comportamento sexual das mulheres, apontando que “quase 60% das mulheres relataram desejo/atração por outra mulher, mas nunca tiveram uma parceira sexual, nem se autodefiniram como ‘lésbicas’” (FACCHINI; BARBOSA, 2006, p. 12). Quanto às estimativas para o Brasil, as autoras se referem a uma única pesquisa sobre o “Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/AIDS” realizada em 1997/1998”, contudo, esclarecem que “a

forma como o questionário foi concebido produz dados válidos apenas para a população sexualmente ativa nos 5 anos anteriores à pesquisa. Assim sendo, 3% das mulheres sexualmente ativas nos últimos cinco anos relataram ter tido, durante sua vida, parceiras do mesmo sexo ou de ambos os sexos” (BRASIL, 2000 *apud* FACCHINI; BARBOSA, 2006, p. 15). As autoras observam nas pesquisas apresentadas, com objetivos semelhantes, que “a dimensão identitária foi o que menos contribuiu na identificação de mulheres com desejo/atração, experiência ou identidade não-heterossexual” (FACCHINI; BARBOSA, 2006, p. 13), ressaltando que o não reconhecimento da possibilidade de descompasso entre identidade, desejo/atração e comportamentos (práticas) sexuais, tem sido apontado como particularmente problemático por vários autores.

As fontes de pesquisa do Dossiê são unânimes em apontar a situação de invisibilidade e precariedade na atenção à saúde das mulheres lésbicas no Brasil. Fica em destaque a necessidade de conhecer melhor a população formada por mulheres que vivem práticas homossexuais, e também suas demandas. Nesse sentido, consideramos ser de fundamental importância a inclusão da diversidade sexual em todo debate sobre saúde das mulheres. Considerar a diversidade de orientações e práticas sexuais como variações legítimas na vida das mulheres, colabora para superação da lógica heteronormativa, que tenta sustentar a ideia de que a maioria das mulheres são heterossexuais, de maneira invariável e definitiva, durante todas as fases de suas vidas. Buscando com isso, desarmar as estratégias e mecanismos ligados ao dispositivo de heterossexualidade.

Segundo o Dossiê, os primeiros estudos sobre a homossexualidade feminina acontecem na década de 1950 e tomam como foco das pesquisas a “etiologia lésbica” ou, em outras palavras, quais seriam as causas e origens que explicariam o “fenômeno da sexualidade lésbica”. Já a partir dos anos 1960 até 1980, a ênfase teria se deslocado para o funcionamento psicológico do referido grupo e tomava-se como método de pesquisa a comparação entre mulheres heterossexuais e mulheres homossexuais, numa tentativa de encontrar algum determinante psicopatológico que explicasse a atração pelo mesmo sexo. Somente na década de 1980 surgiram os primeiros estudos sobre o desenvolvimento da homossexualidade, tomando como referência a mulher lésbica como psicologicamente saudável.

As autoras definem seus objetivos e esforços como uma decisão política tomada pela Rede Feminista de Saúde como uma forma de “retirar da invisibilidade as necessidades e dificuldades das lésbicas diante dos serviços e profissionais de saúde”, apontando as fragilidades do “saber médico clássico” e o quanto “o poder dos serviços de saúde nos moldes tradicionais – em geral de matrizes homofóbica, patriarcal e vitoriana” se traduz em práticas

discriminatórias para mulheres “que exercem a sexualidade fora do modelo exclusivamente ‘hetero’” (FACCHINI, BARBOSA, 2006, p. 04). Nesse sentido, a presente dissertação encontra semelhanças com o referido Dossiê, já que objetiva sistematizar conhecimento que favoreça a saída de mulheres lésbicas e bissexuais de sua ainda atual condição de apagamento e silenciamento dentro das políticas, programas e serviços de atenção à saúde. Para tanto, partimos da própria constituição do saber médico, evidenciando as bases sociais das quais tal saber se serviu para estabelecer determinadas “verdades” sobre sexualidade feminina. O que no referido texto é nomeado como “moldes tradicionais”, com “matrizes homofóbica”, “patriarcal” e “vitoriana”, para nós são aspectos que fazem parte do que nomeamos de dispositivo de heterossexualidade, que produz efeitos de poder.

### 2.1.1 Saúde Sexual e Direitos Sexuais: um percurso político

No decorrer da última década do século XX as reivindicações políticas, no âmbito internacional, avançaram na construção das noções de saúde sexual e reprodutiva, numa perspectiva de direitos. Todas as fontes consultadas pelas autoras do Dossiê reconhecem a importância da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo, em 1994, e da IV Conferência Mundial sobre a Mulher (realizada em Pequim, em 1995) como eventos centrais na construção de uma terminologia que incorporasse os direitos sexuais.

Na IV Conferência, em Pequim, os acordos estabelecidos sobre direitos sexuais e reprodutivos como inerentes aos Direitos Humanos foram reafirmados e elaborados mais adequadamente em suas definições textuais. Até então, a saúde sexual e reprodutiva não fazia parte dos estudos sobre demografia, nem tampouco era um tema considerado relevante a ponto de ser elencado sob a égide dos Direitos Humanos. Questões sobre direitos sexuais e reprodutivos eram tidos como reservadas ao mundo doméstico e privado, não havendo, por conseguinte, necessidade de formulação de políticas públicas que lhes fossem pertinentes (CORRÊA; ALVES; JANUZZI *apud* BRASIL, 2013).

Há pelo menos cinco décadas o movimento feminista defende o direito de escolha e a liberdade das mulheres nos temas sexuais e reprodutivos, mas foi apenas na década de 1990 que, somada à presença de representantes dos movimentos ambientalista e de Direitos Humanos, foi possível reunir as condições econômicas e políticas necessárias para que, efetivamente, seus pleitos sobre direitos reprodutivos fossem aceitos e transformados em

princípios assumidos na Conferência do Cairo (CORRÊA; ALVES; JANUZZI *apud* BRASIL, 2013).

Importa ressaltar que para Direitos Reprodutivos e Saúde Reprodutiva foram definidos conceitos distintos, no Programa de Ação do Cairo, sendo o conceito de Saúde Reprodutiva ampliada em relação a já definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1988. A Conferência do Cairo (1994) elabora um conceito mais amplo para Saúde Reprodutiva, e inclui a expressão “saúde sexual”, como se pode observar no trecho abaixo:

a assistência à saúde reprodutiva é definida como a constelação de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivo, prevenindo e resolvendo problemas de saúde reprodutiva. Isso inclui também a saúde sexual, cuja finalidade é a intensificação das relações vitais e pessoais e não simples aconselhamento e assistência relativos à reprodução e a doenças sexualmente transmissíveis” (NACIONES UNIDAS *apud* BRASIL, 2013, p. 12-13.)

Vale lembrar que as definições sobre Direito e Saúde Reprodutiva formuladas pela OMS (1988) e pela Conferência do Cairo (1995) acabaram por serem elaboradas ainda numa perspectiva heteronormativa da reprodução humana, muito embora já houvesse resistências e disputas sobre o tema. Debates mais elaborados sobre Direito e Saúde Sexual eram notadamente evitados, já que suscitavam questões ainda mais amplas, como normas morais e sociais para comportamentos e práticas que, certamente, envolvem relações de gênero, orientação sexual, com grande potencial para quebra de paradigmas e, conseqüentemente, mudança das normas vigentes. Importa registrar, também, que o desenvolvimento do conceito de Direitos Sexuais se deu em outro tempo e trajetória que o conceito de Direitos Reprodutivos, como efeito de diversas forças, que sempre variaram em tamanho e capacidade de articulação. A formulação inicial do conceito origina-se dos movimentos de gays e lésbicas norte-americanos e europeus, na década de 1990, o que será comentado mais adiante.

Nesse sentido, Facchini e Barbosa (2006) apontam para o fato histórico de que o caminho da discussão sobre direitos sexuais passou primeiro pelos temas, centrais na época, da população e da mulher, num nível de debate internacional, porém, sem com isso estabelecer um campo específico de regulação, mas, marcando historicamente, pela primeira vez, a introdução do aspecto “sexual”, positivado como algo associado ao bem-estar das pessoas e não mais apenas ligado a questões sobre violência. Também reconhecem que, apesar da introdução da noção de “saúde sexual” marcar, inclusive, a entrada do tema da sexualidade no campo dos direitos, ainda, nesse momento, não se vislumbrava o tema como reconhecendo a dimensão do direito aos prazeres sexuais e às liberdades individuais de orientação e expressões sexuais.



### 2.1.2 **Sexualidade: uma questão para as Políticas Públicas de Saúde?**

Segundo as autoras, até a década de 1980, o debate sobre o tema da sexualidade no campo da saúde, no Brasil, se concentrava em torno dos fatores que poderiam promover a aceitação e a efetividade dos métodos contraceptivos. O tema da sexualidade era apenas tangenciado quando relacionado com gravidez indesejada e práticas contraceptivas, o que restringia o tema da sexualidade a estereótipos heterossexuais.

Facchini e Barbosa (2006) também identificaram o que elas chamaram de “encobrimento” da temática da sexualidade feminina no interior dos movimentos feministas, que emergia com muita potência no Brasil da década de 1980 (FACCHINI; BARBOSA, 2006, p.7). Hoje poderíamos identificar tal “encobrimento”, como efeito de uma estratégia de apagamento de práticas e identidades desviantes da hegemônica heterossexualidade feminina. Segundo as autoras, o foco dos movimentos feministas, ainda na década de 1980, era dirigido para a luta pela igualdade de direitos entre homens e mulheres. E, embora os estudos feministas ressaltassem a dissociação entre o exercício da sexualidade e a reprodução, o aspecto que mais tomava lugar na discussão acadêmica e na formulação de políticas e serviços públicos de saúde era justamente o da reprodução e da maternidade.

Outro ponto de vista teórico-conceitual destacado pelas autoras, que contribuiu para o apagamento das questões sobre a diversidade sexual das mulheres, refere-se à posição marginal que os estudos sobre sexualidade ocupavam no conjunto das Ciências Humanas, em especial os estudos feministas, que, até aquele momento, tratava a sexualidade numa perspectiva de análise englobada pela categoria *gênero*. Assim, a sexualidade colocada dentro da categoria gênero embasava análises que favoreciam a questão da subordinação das mulheres no campo social atrelada à ideia do papel que homens e mulheres assumem na reprodução biológica, ou seja, promovendo uma confusão entre gênero e sexualidade.

### 2.1.3 **Saúde Sexual e Direitos Sexuais para Mulheres Lésbicas e Bissexuais – um percurso político e técnico**

A pesquisa empreendida para composição do Dossiê também revelou que as questões referentes à homossexualidade e ao homoerotismo feminino, em especial, àquelas relacionadas ao campo da saúde de mulheres lésbicas, não foram inicialmente tratadas nem pelos estudos sobre homossexualidade, e nem mesmo pelos estudos feministas, permanecendo à margem de ambos os processos. Foi preciso esperar até a segunda metade da década de 1990, quando se

iniciava um período de expansão e visibilidade do movimento lésbico, para que fosse possível articular os interesses dos dois movimentos de mulheres, o feminista e o lésbico, com ajuda de mulheres que se autodeclaravam como feministas lésbicas ou lésbicas feministas e circulavam entre ambos os movimentos. Essa interseção na composição dos dois movimentos facilitou o diálogo e reconhecimento de interesses comuns, partindo, a princípio, da ideia de “direitos sexuais” (BARBOSA, 2005; BARBOSA & FACCHINI, 2003; FACCHINI, 2004).

As autoras destacam a visibilidade do movimento GLBT<sup>5</sup> como importante fator que faz vir à tona a temática da saúde das mulheres lésbicas e bissexuais na sociedade brasileira contemporânea. Entretanto, deixam antever uma segmentação de categorias no interior desse movimento, com identidades e especificidades em disputa.

Nos anos 1990, embora se tenha produzido trabalhos pioneiros sobre as relações sexuais entre mulheres e homossexualidade feminina, o foco de estudos e políticas públicas de saúde dedica maior atenção às relações entre homossexualidade masculina e a AIDS. As produções sobre relações sexuais entre mulheres abordavam questões sobre a construção de identidades, sociabilidade e conjugalidade, além de questões sobre a invisibilidade social, o silêncio e as concepções afetivo-românticas nas relações afetivo-sexuais entre mulheres. Na opinião das autoras, esses trabalhos abordam as questões que tendem a tornar essa população mais vulnerável, porém sem abordar mais diretamente às questões de saúde dessa população.

No campo das disputas políticas, as autoras apontam que o nascimento e o desenvolvimento do movimento de lésbicas, de certa forma, se localizavam e se mantinham na interseção do movimento homossexual e os movimentos feministas. Atribuindo sua gênese às dificuldades de autonomia e visibilidade do movimento de lésbicas, com parcerias e tensões no início dos anos de 1980, quando gays e feministas buscam consolidar-se como sujeitos políticos. O termo “lésbicas” só foi agregado ao movimento homossexual a partir de 1993, com o VII Encontro Brasileiro de Lésbicas e Homossexuais. Poderíamos nos arriscar a dizer que mulheres lésbicas também estavam presentes, ainda que ocultas ou não declaradas, nos primeiros movimentos de mulheres ou movimentos feministas.

Muito embora, na virada do século XX para o XXI, as tensões entre esses três movimentos – feminista, homossexual e lésbico – tenham permanecido, é necessário reconhecer a importância da organização dos SENALE (Seminários Nacionais de Lésbicas),

---

<sup>5</sup> Optamos por manter a sigla usada em cada texto analisado, por servir, também, como mais um sinalizador histórico que retrata os avanços e as mudanças derivados dos debates, nas diferentes fases dos movimentos sociais.

que, a partir de 1996, com apoio institucional do Programa Nacional de DST/AIDS<sup>6</sup> do Ministério da Saúde, se incumbem de pautar a inclusão das especificidades do “corpo lésbico” e suas demandas de saúde, em especial quanto à possibilidade de infecção por DST e Aids, promovendo uma mudança na condição de invisibilidade quase que total para a afirmação da vulnerabilidade, valendo-se de momento histórico marcado pela feminização e pauperização da epidemia de Aids (FACCHINI; BARBOSA, 2006, p. 30-31).

A primeira década do século XXI assistiu ao fortalecimento dos mecanismos de participação e controle social e, com isso, a incorporação de grupos identitários, entre eles, as mulheres lésbicas. Nesse período, o movimento de mulheres lésbicas conseguiu pela primeira vez em sua história assento no Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM). A década de 2000 também foi marcada pela realização de grandes Conferências Nacionais sobre políticas e direitos das mulheres. A própria criação de uma Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM), com status de Ministério, em 2003, impulsionou um período de efervescente realização de Conferências municipais e estaduais que precediam as Conferências Nacionais – instância competente para referendar o Plano Nacional de Políticas para Mulheres (PNPM), e suas periódicas revisões. Assim, a I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres foi realizada em 2004, precedida de Conferências Estaduais e Municipais em todo território nacional.

Houve a realização de mais três Conferências Nacionais, a segunda em 2007, a terceira em 2011, e a quarta em 2016. Todas as conferências nacionais geraram revisões sobre o conteúdo do PNPM, e foram amplamente divulgados através de publicações online, exceto o que corresponderia a IV Conferência Nacional, realizada em 2016, que até o momento não foi publicada nova edição para o PNPM. Com a criação da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM) em 2003, a construção do PNPM fez incorporar “formalmente algumas das demandas de mulheres lésbicas, no que diz respeito à saúde, educação e combate à discriminação” (FACCHINI; BARBOSA, 2006, p. 31).

Em 2005, o movimento de lésbicas consegue alguma articulação com a Área Técnica de Saúde da Mulher, momento em que foi discutida proposta para ampliar o acesso de lésbicas, bissexuais e outras mulheres que fazem sexo com mulheres, em especial, as de baixa renda. Tais reivindicações do movimento de lésbicas estavam baseadas em itens já elencados no PNPM (2004), como a produção de manual técnico educativo sobre as especificidades das

---

<sup>6</sup> Opto por manter aqui as antigas abreviaturas referentes a doenças sexualmente transmissíveis e à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, por ser dessa forma que as pesquisadoras de referência as nomeiam no texto original, datado de 2005.

mulheres lésbicas, além da capacitação de pessoal da atenção básica e dos serviços especializados. No entanto, uma dificuldade antiga que se refere à reduzida articulação entre o Programa de Saúde da Mulher, o de DST/AIDS e demais programas da Atenção Básica, se apresentou como um entrave para efetivação do pretendido. Além da difícil compreensão sobre o que sejam os direitos sexuais e reprodutivos, em especial para mulheres lésbicas, o Programa de Saúde da Mulher, segue sem incorporar a temática da reprodução assistida como parte dos direitos sexuais e reprodutivos de todas as mulheres (FACCHINI; BARBOSA, 2006).

Ainda que sejam visíveis os avanços alcançados na inclusão do movimento lésbico em espaços políticos de discussão e uma inicial incorporação de suas demandas em políticas públicas, nesse período histórico, tais avanços não se mostraram suficientes para garantir e manter a implementação de propostas estabelecidas nos PNPMs para essa população, pois, segundo informação colhida pelas autoras do Dossiê, houve problemas no que diz respeito ao Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que enfrentou diversas dificuldades, inclusive econômicas, para implementar o Programa em estados e municípios. Apresentando como consequência a permanência de uma abordagem em saúde limitada ao período gravídico-puerperal (FACCHINI; BARBOSA, 2006).

Ainda hoje podemos perceber que a inclusão da diversidade sexual feminina na agenda de políticas públicas de saúde para mulheres não está assegurada, nem tampouco suficientemente estruturada para que de fato aconteça, como demonstraremos no terceiro capítulo.

#### **2.1.4 Existe ou não especificidades na saúde de Lésbicas – a eterna questão.**

Até o período pesquisado pelas autoras, a própria construção da categoria mulher lésbica dentro do campo da saúde, no Brasil, passava essencialmente por discussões internacionais que buscavam definir quais seriam as especificidades de saúde dessa população (FACCHINI; BARBOSA, 2006). Para as pesquisadoras, a invisibilidade e o escasso conhecimento científico a respeito de mulheres lésbicas estariam associados a dificuldade de formulação de políticas públicas para esse grupo. Assim, as autoras consideram importante que haja investimento em pesquisas que possam estimar o tamanho da população homossexual feminina, além de construir um saber sobre aspectos como: “crenças, atitudes e práticas vinculadas à saúde e à sexualidade” (FACCHINI; BARBOSA, 2006, p. 11). Consideram importante, também, identificar suas demandas e necessidades de cuidado, sendo tais dados fundamentais para a formulação de políticas públicas específicas para essa população.

Nesse sentido, consideramos parece fugir às autoras a perspectiva de que poderia ser justamente o contrário, a maneira de formular políticas públicas é que seria a real responsável por invisibilizar e restringir lésbicas à possibilidade de acesso a cuidados de saúde, o que contribui para o pouco conhecimento a respeito das reais necessidades dessa população.

Com base nos estudos de Solarz (1999), as autoras citam alguns achados de pesquisa do Instituto de Medicina dos EUA sobre saúde e homossexualidade feminina, que “identificou mais de 600 estudos produzidos nas décadas de 1980 e 1990 e organizou-os em tópicos que cobrem temas relacionados a: HIV/AIDS; câncer; DST; violência; adolescência; saúde mental; suicídio e serviços de atenção à saúde”, e apontando para o risco aumentado “para diferentes problemas de saúde, com estabelecimento de consenso, no entanto, apenas para um número exíguo de questões (SOLARZ, 1999 *apud* FACCHINI; BARBOSA, 2006, p. 18). As pesquisadoras avaliam que tais estudos apresentam definições conceituais precárias para a identificação dessa população, e também apontam como um complicador para as pesquisas o fato de os grupos estudados serem constituídos predominantemente por mulheres brancas, de maior escolaridade e jovens (FACCHINI; BARBOSA, 2006, p. 18).

A extensa pesquisa para o Dossiê não desperta otimismo quando analisado os estudos brasileiros sobre o tema saúde de mulheres lésbicas. As autoras informam não terem encontrado na literatura internacional, nem na nacional, subsídios necessários para esclarecer a existência de demandas e riscos específicos dessa população. Todavia registram pesquisa realizada por Almeida (2005), que já apontavam para a existência de preconceito, discriminação e conseqüente violência vivenciada por mulheres lésbicas, sem, contudo, analisar a possível relação entre tal preconceito/discriminação e os possíveis agravos à saúde, ou mesmo seus impactos nos cuidados à saúde das mulheres que vivem relações homoeróticas (ALMEIDA, 2005 *apud* FACCHINI; BARBOSA, 2006).

## **2.2 Mulheres Lésbicas e Saúde – um estudo sobre a produção acadêmica no período de 2006 a 2018**

Neste subcapítulo, nos debruçaremos sobre a produção científica brasileira a respeito da saúde das mulheres lésbicas nos anos posteriores aos pesquisados pelo Dossiê, de 2006 a 2018. Não temos, entretanto, o objetivo de construir uma narrativa cronológica complementar pautada pelos mesmos parâmetros escolhidos pelas autoras do Dossiê, uma vez que este também pesquisou estudos internacionais que incluem categorias mais abrangentes, como as mulheres bissexuais e a população LGBT em geral.

De nossa parte, focamos as pesquisas nacionais que tomassem como sujeito central de pesquisa a categoria “mulheres lésbicas”, e delimitarmos nosso estudo ao Programa de Saúde da Mulher, no Brasil. Para tanto, foram feitas buscas em quatro bases de dados de artigos científicos: Scielo, PePsic, Lilacs e BVS-Brasil<sup>7</sup>. Em todas as bases consultadas, utilizamos três palavras-chaves combinadas entre si: “Lésbicas”, “Saúde” e “Brasil”, para o período entre 2006 e 2018. Detalhamos a seguir os resultados da pesquisa em cada uma das quatro bases de pesquisas consultadas e os critérios utilizados para seleção dos artigos. Depois, apresentaremos os artigos selecionados (Quadro 1) organizados em ordem cronológica, a mesma ordem utilizaremos para apresentar as análises desenvolvidas de cada artigo, exceto quando da mesma autoria.

Iniciamos a consulta pela base de dados Scielo, elegendo a combinação das palavras: “Lésbicas”, “Saúde” e “Brasil”. O refinamento para o resultado inicial, somente com o uso da palavra “Lésbicas”, apresentou 104 estudos, depois de incluirmos a palavra “Saúde”, o resultado passou para 32 estudos e, por fim, com a inclusão da terceira palavra de refinamento “Brasil”, chegou-se ao total de 22 estudos. Para os 22 estudos encontrados, ainda adotamos, como critério de seleção, os textos publicados no período de 2006 a 2018, em língua portuguesa, e aqueles que tivessem como foco principal de pesquisa as mulheres lésbicas e serviços de saúde brasileiros. Dos 22 textos encontrados na base de dados Scielo, 17 tratavam da população LGBTI como um todo. Apenas cinco atendiam aos nossos critérios de análise, com foco principal na população de mulheres lésbicas. Um deles, porém, focava na categoria “gênero e poder judiciário”, o que fez com que também fosse excluído da seleção, restando, finalmente, quatro estudos.

Na consulta à base de dados Lilacs, utilizamos as mesmas categorias de pesquisas e os mesmos critérios de exclusão/inclusão. Os termos utilizados foram pesquisados também na mesma sequência “Lésbicas”; “Saúde” e “Brasil”, o que nos trouxe um total de 41 textos, aos quais se aplicaram os mesmos critérios de seleção, chegando-se ao total de 12 textos.

A consulta ao banco de dados BVS-Brasil utilizou a mesma sequência de palavras e corte no ano de publicação. A princípio, resultou em 39 textos, nos quais ainda aplicamos os critérios de eliminação referentes à língua portuguesa e foco principal de pesquisa nas mulheres lésbicas, o que nos levou a um total de 5 textos.

---

<sup>7</sup> **Scielo** é uma biblioteca eletrônica que abrange uma coleção selecionada de periódicos científicos brasileiros; **PePsic** é uma fonte da Biblioteca Virtual em Saúde – Psicologia da União Latino-Americana de Entidades de Psicologia; **Lilacs** é a mais importante e abarcadora **base de dados** especializada na área da saúde, com literatura científica e técnica de 26 países da América Latina e do Caribe; **BVS-Brasil** é uma biblioteca virtual em saúde, de iniciativa do Ministério da Saúde e BIREME/OPS/OMS, em parceria com instituições nacionais.

