

**POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DA MULHER E O
DISPOSITIVO DE HETEROSSEXUALIDADE:
silenciamento e apagamento da diversidade sexual das mulheres**

Maria Cristina D'Almeida Marques¹
Amana Rocha Mattos²

Resumo: A pesquisa analisou o que as políticas públicas de saúde voltadas para o Programa Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) preveem e propõem para a efetiva inclusão da população de mulheres lésbicas. Foi realizada pesquisa documental, através da análise dos textos de documentos publicados e divulgados pelo Ministério da Saúde, entre os anos de 1984 a 2016. Esses documentos formulam diretrizes que indicam e orientam a implantação de serviços e a atuação das equipes de saúde que atendem à população feminina por todo o 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 populacionais contemplados nesses documentos. A análise também identificou contradições no que se refere à proposta de inclusão da população lésbica no (PAISM) 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 da saúde da mulher.

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

¹ Graduação em Psicologia pelo Centro Universitário Celso Lisboa, Especialização em Psicologia Jurídica pela UERJ, Especialização em Gênero e Sexualidade pelo CLAM/IMS/UERJ e Mestrado em Psicologia Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Atualmente faz parte da equipe técnica da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro.

² Professora associada do Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), e professora permanente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social (PPGPS/Uerj).

O artigo tem como objetivo analisar as questões que envolvem a diversidade sexual das mulheres e as políticas públicas de saúde para mulheres, de maneira a contribuir com o processo de ampliação e qualificação das práticas de cuidado em saúde oferecidas à população feminina em geral. Dentre as múltiplas situações de desigualdades sociais que tendem a silenciar, apagar e invisibilizar sujeitos subalternizados por marcadores como raça, classe, gênero e sexualidade, destacamos as políticas públicas de saúde para mulheres como campo no qual alguns desses mecanismos podem ser colocados em prática. Dessa forma, pretendemos favorecer o trabalho de desconstrução da lógica da mulher universal que há séculos dificulta que as especificidades e multiplicidades das mulheres emergjam no campo da saúde.

As perguntas que nortearam a pesquisa foram: as mulheres lésbicas são incluídas nas políticas públicas de saúde para mulheres? Se não, quais seriam os motivos? Em caso afirmativo, quais propostas e estratégias o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) teria para essa população? E ainda: quais seriam os pontos favoráveis ou desfavoráveis dessas políticas para que sejam efetivamente implantadas?

Para tanto, nos debruçamos sobre os 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 (MS). 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 em documento publicado em 2016, quando as políticas públicas brasileiras, inclusive as de saúde, enfrentaram uma mudança radical em sua condução e direção cujos desdobramentos ainda podem ser vistos hoje.

A partir de reflexões sobre os conceitos de “heterossexualidade compulsória” de Adrienne Rich (2010); de “heteronormatividade”, “heterossexualidade institucional” e “matriz heterossexual”, de Judith Butler (2003); articulados à noção de “dispositivo” pensada por Michel Foucault (2006) e Giorgio Agamben (2009); e ainda de “dispositivo de sexualidade” desenvolvido por Michel Foucault (2018), propomos a noção de “dispositivo de heterossexualidade” com o objetivo de analisar as bases que estruturam a

oferta de serviços e ações para mulheres lésbicas e bissexuais, tratados nos documentos selecionados. Entendendo o silenciamento e o apagamento da diversidade sexual de mulheres como estratégias postas em funcionamento pelo dispositivo de heterossexualidade, propomos tomá-los como eixo de análise dos textos das políticas de saúde para mulheres.

O DISPOSITIVO DE HETEROSSEXUALIDADE

A partir da análise histórica do processo de construção científica de algumas “verdades” sobre corpos e mentes sexuados e generificados, fica evidente a contribuição das ciências biológicas na validação de certas 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 que cuidam da saúde de mulheres. 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 essa hegemonia esteja sendo questionada por linhas de pesquisa dentro das ciências biológicas, como no caso de neurofeministas, e por diversas outras áreas do saber, sua primazia no campo da saúde, em especial, na área de saúde para mulheres, segue inabalada (ROHDEN, 2001; CITELI, 2001; PEREIRA, 2019).

Historicamente, as ciências biológicas ajudaram sobremaneira a construir um arcabouço de saberes que, ainda hoje, amalgama o que é da ordem do dito sexo biológico a um determinado destino social, religioso, cultural e laboral a uma sexualidade específica — a heterossexualidade —, tentando fazer coincidir a 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 com uma pretensa determinação biológica, circunscrita à existência de dois sexos; ou seja: numa lógica sexual binária. Todos esses aspectos são tratados como fixos, invariáveis, previsíveis, esperados e essencialmente dependentes uns dos outros, atrelando a cultura à natureza, e a subjetividade ao corpo biológico. Tudo isso obedece a uma lógica binária que pré-determina o sexo e o gênero sexual de cada um, a partir de uma leitura do corpo biológico do recém-nascido, baseada em padrões e intenções sociais construídos,

especialmente em relação aos corpos ditos “femininos”. Leitura, essa, que implica na expectativa social a respeito das performances para cada um dos dois gêneros (BUTLER, 2003).

Para Díaz-Benítez e Mattos (2019, p. 83), 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”.

Segundo Miskolci (2009), em uma estrutura heteronormativa as expectativas, demandas e obrigações sociais derivam do pressuposto de que exista uma heterossexualidade natural e universal orientando um funcionamento ideal de sociedade. Para Butler (2003), isso corresponde à matriz heteronormativa, cuja função é estabelecer os parâmetros que organizam as relações sociais em torno da pretensa coerência entre sexo, 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.

Assim, manifestações de homofobia também podem ser entendidas como mais uma das estratégias do dispositivo de heterossexualidade que objetivam o controle e regulação das expressões de sexualidade e de gênero. Funcionando como mecanismo que monitora as aparências, as linguagens corporais e verbais, o tipo de sensibilidade que se deve expressar ou evitar, além dos tipos de contato físico possíveis entre as pessoas, incutindo também nas mulheres o pavor de serem acusadas ou identificadas como lésbica (RICH, 2010) ou bissexual.

A reflexão acerca da heteronormatividade, binarismo, diversidade sexual e questões relacionadas ao campo da saúde para mulheres ganha ainda mais clareza através do pensamento de Judith Butler (2003, p. 41), que considera que “a regulação binária da sexualidade suprime a multiplicidade subversiva de uma sexualidade que rompe a hegemonia heterossexual, reprodutiva e médico-jurídica”.

A partir de reflexões de Foucault (2006) e Agamben (2009) sobre a noção de dispositivo, propomos a noção de dispositivo de heterossexualidade como forma de evidenciar o propósito de regulação da sexualidade de mulheres, circunscrita a uma

heterossexualidade pretensamente majoritária, que institui um modelo que a pressupõe como “natural”, coerente e superior às demais sexualidades. Pensar o sistema heteronormativo em termos de dispositivo nos permite desvelar, ao menos em parte, seu funcionamento e de quais mecanismos se vale para manter alguns constructos formulados pela moral religiosa, reforçados pelas ciências biológicas a respeito de como é ou deveria ser a sexualidade das mulheres. A expectativa de heterossexualidade dirigida às mulheres, especialmente no campo da saúde, faz parte de um sistema de controle muito maior, porém se configura como parte fundamental desse sistema, e por isso requer uma análise minuciosa, visto que minucioso é também seu funcionamento.

A saúde pública é um campo de atuação técnico e científico respaldado por tecnologias biomédicas de um saber/poder sobre o corpo humano e suas funções, tomado frequentemente como inquestionável. Sua construção histórica é marcada por interpretações biologizantes, dependentes de ideologias sociais; ou seja: por premissas nem um pouco neutras, tampouco estritamente científicas (LAQUEUR, 2001; ROHDEN, 2001, 2008; CITELI, 2001; PEREIRA; 2019). 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, transexuais ou mesmo para as mulheres cisgêneras heterossexuais. É possível observar, inclusive na formulação de políticas públicas de saúde para mulheres, o que diversos/as pesquisadores/as acadêmicos/as já sinalizaram a respeito do funcionamento e da conduta médica de serviços e profissionais de saúde. Estes tendem a silenciar e conseqüentemente apagar a diversidade sexual das mulheres que procuram atendimento em saúde, promovendo ativa ou passivamente a invisibilidade de mulheres lésbicas e bissexuais. Assim, o silenciamento e o apagamento se configuram como duas estratégias potentes e eficientes do dispositivo de heterossexualidade, não apenas no campo da saúde, mas em todos os campos sociais.