Na consulta à base de dados PePsic, utilizando a mesma sequência de palavras e ano de publicação dos estudos entre 2006-2018, chegamos ao número inicial de 20 textos. Ao aplicarmos os mesmos critérios de corte utilizados nas bases de dados já descritas, ficamos com o número final de 7 textos.

A soma de achados das quatro bases de dados consultadas nos trouxe um total de 28 estudos. Após eliminarmos as repetições, chegamos ao número final de 10 textos para análise.

Traremos neste subcapítulo, inicialmente, as reflexões sobre os dez estudos que preencheram os critérios adotados. Abaixo, no Quadro 1, segue a relação dos dez artigos selecionados, com registro da autoria, ano de publicação, periódico em que foi publicado e título do artigo.

Quadro 1 – Artigos acadêmicos selecionados para análise:

Título	Autoria	Ano	Periódico
“Mulheres que fazem sexo com mulheres: algumas estimativas para o Brasil”	Regina Maria Barbosa; Mitti Ayako Hara Koyama	2006	Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(7):1511-1514, jul, 2006
“Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil”	Regina Maria Barbosa; Regina Facchini	2009	Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25 Sup 2:S291-S300, 2009
“Argumentos em torno da possibilidade de infecção por DST e Aids entre mulheres que se autodefinem como lésbicas”	Guilherme Almeida	2009	Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 19 [2]: 301-331, 2009
“A homossexualidade feminina no campo da saúde: da invisibilidade à violência”	Rita de Cássia Valadão; Romeu Gomes	2011	Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 21 [4]: 1451-1467, 2011
“O Dispositivo: “Saúde de Mulheres Lésbicas”: (in) visibilidade e direitos”	Cíntia Sousa Carvalho; Fernanda Calderaro; Solange Jobim e Souza	2013	Psicologia Política. Vol. 13. Nº 26. Pp. 111-127. Jan. – Abr, 2013
“Fazendo a escolha certa’: tecnologias reprodutivas, práticas lésbicas e uso de bancos de sêmen”	Rosana Machin; Maria Thereza Couto	2014	Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 24 [4]: 1255-1274, 2014
“Violência de Gênero nas Relações Lésbicas”	Bruna Rochelle Calado Dantas; Kerle Dayana Tavares de Lucena; Layza de Souza Chaves Deininge; Cristiane Garrido de Andrade; Alisson Cleiton Cunha Monteiro	2016	Revista de Enfermagem, UFPE on line, Recife, 10(11):3989-95, nov., 2016
“Homossexualidades Femininas no Contexto dos Sistemas de Informação de Saúde”	Letícia da S. Cabral; Raimundo A. Martins Torres; Lucilane M. Sales da Silva; Antonia R. Moreira Rodrigues; Aleide Barbosa Viana; Paulo César de Almeida	2017	Revista de Enfermagem, UFPE on line., Recife, 11(Supl. 4):1699-707, abr., 2017

“Práticas reprodutivas lésbicas: reflexões sobre genética e saúde”	Camile Vitule; Rosana Machin; Márcia Thereza Couto	2017	Ciência & Saúde Coletiva, 2(12):4031-4040, 2017
“Os Cuidados do Enfermeiro às Lésbicas”	Gesiany Miranda Farias; Vera Lúcia de Azevedo Lima; Andrey Ferreira da Silva; Alessandra Carla Santos de Vasconcelos Chaves; Valquíria Rodrigues Gomes; Adria Vanessa da Silva; Victor Assis Pereira Paixão	2018	Revista de Enfermagem, UFPE on line., Recife, 12(10):2825-35, out., 2018

Trazendo esses dez artigos, publicados entre os anos de 2006 a 2018, esperamos poder construir uma linha cronológica inicial, que nos ajude a demonstrar com que frequência o tema Saúde das Mulheres Lésbicas tem sido estudado no Brasil; quais os pontos destacados nesses estudos; quais os caminhos percorridos na abordagem do tema; e quais indagações nos sinalizam, para que possamos melhor analisar as políticas públicas de saúde para mulheres. O que faremos no capítulo três.

O objetivo é, também, saber em que medida o tema Saúde das Mulheres Lésbicas tem se inserido, efetivamente, nas ações da Saúde Pública, no Brasil. Assinalando de que forma e há quanto tempo os movimentos sociais influenciaram e influenciam na inclusão e no avanço das agendas de saúde pública e, eventualmente, também a privada, direcionada para esse grupo da população. De maneira quase imediata, o que pudemos perceber é a restrita produção acadêmica de artigos com foco principal no estudo sobre a população lésbica, no período pesquisado.

### 2.2.1 Discussão dos resultados do levantamento bibliográfico

Ao analisarmos as informações trazidas pelo artigo “Mulheres que fazem sexo com mulheres: algumas estimativas para o Brasil”, de Regina Maria Barbosa e Mitti Ayako Hara Koyama (2006), já entrevemos, logo de início, o tamanho das dificuldades que envolvem estimar quantitativamente a existência dessa população. Primeiramente, pela escassez de pesquisas e, em segundo lugar, pela dificuldade do próprio tema, que envolve falar sobre a sexualidade das pessoas entrevistadas, o que pode gerar diversas dúvidas, receios, resistências e ocultamentos, em especial para revelação pública de orientações sexuais dissidentes das normas sociais.

O artigo analisa dados da pesquisa “Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/AIDS”, realizada em 24 estados brasileiros e no Distrito Federal, cujo



objetivo foi estudar comportamentos, atitudes e práticas sexuais da população brasileira e verificar o nível de informação sobre ISTs/HIV/AIDS. As informações dessa pesquisa foram colhidas de dezembro de 1997 a dezembro de 1998, numa amostra populacional de indivíduos de ambos os sexos, com idade entre 16 e 65 anos e moradores de áreas urbanas, abrangendo cerca de 76% da população brasileira residente em áreas urbanas, dentro da faixa etária já mencionada. (BARBOSA, KOYAMA, 2006). O artigo assinala que o tema sexualidade está presente no campo da Saúde Coletiva e dos estudos sobre população há, pelo menos, três décadas, visando o controle da fecundidade, além do incremento que o assunto obteve na década de 1980, com o surgimento da epidemia de HIV/Aids.

As autoras reconhecem que a grande maioria dos estudos sobre a Saúde das Mulheres Lésbicas se concentra nos Estados Unidos, e que os mesmos apontam para uma maior incidência de problemas de saúde ligados à ocorrência de câncer de mama e de colo de útero, tabagismo, uso abusivo de álcool, uso de drogas ilícitas e níveis altos de sofrimento mental, associados ou não. As autoras também identificam que, pelo menos até aquele momento, os estudos internacionais não conseguiam informações substanciais capazes de esclarecer se haveria e quais seriam as demandas e os riscos específicos com relação à saúde de mulheres lésbicas, enquanto os estudos nacionais eram ainda mais escassos. Entre seus achados, as autoras identificaram apenas cinco estudos de natureza quantitativa com foco na relação entre homossexualidade feminina e saúde, com amostra majoritariamente formada por mulheres brancas, de classe média e com maior escolaridade.

Segundo Barbosa e Koyama, outra grande dificuldade identificada pelos estudos pesquisados

diz respeito à variação das parcerias sexuais e do seu padrão de ocorrência ao longo da vida. Uma mulher pode ter relações com outras mulheres de forma eventual ou regular, variando esse padrão ao longo do tempo. Pode ainda ter relações com parceiras de comportamento exclusivamente homossexual ou parceiras que tenham relações com homens, de forma esporádica ou regular. Essa mesma mulher pode, ela própria, ter relações com homens de forma esporádica ou regular. (BARBOSA e KOYAMA, 2006, p. 1512)

As autoras chamam a atenção para o que se consideraria como “relações sexuais” nas perguntas feitas às pessoas entrevistadas, definidas, nesse estudo, como “sexo com penetração vaginal, oral, anal”, o que pode ter excluído, segundo elas, mulheres com “comportamento exclusivamente homossexual” (BARBOSA; KOYAMA, 2006, p. 1513). Essa afirmação nos parece problemática, já que parte do princípio de que, em relações sexuais entre mulheres, não haveria a prática de penetração, colocando tal prática como uma característica estritamente do sexo heterossexual ou homossexual masculino, reforçando o senso comum de que em relações

sexuais entre mulheres “não existem”, ou ainda, que “não conseguem” ou “não fazem sexo de verdade”.

No artigo intitulado “Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil”, Regina Maria Barbosa (2009) vai a campo, em parceria com Regina Facchini, para pesquisar quais as representações relativas a gênero, sexualidade e corpo estariam presentes entre mulheres que fazem sexo com mulheres, e sua relação com a adoção de cuidados relativos à saúde, em especial, à saúde sexual. Para tanto, o foco das perguntas ao público selecionado se refere ao atendimento ginecológico prestado em serviços de saúde. Nessa pesquisa, as autoras preocuparam-se em selecionar uma amostra de entrevistadas que contemplasse os diferentes segmentos sociais, trajetórias e identidades sexuais, além da escolaridade, sendo todas residentes da cidade de São Paulo. Segundo as autoras, as entrevistas e observações etnográficas foram realizadas no período de 2003 a 2006, sendo que a amostra contou com 30 mulheres na faixa etária entre 18 e 45 anos de idade.

Outra preocupação das autoras na elaboração deste artigo foi não reforçar a ideia de que a homossexualidade feminina é uma categoria composta por uma população homogênea, chamando a atenção sobre a autonomia entre os aspectos que dizem respeito aos desejos, às práticas e às identidades, confirmada por variadas fontes na literatura. Ressaltam ainda que o “entrecruzamento entre gênero, sexualidade e outros marcadores sociais de diferença (como raça, classe e geração) demandam atenção para a diversidade interna da população constituída por essa categoria” (BARBOSA; FACCHINI, 2009, p. 291-292). Aspectos com os quais concordamos, pois, no afã de definir e relacionar quais as especificidades no atendimento à saúde de mulheres lésbicas, não se pode ignorar, como fato ou possibilidade, a vivência de diferentes experiências sexuais nas diferentes trajetórias e fases que as mulheres experimentam ao longo da vida.

As autoras destacam dois pontos entre seus achados. O primeiro é a necessidade de se pensar a maior dificuldade entre as mulheres das camadas populares em acessar os cuidados ginecológicos, especialmente entre aquelas que nunca fizeram sexo com homens e também aquelas que apresentam uma expressão de gênero masculinizada. Segundo as autoras, isso revela que não são somente as experiências negativas em serviços de saúde que limitam a procura desse grupo populacional por serviços de ginecologia, como também as próprias “construções identitárias relativas a gênero e sexualidade relacionadas às dificuldades em acessar cuidados à saúde” (BARBOSA; FACCHINI, 2009, p.S298).

O outro ponto de destaque, de acordo com Barbosa e Facchini (2009), refere-se a divergências nas informações encontradas, em contraste com as informações de boa parte da

bibliografia nacional e internacional consultada, que apontam o receio da ocorrência de situações de discriminação dentro dos serviços de saúde como o mais importante motivo de menor acesso a serviços, enquanto sua pesquisa aponta que tais possibilidades “não foram consideradas impedimentos para a busca de cuidado, estando muito mais associadas ao relato das práticas e preferências eróticas nos serviços” (BARBOSA; FACCHINI, 2009, p. S297), ainda que a ocorrência de discriminação nos serviços de saúde do Brasil, também seja uma realidade.

Finalizando, as autoras apontam a manutenção de uma atenção à saúde das mulheres restrita aos aspectos reprodutivos, apesar das duas décadas já transcorridas depois da criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984, que preconizava que a atenção às mulheres deveria ser ampliada para além do período gravídico-puerperal. Também ressaltam a “inexistência de políticas de saúde consistentes para o enfrentamento das dificuldades e necessidades desta população, o parco conhecimento sobre suas demandas e a ausência de tecnologias de cuidado à saúde adequadas” (BARBOSA; FACCHINI, 2009, p. S297), produzindo, provavelmente, uma atenção em saúde, inadequada e ineficaz, com desperdício de recursos públicos.

Já Rita de Cássia Valadão e Romeu Gomes, em artigo publicado em 2011, com o título “A homossexualidade feminina no campo da saúde: da invisibilidade à violência”, investigaram que modelos podem explicar a invisibilidade de lésbicas e mulheres bissexuais, em especial na área da assistência integral à saúde da mulher. Para isso, os autores buscaram dois conjuntos de fontes, os artigos com o tema eleito publicados na área de saúde, acessados através do portal da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), e documentos governamentais que se referissem ao atendimento das demandas de saúde de lésbicas, mulheres bissexuais ou que vivenciam relações homoafetivas e/ou homoeróticas.

Valadão e Gomes atualizam o debate problematizando a questão da invisibilidade das mulheres lésbicas e bissexuais na área de assistência integral à saúde da mulher. Reconhecem que, ao se discutir homossexualidade em geral, contribui-se para desconstrução de visões naturalistas, essencialistas e heteronormativas, mas esse processo se mostraria insuficiente para, de fato, garantir a inclusão da população lésbica nas políticas de saúde para mulheres. Apontando para a falta de investimento em formação profissional de médicos, enfermeiros e demais profissionais de saúde, para que em seus atendimentos esses profissionais lembrem de estimular e acolher a verbalização das orientações sexuais e práticas sexuais de mulheres lésbicas e bissexuais que buscam assistência. Como essa realidade ainda não existe, o que acaba

se produzindo é mais uma forma de violência simbólica, apesar de “programas governamentais preconizarem o contrário” (VALADÃO; GOMES, 2011, p. 1451).

Valadão e Gomes (2011) assinalam a importância dos Movimentos Sociais nos avanços alcançados na área de saúde para população LGBT, especialmente a partir da década de 1980, e relacionam a possibilidade de futuros avanços a uma necessária aliança entre agentes dos campos das políticas, das ciências e dos movimentos sociais, interessados em retirar as questões da homossexualidade feminina da pauta dos discursos, trazendo-as para as práticas da atenção à saúde da mulher.

Em outras palavras, o estudo de Valadão e Gomes reforça o que as demais pesquisas apresentadas até aqui identificaram: que a atmosfera institucional da área de saúde não favorece que as mulheres lésbicas ou bissexuais falem espontaneamente sobre suas práticas e/ou identidades sexuais. Quando porventura o fazem, sujeitam-se à possibilidade de sofrer discriminação e preconceito declarado através de olhares, comentários homofóbicos, silêncios constrangedores, além da falta de efetividade nas consultas, já que grande parte dos profissionais de saúde carecem de formação no tema sexualidade e, ainda mais, nas sexualidades dissidentes das heteronormativas – o que, facilmente, produz situações de violência simbólica e exclusão.

Cíntia Sousa de Carvalho, Fernanda Calderaro e Solange Jobim e Souza, em artigo publicado em 2013, intitulado “O Dispositivo ‘Saúde das Mulheres Lésbicas’: (in)visibilidade e direitos”, analisam documentos científicos e políticas de saúde direcionadas para as mulheres lésbicas. A análise das autoras reconhece que o grupo populacional de mulheres lésbicas é um grupo historicamente negligenciado nas políticas de promoção de direitos. Contudo, identificaram, na época do estudo, um aumento nas pesquisas sobre sexualidade e também das “políticas públicas que abordam os *problemas* da saúde destas mulheres” (CARVALHO; CALDERARO; SOUZA, 2013, p.111 [grifo nosso]). As autoras ainda chamam a atenção para a ausência, nesses documentos, de considerações consistentes a respeito das especificidades das experiências sexuais das mulheres lésbicas, o que reforça dispositivos de apagamento e sujeição dessa parcela da população.

O motivo do nosso grifo no trecho acima, na expressão “problemas” tem o intuito de destacar em que termos as autoras se decidiram pela análise dos textos e documentos selecionados e qual seria a demanda de relevância imaginada para atendimento às mulheres lésbicas. Queremos com isso sinalizar, novamente, o caráter de senso comum, no qual, frequentemente, formuladores de políticas, movimentos sociais e até profissionais de saúde se apoiam para pensar o fazer saúde pública como sinônimo de tratar doenças, o que, muitas vezes,

restringe os necessários avanços na qualidade da oferta de atendimento em saúde, o que, em nosso entendimento, seria muito mais promissor se fosse pensado, elaborado e oferecido em termos de promoção de saúde, como nos convida a pensar o artigo “Promoção da saúde e participação: indagações e abordagens”, uma proposta que segundo os autores, “requer, no mínimo, interesse em se aproximar da realidade para conhecê-la e, talvez, compreendê-la para transformá-la” (MENDES; FERNANDEZ; SARCADO, 2016, p. 200).

Retornando ao artigo de Carvalho, Calderaro e Souza (2013), a proposta das autoras é investigar de que maneira a visibilidade das questões voltadas para a saúde das mulheres lésbicas estaria sendo proposta nos textos dos documentos produzidos até aquele momento. Como os outros trabalhos analisados também o fazem, Carvalho, Calderaro e Souza perguntam se existiriam especificidades a respeito da saúde de mulheres lésbicas. E, se existem, quais seriam elas? A preocupação principal das autoras foi avaliar se as necessidades específicas de saúde dessa população estariam efetivamente provisionadas pelas políticas de saúde. Para tentar responder às questões sobre especificidades, as autoras lançam mão de pesquisas internacionais levantadas na elaboração do Dossiê sobre saúde das mulheres lésbicas, produzido pela Rede Feminista de Saúde, de autoria de Barbosa e Facchini (2006), já descrito e analisado na primeira parte do presente capítulo.

Carvalho, Calderaro e Souza relacionam uma série de achados relatados em pesquisas internacionais que dão conta de que a população lésbica está mais sujeita a incidências de:

a) câncer de mama que poderia ser desencadeado pelo consumo de bebidas alcoólicas, sobrepeso, nuliparidade e/ou a baixa frequência de exames preventivos; b) câncer do colo do útero que seria ocasionado devido à presença do HPV, início precoce da vida sexual, tabagismo e/ou multiplicidade de parcerias sexuais; c) doenças sexualmente transmissíveis (DST) que ocorreriam devido ao número de parcerias sexuais, frequência de relações sexuais, aos tipos de práticas sexuais, à higiene e/ou ao alto índice de tabagismo; d) saúde mental afetada e violência, decorrentes de violência física na infância, no trabalho e em lugares públicos (a frequência dos casos de violência doméstica são semelhantes às heterossexuais); e) consumo e abuso de álcool e drogas são superiores aos índices entre as heterossexuais e f) ansiedade causada pelo medo, pela expectativa de rejeição e/ou pela homofobia. (CARVALHO; CALDERARO; SOUZA, 2013, p. 113-114)

As autoras reconhecem que todas as questões de saúde elencadas acima não acometem somente esse grupo específico. Entretanto, acreditam que tais vulnerabilidades podem ser produzidas a partir da forma com que a orientação sexual dessas mulheres é tratada pelo meio social, o que produz invisibilidades e tem potencial para afetar significativamente a saúde desse grupo.

Concluem a análise dos documentos produzidos pelos coletivos organizados e documentos governamentais identificando que o foco principal desse material gira em torno da

possibilidade de mulheres lésbicas se infectarem por ISTs, além de associarem a incidência de câncer à ausência de gravidez/amamentação, o que acaba por reforçar o estigma de punição pelo não enquadramento às expectativas sociais e, certamente, também biomédicas, de uma determinação divina ou função biológica em realizar a gestação e maternidade. A análise revelou, ainda, que não há menção a outras necessidades dessa população, de forma a atender de maneira mais integral à saúde dessa população, porém não mencionam quais outras necessidades continuariam de fora. Ressaltam que, nesse cenário, a experiência das mulheres lésbicas não é levada em consideração, ou seja, são mais uma vez invisibilizadas. Provocam uma reflexão quando afirmam que “não podemos nos satisfazer apenas com a visibilidade, que pode ao invés de emancipar esta experiência, encarcerada por toda uma história, reforçar sua sujeição, discurso que a própria concepção de dispositivo escamoteia” (CARVALHO; CALDERARO; SOUZA, 2013, p.124). Finalizam destacando que é preciso não perder de vista a “dimensão precária, contingencial, provisória das identidades daqueles, e, se essa dimensão for negada e se as políticas se pautarem numa linearidade coerente das experiências, sem brechas para os desvios das vivências”, se corre o risco de “construir uma política de inclusão, pautada na própria exclusão que busca erradicar. (CARVALHO; CALDERARO; SOUZA, 2013, p. 125)

Avançando no tempo e no debate sobre Reprodução Humana Assistida, encontramos dois artigos sobre o tema, que tomam como foco as mulheres lésbicas como público especialmente interessado na matéria. Trata-se de dois artigos publicados em 2014 e 2017, ambos de autoria das mesmas pesquisadoras, Rosana Machin e Marcia Thereza Couto, sendo que o artigo de 2017 conta ainda com uma terceira autoria, que indicaremos adiante. Notamos que na descrição do período, do local e da população pesquisada, se mantiveram quase estritamente os mesmos dados, portanto, concluímos que se trata da mesma pesquisa de campo, ainda que no artigo mais recente, de 2017, pudemos observar um maior aprofundamento das questões tratadas no artigo anterior, de 2014.

No primeiro artigo, Rosana Machin e Marcia Thereza Couto (2014) discutem a busca de casais de mulheres lésbicas pelas TR (Tecnologias Reprodutivas) para concretizar o desejo de maternidade que atenda a ideias e ideais culturais de parentesco, filiação e princípios normativos legais. As TR surgiram nos anos 1980, como proposta alternativa para possibilitar a gestação em casais heterossexuais inférteis, contornando dessa forma a questão da infertilidade. O desenvolvimento desse tipo de tecnologia também abriu possibilidades novas para as pessoas que vivem relacionamentos com parceiros do mesmo sexo, os não-heterossexuais, os não essencialmente inférteis. A temática central deste artigo é “a construção

de projeto de filiação por lésbicas” (MACHIN; COUTRO, 2014, p. 1257). Para tanto, as autoras analisam de que maneira se dá a procura pela obtenção de sêmen, no Brasil e no exterior. Tomam como fonte principal entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde atuantes na área das tecnologias reprodutivas (dez profissionais), e também com ambas as componentes de casais de mulheres lésbicas (dez casais). Todas as entrevistas foram realizadas na cidade de São Paulo, entre os anos 2010 e 2012.

As autoras também trazem para o debate uma técnica reprodutiva que parece específica para demandas por maternidade de casais de mulheres lésbicas, conhecida no meio técnico pela sigla ROPA (Recepção de Óvulo da Parceira), que, na pesquisa, representou uma demanda frequente dos casais de mulheres lésbicas. Na prática, a técnica ROPA corresponde a um processo em que um óvulo é doado a uma das mulheres do casal, a que irá gestar a criança, inseminada por sêmen de um doador. Segundo informação fornecida no texto, o uso da técnica ROPA é também encontrado em outros países, como na Espanha e nos Estados Unidos, mas não parecer ter a mesma dimensão e demanda que tem no Brasil.

Ainda sobre o acesso à técnica ROPA, as autoras registram que a mesma tem sido ofertada e estimulada por profissionais da medicina, mesmo em situações em que o casal desconhece essa possibilidade. Ressaltam que, com a utilização dessa técnica, é possível haver uma vinculação biológica/genética e também legal entre as mulheres envolvidas no projeto de filiação, com o uso de sêmen oriundo de um banco de sêmen, sendo esse fato o motivo de tamanho interesse despertado pela prática. Além disso, destacam que a técnica reatualiza o ideal de amor romântico.

Outro ponto interessante da pesquisa diz respeito ao fato de que, mesmo nos casos de impossibilidade de uso da técnica ROPA, em razão da idade de uma das parceiras, o uso do banco de sêmen é feito na busca da adequação fenotípica do doador do sêmen com o perfil daquela que não irá gestar o feto, o que indica uma “busca por eternizar os vínculos construídos” (MACHIN; COUTO, 2014, p.1262). Nesse sentido, para as autoras, “a ênfase não está somente no parentesco, mas em diferentes práticas construídas em torno de uma cultura de conectividade, conforme descrito por Carsten” (MACHIN; COUTO, 2014, p. 1262).