Para Ferrari (2011), os silenciamentos servem como parte das estratégias discursivas envolvidas no disciplinamento dos sujeitos. Assim, também servem a processos de subjetivação e objetivação a partir de jogos de verdades que os objetivam e subjetivam, num só tempo, enquadrando, normatizando e falando sobre e pelos sujeitos – situações frequentemente observadas por pesquisadores do tema saúde de mulheres

lésbicas (BARBOSA, FACCHINI, 2009; VALADÃO, GOMES, 2011; CARVALHO, CALDERARO, SOUZA, 2013; ALMEIDA, 2009; DANTAS et al, 2016; FARIAS et al, 2018). É preciso considerarmos 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.

Acreditamos que a estratégia de silenciamento posta em funcionamento pelo dispositivo de heterossexualidade atua em processos de subjetivação de mulheres em geral, mas, sobretudo, de lésbicas. Nesse sentido, o mecanismo de silenciamento produz efeitos distintos para mulheres heterossexuais e para lésbicas, em que as primeiras são subjugadas à hierarquia entre os gêneros, enquanto as segundas são apagadas, ignoradas, colocadas no lugar da exceção, da doença, da anormalidade, do desvio ou da inexistência. Enfim, ficam subsumidas no campo de saúde para mulheres. E sem espaço para dizer sobre si, fica muito mais difícil existir.

Para Rich (2010, p. 35), a crença na primazia da heterossexualidade da população feminina coloca “obstáculos teóricos e políticos” 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, 2010, p. 35).

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 sexual intragênero se manteve, por longo tempo, como um “não-dito”, exceto quando aplicado como sinônimo de pecaminoso, anormal e doentio, ou então como um “mal-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 (ROHDEN, 2001; PEREIRA, 2019).

A manutenção da crença de que exista ou que tenha que existir uma coerência intrínseca entre identidade de gênero, orientação sexual, comportamentos e práticas sexuais influencia também as ações ou não ações de profissionais de saúde, gestores e

formuladores de políticas públicas de 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, descontínuas, que não favorecem um atendimento capaz de acolher demandas que sejam consideradas fora dos padrões (VALADÃO, GOMES, 2011; ALMEIDA, 2009).

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DA MULHER – MULHERES NO PLURAL?

Descrevendo de maneira breve a evolução das políticas de saúde para mulheres no Brasil, destacamos que embora a preocupação a respeito da necessidade de atenção integral à saúde da mulher já existisse desde as primeiras décadas do século XX, as políticas públicas nessa área eram pensadas e formuladas com enfoque exclusivo na capacidade/função reprodutora das mulheres. O alvo especial era 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.

No Brasil, a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984, programa federal do MS, foi reconhecida como um dos marcos históricos nas conquistas dos movimentos feministas, 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 e não mais apenas ao ciclo gravídico-puerperal. Contou, para sua elaboração, com a participação de grupos feministas, gestores estaduais e pesquisadores do campo acadêmico (BRASIL, 2013).

Os movimentos sociais, especialmente da reforma sanitária, impulsionaram a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), e também influenciaram a abertura política, assim como também participaram ativamente na formulação da atual Constituição da República que, com efeito, garantiu a incorporação do SUS como uma política de Estado (PAIM, 2018).

A Lei 9.263 de 1996, que regulamenta o proposto no texto constitucional sobre planejamento familiar, atualiza e amplia seu entendimento, avançando um pouco mais na

desconstrução da ideia de maternidade ou paternidade essencialmente atrelada a uma relação heterossexual ou mesmo de uma constituição familiar tradicional, como vemos:

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).

A década de 1990 também foi marcada pela aproximação de parte do movimento feminista com o movimento de gays e lésbicas, interessados nos avanços necessários sobre a pauta dos direitos sexuais. Os movimentos feministas e LGBT foram de grande importância e atuação em prol das pautas lésbicas, já que ambos encontraram pontos em comum — os direitos sexuais. Além disso, muitas mulheres lésbicas compunham ativamente os dois movimentos. Também nesse período aconteceram duas importantes conferências internacionais conhecidas como Conferência do Cairo (CIPD), em 1994, e Conferência de Beijing, em 1995, que debateram, entre outros temas, os referentes aos direitos sexuais e reprodutivos (BRASIL, 2013). 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 para as mulheres.

Em 2005, o MS lança a Política Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos (ANDRADE, 2005) que prometia formular, fomentar e implantar até 2007, 14 propostas voltadas para o planejamento familiar, com dois principais eixos: a ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais e a inserção de tecnologias de Reprodução Assistida (RA) no SUS. No entanto, os serviços de RA só foram implementados em parte, e apenas em algumas regiões do país, como informa reportagem sobre o assunto, de 2018, da Globo News (REPRODUÇÃO...2018).

Para este trabalho, foram analisados nove documentos publicados pelo MS, no período entre 1984 e 2016, direcionados para a área de Saúde da Mulher do SUS, com destaque para o que se refere às mulheres lésbicas e bissexuais. Os documentos foram acessados através do site oficial do MS³ e também através dos arquivos físicos do setor de Saúde da Mulher, da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ).

O MS 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 MS que orientam a política nacional para a área de Saúde da Mulher de estados e municípios. Foram selecionados nove documentos, dentre os quais oito foram elaborados com a participação da área de Atenção à Saúde da Mulher em âmbito federal, além de outros parceiros, entre os anos de 1984 a 2016. Em relação ao documento Chegou a Hora de Cuidar da Saúde – um livreto especial para lésbicas e mulheres bissexuais (2006), não foi possível identificar a que área do MS este está vinculado. Relacionamos abaixo, os títulos e ano de publicação dos documentos para análise:

Quadro I – Documentos selecionados

Título	Elaborado por/Ano	Destaques:
1 - <i>Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática</i>	Ministério da Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher, 1984.	O documento inaugura a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e foi o primeiro material produzido com a intenção de superar a perspectiva da atenção à mulher voltada exclusivamente para o período gravídico-puerperal.

³ <https://www.saude.gov.br>

<p>2 - <i>Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes</i></p>	<p>Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Mulher, 2004/2011.</p>	<p>Publicado em 2004, foi o primeiro documento produzido para orientação da área técnica de Saúde da Mulher que inclui em seu texto o reconhecimento da existência de lésbicas e a necessidade de inclusão dessa população nas ações de saúde voltadas para as mulheres.</p>
<p>3 - <i>Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – uma prioridade do governo</i></p>	<p>Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Mulher, 2005.</p>	<p>Publicação voltada para métodos anticoncepcionais e capacitação de profissionais de saúde da Atenção Básica em Planejamento Familiar. Trata da criação de serviço de Reprodução Assistida na rede do SUS. A indicação de criação do serviço se propunha a atender exclusivamente a demanda de casais heterossexuais com problemas de infertilidade ou portadores do vírus HIV.</p>
<p>4 - <i>Direitos Sexuais, Direitos Reprodutivos e Métodos Anticoncepcionais.</i></p>	<p>Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Mulher, 2006.</p>	<p>Trata de direitos reprodutivos e direitos sexuais. Não explicita a inclusão da população lésbica para o uso de técnicas de reprodução assistida. Sobre os direitos sexuais, o documento desvincula 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 sexual nas relações heterossexuais. Trata também das infecções sexualmente transmissíveis, porém sob a lógica estrita do contágio em relações heterossexuais.</p>
<p>5 - <i>Chegou a Hora de Cuidar da Saúde – um livreto especial para lésbicas e mulheres bissexuais</i></p>	<p>Ministério da Saúde, 2006.</p>	<p>Livreto direcionado para mulheres lésbicas e bissexuais. Aborda 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 sobre violência social por discriminação e violência doméstica familiar e conjugal.</p>

<p>6 - <i>Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes – Norma Técnica</i></p>	<p>Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Mulher, 2005/2011/2012/2013.</p>	<p>Trata das especificidades do atendimento em saúde de mulheres e adolescentes vítimas de violência sexual. A primeira edição, em 2005, é pouco reflexiva sobre o contexto social que favorece e expõe determinados grupos à violência sexual, como as mulheres, lésbicas ou não. Porém já orientava os profissionais para o atendimento a “mulheres que fazem sexo com mulheres” (BRASIL, 2005, p. 19).</p>
<p>7 - <i>Cadernos de Atenção Básica – Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva – n° 26.</i></p>	<p>Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2013.</p>	<p>Aborda a saúde sexual e reprodutiva da população LGBT em bloco, sem atenção às especificidades de cada identidade ou condição sexual, ainda que se perceba o esforço em explicitar a significação de cada letra da sigla LGBT e resalte a condição de vulnerabilidade do grupo para diferentes tipos de violências na sociedade e no interior da família, com consequências para a saúde mental dos sujeitos.</p>
<p>8 - <i>Atenção Integral à Saúde das Mulheres Lésbicas e Bissexuais – Relatório da Oficina Atenção Integral à Saúde das Mulheres Lésbicas e Bissexuais</i>, realizada em Brasília, de 23 a 25 de abril de 2014.</p>	<p>Ministério da Saúde; Secretaria de Política para as Mulheres, 2014.</p>	<p>O 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).</p>
<p>9 - <i>Protocolos da Atenção Básica – Saúde das Mulheres.</i></p>	<p>Ministério da Saúde; Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2016.</p>	<p>Embora, logo no primeiro parágrafo do capítulo “Planejamento Reprodutivo” (BRASIL, 2016, p.151), se possa encontrar o reconhecimento da importância de se garantir os direitos reprodutivos de mulheres e casais lésbicos, no decorrer do texto prevalece a perspectiva de cuidado direcionado estritamente a situações de infertilidade enfrentadas por casais heterossexuais. O capítulo associa claramente a expressão “vida sexual ativa” a sexo heterossexual.</p>