Embora observem que a busca por semelhanças biológicas também pode fazer parte da importância dada à cultura do parentesco tradicional, importância essa que Foucault (2018) chamou de “sociedade de sangue”, segundo as autoras, os vínculos genéticos visíveis também comporiam uma situação em que a origem familiar ficaria evidente não só para os familiares do casal, mas também para sociedade em geral e, posteriormente, para própria criança em questão. Quanto a isso, as autoras identificam a tendência de continuidade da valorização do

vínculo biológico prescrito culturalmente. As autoras concordam que a “dinâmica reprodutiva e parental atuante em arranjos lésbicos e gays guarda ainda os efeitos hegemônicos presentes na ordem gênero e na ordem heteronormativa que lhe subjaz” (MACHIN; COUTRO, 2014, p.1270). Mas reconhecem que também subvertem padrões hegemônicos de gênero e relações parentais.

No artigo datado de 2017, de autoria das mesmas pesquisadoras, acrescida da participação Camile Vitule, e que também versa sobre práticas de reprodução de casais de mulheres lésbicas, a análise aprofunda um dos aspectos já destacado anteriormente, qual seja, a preferência das entrevistadas por sêmen doado por bancos do exterior, em especial, os dos Estados Unidos. Tal preferência é explicada pelas entrevistadas por motivos relacionados à pouca disponibilidade de variedade de amostras encontradas nos bancos brasileiros, além do fato de bancos de sêmen americanos disponibilizarem mais informações sobre seus doadores, ainda que por um custo extra.

As autoras problematizam a possibilidade das TR (Tecnologias Reprodutivas) concretizarem uma parentalidade não biológica, destacando a valorização da genética, não só como meio de escolha de fenótipos semelhantes ao casal, mas também como forma de busca de melhores condições genéticas de saúde. Observa-se que “nesse contexto a ciência proporciona a realização da reprodução dispondo de instrumentos para materializar significados culturais expressos em noções sobre família, classificações fenotípicas e raciais e histórico genético dos doadores”, revelando um grande potencial eugênico contido em tais técnicas (VITULE; MACHIN; COUTO, 2017, p. 4032). Nesse sentido, alertam para a importância de refletir e problematizar de que maneira essas escolhas se dão, já que podem carregar expectativas e perspectivas eugênicas e higienistas, fazendo de um avanço tecnológico um instrumento de retrocesso sociológico.

Ainda que nenhum dos dois artigos tenha como área de pesquisa a saúde pública brasileira, acreditamos que se deve começar a aventar a necessidade e possibilidade de que tais técnicas de reprodução humana sejam incorporadas nas ofertas de serviços do Sistema Único de Saúde, incorporação justificada pela necessidade de atenção à saúde de mulheres lésbicas de baixa renda, ampliando a noção de direitos sexuais e reprodutivos para além do paradigma heterossexual. Reconhecemos a importância das duas publicações sobre a possibilidade da utilização de técnicas de Reprodução Assistida também por mulheres lésbicas, tema tão caro ao movimento de lésbicas e de feministas, incluído nos debates sobre Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Abordar academicamente esse eixo da questão se configura como importante iniciativa para oportunizar a problematização de uma das demandas das mulheres lésbicas,



colaborando para a possibilidade de inclusão do tema nas agendas de políticas públicas de saúde, em especial, na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PNAISM, publicada pela primeira vez em 2004, com uma segunda edição, sem nenhuma alteração, em 2011, que analisaremos no próximo capítulo.

Entendemos que levantar o debate sobre técnicas de reprodução humana poderia funcionar como estratégia de visibilidade e inclusão de mulheres lésbicas pela proposição de uma agenda positiva de promoção à saúde sexual e reprodutiva, de forma a valorizar os afetos e modos de vida das mulheres lésbicas. Sobre esse tema, atualizaremos o debate ao final do terceiro capítulo, onde analisaremos os documentos orientadores da atenção à saúde das mulheres.

No artigo intitulado “Argumentos em torno da possibilidade de infecção por DST e AIDS entre mulheres que se autodefinem como Lésbicas”, publicado em 2009 por Guilherme Almeida, o autor descreve o método utilizado em sua pesquisa como sendo qualitativo e exploratório, utilizando-se de técnicas combinadas de observação participante, entrevistas semiestruturadas e gravadas, que contaram com dez entrevistas a ativistas e a ginecologistas, além de análise documental de artigos de jornais, revistas, páginas eletrônicas e material gráfico de divulgação de organizações lésbicas e bases bibliográficas nacionais e internacionais.

O trabalho ressalta que sua “hipótese de pesquisa está calcada na ideia de que a vulnerabilidade das lésbicas é o ‘passaporte’ para a afirmação/inclusão de um dado marco identitário na agenda de políticas públicas” (ALMEIDA, 2009, p. 301), em especial nas agendas da área de saúde. Para o autor, os estudos sobre HIV e AIDS não contribuíram para superação da invisibilidade das mulheres lésbicas, “por força da crença de que o ‘corpo lésbico’ seria o único corpo infenso à infecção pela via sexual” (ALMEIDA, 2009, p. 301).

Almeida (2009) reconhece que a ginecologia sempre esteve, desde seu surgimento, estritamente interessada nos estudos e intervenções sobre a reprodução feminina, ignorando ou patologizando a existência de mulheres lésbicas. Para Almeida (2009), o campo em que se desenha a disputa do “corpo lésbico” face às DSTs/Aids é marcado pela tensão entre prática sexual e identidade sexual. O artigo relembra que a medicina, através do seu saber psiquiátrico construído ainda no século XIX, reivindicou sua autoridade sobre o tema da sexualidade humana, incluindo o que se referia às homossexualidades, logo sobrepondo sua ciência e seu saber ao que antes estava na esfera religiosa, criminal e popular. Se, por um lado, isso livrou os homossexuais de punições, fossem elas espirituais ou físicas, por outro, relegou-os à condição de doentes, para os quais se exigia “a cura e a correção” (ALMEIDA, 2009, p.304).

O autor não explicita sua posição sobre essa disputa discursiva como estratégia de inclusão da população lésbica nas políticas públicas de saúde – tanto que reafirma, em alguns momentos do texto, que seu esforço não foi para comprovar a vulnerabilidade ou invulnerabilidade das mulheres em relações sexuais com outras mulheres, mas sim para “demonstrar como, num dado cenário político e cultural, um grupo de indivíduos que protagonizavam um movimento social em expansão representava seus corpos e suas necessidades de saúde”, de forma a constituir identidades sociais “como artefatos nos processos de disputa e negociação”, dentro de relações de poder (ALMEIDA, 2009, p. 303).

Segundo o autor, foi nesse período que “a palavra ‘vulnerabilidade’ foi alçada ao dia-a-dia da sociedade, sobretudo no âmbito dos movimentos sociais. Estes passaram a construir argumentos em torno da vulnerabilidade dos diferentes grupos e identidades por eles representados” (ALMEIDA, 2009, p.305). Contudo, essa construção foi frequentemente marcada pela tensão entre o reconhecimento de um grupo social com um mínimo de homogeneidade constitutiva, e a percepção de que essa mesma construção servia a propósitos “de um sistema de dominação capaz de impor a um grupo de indivíduos homogeneidade comportamental e identitária” (ALMEIDA, 2009, p. 305-306).

Para Almeida, tal tensão se constitui como mais um dos entraves para dimensionar o adoecimento da população lésbica, já que as “‘mulheres que fazem sexo com mulheres’ nem sempre se definem e querem ser vistas como lésbicas” (ALMEIDA, 2009, p. 306). O que dê certo dificulta a utilização de indicadores capazes de revelar o perfil sócio-econômico e o quantitativo de acesso a serviços de saúde por essa população.

Segundo o autor, só após a década de 1990, no Brasil, “o conceito epidemiológico de “grupos de risco” foi sendo substituído pelo conceito de “comportamento de risco”, devido à crescente feminilização da epidemia e sua expansão junto ao público que se autodefinia como heterossexual”, o que ampliou a percepção a respeito da possibilidade de mulheres lésbicas também estarem sujeitas à infecção pelo vírus do HIV, e passar a serem vistas “como mais um sujeito da epidemia” (ALMEIDA, 2009, p. 30), politicamente falando. Entretanto, a feminilização da epidemia não produziu mudanças no PAISM, que continuou a tomar a saúde reprodutiva como foco preferencial de atenção do programa. O autor identifica ainda, a existência de dois pressupostos na área de saúde da mulher, o primeiro diz respeito a premissa de que mulheres heterossexuais sempre fariam sexo somente com homens, e o segundo diz respeito a alegações sobre não existir demanda suficiente de lésbicas que justifique a necessidade de alguma mudança no programa de atenção à mulher. (ALMEIDA, 2009)

Nesse sentido, um dos achados da pesquisa de Almeida contradiz a persistente lógica heteronormativa do PAISM, especialmente no que se refere à saúde reprodutiva. Quando mulheres lésbicas desejam e decidem engravidar, grande parte não tem acesso a técnicas de Reprodução Assistida, o que muitas vezes as leva a “soluções caseiras para a inseminação como o uso de seringas (com sêmen doado), o recurso às relações sexuais com amigos (heterossexuais, homossexuais ou bissexuais), ou ainda, a opção por relações sexuais impessoais com a finalidade exclusiva do engravidamento”, as expondo ao risco de infecções por DSTs e Aids. O autor também ressalta a falta de sensibilidade de profissionais de saúde em reconhecer e encaminhar tal demanda, levando inclusive, “em casos extremos, os médicos à conclusão da total inutilidade dos ovários e do útero, contribuindo para a prática pouco criteriosa da histerectomia e da ovariectomia (relatada por alguns entrevistados)” (ALMEIDA, 2009, p. 319).

Por fim, Almeida (2009) ressalta a importância de se buscar diversificar as demandas da população lésbica para além do setor de saúde. Incluindo melhores e maiores articulações entre movimento de lésbicas e a produção acadêmica, o que poderia favorecer uma “maior relevância política para esse segmento”(ALMEIDA, 2009, p.323). O autor destaca a dupla vulnerabilidade, individual e social, das lésbicas da periferia e/ou de camadas populares, já que a desinformação está associada à origem de classe e, por vezes, à identidade racial.

Sobre a disputa discursiva detectada por Almeida sobre a vulnerabilidade ou não de mulheres lésbicas às DSTs/Aids (atualmente nomeada como ISTs/HIV), consideramos que seria um equívoco insistir nesse argumento como via de inclusão das mulheres lésbicas nas agendas de saúde. Tal solução se assemelha ao que foi proposto pela medicina no final do século XIX, de patologizar a homossexualidade para livrá-la de punições da Lei, que ao mesmo tempo que promoveu sua descriminalização, manteve os homossexuais num lugar social estigmatizado, associado à ideia de distúrbio mental. Lembramos que, em especial a partir dos anos 1980, os homens homossexuais foram reconhecidos e incluídos nas agendas de saúde pública pelo viés do risco e do perigo para a infecção por HIV/Aids, o que lhes custou muitos estigmas, preconceito e maior discriminação. Da mesma forma, pleitear a inclusão da população lésbica pela via exclusiva da vulnerabilidade para ISTs/HIV, favorece que desejos, comportamentos e práticas sexuais de mulheres lésbicas sejam associadas à ideia de risco, perigo e doença, um estigma que até hoje ronda a população homossexual masculina. Além de reforçar a ideia tão corrente no campo da saúde pública de que os investimentos em políticas de saúde devam focar e priorizar a “doença”, deixando a promoção da saúde de todas as identidades sociais, sempre para outro momento ou instância.

O autor finaliza seu texto ressaltando que “na maioria das vezes, o que se sugere não é a construção de alternativas de atendimento especificamente dirigidas às lésbicas, mas a visibilidade e discussão do tema no espaço das políticas existentes” (ALMEIDA, 2009, p. 327). Nesse mesmo sentido, ressaltamos a importância da transversalização do tema da diversidade sexual das mulheres dentro de todos os programas e ações de saúde já existentes. O que certamente demandaria esforços na direção da superação da lógica heteronormativa que alimenta a crença de que a população feminina seria majoritariamente heterossexual em desejos e práticas sexuais, de maneira fixa e constante. Tal transversalização requer ações capazes de desmontar os mecanismos ainda vigentes do que aqui chamamos de disposto de heterossexualidade, incluindo suas estratégias de silenciamento e apagamento, não só da identidade lésbica e bissexual, mas principalmente da fluidez da sexualidade feminina.

Os últimos três artigos analisados são produções realizadas pela área de enfermagem, e foram publicados nos anos 2016, 2017, 2018. Iniciamos com o artigo de Bruna Rochelle e colaboradoras, com o título “Violência de Gênero nas Relações Lésbicas”, cujo foco de pesquisa está voltado para ocorrência das violências simbólicas, físicas, verbais, psicológicas e sexuais sofridas por mulheres lésbicas, e define como objetivo de pesquisa “compreender a violência de gênero nas relações lésbicas”. (DANTAS et ali, 2016, p. 3991).

O método utilizado foi o exploratório, descritivo e com abordagem qualitativa. Segundo os autores, a amostra pesquisada contou com a participação de seis mulheres ligada ao movimento LGBT do município de João Pessoa/PB. Explicam, ainda, que “os dados foram produzidos no mês de outubro de 2015, por meio de um roteiro de entrevista semiestruturado. Teve como critérios de inclusão: ser lésbica, ter acima de 18 anos, ter companheira, aceitar participar do estudo” (DANTAS et ali, 2016, p. 3991)

Os autores ressaltam:

A violência doméstica no Brasil, principalmente entre lésbicas, é pouco documentada e não há um banco de dados que dê visibilidade ao fenômeno no segmento supracitado. Vale ressaltar a dificuldade de realizar um levantamento destes dados, primeiramente porque não existem dados confiáveis sobre o número da população homossexual e também a crença de que este tipo de violência só aconteça entre casais heterossexuais, onde o homem é sempre o agressor. Assim como as mulheres heterossexuais tendem a negar a existência da agressão, as mulheres lésbicas também agem dessa maneira. Elas raramente procuram ajuda por receio da revelação de sua sexualidade e situação. Desta forma, evitam procurar ajuda policial, psicológica, legal ou médica por medo do preconceito e discriminação. Apesar da seriedade do problema, o preconceito faz com que as vítimas homossexuais não tenham acesso aos programas de apoio que necessitam para saírem destes relacionamentos. Sem campanhas de informação adequadas e imagens positivas de relacionamentos homossexuais, aliados ao silêncio da sociedade, em discutir a temática, muitas vítimas acabam por não reconhecer seus relacionamentos como agressivos e não buscam ajuda devida. (DANTAS et ali, 2016, p. 3990)

Nesse sentido, seria interessante que futuras análises tomassem a Lei 13.104/15, de março de 2015, que discorre sobre mortes por feminicídio, em perspectiva com a questão da “lesbofobia”, ou violência de gênero contra lésbicas.

Num esforço de correlacionar dois conceitos diferentes, quais sejam, a violência doméstica entre lésbicas e a homofobia, o texto nos traz uma a discussão sobre homofobia:

A homofobia possui um caráter multifacetado, que abrange muito mais do que as violências tipificadas pelo código penal. Ela não se reduz à rejeição irracional ou ódio em relação aos homossexuais, pois também é uma manifestação arbitrária que qualifica o outro como contrário, inferior ou anormal. Devido à sua diferença, esse outro é alijado de sua humanidade, dignidade e personalidade. As violações dos direitos humanos relacionadas à orientação sexual e identidade de gênero, que vitimam fundamentalmente a população LGBT, constituem um padrão que envolve diferentes espécies de abusos e discriminações e costumam ser agravadas por outras formas de violências, ódio e exclusão, baseadas em aspectos como idade, religião, raça/cor, deficiência e situação socioeconômica. Essa superposição de vitimizadas exacerba a vulnerabilidade de grupos sociais, cuja discriminação é intensificada quanto ao racismo, sexismo, pobreza ou credo agrega-se orientação sexual e/ou identidade de gênero estigmatizadas. (DANTAS et ali, 2016, p. 3990).

Apesar de não ficar claro no corpo do texto, nos parece que o artigo tenta relacionar a dificuldade de encontrar dados sobre a ocorrência de violência nas relações lésbicas ao preconceito social e institucional frente às relações afetivas entre mulheres, produzindo não só a ausência de dados como também a pouca percepção da população lésbica sobre o que seja violência doméstica.

Os autores reconhecem todas as formas de violência como uma “questão de saúde pública” (DANTAS et ali, 2016, p. 3993), e sugerem que embutido nos dados sobre feminicídio e violência doméstica, ainda possa haver vários casos de homofobia invisibilizados pela falta de protocolos e registros mais detalhados sobre as circunstâncias da ocorrência da violência. O que também demandaria maior investimento na qualificação dos profissionais responsáveis por realizar tais registros. O trecho abaixo nos dá uma noção da dimensão do problema:

Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, no Brasil, durante o período de 2001 a 2011, estima-se que ocorreram mais de 50 mil mortes de mulheres em razão da sua orientação sexual, o que equivale a, aproximadamente, 5.000 mortes por ano. Diante disto, grande parte destes óbitos foram ocasionados a partir da violência doméstica e familiar contra a mulher, uma vez que aproximadamente um terço deles tiveram o domicílio como local de ocorrência. (DANTAS et ali, 2016, p. 3994)

Nos termos do Art. 1, da Lei 11.340/2006, conhecida como Lei Maria da Penha, ficam criados “mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher”. No entanto, o conteúdo desta lei não se ocupa de distinguir o que seja da ordem das violências relativas à condição do ser mulher dentro de uma relação conjugal e/ou dentro de um núcleo familiar

patriarcal, do que seja da ordem das violências relativas à condição de orientação sexual. O que dificulta ou até impede a produção de estimativas sobre qual parcela dessas mulheres foram agredidas, também, em decorrência de sua orientação sexual.

Assim, acrescentaríamos que sem um trabalho que problematize tais diferenças entre as violências abordadas no referido artigo, fica ainda mais difícil analisar tais realidades, sugerindo caminhos de mudança. Ou, ainda, até que possamos desconstruir as estratégias do dispositivo de heterossexualidade que fazem silenciar as vítimas, e sustenta no senso comum, nas instituições e também nas políticas públicas para as mulheres, a ideia de que a população feminina seria majoritariamente heterossexual, não conseguiremos construir políticas mais inclusivas.

Dentre algumas falas das mulheres entrevistadas, destacamos o relato sobre uma tentativa de “estupro corretivo” sofrida no âmbito familiar. Tal prática é conhecida popularmente como a maneira que certos homens encontram para tentar impor a heterossexualidade a mulheres com orientação sexual diferente da heterossexual. O estudo também reconhece a frequência com que diversos tipos já citados de violência, em especial a simbólica e psicológica, são frequentemente experimentados por esse grupo de mulheres, seja em contextos públicos, como nos serviços de saúde, ou seja própria família. O estudo aponta o preconceito e a discriminação praticados nas instituições públicas, em especial às de saúde, como uma realidade que dificulta o livre e espontâneo acesso, por parte das mulheres lésbicas.

Os autores destacam a necessidade da realização de mais pesquisas que abordem a questão da violência de gênero contra mulheres lésbicas. Como resultado da pesquisa, os autores concluíram que as mulheres lésbicas permanecem na invisibilidade, sendo a homossexualidade feminina um assunto atravessado ainda por inúmeros preconceitos que provocam discriminação também por parte de agentes públicos. Para nós, em outras palavras, tais atravessamentos fazem parte dos efeitos esperados pelo funcionamento do dispositivo de heterossexualidade, e sendo a parte mais evidente desse dispositivo.

O artigo intitulado “Homossexualidades Femininas no Contexto dos Sistemas de Informação de Saúde”, de autoria de Letícia da Silva Cabral e colaboradores (2017), empenha-se em analisar a saúde das mulheres que fazem sexo com mulheres através dos registros realizados nos sistemas brasileiros de informação. O método de investigação utilizou as questões abordadas na Política de Saúde LGBT, com foco nas mulheres. Os dados foram extraídos do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE.

Foram registrados 186 casos de infecção por HIV/AIDS, no Estado do Ceará, entre mulheres que fazem sexo com mulheres, no período de 2006 a 2014, sendo 77% dos casos nas

idades mais populosas. Com relação à união civil<sup>8</sup>, o estado do Ceará registrou, no ano de 2014, 60 uniões conjugais entre mulheres, representando o maior índice na região Nordeste. Cabral e colaboradores (2017) chamam atenção para o fato de que, somente a partir do ano de 2013, essas estatísticas passaram a ser divulgadas pelo IBGE. Pontuamos aqui que ainda hoje tais dados não aparecem na formulação de políticas públicas de saúde, principalmente na área de saúde das mulheres. E acrescentaríamos que, no entanto, tal informação estatística ainda não serviu para balizar e incrementar políticas públicas de saúde para essa população.

Cabral e colaboradores (2017) registram que em 2008, na I Conferência Nacional LGBT, aconteceu um debate público sobre as necessidades de saúde da população LGBT. A Conferência tratou de elaborar a Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT, legitimada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS)<sup>9</sup>, em 2009. Entretanto, segundo os autores, para as mulheres lésbicas pouca coisa mudou, as consultas ginecológicas continuaram a ser permeadas pelo despreparo dos profissionais de saúde que, em geral, desconsideram ou desconhecem as especificidades das orientações sexuais diferentes da heterossexualidade. Sendo assim, importantes informações deixam de ser registradas, assim como também não se realizam as devidas orientações para prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. O artigo também chama a atenção para os avanços nas possibilidades de registro de informações disponíveis no SUS, como por exemplo o registro e a garantia de utilização do nome social nas unidades de atendimento de saúde no âmbito do SUS<sup>10</sup> - assim como também é possível a inclusão de orientação sexual autorreferida, no registro de informações da ficha de Registro do eSUS<sup>11</sup> (ANEXO I), que também tem seu registro online.

<sup>8</sup> “No Brasil, antes dos direitos à união estável e ao casamento civil terem sido assegurados aos homossexuais, existiu todo um discurso jurídico, em que o principal argumento dos operadores do Direito para opor-se ao casamento civil homoafetivo era a inexistência de uma lei específica para a regulamentação da união estável e do casamento civil entre pessoas do mesmo sexo (Lorea, 2006). Em maio de 2011, então, é assegurado aos gays e às lésbicas a união estável, a partir de uma decisão do Supremo Tribunal Federal (STF). Depois de dois anos, o casamento civil também é garantido a eles, através da Resolução nº 175, de 14 de maio de 2013” (TEIXEIRA; AFONSO; SILVA, 2017, p.4)

<sup>9</sup> “O CNS é uma instância colegiada, deliberativa e permanente do SUS, integrante da estrutura organizacional do Ministério da Saúde. Criado em 1937, sua missão é fiscalizar, acompanhar e monitorar as políticas públicas de saúde nas suas mais diferentes áreas, levando as demandas da população ao poder público, por isso é chamado de controle social na saúde. As atribuições atuais do CNS estão regulamentadas pela Lei nº 8.142/1990. O conselho é composto 48 conselheiros(as) titulares e seus respectivos primeiros e segundos suplentes, que são representantes dos segmentos de usuários, trabalhadores, gestores do SUS e prestadores de serviços em saúde. Além do Ministério da Saúde, fazem parte do CNS movimentos sociais, instituições governamentais e não-governamentais, entidades de profissionais de saúde, comunidade científica, entidades de prestadores de serviço e entidades empresariais da área da saúde” (<http://conselho.saude.gov.br/apresentacao-cns>)

<sup>10</sup> Como determinado pela Portaria 1.820, de 13/08/2009, em seu Artigo 4º, parágrafo único e inciso I.

<sup>11</sup> O eSUS é um sistema online já existente na grande maioria das unidades de atenção básica, é preenchido por agentes de saúde, médicos, enfermeiros, e qualquer outro profissional que atenda as/os usuárias/os do SUS, dentro das unidades de saúde ou em visitas domiciliares. Funciona alimentando outros grandes sistemas, como

Esses avanços foram conquistados como consequência de reiteradas reivindicações do movimento LGBT. Destaca-se ainda a importância do Departamento de Informática do SUS, o DATASUS, que contém grande quantidade de informação sobre a “situação da saúde no território brasileiro, abrangendo dados dos diversos níveis de atenção. A informação em saúde é instrumento da vigilância para o desenvolvimento de ações e se faz importante para a definição de problemas e riscos para a saúde” (CABRAL *et al*, 2017, p. 1701), além de subsidiar avaliações sobre a eficácia e eficiência de ações e serviços de saúde.

Esse estudo evidencia a necessidade de aprimoramento e da alimentação dos dados dos sistemas de informação em saúde, de forma a incluir dados sobre a população LGBT nos registros da área de saúde, o que comentaremos ao final do presente capítulo.

Os autores ressaltam a necessidade de ampliação do olhar dos profissionais de saúde como forma de superar uma visão heteronormativa sobre as mulheres, muito frequente na área de saúde, que tem como efeito a não coleta de dados referentes a saúde de mulheres que fazem sexo com mulheres. Dificultando assim a construção dos indicadores de saúde dessa população. Os autores ressaltam a importância de atender ao princípio de equidade preconizado pelo SUS através de diversas portarias, leis, projetos de leis e políticas já instituídas, garantindo que essas mulheres sejam consideradas de fato como sujeitos de direitos, e atendidas em suas necessidades singulares. E acrescentaríamos: reforçando a noção de que mulheres são heterossexuais de maneira constante, invariável e definitiva, em sua maioria

Por último, apresentamos o artigo “Os Cuidados dos Enfermeiros às Lésbicas”, de autoria de Gesiany Miranda Farias e colaboradores (2018). O objetivo da pesquisa foi identificar de que forma têm sido abordados, na produção acadêmica nacional e internacional, os cuidados de saúde prestados por enfermeiros à população de mulheres lésbicas. O método utilizado foi a Revisão Integrativa da Literatura (RIL), nas bases de dados LILACS, PUBMED/MEDLINE e BDNF, nas línguas portuguesas, inglesa e espanhola, em publicações entre os anos de 2013 a 2017, utilizando-se os descritores “lésbica”, “saúde da mulher” e “cuidados de enfermagem”. Os autores ressaltam que, dentre os dez estudos selecionados, oito foram realizados nos Estados Unidos da América, um no Canadá e um na Turquia, o que,

---

o SISAB (Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica), de acesso restrito a gestores das esferas federal, estadual e municipal, cada qual em seu nível de responsabilidade; e o SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), sistema de registro de notificações de casos de doenças e agravos que constam na lista nacional de doenças de notificação compulsória (Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017, Anexo V, Capítulo I). Dentre as notificações consideradas compulsórias figura os atendimentos de saúde em consequência de violência, qualquer que sejam as circunstâncias.



segundo os autores, comprova a escassez de publicações recentes vinculadas à temática dos cuidados de Enfermagem à lésbica no Brasil.

A respeito dos assuntos abordados nas pesquisas selecionadas, foram encontrados debates sobre saúde física e mental das lésbicas, relação entre heteronormatividade e preconceito na assistência em saúde, e necessidade de formação e capacitação para o cuidado do enfermeiro às lésbicas.

Sobre a saúde física de lésbicas, os autores citam um estudo, no idioma inglês, realizado através de pesquisa online, com os seguintes resultados:

291 LGBTs foram diagnosticados com câncer. Dentre eles, 157 (54%) eram homossexuais e 110 (38%) eram lésbicas. O câncer de mama foi o que obteve o maior registro, com 69 (24%) casos, e o câncer de ovário ou endométrio somou 20 (7%) casos. Demonstrou-se, em outra pesquisa realizada com lésbicas em Nova Gales do Sul, na Austrália, que muitas delas não aceitam o rastreamento cervical, por ser um procedimento invasivo, pois há penetração pelo uso do espécuro, além de terem medo da dor e sangramento e outras comparam a realização do exame com a perda da virgindade. (FARIAS et al, 2018, p. 2831)

Quanto às questões relacionadas à saúde mental dessa população, as pesquisas selecionadas apontaram para risco aumentado

de depressão e da dependência de álcool em comparação às mulheres heterossexuais, sendo evidenciado, em um dos estudos desta RIL, que investigou a saúde de lésbicas e mulheres bissexuais afro-americanas, latinas e brancas. Evidenciou-se outro ponto sobre a saúde mental por meio dos dados do *Chicago Health and Life Experiences of Women* (CHLEW), que constatou a ideação suicida das lésbicas e mulheres bissexuais durante a adolescência, principalmente aquelas sem o apoio parental em relação à sua orientação sexual. (FARIAS et al, 2018, p. 2831)

Os estudos que abordavam o problema da heteronormatividade e o preconceito na assistência em saúde, analisados pelos autores, revelaram que

as ações para a saúde das mulheres ainda são direcionadas especialmente para as adultas e heterossexuais, não dando visibilidade às que estão em desacordo com esse perfil. Com isso, a heteronormatividade na assistência dos profissionais de saúde tende a contribuir com o adoecimento da população que rompe com esse padrão normativo, sendo este um dilema ético que deve ser amplamente discutido e desconstruído dentro dos serviços de saúde. (FARIAS et al, 2018, p. 2831)

Sobre a capacitação de profissionais de enfermagem para o cuidado da saúde da população lésbicas, os autores destacam que as pesquisadas analisadas realçam a importância e necessidade de se investir na formação desses profissionais, já que são reconhecidos como os profissionais mais presentes nos cuidados de saúde, sendo esse um fator favorável para a promoção da educação em saúde, com o objetivo de proporcionar maior atenção aos exames de rotina. Os autores também apontam a necessidade de

reflexão sobre a importância de uma assistência sem preconceito, que é imprescindível para a defesa dos direitos humanos, sendo isso constatado em uma pesquisa com coordenadores ou chefes de Enfermagem de hospitais nos EUA mostrando que a boa aceitação da diversidade sexual pode promover a saúde. (FARIAS et al, 2018, p. 2832)

Por fim, ressaltam a importância de que todos os participantes do sistema de atendimento em saúde compreendam as novas formações familiares, como, por exemplo, as famílias homoafetivas, que devem merecer o mesmo respeito dispensado às famílias formadas por casais heterossexuais. Entre as conclusões a que os autores chegaram, destacam-se a escassez de estudos voltados para essa população e a necessidade de realização de outros estudos que envolvam a orientação sexual lésbica e os cuidados de Enfermagem, no Brasil. Os estudos também revelaram que o atendimento, por profissionais de Enfermagem, partia de uma perspectiva heteronormativa nos cuidados de saúde prestados a todas as mulheres, o que, certamente, não atende aos objetivos de uma assistência eficaz, integral e equânime, que contemple a realidade e as necessidades dessa parcela da população feminina.

Algo que nos chamou bastante atenção foi que 8 dos 10 artigos por nós analisados apontaram a heteronormatividade do sistema de saúde e de seus profissionais, como o grande entrave a ser superado para o aprimoramento do sistema de saúde pública, que o torne mais inclusivo e saudável, também para população lésbica e bissexual.

A partir da década de 1980, como já constatado no Dossiê (2006), e ainda na atualidade, a população mais pesquisada, estudada e alvo de investimento de políticas públicas, foram os homossexuais masculinos, visto que tal grupo foi identificado, no início da epidemia da Aids, como um grupo de risco para infecção e propagação do vírus. Nesse sentido alguns autores, como Barbosa e Koyama (2006); Facchini e Barbosa (2009); Almeida (2009); Valadão e Gomes (2011); Carvalho, Calderaro e Souza (2013); Dantas et ali (2016); Cabral et ali (2017); Farias et ali (2018), entendem que a crença de que a mulher lésbica seria imune ao contágio via relações sexuais entre mulheres atrapalha não só a procura dos serviços de saúde por iniciativa delas próprias, como também pode acabar por excluir essa população do planejamento de políticas públicas de saúde. Além disso, todos os textos aqui analisados nos remetem à ideia de um funcionamento heteronormativo das unidades e ações de cuidado em saúde pública, que subjaz aos atendimentos.

O que os autores e autoras dos artigos analisados chamam de “invisibilidade das mulheres lésbicas e bissexuais” nós identificamos e chamamos de “silenciamento”, utilizado como estratégia de funcionamento e manutenção, do que nomeamos como dispositivo de heterossexualidade. E ainda que se possa argumentar se tratar de um movimento de mão-dupla,

no qual as mulheres também se calam e silenciam a respeito de suas sexualidades e práticas sexuais, não podemos deixar de notar que tais silêncios, frequentemente, são produzidos a partir de uma heterossexualidade subentendida e presumida por profissionais e instituições de saúde. De maneira que o silêncio das mulheres, aparece como mais um dos efeitos do dispositivo de heterossexualidade.

Ainda sobre as informações colhidas através da ficha do eSUS e a possibilidade de extração de relatórios estatísticos sobre orientação sexual e identidade de gênero, consideramos relevante registrar aqui algumas atualizações sobre o assunto. É importante ressaltar que o eSUS é o principal sistema de informação relativo ao registro de dados pessoais de usuários e usuárias das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Nas UBSs é possível colher e registrar variadas informações com potencial para gerar dados estatísticos sobre orientação sexual e/ou identidade de gênero dos usuários do SUS, assim como já o fazem de forma rotineira em relação aos quesitos sexo e cor/raça.

No entanto, constatamos não ser possível, ainda, a extração de relatórios estatísticos sobre orientação sexual e identidade de gênero, pelo fato dos sistemas não estarem programados para consolidar tais informações – o que poderia subsidiar análises mais abrangente a respeito da população LGBTI, em geral, e suas necessidades de saúde, nos diferentes territórios, municípios, estados, e até mesmo gerando informação nacional. Até o presente momento, o Sistema eSUS apenas gera dados estatísticos por unidade de saúde, e ainda assim, só permitindo o acesso da própria equipe da unidade. Gestores de outros níveis do sistema, estadual e nacional, só têm acesso a relatórios estatísticos sobre o sexo designado no nascimento de quem busca os serviços do SUS. Isso reflete a manutenção de uma lógica binária e heteronormativa, ainda em funcionamento para as políticas de saúde do SUS. Importa dizer também que o eSUS é periodicamente atualizado, sendo essas informações obtidas em entrevista informal com uma das técnicas do setor de informática da SES-RJ, que informou haver previsão de nova atualização do sistema, que deverá acontecer ainda este ano, embora não se saiba se na nova versão esse tipo de estatística consolidada poderá ser produzida<sup>12</sup>.

Como vimos, uma das questões centrais e recorrentes em estudos que abordam a temática de saúde de mulheres lésbicas é justamente sobre a existência de alguma especificidade quanto à sexualidade lésbica. Ainda na atualidade, é possível perceber tal questão como um “nó” que, aparentemente, dificulta a atenção aos cuidados de saúde dessa população e, por vezes, justifica a falta de oferta de serviços nas políticas públicas de saúde,

---

<sup>12</sup> Informações obtidas em conversa informal com uma técnica de informática da Superintendência de Atenção Básica, na SES-RJ, em janeiro de 2020.

assim como também serve de justificativa para o não investimento em formação de profissionais aptos aos atendimentos frente a pessoas com sexualidades diversas do padrão heteronormativo. No próximo capítulo, veremos como tais “nós” permanecem comprometendo a formulação de diretrizes de ação para o atendimento em saúde de mulheres lésbicas e bissexuais, com prováveis reflexos na atuação gestores e profissionais de saúde.

### 3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DA MULHER – MULHERES NO PLURAL?

Neste capítulo, tomamos como base o discutido no primeiro capítulo sobre o desenvolvimento das ciências biológicas, área privilegiada na construção do biopoder, para analisar as políticas de saúde para mulheres propostas no país. Para tanto, inspiradas na noção foucaultiana de “dispositivo de sexualidade” (FOUCAULT, 2018), compreendemos a heteronormatividade constitutiva do setor de saúde como um dispositivo, nomeado aqui como “dispositivo de heterossexualidade”, que estrutura e mantém uma determinada forma de funcionamento da área de saúde para mulheres que tende a deixar fora da atenção determinados grupos dissidentes da lógica heteronormativa. A análise das políticas de saúde para mulheres também terá como apoio o conhecimento produzido e publicizados nos artigos acadêmicos a respeito do tema saúde de mulheres lésbicas, discutidos no segundo capítulo.

Com o objetivo de analisar os documentos que regulamentam e orientam as políticas públicas de saúde direcionadas especificamente para o Programa de Atenção Integral de Saúde da Mulher, primeiramente, será apresentado um breve histórico da construção das Políticas Públicas de Saúde no Brasil e da criação de uma área técnica específica para tratar as questões femininas. Em seguida, será analisado o texto de cada documento formulado e publicado pelo Ministério da Saúde, no período de 1984 a 2016, direcionado para a área de Saúde da Mulher do SUS, especialmente no que tange as mulheres lésbicas e bissexuais. O material aqui analisado foi selecionado através do site oficial do Ministério da Saúde e também acessado nos arquivos físicos do setor de Saúde da Mulher da SES-RJ.

Em suma, o presente capítulo pretende analisar e problematizar o percurso histórico das políticas públicas de saúde para as mulheres, com foco no que diz respeito a mulheres lésbicas e bissexuais. O período eleito para a análise corresponde ao da criação e formalização do Programa de Saúde da Mulher, em 1984, até o ano de 2016, momento em que a política nacional sofreu uma mudança abrupta e radical com o impeachment da presidenta Dilma Rousseff. Com efeitos ainda não analisados no setor de Saúde Pública. Para Machado et al (2017), que analisaram a condução das políticas públicas de saúde entre período 1990 e 2016, é possível notar que mesmo com contradições na condução das políticas da área de saúde, no período entre de 2003 a 2016, houve clara continuidade e ampliação na formulação de diretrizes inclusivas para o setor de saúde pública. E embora a imprensa já noticie mudanças na condução das políticas públicas de saúde, ainda não é possível avaliar de maneira sistemática seus impactos nas diretrizes para o setor.

Como exemplo emblemático dos efeitos de descontinuidade, interrupção e/ou tentativa de apagamento de políticas públicas já formuladas e discutidas em grandes fóruns nacionais, podemos destacar a já mencionada falta de revisão e publicação do PNPM após a IV Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, em 2016; e o não investimento na elaboração e publicação do relatório referente à segunda (e última) Conferência Nacional de Saúde da Mulher, realizada em meados de 2017, em Brasília. A elaboração, edição e publicação de tais relatórios são uma etapa importante a ser realizada, em geral, logo após as Conferências Nacionais, que registram os debates, e elencam as deliberações definidas com a participação do poder público e da sociedade civil organizada. Vale ressaltar que a primeira Conferência Nacional de Saúde da Mulher foi realizada em 1986, dois anos antes da promulgação da atual Constituição Federal da República do Brasil, de 1988, enquanto a segunda e mais recente, só aconteceu em 2017, portanto, 30 anos depois da primeira.

Importante registrar que os temas discutidos e às diretrizes deliberadas na II Conferência Nacional de Saúde da Mulher (2017), só constam na publicação da Resolução Nº 561, de outubro de 2017, efetuada por decisão do Conselho Nacional de Saúde, com objetivo de garantir publicidade às propostas, diretrizes e moções aprovadas pelas Delegadas e Delegados presente naquela ocasião<sup>13</sup>. Mais recentemente, o governo federal, em abril de 2019, extinguiu o Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, rebaixando-o para uma coordenação que cuida também de outras doenças.<sup>14</sup>

Para começar a tratar das políticas públicas de saúde para mulheres, é importante primeiro definirmos o conceito de “política pública”, que embora seja tema de muitos debates e diferentes propostas de definição, conta com algum consenso no Brasil democrático.

Consideraremos a definição de Sérgio de Azevedo (2003), que diz que “política pública” pode ser entendida como “tudo que um governo faz ou deixa de fazer”, incluído todo “o impacto de suas ações e suas omissões” (2003, p. 38). Para o autor é possível identificar duas características em “políticas públicas”: primeiro, a busca pelo consenso a respeito do que será feito ou não será feito; segundo, a definição de normas e a resolução de conflitos. Segundo Azevedo (2003), as políticas públicas são identificadas por seus diferentes objetivos, dos quais

---

<sup>13</sup> Disponível em: <https://www.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-mulher/conferencia-nacional-da-saude-das-mulheres>

<sup>14</sup> Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/saude/ministerio-da-saude-encerra-redes-sociais-com-informacoes-sobre-hiv-aids/>

políticas públicas de saúde se inserem na categoria de políticas regulatórias, pois visam regular e normatizar o funcionamento de determinados setor de serviço público.

As políticas públicas de saúde no Brasil, tem um percurso histórico que comentaremos aqui de maneira breve. Podemos situar o início da história da Saúde Pública Brasileira em 1808, com a chegada da Família Real Portuguesa. Segundo Nunes (2000), diversos “estudiosos evidenciam a emergência de um projeto de medicina social para o início do século XIX, vinculado, sobretudo, à higiene pública e medicalização do espaço urbano, e isto irá ocorrer no quadro de transformações que se impôs com a transferência da Corte portuguesa, em 1808.” (p. 253).

Segundo estudos destacados por Nunes (2000), “documentos, periódicos, cartas, ofícios e teses irão evidenciar que o tema da saúde, por si mesmo, não forma parte do projeto colonial, e somente pode ser registrado no momento em que a medicina se volta sobre a cidade, disputando um lugar entre os organismos de controle da vida social” (NUNES, 2000, p. 254). Segundo o autor, em fases anteriores, embora a administração colonial portuguesa tenha combatido a lepra e a peste, e tenha mantido algum controle sanitário de portos, ruas, casas e praias, até o início do século XIX as ações em saúde limitavam-se a ações diretas sobre o doente e seu corpo. O interesse da medicina desloca-se para a saúde coletiva a partir da necessidade política de conhecer a população, para melhor dirigir intervenções visando o controle da saúde, mas também o aumento da produção e defesa da terra. Nesse período, portanto, a Saúde Pública foi marcadamente pautada por preocupações estritamente sanitaristas.

Somente com a criação da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, em 1829, que irá se iniciar a implantação de uma medicina social, uma saúde coletiva, na qual a própria medicina “lutará, de diversas maneiras, para impor-se como guardião da saúde pública” (MACHADO et al. *apud* NUNES, 2000, p. 253), defendendo a importância das ciências médicas.

Assim podemos contextualizar de que maneira a medicina lutou e alcançou o lugar de saber hegemônico, não só sobre a saúde do corpo individual, como também sobre a saúde do corpo social - aspecto atualmente ainda observável na maioria das ações e dos serviços de saúde do SUS.

O Ministério da Saúde só foi instituído no ano de 1953, pela Lei nº 1.920, que desmembrou o então Ministério da Educação e Saúde em dois órgãos distintos, um Ministério da Saúde (MS) e um Ministério da Educação e Cultura (MEC). De 1953 a 1956, o Ministério da Saúde limitava-se à mera divisão das atividades do que seria pertinente à Saúde e ao que estaria no âmbito do Ministério da Educação e Cultura. Nesse período, o Ministério da Saúde

figurava como a principal unidade administrativa de ação sanitária, funcionando como um polo central, porém com ações sanitárias executadas por vários outros ministérios e autarquias. Somente em 1956, foi criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais, cuja finalidade era investigar e combater as seguintes doenças: malária, leishmaniose, doença de Chagas, peste, brucelose, febre amarela e outras diversas endemias, conforme conveniências técnicas e administrativas<sup>15</sup>.

Ainda que, desde as primeiras décadas do século XX, já existisse a preocupação a respeito da necessidade de atenção à saúde da mulher, as políticas públicas nessa área eram pensadas e formuladas com enfoque exclusivo na capacidade/função reprodutora das mulheres, tendo como alvo especial o período gravídico/puerperal, o que limitava os investimentos públicos à faixa etária da população feminina no período reprodutivo, tecnicamente compreendido pelas ciências biológicas e pelas políticas públicas de saúde, entre os 10 e 49 anos de idade. A partir da década de 1960, diversos países começavam a se preocupar com suas taxas de natalidade, adotando medidas para controlá-la, o que influenciou o Brasil a adotar a mesma lógica e a investir, a partir do final da década de 1970, em programas de controle de natalidade, em detrimento da opinião, desejo ou necessidade real da população feminina, embora tal controle já pudesse acontecer através de práticas clandestinas utilizadas pela própria população feminina. Paralelamente à preocupação internacional e nacional com a questão populacional, o movimento feminista não só questionava a primazia do pensamento reducionista e biologicista dispensado à mulher como também a hierarquização social das diferenças biológicas dos sexos (FREITAS GL, VASCONCELOS CTM, MOURA ERF, PINHEIRO AKB, 2009).

Podemos encontrar na formulação da Declaração Universal dos Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas (ONU), em 1948, a questão da saúde reprodutiva já inscrita no embrião dos direitos fundamentais como direitos reprodutivos, ainda que, naquele momento, o texto da Declaração falasse apenas na perspectiva da maternidade, como se constata em seu Artigo XXV, inciso 2: “A maternidade e a infância têm direito a cuidados e assistência especiais. Todas as crianças, nascidas dentro ou fora do matrimônio gozarão da mesma proteção social” (ONU, 1948). Uma referência, de certo, insuficiente para ser entendida como Direito à Saúde Sexual e Reprodutiva, já que reitera o pensamento de que mulheres só precisam ou merecem cuidado e/ou assistência social quando iminentemente mães, reforçando, assim, a ideia da maternidade como função e destino feminino.

---

<sup>15</sup> História do Ministério/MS/Out/2017/www.saude.gov.br – acesso em 14/12/2019.



Foi apenas através do tensionamento e das articulações promovidas pelo movimento feminista que “o direito à vida, à alimentação, à saúde, à moradia, à educação, ao afeto, os direitos sexuais e os direitos reprodutivos” (ONU, 1995) puderam ser incluídos explicitamente nos anais da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo, em 1994. Essa inclusão fez deslocar o foco da necessidade de controlar o crescimento populacional como estratégia para combater a pobreza e desigualdades sociais para a importância de se pensar e investir no desenvolvimento do ser humano. A referida Conferência figura como um marco internacional na inclusão de temas como desigualdades de gênero, meio ambiente e Direitos Humanos. Naquele momento, foram celebrados acordos internacionais assumidos por 179 países (BRASIL, 2013).

No Brasil, entre as décadas de 1950 e 1960, várias entidades privadas de saúde foram financiadas por agências internacionais para que promovessem ações de controle de natalidade, já que visavam à redução do crescimento populacional no país, aproveitando-se da lacuna deixada pelo setor público de saúde no campo do planejamento reprodutivo. No mesmo período, a política pública nacional de saúde para mulheres focava sua atenção e investimento estritamente no ciclo gravídico-puerperal (BRASIL, 2002).

A criação, em 1984, do PAISM, programa federal do Ministério da Saúde, é reconhecida como um dos marcos históricos nas conquistas do movimento feminista, pois agregou em sua concepção de saúde pública para mulheres uma proposta de abordagem global, ampliando a atenção em saúde para todas as fases da vida das mulheres e não mais apenas ao ciclo gravídico-puerperal. O PAISM contou, para sua elaboração, com a participação de grupos feministas, gestores estaduais e pesquisadores do campo acadêmico (BRASIL, 2013). No entanto, cabe pontuar desde já que apesar do PAISM configurar um importante avanço em termos de direitos reprodutivos para a população feminina, suas diretrizes de atendimento às mulheres nunca foram efetivamente concretizadas, efeito de variadas dificuldades financeiras, políticas e operacionais (BRASIL, 2011), o que será discutido mais adiante.

A década de 1980 foi importante historicamente para os avanços realizados posteriormente no campo da saúde pública, em especial para população de mulheres e também para o grupo populacional LGBT. A década de 1980 concentra uma significativa quantidade de fatos sociais que tensionaram e impulsionaram as agendas políticas, alcançando como resultado a formalização de novas diretrizes para as políticas públicas (FACCHINI; BARBOSA, 2006). O movimento social da área de saúde impulsionou a criação do SUS, variados movimentos sociais influenciaram a volta da Abertura Política, assim como também participaram ativamente na formulação da nova Constituição da República que, com efeito, garantiu a incorporação do

Sistema Único de Saúde – SUS – como uma política de Estado, tendo, inclusive, vários de seus artigos e incisos regulamentados por Leis complementares posteriores, em especial a Lei 9.263, de 1996, que regulamenta o planejamento familiar (BRASIL, 2008; 2013; 2016).

A Constituição Federal de 1988, na parte que versa sobre a Ordem Social, considera apenas uma configuração de família, quando diz textualmente que o planejamento familiar:

Fundado princípio da dignidade humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas (BRASIL. Capítulo VII, art. 226, inciso 7º, 1988).