Fonte: elaboração própria

DISCUSSÃO

Pensar a heteronormatividade como um dispositivo estruturante do campo da saúde pública para mulheres permitiu a análise dos textos das políticas para área de Saúde da Mulher, localizando discontinuidades e inconsistências que não favorecem a inclusão

da população lésbica nos cuidados de saúde ofertados para mulheres em geral. Assim, foi possível identificar também na formulação de políticas públicas teoricamente inclusivas duas estratégias postas em funcionamento pelo dispositivo de heterossexualidade, frequentemente utilizadas nos serviços de saúde para mulheres, que dizem respeito a práticas de silenciamento e apagamento dessa população. Isso fica ainda mais evidente quando se observa diretrizes de políticas públicas de saúde para mulheres que, apesar de pautarem a população lésbica, constroem textos incompletos, fragmentados, descontinuados e, em alguns aspectos, mesmo inexistentes sobre a diversidade sexual das mulheres, de maneira a silenciar e apagar a existência lésbica. Quando se observam os documentos formulados como diretrizes para a área de saúde para mulheres, é possível identificar estratégias de silenciamento e de apagamento sobre eixos de saúde caros às mulheres lésbicas e bissexuais, e aos movimentos lésbicos organizados. Assim, discutiremos os possíveis efeitos produzidos por tais documentos no campo da saúde pública para as mulheres, destacando o que neles pode ser considerado como avanços alcançados no período, como também eventuais descontinuidades, silenciamentos e apagamentos no processo de inclusão dessa população nas políticas públicas de saúde para mulher.

No documento *Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática*, de 1984, reconhecido como um verdadeiro “marco histórico” (BRASIL, 2013, p. 19) por incorporar algumas ideias feministas sobre atenção à saúde da mulher, não se cogitava a existência de diversidade sexual na categoria “mulher” — tratada nesse documento de forma universalizada. Até aqui, havia um absoluto silêncio em documentos oficiais sobre a existência de mulheres lésbicas e bissexuais, período no qual o dispositivo de heterossexualidade atuava nas políticas públicas de saúde para mulheres sem nenhuma menção sobre disputas ou contrapontos no pensamento heterossexual hegemônico.

Em 2004, o MS elabora, publica e distribui para as secretarias de saúde de estados e municípios a *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)*, dessa vez com a participação direta de vários segmentos sociais, em especial os movimentos feministas e de mulheres. Introduce a reflexão sobre relações de gênero, estabelecendo objetivos gerais e específicos, definindo, inclusive, estratégias para atingir tais objetivos. Esse foi o primeiro documento produzido para nortear a área técnica de

Saúde da Mulher que faz constar, em seu texto, a existência de mulheres lésbicas e a necessidade de inclusão dessa população nas ações voltadas para a saúde das mulheres. No entanto, deixa de fora qualquer menção à existência de mulheres bissexuais.

A publicação 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. 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. Essa 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 na atenção à saúde das mulheres, quando se trata especificamente da população de mulheres lésbicas o documento reserva menos de uma página para o assunto, no subitem do capítulo “Breve diagnóstico da Situação da Saúde da Mulher no Brasil” (BRASIL, 2004; 2011, p. 25) e não inclui mulheres bissexuais.