Nesse sentido, a Lei 9.263 de 1996, que regulamenta o proposto no texto Constitucional acima descrito, chega em boa hora para atualizar e ampliar seu entendimento, estabelecendo que:

Para fins desta Lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal. Parágrafo único – É proibida a utilização das ações a que se refere o *caput* para qualquer tipo de controle demográfico. (BRASIL, 1996)

Com o texto acima, avançamos um pouco mais na desconstrução da ideia de maternidade ou paternidade essencialmente atrelada a uma relação heterossexual, ou mesmo de uma constituição familiar tradicional. Assim como a mesma Lei, em seu artigo 9º, já indica que, para o pleno exercício do direito ao planejamento familiar, o Estado brasileiro se compromete a disponibilizar métodos e técnicas não só de contracepção, como também de concepção. Nos termos da Lei: “Para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção” (BRASIL, 1996).

De certa forma, é surpreendente que o SUS conte já há algumas décadas com uma legislação tão inovadora e abrangente sobre direitos e saúde reprodutiva, que, inclusive, compromete, simultaneamente, gestores das esferas federais, estaduais e municipais, sem, contudo, até hoje conseguir implantar efetivamente e amplamente seus princípios e diretrizes de saúde pública para toda a diversidade feminina, em especial para as lésbicas. Fato que demanda análise para além dos prováveis argumentos financeiros, o que faremos no decorrer deste capítulo.

A década de 1990 também foi marcada pela aproximação entre parte do movimento feminista e o movimento de gays e lésbicas, ambos interessados nos avanços necessários sobre a pauta dos Direitos Sexuais. O fato é que o conceito de direitos sexuais tem uma história

diferente do conceito de direitos reprodutivos, sendo a formulação do primeiro bem mais recente que a do segundo. Nesse aspecto, autores como Corrêa, Alves e Januzzi (2006); Corrêa e Ávila (2003) e Petchesky (1999) reconhecem que foi através do clamor dos movimentos gay e lésbico europeu e norte-americano que se iniciou a formulação do conceito de direitos sexuais, a partir dos anos 1990, seguidos de perto pelos anseios do movimento feminista, que, embora tenham exercido grande influência nos debates realizados na Conferência do Cairo, ainda assim não conseguiram fazer constar explicitamente no texto do documento final da Conferência a expressão “direitos sexuais”. Entretanto, as feministas presentes na Conferência conseguiram fazer constar a expressão “saúde sexual”, ainda que atrelada ao debate sobre saúde reprodutiva referendada por preceitos já divulgados pela OMS (BRASIL, 2013, p. 13).

Toda essa discussão e disputa narrativa travadas em âmbito internacional na década de 1990, com a intensa participação dos movimentos sociais e gestores brasileiros, acabou por reverberar fortemente, na década seguinte, no campo da saúde pública brasileira, em especial na área da saúde pública para as mulheres.

Em 2004, o Ministério da Saúde elabora, publica e distribui para as secretarias de saúde de estados e municípios a PNAISM, desta vez com a participação direta de vários segmentos sociais, em especial o movimento de mulheres. Tal política estabelece princípios e diretrizes que ratificam o compromisso de implantar em todo o território nacional ações de saúde que contribuam com a garantia dos direitos humanos das mulheres. Para tanto, introduz a reflexão sobre relações de gênero, apresenta um breve panorama sobre a situação sociodemográfica da população, com enfoque na situação das mulheres brasileiras. Propõe que se adotem os preceitos desenvolvidos pelo setor de Humanização e Qualidade para o alcance efetivo da atenção integral à saúde das mulheres. Estabelece objetivos gerais e específicos, definindo, inclusive, estratégias para atingir tais objetivos. O documento aponta as especificidades de grupos etários da população feminina, como os de mulheres adolescentes e os de mulheres no climatério/menopausa. Traz também a reflexão sobre a intrínseca relação entre saúde mental e relações de gênero. Destacamos que é no texto deste documento a primeira vez em que pudemos encontrar, na área de saúde pública para mulheres, referência à saúde de grupos específicos de mulheres, como as mulheres negras, mulheres indígenas, mulheres residentes ou trabalhadoras na área rural, mulheres em situação de prisão e mulheres lésbicas, interesse da presente pesquisa. O referido documento também introduz a ideia da violência doméstica e sexual contra as mulheres, como um grave problema de saúde pública, assim como também trata da melhoria da atenção obstétrica, inclusive em relação ao abortamento inseguro (BRASIL, 2004).

Em 2005, em parceria com os Ministérios da Educação, da Justiça, do Desenvolvimento Agrário, do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e com a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, a Secretaria Especial de Direitos Humanos e a Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, o Ministério da Saúde lança a Política Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos (BRASIL, 2005). E, apesar ter contado com tantos parceiros, as diretrizes propostas por essa política se restringem a ações voltadas para a área de saúde, abordando, majoritariamente, questões técnicas pertinentes à saúde reprodutiva e com viés notadamente heteronormativo. No texto da referida publicação não se encontra nenhuma menção à diversidade que compõe a população feminina, exceto em seu aspecto etário.

Diferentemente do movimento feminista, que, desde o início da década de 1980, já havia conquistado lugar em algumas estruturas mistas de governo, por exemplo com a criação de Conselhos<sup>16</sup> Estaduais, como o Conselho da Condição Feminina (CECF), em 1983 no estado de São Paulo e o Conselho dos Direitos da Mulher (CEDIM), em 1987, no Rio de Janeiro, e no âmbito federal, com a criação do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), Lei nº 7.353, de 1985, o movimento LGBTI apenas no final da década de 1990, e primeira década do século XXI encontrou, por parte das estruturas de governo, um ambiente favorável para sua participação. A aproximação com Ministério da Saúde possibilitou a realização de diversos eventos voltados para população LGBTI, como seminários, oficinas e conferências, que referendaram propostas de políticas públicas para esse segmento da população. A participação na estrutura oficial do governo federal e em alguns estados, aconteceu a partir da criação do Programa Brasil Sem Homofobia, em 2004, que ensejou a criação do Programa Rio Sem Homofobia, em 2009, no estado do Rio de Janeiro, na Secretaria de Assistência Social e Direitos Humanos, um equipamento de governo.

Como já dito anteriormente, ambos os movimentos, feminista e LGBTI, foram de grande importância e atuação em prol das pautas lésbicas, já que ambos encontraram pontos de interesse comum, os direitos sexuais, sem contar que as mulheres lésbicas também compunham ativamente os dois movimentos.

Na primeira metade da segunda década do século XXI, muitas propostas já feitas no decorrer dos anos 2000 para a população LGBT começaram a tomar forma nos diversos textos produzidos pelo Ministério da Saúde e em alguns Estados e Municípios do país. Além da efetiva

---

<sup>16</sup> Sobre o tema Conselhos de Direitos da Mulher, ver: CAMPOS, M.de L. “Feminismos e Movimento de Mulheres no Contexto Brasileiro: a constituição de identidades coletivas e a busca de incidência nas políticas públicas”, 2017. Ver também dissertação de mestrado de: ARAÚJO, M.G.M. “Feminismo e o Estado: relações possíveis a partir do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher” – 2014.

oferta de serviços do SUS que atendessem a algumas especificidades, como no caso do processo transexualizador, houve a incorporação do registro do nome social para pessoas transexuais em todas as unidades de saúde (garantido pelo Decreto Federal nº 8.727, de 2016). Quanto a essas políticas de saúde, a abordagem aqui será pontual, uma vez que nosso interesse principal é a análise das Diretrizes para o Programa de Saúde da Mulher (PAISM), especialmente no que se refere à população lésbica e bissexual. Dessa forma, apesar de reconhecer a importância das políticas públicas conquistadas pelo e para o grupo populacional LGBTI, e eventualmente mencioná-las, nosso interesse e foco são as políticas públicas voltadas especificamente para as mulheres, considerando que desde sempre mulheres lésbicas e bissexuais fizeram parte desse grupo populacional.

### **3.1 Material Orientador das Políticas Públicas de Saúde da Mulher**

O SUS possui três esferas de atuação: a federal, a estadual e a municipal. O nível federal tem como atribuições principais formular, avaliar e apoiar as políticas; normalizar ações; prestar cooperação técnica aos estados, ao distrito federal e municípios; além de controlar, avaliar as ações e os serviços, respeitando as competências dos demais níveis. O nível estadual do SUS tem como principais atribuições: promover a descentralização de serviços; executar ações e procedimentos de forma complementar aos municípios; prestar apoio técnico e financeiro aos municípios. Enquanto ao nível municipal compete, em especial, a execução, o controle e a avaliação das ações e dos serviços de saúde<sup>17</sup>. O nível estadual da atenção à saúde da mulher é de responsabilidade das secretarias de saúde dos 26 estados e do Distrito Federal, cada um com sua respectiva área técnica de saúde da mulher.

Não existe um organograma padrão, válido para todas as Secretarias de Saúde das Unidades Federativas do Brasil. No entanto, todos os estados contam com a área técnica de atenção em saúde da mulher. A execução das ações de Atenção Básica (AB) é de competência dos municípios, cabendo aos níveis estaduais e nacional prestar apoio institucional, matricial, técnico, político e financeiro aos municípios.

Este subcapítulo tem como um de seus objetivos identificar a previsão de diretrizes e/ou ações voltadas para a atenção à saúde de mulheres lésbicas. Através dos textos produzidos oficialmente pelo Ministério da Saúde, analisaremos em quais termos são elaboradas diretrizes e ações para essa população no Programa de Saúde da Mulher. Os textos aqui analisados foram

---

<sup>17</sup> Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-mulher/sobre-a-area>>. Acesso em: 29 dez 2019.

publicados em sua forma online, e distribuídos a estados e municípios em edições físicas para orientar unidades, serviços e profissionais de saúde, quanto a atenção à saúde das mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde, além de subsidiar de informações as áreas programáticas<sup>18</sup> responsáveis pelo tema, em todo território nacional. Assim, colocaremos sob análise os possíveis efeitos produzidos por tais documentos no campo da saúde pública para as mulheres, destacando os avanços alcançados no período, como também eventuais discontinuidades, paralisações e/ou retrocessos, no processo de inclusão dessa população nas políticas públicas de saúde para mulher.

O Ministério da Saúde é o principal formulador, organizador, editor e divulgador de diretrizes orientadoras para as demais instâncias do SUS, ainda que se possa encontrar a mesma iniciativa, eventualmente, em algumas secretarias estaduais e municipais de saúde. Analisaremos a seguir apenas os documentos publicados pelo Ministério da Saúde que orientam a política nacional de saúde para área de Saúde da Mulher de estados e municípios. Iniciamos com a primeira publicação que deu formato ao programa, em 1984, e que não fazia nenhuma menção a existência de mulheres lésbicas, para em seguida chegarmos ao momento em que essa população efetivamente aparece nos textos produzidos para a área. Assim, selecionamos os seguintes documentos a serem analisados:

- 3.1.1 Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática (BRASIL, 1984)
- 3.1.2 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes (BRASIL, 2004; 2011)
- 3.1.3 Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – uma prioridade do governo (BRASIL, 2005)
- 3.1.4 Direitos Sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais (BRASIL, 2006)
- 3.1.5 Chegou a Hora de Cuidar da Saúde – um livreto especial para lésbicas e mulheres bissexuais (BRASIL, 2006)
- 3.1.6 Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes – Norma Técnica (BRASIL, 2005; 2011; 2012; 2013)
- 3.1.7 Cadernos de Atenção Básica – Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva (BRASIL, 2013, Caderno 26)

---

<sup>18</sup> Setores responsáveis por ações estratégicas para determinado tema, nos diferentes níveis do SUS, como por exemplo a Saúde da Mulher.

3.1.8 Atenção Integral à Saúde das Mulheres Lésbicas e Bissexuais – Relatório da Oficina “Atenção Integral à Saúde das Mulheres Lésbicas e Bissexuais”, realizada em Brasília, de 23 a 25 de abril de 2014 (BRASIL, 2014)

3.1.9 Protocolos da Atenção Básica – Saúde das Mulheres (BRASIL, 2016)

### 3.1.1 **Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática (1984)**

A publicação (BRASIL, 1984) foi o primeiro material produzido com a intenção de superar a perspectiva da atenção à mulher voltada exclusivamente para o período gravídico-puerperal e a “assistência preventiva e de diagnóstico precoce de doenças ginecológicas malignas” (p. 5) que ainda vigorava naquele momento. Na perspectiva proposta, aspectos como “a prevenção, detecção e terapêutica de doenças de transmissão sexual, repercussões biopsicossociais da gravidez não desejada, abortamento e acesso a métodos e técnicas de controle da fertilidade” (p. 5) deveriam ser colocados em primeiro plano, assim como também preconizava estender tal atenção “desde a adolescência até a terceira idade” (p. 6).

É preciso não esquecer que à época dessa publicação o SUS ainda não estava totalmente organizado nem tampouco garantido pela Constituição, de maneira que a rede de atenção básica de saúde não alcançava inúmeros municípios brasileiros. Naquele momento, a saúde pública brasileira enfrentava diversos problemas:

Em relação às questões da política de saúde no Brasil, pode-se dizer, sumariamente, que o setor saúde está constituído por dois grandes subsetores com objetivos bastante distintos. O subsetor público, que registra uma história de grandes problemas administrativos e gerenciais, concentra o atendimento dos problemas de saúde pública e da clientela mais carente, enfrentando questões como a baixa resolutividade dos serviços e a dificuldade de acesso da clientela a níveis mais complexos de assistência. Este subsetor está formado por um conjunto de instituições cujos objetivos são frequentemente concorrentes, dando margem a distorções amplamente constatadas, tais como: paralelismo de ações, superposição de clientela, pouca racionalidade na alocação de recursos, distribuição inadequada dos serviços de maior complexidade, etc. O subsetor privado, empresarialmente organizado, desenvolve os serviços de nível secundário e terciário, na sua maior parte, por credenciamento governamental. Estas características da prestação de assistência à saúde originam distorções graves, tendo em vista que regras de mercado, inaplicáveis em setores sociais, definem a oferta e o consumo de procedimentos muitas vezes desnecessários e inadequados ao indivíduo e à comunidade. (BRASIL, 1984, p. 9)

Fica claro no trecho acima que os então formuladores da política já demonstravam ter o entendimento de que “a própria organização de serviços são também fatores determinantes das condições de saúde da população e transparecem quando os principais problemas de saúde da mulher são analisados” (BRASIL, 1984). E também nos explica, mais claramente, as dificuldades e os obstáculos enfrentados para concretização desse programa, fato também

registrado em publicação posterior do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), que reconhece que a elaboração do PAISM

significou um avanço em termos de direitos reprodutivos para as mulheres brasileiras, entretanto, enfrentou dificuldades políticas, financeiras e operacionais para sua implementação, que impediram que se concretizasse de forma efetiva no cotidiano da atenção à saúde da mulher. (BRASIL, 2013, p.19)

Segundo informação do próprio Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), “nas primeiras décadas do século XX, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde, mas os programas implementados ainda voltavam-se exclusivamente para a assistência aos aspectos referentes à gestação e ao parto” (p. 19), o que só foi efetivamente questionado com a elaboração e lançamento do PAISM, em 1984, que representou um “marco histórico, pois incorporou o ideário feminista na atenção à saúde da mulher, introduzindo novo enfoque nas políticas públicas de saúde voltadas para essa população” (p. 19).

Embora a influência dos grupos feministas e de mulheres não tenha sido registrada no corpo do texto do PAISM, publicações da área de saúde da mulher posteriores a essa registram tal participação com destaque, o que veremos a seguir.

### **3.1.2 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes (2004; 2011)**

Como já dito anteriormente, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher foi o primeiro documento produzido especificamente para nortear a área técnica de Saúde da Mulher que traz, em seu texto, o reconhecimento da existência de mulheres que são lésbicas e a necessidade de inclusão dessa população nas ações de saúde voltadas para mulheres. Deixa, no entanto de fora qualquer menção a mulheres bissexuais.

Trata-se de uma publicação de 2004 que resgata um breve histórico das políticas nacionais de saúde para mulher, datadas das primeiras décadas do século XX, limitadas a cuidar estritamente da gravidez e do parto. Segundo o documento, programas materno-infantis foram elaborados nas décadas de 1930, 1950 e 1970, sempre baseados nos aspectos biológicos da maternidade, tomando como pano de fundo o papel social da mulher enquanto mãe e dona de casa responsável pela criação, educação e cuidado de filhos e demais membros da família, que preconizavam como estratégica de ação a proteção apenas aos grupos considerados até então como de risco e vulneráveis: as gestantes e crianças.



Tais estratégias eram verticais e fragmentadas, definidas pelo nível federal, sem considerar as necessidades de saúde das diferentes regiões do país e da diversidade de grupos da população, o que não favorecia a integração com outras ações e programas de saúde, não alcançando impacto significativo nos indicadores de saúde da mulher. O referido documento reconhece que a criação do PAISM teria marcado “uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo” (BRASIL, 2011, p. 16).

Nesse sentido, “o PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços” (Brasil, 2011, p. 16), bem como a ideia da integralidade e da equidade na atenção em saúde, conceitos que, no mesmo período, já eram discutidos no âmbito do Movimento Sanitário e que deram origem e base para a formulação do Sistema Único de Saúde, o SUS.

A publicação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes, de 2004, inova quando introduz a perspectiva de gênero como elemento constitutivo das relações sociais, afetando profundamente diversos aspectos da saúde das mulheres. Inova, também, quando reconhece a importância da crítica feminista à perspectiva reducionista com que as políticas de saúde pública tratavam as mulheres até então, restringindo sua oferta de atenção apenas ao ciclo gravídico-puerperal, ignorando que tal período corresponde a uma pequena fração de tempo de sua existência, além, é claro, de reforçar o senso comum sobre o quase inexorável destino das mulheres: a maternidade. E inova, especialmente, quando reconhece que a categoria “mulher” é composta por diferentes realidades regionais, etárias, étnicas, raciais e sexuais, ainda que, nesse momento, não se fale na realidade da existência de mulheres transexuais ou das necessidades ginecológicas de homens transexuais, incluindo gravidez<sup>19</sup> Esta publicação representa um enorme avanço na concepção de uma Mulher que não pode ser escrita nem inscrita de maneira universal.

Embora seja notável a inclusão de grupos outrora ignorados nos programas de saúde da mulher, há que se fazer considerações críticas ao que se refere ao grupo de interesse da presente dissertação, ou seja, as mulheres lésbicas. Quanto a esse grupo específico, o documento reserva menos de uma página ao tema mulheres lésbicas, no subitem do capítulo “Breve diagnóstico da Situação da Saúde da Mulher no Brasil” (BRASIL, 2004; 2011, p.25).

---

<sup>19</sup> Para melhor conhecer sobre o assunto, ver: “As potencialidades do corpo capaz de gestar: a experiência da gravidez em homens trans”, tese de doutorado de Pamella Liz Pereira, Rio de Janeiro, FIOCRUZ (em fase de conclusão).

Nessa breve referência já é possível reconhecermos a força da organização do movimento de lésbicas. O referido documento assinala que em 2003, foi realizado o V Seminário Nacional de Mulheres Lésbicas, no qual foi ressaltada a necessidade de previsão de atendimento às mulheres lésbicas, também no conjunto de ações de atenção à saúde da mulher. Registrando questões já indicadas naquele seminário, como o caráter heteronormativo dos atendimentos realizados na área de ginecologia, a falta de acolhimento para revelação sobre desejos e as práticas sexuais lésbicas, e/ou mesmo depois que esse relato é feito a consulta segue o padrão de aconselhamento heteronormativo, o que dê certo não favorece a detecção precoce do câncer de útero e mama e a possível vulnerabilidade a ISTs e Aids. O referido documento reconhece, inclusive, que, em geral, os textos e as ações sobre violência contra a mulher não abordam as especificidades das mulheres lésbicas. Muitas vezes, ignoram a violência intrafamiliar e a violência sexual, às quais este grupo está exposto desde a adolescência até a vida adulta.

Reconhece a necessidade de as mulheres lésbicas terem acesso à inseminação assistida na rede do SUS, assim como as mulheres heterossexuais já o faziam. Reconhece também a necessidade de que os serviços contem com “profissionais capacitados para o atendimento às mulheres, considerando a possibilidade de parte da clientela ser composta por mulheres que fazem sexo com mulheres” (BRASIL, 2004-2011, p. 49).

Podemos encontrar referência à questão da orientação sexual também, no capítulo sobre Diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, quando estabelece como uma de suas diretrizes que:

A Política de Atenção à Saúde da Mulher deverá atingir as mulheres em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais (mulheres negras, indígenas, residentes em áreas urbanas e rurais, residentes em locais de difícil acesso, em situação de risco, presidiárias, de *orientação homossexual*, com deficiência, dentre outras) (BRASIL, 2004-2011, p.63, grifos nossos).

Assim como também, na diretriz que trata dos prestadores de serviço em saúde, estabelece que:

A atenção integral à saúde da mulher implica, para os prestadores de serviço, no estabelecimento de relações com pessoas singulares, seja por razões econômicas, culturais, religiosas, raciais, *de diferentes orientações sexuais*, etc. O atendimento deverá nortear-se pelo respeito a todas as diferenças, *sem discriminação de qualquer espécie* e sem imposição de valores e crenças pessoais. Esse enfoque deverá ser incorporado aos processos de sensibilização e capacitação para humanização das práticas em saúde (BRASIL, 2004-2011, p. 64, grifos nossos).

Encontramos também, no capítulo que trata dos Objetivos Gerais da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, elencado dentre os objetivos gerais: “a redução da

morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, *sem discriminação de qualquer espécie*” (BRASIL, 2004-2011, p. 67, grifos nossos).

No entanto, nos capítulos em que trata dos Objetivos Específicos e das Estratégias da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, momento em que a especificidade<sup>20</sup> de diferentes grupos de mulheres é abordada em sua particularidade, percebe-se o desaparecimento de dois grupos específicos de mulheres, quais sejam, as mulheres lésbicas e as mulheres trabalhadoras sexuais, esse último sem qualquer menção ao longo do documento. Identificamos aqui o dispositivo de heterossexualidade em pleno funcionamento, apagando e silenciando sobre grupos dissidentes da moral burguesa e da heterossexualidade. Simplesmente fazendo-os desaparecer ao longo do texto. O que certamente contribui para manutenção de funcionamento heteronormativo do programa.

Para finalizar nossa análise do documento em questão, não podemos deixar de ressaltar que, ao mesmo tempo em que propõe uma aproximação da área de saúde da mulher com movimentos e entidades relacionados à saúde da população negra, como também o fortalecimento da participação e controle social na definição e implementação de políticas de atenção integral à saúde das mulheres através da “integração com o movimento de mulheres feministas” para o “aperfeiçoamento da política de atenção integral à saúde da mulher” (BRASIL, 2004-2011, p.72), ignora a existência, importância e necessidade de promover a participação do movimento de mulheres lésbicas e bissexuais, visando aos mesmos objetivos das demais especificidades.

### **3.1.3 Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – uma prioridade do governo (2005)**

O documento é a primeira publicação de uma série de 7 Cadernos, programados para serem lançados no decorrer do ano de 2005. Esse material foi elaborado pela Área Técnica de Saúde da Mulher, do Ministério da Saúde, contemplando os seguintes assuntos (BRASIL, 2005, p. 15):

- a) Caderno nº1 – Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo;
- b) Caderno nº2 – Cartilha sobre Direitos Sexuais, Direitos Reprodutivos e Métodos Anticoncepcionais;

---

<sup>20</sup> Especificidades mencionadas ao longo do texto do documento: portadoras de HIV/IST; mulheres em situação de abortamento; adolescentes e mulheres em situação de violência doméstica e sexual; mulheres portadoras de transtornos mentais; mulheres no climatério; mulheres na terceira idade; mulheres negras; mulheres trabalhadoras do campo e da cidade; mulheres indígenas; mulheres em situação de prisão.

- c) Caderno nº3 – Anticoncepção de Emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde;
- d) Caderno nº4 – Norma Técnica Atenção Humanizada ao Abortamento;
- e) Caderno nº5 – Manual Técnico Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada (2005-2006);
- f) Caderno nº6 – Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes (2005-2011-2012);
- g) Caderno nº7 – Aspectos Jurídicos do Atendimento às Vítimas de Violência Sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde.

Iremos analisar os Cadernos nº 1 e nº 2, que tratam de modo abrangente da questão Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos e estabelecem qual é o Norte a ser desenvolvido pelos demais Cadernos. O Caderno nº 6 também fará parte de nossa análise, pois aborda o tema da violência sexual contra mulheres e adolescentes, assunto de particular relevância na atenção em saúde do grupo de mulheres lésbicas por ser, entre outros motivos, o tipo de violência utilizada como forma de submeter mulheres lésbicas a normativas sexuais, o denominado “estupro corretivo” (DANTAS et ali, 2016, p. 3992).

O “Caderno nº 1 – Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo” foi elaborado pelo Ministério da Saúde em parceria com os Ministérios da Educação, da Justiça, do Desenvolvimento Agrário, do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e com a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, a Secretaria Especial de Direitos Humanos e a Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. O referido documento indica as diretrizes que devem ser adotadas “para garantir os direitos de homens e mulheres, adultos(as) e adolescentes, em relação à saúde sexual e à saúde reprodutiva, enfocando, principalmente, o Planejamento Familiar” (BRASIL, 2005, p. 5). Para tanto, o documento aborda os métodos anticoncepcionais que vão da distribuição de preservativos masculinos e femininos, passando pela disponibilização nas unidades de atenção básica, da pílula anticoncepcional de emergência, do anticoncepcional injetável mensal, do anticoncepcional injetável trimestral, além das opções de inserção do DIU e/ou de diafragma. A publicação também propõe a capacitação de profissionais de saúde que atuam na Atenção Básica para a assistência em Planejamento Familiar. Inclui como possibilidade de método anticoncepcional a esterilização cirúrgica voluntária para homens e mulheres, conhecidas, respectivamente, como vasectomia e laqueadura tubária, no âmbito do SUS.

A publicação também trata da Atenção em Reprodução Humana assistida na rede do SUS. O texto ressalta que o assunto já estava sendo discutido por uma Comissão sobre o Acesso

e Uso do Genoma Humano, instituída pela Portaria nº 1679/GM, de 2003. O objetivo da Comissão seria a regulamentação do emprego de técnicas de reprodução humana assistida. A publicação também noticia que a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), através de um grupo de trabalho, elaborava Norma Técnica para o funcionamento de bancos de células e tecidos germinativos, o que deveria ser concluído e publicado em 2005. No entanto, há que se fazer um destaque do que consta, textualmente, na publicação, deixando claro a que público, situação e objetivo o serviço seria destinado: “Foi criado, em agosto de 2004, um grupo de trabalho para elaboração de uma proposta de atenção integral em reprodução humana assistida na rede SUS, para os casais com infertilidade conjugal e para os casais que convivem com o HIV, que desejem ter filhos”. (BRASIL, 2005, p. 17). Interessa observar que já em sua proposta de criação o serviço se propunha a atender exclusivamente a demanda de casais heterossexuais com problemas de infertilidade ou portadores do vírus HIV, reforçando e repetindo, frequentemente, uma visão heteronormativa da população, no secular funcionamento, ordenamento e prática da biomedicina.

O próximo documento a ser analisado faz parte da série dos sete cadernos já elencados, e confirma a perspectiva heteronormativa observada até aqui e que comentaremos mais adiante.

### 3.1.4 **Direitos Sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais (2006)**

Esta publicação corresponde ao segundo caderno de uma série de sete documentos elaborados pela área de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde. O conteúdo aborda desde definições sobre direitos reprodutivos, direitos sexuais e direitos humanos, até a descrição detalhada sobre a anatomia corporal feminina e a masculina (aspectos externos e internos). Descreve minuciosamente todos os métodos de contracepção disponíveis até então, como pílulas anticoncepcionais, injeções anticoncepcionais, camisinhas masculina e feminina, diafragma, espermicida, DIU, tabela, muco cervical, temperatura basal, sintotérmico<sup>21</sup>, coito interrompido, relação sexual sem penetração vaginal, amamentação LAM<sup>22</sup>, ligadura de trompas e, por último, a vasectomia. Considera as diversas fases da vida reprodutiva, da adolescência à fase da pré-menopausa (também conhecida como climatério feminino). A

---

<sup>21</sup> Método baseado na combinação dos métodos da tabela, do muco cervical, da temperatura basal e na observação de sinais e sintomas que indicam o período fértil da mulher. (BRASIL, 2006, p. 41)

<sup>22</sup> Método anticoncepcional temporário que consiste no uso da amamentação para evitar a gravidez. (BRASIL, 2006, p.43)

publicação também se preocupa em sinalizar, em cada método anticoncepcional, o seu potencial de proteção de infecções sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV/AIDS.

Dessa publicação nos interessa destacar alguns pontos. O primeiro diz respeito a como os Direitos Reprodutivos e os Direitos Sexuais são definidos por ela. Vejamos:

#### DIREITOS REPRODUTIVOS

- Direito de as pessoas de decidirem, de forma livre e responsável, se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas.
- Direito a informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não ter filhos.
- Direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição e violência (BRASIL, 2006, p. 4).

As definições sobre o que faria parte fundamental dos Direitos Reprodutivos são elencadas de maneira sucinta e geral, deixando subsumida a possibilidade do uso de técnicas de reprodução assistida, o que é de fundamental importância para a efetiva inclusão da população lésbica nos programas e ações da área de saúde da mulher.

O segundo diz respeito ao direito de decidir livre e responsabilmente sobre querer ou não querer ter filhos, quantos filhos querem ter e em que momento da vida. Corrêa e Petchesky (1996) nos alertam que “o respeito a autonomia pessoal também requer que as clientes tenham um amplo espectro de opções saudáveis, com informação adequada e sem grandes discrepâncias em termos de custos ou subsídios governamentais” (p. 164). Isso não se tem observado ainda no SUS, tanto a respeito de insumos para anticoncepção, quanto facilitação do acesso a serviços de Reprodução Assistida dentro Sistema, e já em funcionamento em algumas regiões do país.

Corrêa e Petchesky (1996) também nos chamam atenção a respeito da necessidade de reformulação da linguagem universalizante utilizada em instrumentos nacionais e internacionais que se propõe a salvaguardar direitos humanos das mulheres, mas que tendem a invisibilizar as diferenças encontradas nessa categoria. Também nos lembram a existência de alguns grupos feministas que condenam todas as tecnologias reprodutivas, por entenderem que elas aumentam o controle médico, e interferem numa suposta “natureza” feminina, “ignorando que estas tecnologias podem expandir os direitos das mulheres”, em especial, de lésbicas, mas não só dessas.

#### DIREITOS SEXUAIS

- Direito de viver e expressar livremente a sexualidade sem violência, discriminações e imposições e com respeito pleno pelo corpo do(a) parceiro(a).
- Direito de escolher o(a) parceiro(a) sexual.
- Direito de viver plenamente a sexualidade sem medo, vergonha, culpa e falsas crenças.
- Direito de viver a sexualidade independentemente de estado civil, idade ou condição física.
- Direito de escolher se quer ou não quer ter relação sexual.

- Direito de expressar livremente sua orientação sexual: heterossexualidade, homossexualidade, bissexualidade, entre outras.
- Direito de ter relação sexual independente da reprodução.
- Direito ao sexo seguro para prevenção da gravidez indesejada e de DST/HIV/AIDS.
- Direito a serviços de saúde que garantam privacidade, sigilo e atendimento de qualidade e sem discriminação.
- Direito à informação e à educação sexual e reprodutiva (BRASIL, 2006, p. 4).

Quanto aos Direitos Sexuais, fica claro não só o cuidado em desvincular relação sexual de reprodução, como também de práticas, comportamentos e desejos heteronormativos. No entanto, quase a totalidade de seu conteúdo está direcionado para a atenção em saúde de relações sexuais heteronormativas, inclusive, com farta utilização de figuras que exemplificam a diversidade étnica e racial de casais heterossexuais.

Embora a publicação sinalize em seu título que o conteúdo privilegiará métodos anticoncepcionais, também trata de infecções sexualmente transmissíveis, porém sob a lógica estrita do contágio em relações heterossexuais.

Outro ponto a ser destacado é que nenhum dos sete Cadernos trata do tema da concepção quando essa é desejada por mulheres lésbicas ou casais lésbicos, que eventualmente lançam mão de métodos “caseiros” de inseminação, que envolve risco aumentado de infecção por ISTs e HIV.

### **3.1.5 Chegou a Hora de Cuidar da Saúde: um livreto especial para lésbicas e mulheres bissexuais (2006)**

O livreto “Chegou a Hora de Cuidar da Saúde” (BRASIL, 2006) consiste em uma publicação direcionada especificamente às mulheres lésbicas e bissexuais usuárias do sistema de saúde, público ou privado. No material não existe indicação de qual teria sido a área ou setor do Ministério da Saúde a elaborá-lo, nem suas páginas são numeradas. Trata-se de material com linguagem informal, contendo informações sobre direitos e cuidados em saúde, livre de moralismos ou discriminação por orientação sexual, raça ou identidade de gênero. Embora o material não se ocupe de outras especificidades possíveis dentro da população lésbica, como é o caso de mulheres transexuais lésbicas, o trecho a seguir deixa indicado que, já em 2006, o Ministério da Saúde reconhecia serem essas mulheres também sujeitas a situações de discriminação: “Em alguns estados, já há leis aprovadas com o objetivo de punir práticas discriminatórias e o preconceito contra lésbicas, gays, transgêneros e bissexuais”.

No impresso, abordam-se os seguintes temas: sexualidade na adolescência, racismo, alimentação, práticas de exercícios físicos, acompanhamento ginecológico, prevenção de

doenças, menopausa, prevenção do câncer de mama e do colo do útero, gravidez indesejada resultado de sexo consentido ou não (métodos anticoncepcionais e anticoncepção de emergência), gravidez desejada (que o impresso nomeia de “fertilização assistida”), adoção, prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, uso de drogas lícitas e ilícitas (numa perspectiva de redução de danos) e, finalmente, sobre violência social por discriminação e violência doméstica familiar e conjugal.

Pode-se dizer que o referido livreto contém informações extremamente importantes, pertinentes, com uma abordagem adequada e de fácil assimilação para o público em geral. Podemos acrescentar que seria desejável que o material fosse amplamente divulgado, distribuído e debatido por todos os profissionais da Atenção Básica, incluindo os agentes comunitários de saúde e demais funcionários das unidades básicas de saúde.

### **3.1.6 Prevenção dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes – Norma Técnica (2005; 2011; 2012)**

A publicação em destaque também faz parte da série de sete Cadernos elaborados pela área técnica de Saúde da Mulher, do Ministério da Saúde, correspondendo ao Caderno de número seis, que trata das especificidades do atendimento em saúde de mulheres e adolescentes vítimas de violência sexual.

Houve três edições da mesma publicação, sendo a primeira edição de 2005. Nessa edição, o texto ainda é pouco reflexivo em relação ao contexto social que favorece e expõe determinados grupos à violência sexual, como as mulheres, lésbicas ou não. As edições seguintes, de 2011 e 2012, foram revistas e atualizadas para a inclusão da reflexão sobre violência de gênero e seu significado sociocultural, que pretende submeter as mulheres a uma condição de inferioridade em relação aos homens. Informa, inclusive, sobre os marcos legais, nacionais e internacionais que estabeleceram pactos para erradicar a violência contra as mulheres, admitindo a importância dos movimentos feministas e de mulheres para o avanço do debate e da legislação que tenta coibir violências desse tipo, com a promulgação da Lei 11.340/2006, conhecida como Lei Maria da Penha. O trecho abaixo faz parte das atualizações da publicação nas edições de 2011 e 2012:

O Ministério da Saúde, atento a essa questão e sensível às reivindicações dos movimentos feministas e de mulheres, vem assumindo, nos últimos anos, lugar de destaque no enfrentamento à violência, de modo intra e intersetorial, com ações articuladas com a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres no âmbito do Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. Reconhece, assim,



a violência sexual como violação aos direitos humanos e como questão de saúde pública, pautando-se, para tanto, pelos acordos internacionais dos quais o Brasil é signatário – notadamente, a Conferência de Cairo (1994), a de Beijing (1995) e a Convenção de Belém do Pará (1994) – e pela legislação nacional vigente - a Constituição Federal, o Estatuto da Criança e do Adolescente, o Código Penal, a Lei Maria da Penha, entre outros (BRASIL, 2011-2012, p. 9).

Importante destacar que, embora a edição de 2005 não abordasse o tema da violência sexual contra mulheres e adolescentes numa perspectiva de desigualdade de gênero, já admitia ser essa uma situação de saúde pública, tendo em vista a frequência com que ocorria. A referida edição também já orientava os profissionais para o atendimento a “mulheres que fazem sexo com mulheres” (BRASIL, 2005, p. 19). No entanto, a abordagem do texto não nos parece a mais adequada.

Vejamos um trecho do texto:

Existem mulheres que fazem sexo com mulheres, exclusivamente ou não, e que também estão sujeitas a sofrer violência sexual. Não necessariamente a violência sexual contra mulheres que fazem sexo com mulheres é mais “violenta” do que aquela perpetrada contra mulheres heterossexuais, mas isso pode acontecer. As mulheres que fazem sexo com mulheres têm sua anatomia e fisiologia rigorosamente semelhante às mulheres estritamente heterossexuais. Portanto, os cuidados clínicos que devem ser tomados no atendimento pós-violência devem ser exatamente os mesmos para as mulheres que fazem sexo com homens. No entanto, o profissional deve estar atento para alguns pontos. (BRASIL, 2005, p. 19).

Os pontos de atenção ressaltados no trecho acima, se refere a alertar o profissional envolvido no atendimento, que mulheres que fazem sexo com mulheres não são “necessariamente masculinizadas”, e que “nem todas as mulheres de aparência mais masculina têm sexo com mulheres”. (p. 19) Nesse ponto, importa ressaltar que não se trata de medir a diferença pelo grau de violência sofrida por mulheres heterossexuais, bissexuais ou lésbicas, e sim compreender o significado da violência para a vítima da agressão, sendo de extrema importância personalizar a escuta, ainda que orientada por conceitos acadêmicos e coletivos. Necessário, também, ressaltar os argumentos estritamente normativos como estratégia de quebra ou superação de eventuais preconceitos das equipes de saúde no atendimento a lésbicas.

As edições de 2011 e 2012 trazem avanços também no que concerne à perspectiva argumentativa utilizada para superar eventuais preconceitos por parte das equipes de saúde, como se pode observar no trecho abaixo extraído do subcapítulo “Violência sexual em mulheres que fazem sexo com mulheres”, dedicado a abordar a população lésbica ou bissexual, embora tais identidades não sejam nomeadas em nenhum momento do texto:

Os cuidados clínicos no atendimento às mulheres e adolescentes homossexuais que sofreram violência sexual deve ser o mesmo dedicado àquelas que fazem sexo com homens. Os profissionais da saúde devem reconhecer que, em muitos casos, a

violência a que essas mulheres e adolescentes estão sujeitas pode ser tão ou mais cruel e grave em função do preconceito que envolve sua orientação sexual. Muitas adolescentes são vítimas de violência na própria família que usa de tais métodos para tentar ‘corrigir’ sua sexualidade.

Sabe-se que a discriminação e preconceito por orientação sexual e por identidade de gênero determinam formas de adoecimentos e sofrimentos. Assim, é importante que os profissionais de saúde estejam aptos a acolher essa população sem discriminação, lembrando que os serviços devem seguir o preceito da acessibilidade, universalidade e integralidade da Atenção, não permitindo que se coloque qualquer pessoa em situação de violência institucional. A igualdade de direitos à saúde é preconizada na Constituição Federal de 1988, o que a torna um direito social. (BRASIL, 2011-2012, p. 31)

Aqui podemos perceber a preocupação dos formuladores de políticas de saúde em desconstruir preconceitos e evitar discriminações no atendimento a mulheres lésbicas, embora o façam acionando noções heteronormativas para realização dos atendimentos a mulheres lésbicas vitimadas pela violência sexual, o que nos parece contraditório, além de mais uma vez pressupor a excepcionalidade da existência de desejos e práticas lésbicas na população feminina.

### 3.1.7 **Caderno nº 26 de Atenção Básica – Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva (2013)**

Trata-se de uma publicação elaborada pela Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, do Ministério da Saúde, e faz parte de um conjunto de publicações direcionadas para o apoio das equipes que trabalham na estratégia de Saúde da Família diretamente nos territórios. Os Cadernos de Atenção Básica começaram a ser elaborados, publicados e distribuídos desde 2000, porém sob o título Cadernos de Atenção Primária, passando a ser intitulados Cadernos de Atenção Básica no decorrer da mesma década. Em cada número da coleção um tema específico é abordado com profundidade - em geral, temas de saúde encontrados no cotidiano da população e das equipes de saúde da família. Trata-se de uma coleção dinâmica que frequentemente passava por atualizações, inclusive com a elaboração e publicação de novos temas, em novos números. Atualmente, a coleção conta com 41 cadernos, com assuntos como Saúde Bucal, Saúde do Trabalhador, Diabetes Mellitus, e muitos outros, porém o que nos interessa é o Caderno 26, justamente por abordar de maneira aprofundada os temas da Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva.

Em uma analogia bastante apropriada à discussão realizada no primeiro capítulo da presente dissertação, sobre as verdades impostas por religiões e sua notada influência na política e na ciência, este caderno é reconhecido na área de saúde da mulher quase como uma “bíblia”, tamanha a amplitude e o aprofundamento dos assuntos relacionados à saúde sexual e à saúde

reprodutiva, e sua frequente consulta. Ainda que a referida publicação goze de grande prestígio entre os profissionais de saúde, infelizmente, não se trata de material disponibilizado com facilidade para todas as unidades de saúde do nível básico, tampouco dos níveis de maior complexidade. Posso atestar isso pelo fato de só existir um exemplar da referida publicação no setor de saúde da mulher, no qual trabalho no estado do Rio de Janeiro. De sorte que só pude tê-lo para análise através de sua versão online.

Analisando o material, podemos comprovar a amplitude e profundidade no tratamento dos temas a que se propõe, a saúde sexual e a saúde reprodutiva. Porém, usando as lentes que nossa proposta de pesquisa usou, ou seja, como as políticas públicas de saúde para mulheres tratam as necessidades de saúde das mulheres lésbicas, temos algumas considerações a fazer a respeito.

Assim como em outras publicações analisadas anteriormente, a presente aborda as questões das desigualdades sociais fazendo uma incursão histórica sobre os marcos legais e políticos que permitiram avanços no campo da saúde sexual e reprodutiva, não só das mulheres adultas, mas também de adolescentes e jovens. A publicação inclui os homens como grupo alvo das políticas de saúde sexual e reprodutiva, no âmbito da Atenção Básica. A participação do movimento feminista é exaltada, e as reflexões sobre sexualidade são feitas de modo extremamente cuidadoso e inclusivo, porém somente em alguns aspectos, como veremos mais adiante.

A publicação cuida de orientar as equipes em variados aspectos, indo da relação terapêutica a medicamentos, dosagens e procedimentos médicos, considerando sempre as condições gerais de saúde de cada pessoa usuária do sistema, assim como também o cuidado com as especificidades individuais e/ou coletivas de determinado grupo da população que possam afetar a saúde sexual e reprodutiva. Ressalta, desde o início, a importância de se aplicar princípios e preceitos da Humanização, da Bioética, da Abordagem Familiar e também da Abordagem Centrada na Pessoa, esclarecendo e recomendando o uso de tais princípios na relação terapêutica. Discorre sobre desenvolvimento sexual numa perspectiva notadamente psicanalítica (referenciando Freud, Winnicott, Melanie Klein, entre outros), utilizando conceitos como fase oral, fase anal, fase fálica e a fase genital, além de alertar sobre a possibilidade da ocorrência de transferência e/ou contra-transferência na relação terapêutica.

O Ministério da Saúde, naquele momento, considerava que “a atenção em saúde reprodutiva é uma ação básica de saúde” (BRASIL, 2013, p. 57), ou seja, um assunto para ser cuidado nas unidades de atenção primária, também chamadas de unidades de atenção básica. Propõe que o conceito de “Planejamento Familiar”, formulado na criação do PAISM, em 1984,

seja reformulado, passando a ser nomeado de “Planejamento Reprodutivo”, conforme explica o trecho a seguir:

Considerando que o planejamento pode ser realizado pelo homem e pela mulher, isoladamente, mesmo quando estes não querem instituir uma família, vem sendo amplamente discutida a utilização do termo planejamento reprodutivo em substituição a planejamento familiar, havendo a defesa de que se trata de uma concepção mais abrangente. Por exemplo, o adolescente, o jovem ou o adulto, homem ou mulher, independentemente de ter ou não uma união estável ou de constituir uma família, pode fazer, individualmente ou com o(a) parceiro(a), uma escolha quanto a ter ou não ter filhos. A partir dessa nova perspectiva, neste documento optou-se por utilizar o termo planejamento reprodutivo. (BRASIL, 2013, p. 58)

A publicação reserva um capítulo inteiro para abordar a promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva na diversidade. No entanto, organiza as variadas especificidades em subcapítulos ou subitens que tratam separadamente dos grupos assim nomeados: “população de adolescentes e jovens”; “da população idosa”; “da população negra”; “da população LGBT”; “da população indígena”; “de pessoas com deficiência”; “de prostitutas e outras pessoas que exercem prostituição” e “pessoas em situação de prisão”.

No item que focaliza a saúde sexual e reprodutiva da população negra, é possível encontrarmos, entre outros, um subitem que indica pontos estratégicos que “devem incluir ações específicas que permitam que as equipes de Saúde da Família possam ampliar o acesso com qualidade da população negra ao SUS”, como os relacionados a seguir:

- Provimento diferenciado de ações de saúde nos territórios com predominância de negros e negras.
- *Preenchimento do quesito cor nos formulários dos sistemas de informação do SUS.*
- *Ampliação e fortalecimento da participação do usuário nos processos de planejamento e atividades do cotidiano das equipes, bem como o fortalecimento da participação de lideranças negras nos conselhos e instâncias do controle social.*
- *Desenvolvimento de ações e estratégias de identificação, abordagem, combate e prevenção do racismo institucional no ambiente de trabalho.*
- Realização de processos de educação em saúde, priorizando o enfoque étnico-racial, associado à implementação de ações afirmativas para alcançar a equidade em saúde e promover a igualdade racial. (BRASIL, 2013, p. 79, grifos nossos)

Com efeito, trata-se de estratégias imprescindíveis para a melhoria da informação e, conseqüentemente, da elaboração de políticas de saúde mais eficazes para população negra. Entretanto, quando o texto aborda a saúde sexual e reprodutiva da população LGBT, o faz em bloco, não se ocupando, profundamente, de cada identidade ou condição sexual, ainda que o texto se esforce em explicitar a significação de cada letra da sigla LGBT e ressalte a condição de vulnerabilidade para diferentes tipos de violências às quais estão sujeitos. O destaque fica por conta das vulnerabilidades em ISTs/HIV/AIDS e métodos de prevenção.

A publicação informa que:

A orientação sexual e a identidade de gênero são categorias reconhecidas pelo Ministério da Saúde como determinantes e condicionantes da situação de saúde, não apenas por implicarem práticas sexuais e sociais específicas, mas também por expor lésbicas, *gays*, bissexuais, travestis e transexuais a agravos decorrentes do estigma e da exclusão social. Vale a pena ressaltar que na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, Portaria nº 675/GM/2006 (BRASIL, 2006f), que explicita os direitos dos usuários com o objetivo de garantir respeito às especificidades existentes na população brasileira, como conquista do movimento LGBT, foi incluída a diversidade de orientação sexual e identidade de gênero. (BRASIL, 2013, p.81)

No subitem “Promoção dos Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos de LGBT” (BRASIL, 2013, p. 82), são ressaltadas as vulnerabilidades enfrentadas por esse grupo não só na sociedade em geral, mas também no interior da família, o que pode acarretar muito sofrimento, com consequências para a saúde mental dos sujeitos. É dado foco na prevenção de ISTs, com o uso de preservativos masculinos e femininos. Ressalta a importância de observar o uso do nome social de pessoas transexuais, além da atenção à população usuária de hormônios sem acompanhamento médico. Em relação às mulheres lésbicas, chama a atenção a indicação de ações preventivas para infecções sexualmente transmissíveis, com “orientações sobre higiene antes, durante e depois do ato sexual, como higienização das mãos e unhas (bem aparadas)” (BRASIL, 2013, p. 83), que por sinal nos chama muita atenção por não constar nas recomendações para os demais grupos, os específicos ou os gerais.

Também são elencadas indicações de estratégias de ações articuladas a serem desenvolvidas visando à ampliação do acesso da população LGBT às unidades e aos serviços do SUS. Vejamos quais:

- Ações de educação em saúde com gestores, trabalhadores de saúde, lideranças de movimentos e usuários LGBT no sentido do reconhecimento de seus direitos e mudança nas práticas de saúde.
- Inserção da temática saúde LGBT nos processos de educação permanente dos trabalhadores das equipes de Saúde da Família, do Sistema Penitenciário, em parceria com os centros de referência de combate à homofobia da Secretaria Especial de Direitos Humanos.
- Estratégias de articulação com outros grupos e organizações de promoção da equidade em saúde a fim de operacionalizar atividades intersetoriais, como fóruns, debates, semanas e outras atividades.
- Oficinas e rodas de discussão sobre a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde.
- Incentivo e apoio à participação do movimento LGBT nos conselhos de saúde em todos os níveis de gestão do SUS.
- Participação das equipes de saúde na ampliação da rede de atenção à mulheres e adolescentes em situação de violência, incluindo LGBT.
- *Acesso da população LGBT aos programas e processos de planejamento reprodutivo e de reprodução humana assistida.*
- Produção de informação e estratégias de comunicação a respeito do direito à saúde e contra a discriminação de LGBT nos serviços de saúde.
- Os horários de atendimento devem ser conciliados com as possibilidades do serviço e as necessidades e condições da população. Em geral, as pessoas que exercem a prostituição preferem o horário da tarde para atendimento e visitas domiciliares; e travestis podem querer horários exclusivos para evitar constrangimentos em sala de

espera. Porém, apesar do respeito à cultura local, deve-se estimular que a comunidade evite atitudes discriminatórias. (BRASIL, 2013, p.84, grifos nossos)

Tais ações são de extrema importância para a ampliação do acesso da população LGBT às ações e aos serviços de saúde. Nota-se, porém, a falta de pontos cruciais para melhor conhecer as necessidades dessa população, como a atenção ao preenchimento dos formulários dos sistemas de informação do SUS registrando, sempre que possível, dados sobre orientação sexual e identidade de gênero. Além de recomendar, assim como indicado para a população negra, o desenvolvimento de ações e estratégias de identificação, a abordagem, o combate e a prevenção de discriminações institucionais no ambiente de trabalho, inclusive no âmbito das unidades de saúde do SUS.

O único momento em que os Direitos Reprodutivos da população LGBT são mencionados na publicação corresponde, exatamente, ao item “acesso da população LGBT aos programas e processos de planejamento reprodutivo e de reprodução humana assistida” (BRASIL, 2013, p. 84), destacado na citação anterior. Embora a publicação dedique um capítulo para tratar do tema da Concepção e Infertilidade, o faz numa perspectiva estritamente heteronormativa e binária.

O capítulo 12 trata do tema da concepção e infertilidade, embora reconheça textualmente que:

Historicamente os serviços de saúde buscam ofertar meios e métodos de auxílio à anticoncepção. Pouco se fala na responsabilidade que os serviços também têm em ofertar auxílio à concepção.

A atenção em planejamento reprodutivo deve incluir a oferta de métodos e técnicas tanto para a anticoncepção como para a concepção, a depender das escolhas das pessoas quanto a ter ou não filhos. Tais meios e métodos devem ser cientificamente aceitos e não colocar em risco a vida e a saúde das pessoas. (BRASIL, 2013, p.246)

O que se pode notar na análise geral da publicação é que o tema da anticoncepção continua a ser o grande mote dos investimentos em saúde reprodutiva para alguns grupos da população. Isso fica ainda mais evidente quando constatamos que a publicação dedica dois capítulos, em 134 páginas, para o tema anticoncepção, e apenas um capítulo de 10 páginas, para o tema concepção e infertilidade.

Por fim, a publicação aborda o tema da violência doméstica e sexual numa perspectiva heteronormativa, ignorando que lésbicas também sofrem esse tipo de violência, já reconhecida, inclusive, pela Lei Maria da Penha no capítulo 5º, parágrafo único: “as relações pessoais enunciadas neste artigo independem de orientação sexual” (BRASIL, Câmara dos Deputados, 2017, p.10), perdendo-se, assim, uma oportunidade de transversalizar a temática, também no âmbito da saúde pública.

### 3.1.8 Relatório da Oficina “Atenção Integral à Saúde das Mulheres Lésbicas e Bissexuais” (2014)

A publicação em destaque consiste na compilação das oficinas realizadas nos dias 23, 24 e 25 de abril de 2014, em um evento promovido pelo Ministério da Saúde, em parceria com a Secretaria de Política para as Mulheres, em Brasília. Participaram da elaboração do evento e da publicação alguns setores do Ministério da Saúde, como a Secretaria de Vigilância a Saúde, com seu Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais; a Secretaria de Atenção à Saúde, com seu Departamento de Atenção Básica e sua Coordenação Geral de Saúde das Mulheres; além da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, com seu Departamento de Apoio à Gestão Estratégica e Participativa.

A realização do evento teve como objetivo principal a realização de grupos de trabalho, em formato de oficinas, para produzir os elementos necessários para a elaboração de “uma proposta de Diretrizes para a Atenção Integral à Saúde das Mulheres Lésbicas e Bissexuais”. (BRASIL, 2014, p. 65). “Participaram do encontro cerca de 50 pessoas, entre ativistas, pesquisadoras e representantes de governos estaduais, municipais e dos Ministérios promotores da atividade” (BRASIL, 2014, p. 7).

Foram organizados cinco painéis abordando variados aspectos da atenção à saúde de mulheres lésbicas e bissexuais. Cada painel trouxe uma ou duas pesquisadoras do tema, que apresentaram suas pesquisas completas ou apenas algum aspecto das pesquisas originais. Foram apresentados diversos aspectos pertinentes à saúde de mulheres lésbicas e bissexuais como direitos sexuais; percepção de profissionais e usuárias do SUS; políticas públicas para a saúde de lésbicas no Brasil; análises a partir de discursos de profissionais de saúde da família; homossexualidade feminina e invisibilidade na área de saúde; promoção da equidade e integralidade da saúde da população lésbica; mulheres bissexuais e vulnerabilidades na assistência à saúde; prevenção a IST/AIDS para mulheres que fazem sexo com mulheres; além da apresentação de uma experiência de produzir, documentalmente, Diretrizes de orientação à assistência em saúde de lésbicas, bissexuais e mulheres que fazem sexo com mulheres, elaborada em 2010 pela área Técnica de Saúde da Mulher, no município de Porto Alegre/RS.

Logo após as apresentações realizadas no início de cada painel, foram organizados dois Grupo de Trabalho que debateram todas as informações apresentadas nos painéis, somadas às suas próprias experiências enquanto mulheres lésbicas ou bissexuais, e/ou ativistas, apresentando, ao final do evento, os pontos de debates e as propostas para formulação de políticas públicas de saúde para esse segmento da população. Importante registrar que este

evento, cuja sistematização deu origem ao documento, foi o que mais se aproximou da concretização de fato de um Programa de Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais, pois tais propostas nunca foram desenvolvidas, tampouco implantadas na realidade dos serviços, nem mesmo foram incluídas no Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

É também digno de nota que, apesar da ampla presença de gestores e/ou técnicos de variadas áreas da saúde pública, de diversos estados e/ou municípios brasileiros, não há registro da presença de técnicos ou gestores da saúde pública estadual do Rio de Janeiro, nem de quaisquer dos 92 municípios do Estado.

### 3.1.9 Protocolos da Atenção Básica – Saúde das Mulheres (2016)

A publicação em destaque foi elaborada e publicada pelo Ministério da Saúde, em parceria com o Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Apesar do referido protocolo versar especialmente sobre Saúde das Mulheres, em seus créditos, não foi encontrado o registro da participação da Área Técnica de Saúde da Mulher em sua elaboração, o que nos parece no mínimo curioso.

Ainda que nossa proposta, no presente trabalho, seja analisar publicações elaboradas com a reconhecida participação da área de saúde da mulher, incluímos este protocolo em nossa análise pela especificidade do tema abordado e que também é frequentemente utilizado como orientador de profissionais e de unidades de saúde no atendimento às usuárias do SUS, nos três níveis da atenção. Trata-se de publicação altamente técnica, voltada especialmente para os aspectos fisiológicos das usuárias, com indicações bastante precisas sobre diagnósticos, procedimentos, medicações e encaminhamentos a serem feitos. Os temas abordados são os seguintes: período de gravidez, parto e puerpério, aleitamento materno, câncer de mama e do colo do útero, climatério, anticoncepção e planejamento reprodutivos, além das questões que envolvem violência doméstica/sexual/intrafamiliar contra as mulheres.

Logo no primeiro parágrafo do capítulo “Planejamento Reprodutivo”, podemos encontrar o reconhecimento da importância de se garantir os direitos reprodutivos de mulheres e casais lésbicos:

A saúde sexual significa para os indivíduos a vivência livre, agradável, prazerosa e segura, por meio de abordagens positivas da sexualidade humana e respeito mútuo nas relações sexuais, valorização da identidade e das experiências individuais, das relações interpessoais e da vida, independentemente de orientação sexual e identidades de gênero. Mulheres lésbicas e bissexuais têm direito ao planejamento da vida sexual e reprodutiva, às tecnologias reprodutivas, ao aborto legal e à assistência humanizada durante a gestação, o parto e o puerpério. (BRASIL, 2016, p. 151)



Apesar do cuidado em abordar e incluir as questões relativas aos direitos sexuais e reprodutivos da população lésbica, a publicação não inclui as especificidades de amamentação que casais de lésbicas podem exercer, como o fato da possibilidade de a amamentação ser realizada por ambas as mulheres do casal<sup>23</sup>. A publicação está repleta de fluxogramas que estabelecem quais etapas do atendimento na unidade de saúde, por quem será realizada cada etapa, deixando cargo da equipe multiprofissional<sup>24</sup> o acolhimento e abordagens referentes à especificidade da sexualidade das mulheres atendidas. Outro aspecto que merece registro refere-se à Parte 3 – Planejamento Reprodutivo, que, apesar de levar esse título, ocupa-se mais das questões sobre contracepção e métodos anticoncepcionais.

Outro aspecto que nos chama a atenção nesta publicação é o fato de que, no esquema de fluxograma 3, sob o título: “Abordagem da mulher ou do casal que planeja a gravidez – auxílio à concepção” (BRASIL, 2016, p. 157), prevalece a perspectiva de cuidado direcionado estritamente a situações de infertilidade enfrentadas por casais heterossexuais, como na frase “mulher com menos de 30 anos, mais de dois anos de vida sexual ativa, sem anticoncepção” (p. 157). O capítulo associa claramente a expressão “vida sexual ativa” a sexo heterossexual. Mais uma vez temos aqui uma publicação com proposta de superação da discriminação de mulheres lésbicas no âmbito da saúde da mulher, porém sem efetivamente promovê-la. Confirmando o padrão do “faz de conta” já encontrado nas publicações anteriormente analisadas, o que, certamente, concorre para não superação da lógica heteronormativa tão comumente praticada na área saúde da mulher. Assim, o funcionamento de dispositivos de heterossexualidade, tem como uma das funções desestimular possíveis desvios, utilizando para isso, de estratégias de apagamentos que promovem silenciamentos, e de silenciamentos que promovem apagamentos.

Por fim, consideramos que ainda que as políticas públicas sobre saúde sexual e reprodutiva tenham, desde o final do século XX, avançado em variados aspectos, os modelos e realidades de acolhimento e atendimento para mulheres lésbicas e bissexuais ainda é pauta de muita controvérsia. Como por exemplo, a questão da atenção à saúde reprodutiva de mulheres lésbica ainda é debate raro no âmbito do SUS, e sua inclusão ainda não está garantida. O Paraná foi o primeiro Estado a oferecer o serviço de Reprodução Assistida pelo SUS, como nos informa

---

<sup>23</sup> Para melhor conhecer sobre o assunto, ver a tese de doutorado de Paula Galdino Cardin de Carvalho, “Homoparentalidade Feminina: nuances da assistência à saúde durante concepção, gravidez, parto e pós-parto” – 2018 – USP.

<sup>24</sup> Termo utilizado na publicação, como forma de indicar que determinada ação deverá ser executada por profissionais de diversas áreas (Serviço Social, Psicologia, etc), e não por médicos ou enfermeiros, que são referenciados como tal no que esteja sob a responsabilidade dos mesmos.

uma reportagem de junho de 2018<sup>25</sup>, no entanto, não mencionada a inclusão de mulheres lésbicas como público alvo desse serviço. Atualmente, no Brasil, existe 11 instituições vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) com programas de reprodução humana assistida, e ainda que algumas incluam atendimento a mulheres lésbicas, seu público preferencial parece ser o de casais heterossexuais com problemas de infertilidade, como nos informa reportagem de julho de 2018, da Globo News<sup>26</sup>. Além disso, a disponibilidade do programa ainda é restrita a alguns estados da federação, ocasionando grandes filas de espera, e em muitos casos, gastos extras em viagens para a realização do processo.

Fazemos aqui um parêntese para ressaltar de que maneira a presença de uma profissional e pesquisadora lésbica pode afetar essa lógica, e promover mudança de cultura dentro do SUS. Me refiro ao evento intitulado “Mulheres no Plural – visibilidade das mulheres lésbicas na Saúde Pública” (ANEXO II), que tive a honra e o prazer de organizar e promover dentro do prédio central do Ministério da Saúde, no qual também está alocada a administração central da Secretaria de Estado do Rio de Janeiro, Centro do Rio, em comemoração ao Dia da Visibilidade Lésbica, em agosto do ano passado. Contando com o total apoio da Coordenação do Programa de Saúde da Mulher, além do apoio e presença da Superintendente de Atenção Básica. O evento contou com diversos colaboradores, dentre eles membras do movimento social de lésbicas, membros do Comitê de Saúde LGBTI da SES-RJ e profissionais de saúde da área da psicologia, do serviço social e da medicina, de outras instituições ligadas à saúde pública.

Nesse sentido, consideramos importante relembrar os três princípios<sup>27</sup> fundamentais do SUS - a universalidade, a integralidade e a equidade, que fundamentam as diretrizes contidas no texto da Lei Orgânica da Saúde 8080/90. A nosso ver, a noção de Equidade da atenção à saúde de todas/os as/os brasileiras/os, se destaca como de especial importância, pois diz respeito a como e onde investir recursos financeiros que atenda às necessidades de saúde da população, e colaborem para a diminuição das desigualdades, considerando os vários marcadores sociais, como classe, raça, idade, gênero, sexualidade, além de outros. Portanto, é de grande importância que os estudos que tangenciem a área da saúde possam também ajudar a conhecer as peculiaridades da diversidade da população, e da própria rede de saúde.

Neste capítulo, discutimos o texto dos vários documentos produzidos pelo Ministério da Saúde com objetivo de traçar diretrizes de atendimento para a diversidade da população de

---

<sup>25</sup> Disponível em: <http://g1.globo.com/pr/parana/videos/t/todos-os-videos/v/reproducao-assistida-sera-oferecida-elo-sus/6803562/>

<sup>26</sup> Disponível em: <http://g1.globo.com/globo-news/jornal-globo-news/videos/v/reproducao-assistida-hospitais-oferecem-inseminacao-artificial-pelo-sus/6897570/>

<sup>27</sup> Disponível em: <https://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus>

mulheres, em especial ao diz respeito às mulheres lésbicas, e como tais diretrizes favorecem ou não a inclusão dessa população nos diferentes eixos de ação do Programa de Saúde da Mulher.

Para Vallés (2002), é possível que políticas públicas bem elaboradas não alcancem os resultados previstos, por falta de recursos financeiros, ou mesmo de boa coordenação na fase de execução. Entretanto, Vallés (2002) aponta outro importante problema das políticas públicas, que se refere ao fato de, via de regra, não serem submetidas a uma avaliação sistemática e bem documentada. Assim sendo, esperamos que a presente análise possa colaborar nessa direção.

Chamamos atenção sobre um aspecto importante a ser considerado por formuladores de políticas de saúde e, também por estudiosos sobre o tema, que diz respeito aos entraves que se apresentam quando aspectos fluídos da sexualidade feminina não são considerados, promovendo o engessamento do olhar de profissionais de saúde, assim como também o silenciamento das mulheres atendidas no sistema de saúde, o que dificulta inclusive que se conheça melhor a realidade sobre a sexualidade e necessidades de saúde das mulheres atendidas pelo SUS. O que configura um obstáculo para o alcance do objetivo de universalização da oferta de atendimento em saúde pública. Nossa pesquisa aponta justamente para os entraves e limitações que categorizações rígidas, especialmente no que diz respeito a identidades sexuais, podem estabelecer na área de saúde. Dificultando, ou até impedindo que qualquer ação de saúde para mulheres lésbicas e bissexuais seja desenvolvida e estruturada.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS E ABERTURAS

No decorrer da presente dissertação, buscamos demonstrar através do diálogo com pesquisas, artigos, teorias e autores/as, de que maneira se foi construindo uma ideia de sexualidade fixa e amalgamada a aspectos biológicos, o que consubstanciou, ao longo de séculos, a lógica da existência de determinada coerência entre os aspectos de gênero, orientação sexual, comportamentos, práticas, em especial para as mulheres. A repetida utilização de uma fórmula binária para se pensar e representar sexo, gênero, orientação sexual, práticas e comportamentos, alimentou uma perspectiva de complementariedade entre mulheres e homens, e propiciou entre outros efeitos, a universalização de uma determinada noção de mulher que invisibilizou a diversidade sexual dentro desse grupo, promovendo o silenciamento e o apagamento daquelas que se desviassem de padrões heteronormativos.

No primeiro capítulo, a ideia de uma sexualidade histórica e socialmente construída se destaca. Assim como "sexo" e "gênero", a "sexualidade", ou o exercício dela, é tratada no discurso médico, e também no senso comum, com preceitos que as vinculam a condutas coerentes e inerente à natureza, porém passíveis de vigilância moral, pois há o risco de desvios. E para que tais desvios não ocorram, ou não sejam legitimados pela sociedade, o discurso médico entra em cena num momento em que o discurso religioso já não dava conta e não mais atendia aos interesses de uma sociedade que valoriza cada vez mais o discurso "científico", que serve muito melhor às pretensões e orientações de uma economia capitalista em ascensão. O interesse político no controle dos corpos individuais e do corpo social, constrói jogos de verdade que aciona o medo como uma das estratégias de fiscalização, pois associa a ideia de doença e perigo a determinadas práticas e comportamentos sexuais.

A família, a escola, as instituições jurídicas e, especialmente as de saúde contribuíram para determinar e estipular no senso comum, o que seria uma sexualidade "normal". Ligando a heterossexualidade reprodutiva à ideia de "natural", "moral" e "saudável", pois ao reproduzir a espécie, reproduziria também a vida social. Tal pensamento considera que o normal e melhor exemplo de mulher é aquele que parece, sente e age de acordo com códigos sociais de existência heterossexual (ROHDEN, 2001, 2008; CITELI, 2001; FERNANDES, 2009; PEREIRA, 2019; FOUCAULT, 2018, 1990, 1985; BUTLER, 2003). Nesse sentido, sexo, gênero e orientação sexual seriam dimensões da vida, aprendidos socialmente, e, portanto, permeados por relações de poder em constante disputa.

Aprofundamos a ideia de sexo e sexualidade como um dos vários marcadores sociais modernos que servem como bases para transformar diferenças em desigualdades, gerando

preconceito, discriminação, violência e segregação. Como vimos, sexo e sexualidade, são marcadores que acionam dispositivos de heterossexualidade, especialmente na área de saúde da mulher, que promovem o apagamento e silenciamento da diversidade sexual das mulheres, em especial de mulheres lésbicas e bissexuais.

Através de conceitos como “dispositivo de heterossexualidade” (numa lógica Foucaultiana), de “matriz heterossexual” e “heterossexualidade institucional” - ambos cunhados por Butler (2003), e de “heterossexualidade compulsória”, de Rich (2010), foi possível, ao menos em parte, desvelar os mecanismos e estratégias utilizadas pela sociedade heteronormativa para manter sua hegemonia, como o apagamento e o silenciamento sobre da existência de mulheres com práticas ou desejos lésbicos. Estratégias ainda em funcionamento na elaboração de políticas públicas, e na prática cotidiana de instituições de saúde, notadamente aquelas voltadas para atendimento de mulheres.

A heteronormatividade ainda está em voga, e se manifesta cotidianamente em diversas situações e instituições sociais, especialmente na área de saúde para mulheres. O que chamamos de “dispositivo de heterossexualidade” impõe a necessidade de coerência entre sexo, gênero, comportamentos, desejos e práticas sexuais, e é transmitida de diversas formas, algumas vezes por mensagens subliminares que segregam, silenciam e apagam, outras, através de violência e discriminação explícitas, negando voz e respeito às mulheres identificadas como lésbicas, bissexuais, e até mesmo àquelas, que auto-identificadas como heterossexuais, experienciaram ou desejam experimentar práticas sexuais com outras mulheres.

Assim, o sistema heteronormativo funciona não só como tentativa de fixar a ideia de uma diferença sexual radical entre homens e mulheres, sempre colocada em termos binários, como também para estabilizar tais diferenças, garantindo, inclusive, que identidades de gênero, comportamentos, práticas ou orientações sexuais dissidentes da norma, sejam alvo de segregação, nos mais diversos planos, seja ele familiar, social, institucional, econômico ou político. Desse modo, o dispositivo de heterossexualidade adquire uma dimensão política e preventiva, já que desestimula que experiências sexuais e afetivas dissidentes da norma sejam expressas, ditas e vividas em plenitude social, submetendo parte das mulheres a vivenciar suas sexualidades e afetos de maneira clandestina e marginal.

No segundo capítulo, partimos da pesquisa nacional e internacional sobre o tema saúde das mulheres lésbicas, realizada pela Rede Feminista de Saúde, sob o título Dossiê sobre Saúde das Mulheres Lésbicas, publicada em 2006, para logo depois percorrer os artigos sobre o mesmo assunto, porém em âmbito nacional, publicados entre os anos de 2006 e 2018. Com isso, pudemos atualizar a temática, conhecendo não só o quantitativo de artigos acadêmicos

publicados sobre o tema no período, como também, sobre quais especificidades de saúde dessa população têm ganhado destaque nas pesquisas sobre saúde de mulheres lésbicas no Brasil.

Tais pesquisas nos trouxeram uma grande gama de informações, que buscaram responder, entre outras questões, quais seriam as especificidades de saúde dessa população. Respostas como percepção de vulnerabilidade aumentada para câncer de mama e ginecológico, para infecções sexualmente transmissíveis, para o uso de drogas lícitas e ilícitas, para a depressão, para a ansiedade, para violências auto infringidas ou provocadas, são recorrentes, porém sem uma base estatística robusta e confiável que respalde tais afirmações, já que não há, até o momento, nem mesmo no âmbito da saúde pública, mecanismos capazes de extrair dados estatísticos sobre identidade de gênero e orientação sexual de usuárias/os SUS. Os sistemas de informação do SUS, até o momento, geram apenas dados estatísticos e epidemiológicos sobre as categorias homem e mulher; criança, adolescente e idoso, referenciadas pelas regiões em que habitam. O que certamente concorre por manter a hegemonia de uma perspectiva binária e heterossexual sobre a população usuária do SUS.

Contudo, as pesquisas aqui analisadas também apontaram, recorrentemente, para a importância e gravidade da permanência de um funcionamento heteronormativo das instituições de saúde pública, especialmente, àqueles serviços direcionados às mulheres. As pesquisas sinalizam a permanência de uma lógica heteronormativa, que se revela através da prática de profissionais no contexto dos serviços de saúde, como atendimentos permeados por olhares que discriminam mulheres lésbicas e bissexuais, e que provavelmente promove seu silenciamento. As pesquisas também apontaram o funcionamento heteronormativo do setor de saúde, como o responsável por submeter mulheres lésbicas e bissexuais a variados momentos de constrangimento, o que dê certo aumenta o sofrimento psíquico dessa população. A heteronormatividade do sistema de saúde, segundo as pesquisas aqui analisadas, provavelmente colabora para pouca procura dessa população a cuidados de saúde, especialmente na área de saúde da mulher.

Como já ressaltado, oito dos dez artigos analisados, apontaram a heteronormatividade do sistema de saúde e de seus profissionais, como um importante entrave a ser superado na saúde pública, afim de torná-la mais inclusiva e saudável, também para população lésbica e bissexual. O alegado desconhecimento das especificidades dessa população não pode servir como justificativa para continuação da oferta de serviços de saúde pautados por premissas de uma pretensa hegemonia de heterossexualidade das mulheres usuárias do SUS. Assim como também, a estratégia de buscar por vulnerabilidades dessa população que as associe à doença, risco e perigo, não garante a inclusão de lésbicas no sistema de atenção à saúde. Tal estratégia

não nos parece a melhor, nem tampouco a única a ser utilizada frente à lógica heteronormativa do sistema de saúde, em especial àquelas que guiam políticas, gestores, serviços e equipes responsáveis pela atenção à saúde de mulheres.

O não reconhecimento da possibilidade de práticas e desejos lésbicos existir na população de mulheres, em geral, provavelmente promove o silenciamento sobre o tema. E o silenciamento mantém a sexualidade feminina subscrita e limitada a certas premissas e paradigmas. Assim, artigos e pesquisas relativas às novas tecnologias de Reprodução Assistida, com as duas apresentadas aqui, indicam possibilidades ampliadas para quebra do paradigma heteronormativo do programa de saúde da mulher, já que também interroga diretamente as instituições de saúde e o poder médico, especialmente no que se refere à saúde reprodutiva.

No terceiro capítulo, buscamos esmiuçar os textos orientadores das políticas de saúde para as mulheres, no período entre os anos de 1984 (criação de um programa específico para mulheres) até o ano de 2016, que marca não só uma mudança na presidência da república, como também na direção das políticas de saúde promovidas pelo Ministério da Saúde. Nossa análise se deteve nos textos formuladores de diretrizes que orientam não só os setores que cuidam do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher nos níveis federal, estaduais e municipais, como também orientam os atendimentos realizados cotidianamente nos serviços e nas unidades, pelos profissionais de saúde. Nesse sentido, pudemos sinalizar o quanto os textos deixam escapar nas entrelinhas, sua disposição de manutenção da lógica heteronormativa e binária, como que justificada pela preservação de interesses de uma população de mulheres, pressuposta como majoritariamente heterossexual.

Para a população de mulheres lésbicas houve alguns avanços refletidos nos textos produzidos, no período analisado, pelo Ministério da Saúde, a título de Diretrizes para orientação de profissionais e unidades de saúde, no entanto, tais avanços permaneceram no nível teórico, como ressaltamos em nossa análise, muitas publicações que mencionam a inclusão de mulheres lésbicas, carecem não só de linguagem mais cuidadosa, como também de uma formulação mais consistente, que permita um desdobramento prático dos preceitos e premissas elencadas em seus textos.

Destacamos o frequente desaparecimento da população lésbica e bissexual no decorrer dos próprios textos que pretendem construir uma política de saúde para mulheres, que as inclua. O notado apagamento de referências a respeito de mulheres lésbicas e bissexuais, promove a manutenção de estratégias de silenciamentos sobre a existência dessa população. Mantendo a invisibilidade de sexualidades femininas dissidentes da norma heterossexual. Tudo isso favorece que o tema saúde de mulheres lésbicas permaneça de fora do debate no nível da gestão

dos programas, da qualificação de profissionais, e mesmo das ações de saúde que as contemplem em seus desejos e modos de vida.

Nossa análise concluí que há um trabalho anterior a ser realizado, o trabalho de reconhecimento e desconstrução das estratégias do dispositivo de heterossexualidade, localizadas não só na prática de profissionais e serviços de saúde que promovem o silenciamento da diversidade sexual das mulheres, como também na formulação de diretrizes para o Programa de Saúde da Mulher, que sutilmente apaga ao longo de seus textos essa diversidade. Deixando grandes lacunas nos trechos em que deveriam indicar ou estabelecer ações concretas capazes de modificar a realidade dos serviços de saúde para as mulheres.

É preciso não esquecer que o período pesquisado corresponde aos anos de maior avanço em relação a várias políticas do setor de saúde, especialmente para a população LGBTI em geral. No entanto, apenas algumas especificidades desse grupo obtiveram avanços consistentes, como por exemplo a população transexual, que no período alcançou o reconhecimento e respeito à sua identidade de gênero nos serviços de saúde, e foram criados no âmbito do SUS, serviços especializados em terapia transexualizadora, contando com equipe multi/inter profissional especializada.

Permanece ainda dificuldades no atendimento nos demais programas de saúde, como na atenção em saúde de mulheres e homens transexuais, em suas necessidades ginecológicas, além de outras. Tais especificidades são ainda pouco referenciadas por pesquisas acadêmicas, o que poderia ajudar a traçar caminhos de inclusão dessa parte da população, especialmente no Programa de Saúde da Mulher, reconhecendo que existe importantes interseções entre mulheres cisgêneras e transexuais, sejam elas heterossexuais, bissexuais ou lésbicas.

Entendemos que a diversidade de identidades de gênero, associada à diversidade de orientações sexuais, fortalece a quebra dos paradigmas biológicos e sociais do “ser mulher”, pois interroga diretamente à medicina e o próprio Programa de Saúde da Mulher. Acreditamos que estudos que abordem as necessidades de saúde de mulheres e homens transexuais, enriquece o debate e favorece a inclusão desses grupos nas políticas públicas de saúde. É desejável avançarmos em análises que possam interseccionar a diversidade sexual, gênero, raça, etnia, geração e classe, na área de saúde pública. Pesquisas que colaborem para o aperfeiçoamento de um Sistema Único de Saúde realmente universal, integral e equânime.

Para finalizar, tomamos como referência reflexões de Djamila Ribeiro (2017) sobre o conceito de lugar-de-fala, sobre a necessidade de deslocarmos o pensamento hegemônico através da ressignificação das identidades, sejam elas de raça, gênero, classe e orientação sexual, para que se possa construir novos lugares de fala, que possibilite dar voz e visibilidade



a uma gama de identidades, que por muito tempo foram consideradas implícitas dentro de categorias hegemônicas. Assim, para nós, é de fundamental importância questionarmos a noção da existência de uma mulher universal, produzida e cultuada numa sociedade cisheteronormativa eurocentrada. Ressaltamos a importância de oportunizar as falas da diversidade vivida, que traz para o campo acadêmico e político, discursos diferenciados, enriquecidos pela realidade do lugar de onde se fala.

Como na fala de Aibileen Clark, personagem do filme “Histórias Cruzadas”, que dá início à presente dissertação: a pergunta que nunca se faz, pode ter como objetivo o silenciamento de identidades e vivências, mas de modo algum será capaz de deter imanências e agências que valorize a existência lésbica, com seus afetos, potências e modos de vida.

## REFERÊNCIAS

AGAMBEN, Giorgio. O que é um dispositivo. In: **O que é o contemporâneo?** E outros ensaios. Trad. Vinícius Nicastro Honesko. Chapecó: Argos, 2009. p. 27-51.

ALMEIDA, G. Argumentos em torno da possibilidade de infecção por DST e Aids entre mulheres que se autodefinem como lésbicas. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 301-331, 2009.

AZEVEDO, Sérgio, Políticas Públicas: discutindo modelos e alguns problemas de implementação. In: SANTOS JUNIOR, Orlando Alves dos et al. (org.). **Políticas Públicas e Gestão Local: Programa Interdisciplinar de Capacitação de Conselhos Municipais**. Rio de Janeiro: Fase, 2003.

BARBOSA, R. M.; KOYAMA, M. A. H. Mulheres que fazem sexo com mulheres: algumas estimativas para o Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, p.1511-1514, 2006.

BARBOSA, R.M.; FACCHINI, R. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25 Sup 2, p. S291-S300, 2009.

BRASIL. [Lei Maria da Penha (2006)]. **Lei Maria da Penha [recurso eletrônico]: Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006**, que dispõe sobre mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. 5. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2017. (Série legislação; n. 162)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. 1. ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, nº 26)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática I** Ministério da Saúde. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984. 27 p. (Série B: Textos Básicos de Saúde, 6).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais. **Relatório da Oficina Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais, realizada em Brasília**, de 23 a 25 de abril de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Chegou a Hora de Cuidar da Saúde: um livreto especial para lésbicas e mulheres bissexuais.** Brasília, Distrito Federal, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004/2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Caderno nº 2).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Prevenção e Tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. **Norma técnica.** 3. ed. atual. e ampl., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Caderno nº 6).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.** Brasília: 1. ed., 1. reimp. Ministério da Saúde, 2013.

BUTLER, Judith. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade.** Tradução de Renato Aguiar. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CABRAL, L. da S.; TORRES, R. A. M.; SILVA, L. M. S. da; RODRIGUES, A. R. M.; VIANA, A.B.; ALMEIDA, P. C. de. **Homossexualidades Femininas no Contexto dos Sistemas de Informação de Saúde, Revista de Enfermagem, UFPE on line.** Recife, v. 11, Supl. 4, p.1699-707, 2017.

CARVALHO, C. S.; CALDERARO, F.; JOBIM e SOUZA, S. **O Dispositivo: “Saúde de Mulheres Lésbicas”: (in) visibilidade e direitos. Psicologia Política.** v. 13, n. 26, p. 111-127. jan./abr. 2013

CITELI, M. T. **Fazendo diferenças: teorias sobre gênero, corpo e comportamento. Revista Estudos Feministas,** 2001.

CONSELHO NACIONAL DE COMBATE À DISCRIMINAÇÃO. **Brasil Sem Homofobia: Programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

DANTAS, B. R. C.; LUCENA, K. D. T.de; LAYZA de S. C. Deininge, L. de S. C.; ANDRADE, C. G. de; MONTEIRO, A. C. C. **Violência de Gênero nas Relações Lésbicas. Revista de Enfermagem UFPE on line,** Recife, v. 10, n. 11, p. 3989-95, 2016.

DÍAZ-BENÍTEZ; MATTOS. **Interseccionalidade: zonas de problematização e questões metodológicas.** In: SIQUEIRA, Isabel Rocha de et al. (Org.). **Metodologia e relações internacionais: debates contemporâneos.** Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio, 2019. V. II.

RIBEIRO, Djamila. **O que é lugar de fala?.** Belo Horizonte: Letramento. 2017.

DINIZ, D. **Objecção de Consciência e aborto: direitos e deveres dos médicos na saúde pública**, *Revista Saúde Pública*, p.982, 2011.

FACCHINI, R.; BARBOSA, R. **Dossiê: Saúde das Mulheres Lésbicas promoção da equidade e da integralidade**. Belo Horizonte: Rede Feminista de Saúde, 2006.

FARIAS, G. M.; LIMA, V. L. de A.; SILVA, A. F. da; CHAVES, A. C.S. de V.; GOMES, V. R.; SILVA, A. V. da; PAIXÃO, V. A. P. **Os Cuidados do Enfermeiro às Lésbicas** *Revista de Enfermagem UFPE on line*, Recife, v. 12, n. 10, p. 2825-35, 2018.

FERRARI, Anderson; MARQUES, Luciana P., **Silêncios e Educação**, 2011.

FREITAS, G. L.; VASCONCELOS, C. T. M.; MOURA, E. R. F.; PINHEIRO, A. K. B. **Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde**. *Rev. Eletr. Enf.*, v. 11, n. 2, p. 424-8, 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a26.htm>.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade: a vontade de saber**. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. 7. ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra, 2018.

FOUCAULT, M. **“Genealogia e Poder”**. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade: o cuidado de si**. Rio de Janeiro: Graal, 1985. v. 3.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade: o uso dos prazeres**. 6. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1990. v. 2.

LAQUEUR, T. **Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

LORDE, Audre. **Uses of the Erotic: the Erotic as Power**. In: LORDE, Audre. **Sister Outsider**. Tmmansburg: Crossing Press, 1984.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; BAPTISTA, T. W. F. **Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal**. *Caderno de Saúde Pública*, v. 33, Sup. 2, p. e00129616, 2017

MACHIN, R.; COUTO, M. T. **Fazendo a escolha certa: tecnologias reprodutivas, práticas lésbicas e uso de bancos de sêmen**. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1255-1274, 2014.

MENDES, Rosilda; FERNANDEZ, Juan C.A.; SACARDO, Daniele P., **Promoção da saúde e participação: abordagens e indagações**. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 190-203, Jan-Mar 2016

MISKOLCI, Richard (2009). **A teoria queer e a sociologia: o desafio de uma analítica da normalização**. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 11, n. 21, p. 150-182, jan./jun. 2009 (<http://www.scielo.br/pdf/soc/n21/08.pdf>) (PDF). *Sociologias*. Acesso em 09 abr. 2019.

NUNES, Everardo D. **História da Saúde Pública no Brasil**, 2000.

PAIM, J. S. **Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018.

PEREIRA, Melissa O. **Mulheres e Reforma Psiquiátrica Brasileira: experiências e agir político**. 2019. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2019

PISCITELLI, Adriana. **Feminismos e prostituição no Brasil: uma leitura a partir da antropologia feminista**. *Cadernos de Antropologia Social*, n.36, 2012.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS. **Marcos da saúde das mulheres, dos direitos sexuais e direitos reprodutivos – Ferramentas para ação política das mulheres**. Porto Alegre, dez. 2008, p.6.

RICH, Adrienne. (2010) Tradução a partir do original: RICH, Adrienne. **Compulsory Heterosexuality and Lesbian Existence**. In: GELP, Barbara C.; GELP, Albert (ed.). **Adrienne Rich's Poetry and Prose**. New York/London: W.W. Norton & Company, 1993.

ROHDEN, Fabíola. **Uma Ciência da Diferença: sexo e gênero na medicina da mulher**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001. 224p. (Coleção Antropologia & Saúde)

ROHDEN, Fabíola. **O império dos hormônios e a construção da diferença entre os sexos**. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.15, supl., p.133-152, jun. 2008.

SILVA, Priscila. **Dispositivo: um conceito, uma estratégia. Profanações**. Ano 1, n. 2, p. 144-158, jul./dez. 2014.

TEIXEIRA, Rylanneive L. P.; AFONSO, Mariana L.; SILVA, Paola K. F. M. da. **Gênero e Família no Cenário Brasileiro: uma revisão teórica sobre casamento civil, conjugalidade e parentalidade entre pessoas do mesmo sexo**. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO, 11., 2017, Florianópolis. **Anais Eletrônicos...** Florianópolis, 2017.


VALLÉS, J. **Ciencia Política: una introducción**. Barcelona: ed. Ariel, 2002.

VALADÃO, R. de C.; GOMES, R. **A homossexualidade feminina no campo da saúde: da invisibilidade à violência**. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1451-1467, 2011.

VEYNE, Paul. **Foucault: seu pensamento, sua pessoa**. Tradução de Marcelo Jacques de Moraes. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.

VITULE, C.; MACHIN, R.; COUTO, M. T. **Práticas reprodutivas lésbicas: reflexões sobre genética e saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 12, p. 4031-4040, 2017.

ANEXO A - Ficha de Registro do eSUS (frente e verso)

		CADASTRO INDIVIDUAL		CONFERIDO POR	FOLHA Nº
CNS DO PROFISSIONAL*		CBO*		CNES*	
				INE*	
				DATA*	
<b>IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO</b>					
CNS DO CIDADÃO		CIDADÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR?		CNS DO RESPONSÁVEL FAMILIAR	
		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não			
MICROÁREA* <input type="checkbox"/> FA					
NOME COMPLETO* _____					
NOME SOCIAL _____				DATA DE NASCIMENTO* / /	
SEXO* <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F		RAÇA/COR* <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Indígena		Etnia** _____	
Nº NIS (PIS/PASEP) _____					
NOME COMPLETO DA MÃE* _____					
<input type="checkbox"/> Desconhecido					
NOME COMPLETO DO PAI* _____					
<input type="checkbox"/> Desconhecido					
NACIONALIDADE* <input type="radio"/> Brasileira <input type="radio"/> Naturalizado <input type="radio"/> Estrangeiro		PAÍS DE NASCIMENTO**		DATA DE NATURALIZAÇÃO** / /	
PORTARIA DE NATURALIZAÇÃO**		MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO**			
DATA DE ENTRADA NO BRASIL** / /		TELEFONE CELULAR ( )		E-MAIL	
<b>INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS</b>					
RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O RESPONSÁVEL FAMILIAR				OCUPAÇÃO	
<input type="radio"/> Cônjuge/Companheira <input type="radio"/> Filha(o) <input type="radio"/> Enteadado(a) <input type="radio"/> Neto(a)/Bisneto(a)				_____	
<input type="radio"/> Filho(a) <input type="radio"/> Genro/Nora <input type="radio"/> Outro parente <input type="radio"/> Não parente					
FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não					
QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU?				SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO	
<input type="radio"/> Creche		<input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 8ª)		<input type="radio"/> Empregador	
<input type="radio"/> Pré-escola (exceto CA)		<input type="radio"/> Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico etc.)		<input type="radio"/> Assalariado com carteira de trabalho	
<input type="radio"/> Classe de Alfabetização - CA		<input type="radio"/> Ensino Médio Especial		<input type="radio"/> Assalariado sem carteira de trabalho	
<input type="radio"/> Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries		<input type="radio"/> Ensino Médio EJA (Supletivo)		<input type="radio"/> Autônomo com previdência social	
<input type="radio"/> Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries		<input type="radio"/> Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado		<input type="radio"/> Autônomo sem previdência social	
<input type="radio"/> Ensino Fundamental Completo		<input type="radio"/> Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado		<input type="radio"/> Aposentado/Pensionista	
<input type="radio"/> Ensino Fundamental Especial		<input type="radio"/> Alfabetização para Adultos (Móvel etc.)		<input type="radio"/> Desempregado	
<input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1ª a 4ª)		<input type="radio"/> Nenhum		<input type="radio"/> Não trabalha	
				<input type="radio"/> Servidor público/militar	
				<input type="radio"/> Outro	
CRIANÇAS DE 0 A 9 ANOS, COM QUEM FICA? <input type="checkbox"/> Adulto Responsável <input type="checkbox"/> Outra(s) Crianças <input type="checkbox"/> Adolescente <input type="checkbox"/> Sozinha <input type="checkbox"/> Creche <input type="checkbox"/> Outro					
FREQUENTA CUIDADOR TRADICIONAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		POSSUI PLANO DE SAÚDE PRIVADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, QUAL?					
DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		DESEJA INFORMAR IDENTIDADE DE GÊNERO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
SE SIM, QUAL?		SE SIM, QUAL?		SE SIM, QUAL(S)?	
<input type="radio"/> Heterossexual <input type="radio"/> Bissexual <input type="radio"/> Outra		<input type="radio"/> Homem transexual <input type="radio"/> Travesti		<input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Intelectual/Cognitiva <input type="checkbox"/> Outra	
<input type="radio"/> Homossexual (gay / lésbica)		<input type="radio"/> Mulher transexual <input type="radio"/> Outro		<input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Física	
SAÍDA DO CIDADÃO DO CADASTRO					
<input type="radio"/> Mudança de território <input type="radio"/> Óbito		SE ÓBITO, INDIQUE:			
		Data do óbito** / /		Número da D.O. _____	
<b>TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL DA ATENÇÃO BÁSICA</b>					
Eu, _____ portador(a) do RG nº _____ gozando de plena consciência dos meus atos, recuso este Cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento a minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará o não atendimento na unidade de saúde.					
Assinatura _____					



## QUESTIONÁRIO AUTORREFERIDO DE CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE

CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS		SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA?
ESTA GESTANTE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
SORRI SEU PESO, VOCE SE CONSIDERA? <input type="radio"/> Abaixo do Peso <input type="radio"/> Peso Adequado <input type="radio"/> Acima do Peso		TEM DOENÇA RESPIRATORIA/NO PULMÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
ESTA FUMANTE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		SE SIM, INDIQUE QUAL(ES) ** <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> DPOC/Enfisema <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Não Sabe
FAZ USO DE ALCOOL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		ESTÁ COM HANSEIASE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
FAZ USO DE OUTRAS DROGAS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		ESTÁ COM TUBERCULOSE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		TEM OU TEVE CÂNCER? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEM DIABETES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		TEVE ALGUMA INTERNAÇÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEVE AVC/DERRAME? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		SE SIM, POR QUAL CAUSA? _____
TEVE INFARTO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		TEVE DIAGNÓSTICO DE ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL POR PROFISSIONAL DE SAÚDE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEM DOENÇA CARDÍACA/DO CORAÇÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		ESTA ACAMADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
SE SIM, INDIQUE QUAL(ES) ** <input type="checkbox"/> Insuficiência Cardíaca <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Não Sabe		ESTA DOMICILIADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		USA PLANTAS MEDICINAIS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
SE SIM, INDIQUE QUAL(ES) ** <input type="checkbox"/> Insuficiência Renal <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Não Sabe		SE SIM, INDIQUE QUAL(ES) _____
OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE		USA OUTRAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
1 - QUAL? _____		2 - QUAL? _____
		3 - QUAL? _____

CIDADÃO EM SITUAÇÃO DE RUA	
ESTA EM SITUAÇÃO DE RUA* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA? <input type="radio"/> < 6 meses <input type="radio"/> 6 a 12 meses <input type="radio"/> 1 a 5 anos <input type="radio"/> > 5 anos	
RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
QUANTAS VEZES SE ALIMENTA AO DIA? <input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 ou 3 vezes <input type="radio"/> mais de 3 vezes	
QUAL A ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO? <input type="checkbox"/> Restaurante Popular <input type="checkbox"/> Doação Restaurante <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> Doação Grupo Religioso <input type="checkbox"/> Doação de Popular	
E ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
SE SIM, INDIQUE QUAL(ES) _____	
VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
SE SIM, QUAL É O GRAU DE PARENTESCO? _____	
TEM ACESSO A HIGIENE PESSOAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
SE SIM, INDIQUE QUAL(ES) ** <input type="checkbox"/> Banho <input type="checkbox"/> Acesso ao Sanitário <input type="checkbox"/> Higiene Bucal <input type="checkbox"/> Outros	

Legenda:  Opção múltipla de escolha  Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)

Microárea: usar 01 a 99 para o número da microárea.

FA: Fora de Área

\*Campo obrigatório

\*\*Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior

## ANEXO B - Folder da Programação do Evento de 28/08/2019



# Mulheres no Plural

## Visibilidade das mulheres lésbicas na Saúde Pública

### Programação

#### 9h30 - 10h | Boas vindas

*André Feijó Barroso* (Coordenador do GT Saúde LGBTIs SES-RJ)  
*M. Cristina D'Almeida Marques* (Técnica Psicóloga do Programa Saúde da Mulher SES-RJ)  
*Leila Adesse* (Coordenadora do Programa Saúde da Mulher/SES-RJ)  
*Thaís Severino* (Superintendente de Atenção Primária à Saúde)

#### 10h

**"História do Movimento Lésbico e sua influência nas Políticas Públicas de Saúde"**  
*Yane Lindgren* - Coordenação Geral do Movimento D-ELLAS; Coordenação Política Nacional da ABL (Articulação Brasileira de Lésbicas)

**"A Invisibilidade das Mulheres Lésbicas nos Serviços de Saúde para Mulheres"**  
*Renata Carneiro Vieira* - Médica de Família e Comunidade, Coordenadora do GT Gênero, Sexualidade, Diversidade e Direitos da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.

**"Os Efeitos da Violência Lesbofóbica na Saúde das Mulheres Lésbicas"**  
*Suane Felipe* - Co-autora do Dossiê sobre o lesbocídio no Brasil.

#### 10h45 - 11h | Perguntas/debate

#### 11h15

**"Histórico da Saúde Reprodutiva no Brasil"**  
*Ana Roberta Pires* - Psicóloga, Terapeuta de Família, e Técnica do Programa de Saúde da Mulher da SES/RJ.

**"Maternidades Lésbicas no Brasil atual"**  
*Renata Ferreira de Azeredo* - Psicóloga, Mestra em Saúde Coletiva

**"Os Direitos Reprodutivos das Mulheres Lésbicas: Eu ainda tenho o direito de gerar - um Estudo de Caso"**  
*Michele Seixas* - Assistente Social, Especialista em Direitos Humanos, Gênero e Sexualidade/ENSP/Fiocruz

**"Reprodução Assistida e As Novas Configurações Familiares"**  
*Paulo Gallo* - Médico do HUPE (Hospital Universitário Pedro Ernesto), Especialista em Reprodução Assistida.

#### 12h15 - 12h30 | Perguntas/debate



CS Digitalizada com CamScanner