O referido documento registra ainda a realização do V Seminário Nacional de Mulheres Lésbicas (SENALE), em 2003, no qual foram ressaltados diversos problemas na atenção à saúde dessa população, como o caráter heteronormativo dos atendimentos realizados na área de ginecologia, a falta de acolhimento para revelação sobre os desejos e as práticas sexuais lésbicas; e/ou mesmo depois que esse relato é feito as consultas seguem o padrão de aconselhamento heteronormativo. Reconhece, inclusive, que em geral os textos e as ações sobre violência contra a mulher não abordam as especificidades das lésbicas. Muitas vezes, ignoram a violência intrafamiliar e sexual às quais esse grupo está exposto desde a adolescência até a vida adulta.

Reconhece a necessidade das 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). 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 especificidade⁴ de diferentes grupos de mulheres é abordada em sua particularidade, percebe-se o silenciamento e o apagamento das mulheres lésbicas, bissexuais e também das trabalhadoras sexuais — estes dois últimos grupos sem qualquer menção ao longo do documento. Identificamos aqui o dispositivo de heterossexualidade em pleno funcionamento, silenciando sobre grupos dissidentes da moral burguesa e da heterossexualidade, o que certamente contribui para manutenção de um funcionamento heteronormativo do programa.

Embora o documento proponha o fortalecimento da participação e controle social através de uma aproximação entre a área de saúde da mulher com movimentos e entidades relacionados à saúde da população negra, e também a movimentos feministas, ignora completamente a existência, a importância e a necessidade de promover a participação do movimento de mulheres lésbicas e bissexuais, visando aos mesmos objetivos das demais especificidades.

Sobre a publicação Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – uma prioridade do governo, de 2005, o documento é a primeira publicação de uma série de sete cadernos programados para serem lançados no decorrer de 2005. Também foram analisados os cadernos nº 1 e nº 2, que tratam de modo abrangente da questão direitos sexuais e direitos reprodutivos, e o caderno nº 6, que 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, de 2005, aborda os métodos anticoncepcionais e também a atenção em

⁴ 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.

reprodução humana assistida na rede do SUS. No entanto, há que se fazer 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).

Assim, 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 a frequente visão heteronormativa da população, a partir de critérios, ordenamentos e práticas da biomedicina. Destaque para o funcionamento do dispositivo de heterossexualidade, direcionando a lógica da saúde reprodutiva através de estratégias de silenciamento.

A publicação *Direitos Sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais*, de 2006, corresponde ao caderno nº 2 da referida série de sete cadernos elaborados pela área de Saúde da Mulher do MS. Dessa publicação nos interessa destacar dois pontos sobre como direitos reprodutivos e direitos sexuais são definidos por ela. Primeiro, as definições sobre o que faria parte fundamental dos direitos reprodutivos são elencadas de maneira sucinta e geral, deixando subsumida — e por que não dizer, apagada — 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.

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 propõem a salvaguardar direitos humanos das mulheres, mas que tendem a invisibilizar as diferenças encontradas nessa categoria. A nosso ver, isso faz parte do dispositivo de heterossexualidade que coloca em funcionamento estratégias de silenciamento e apagamento nos textos de políticas públicas.

O segundo ponto é que, quanto aos direitos sexuais, o referido documento toma o cuidado de 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 sexual nas relações heterossexuais,

inclusive, com farta utilização de figuras que exemplificam a diversidade étnica e racial de casais notadamente heterossexuais.

Quando se trata de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), sua abordagem se mostra sob a lógica estrita do contágio em relações heterossexuais. Novamente aqui podemos perceber o mecanismo de silenciamento atuando com efeitos de apagamento, não só da necessidade de cuidado em saúde das mulheres lésbicas, bissexuais e mulheres que fazem sexo com mulheres, mas também da própria existência da diversidade sexual das mulheres em geral.

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 não raramente se colocam em risco quando lançam mão de métodos “caseiros” de inseminação, que envolvem risco para infecção por ISTs e HIV. Assim, o referido documento confirma a perspectiva heteronormativa observada até aqui.

O livreto Chegou a Hora de Cuidar da Saúde: um livreto especial para lésbicas e mulheres bissexuais, de 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 MS a elaborá-lo, nem suas páginas são numeradas. Trata-se de material com linguagem informal, contendo informações sobre direitos e cuidados em saúde, apresentadas com cuidado em não reproduzir moralismos ou discriminação por orientação sexual, raça ou identidade de gênero.

De maneira excepcional dentre os documentos analisados, o referido livreto aborda um leque amplo de aspectos de saúde direcionado exclusivamente para mulheres lésbicas e bissexuais, como a 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.

Ressaltamos que o livreto contém informações extremamente importantes, pertinentes, com uma abordagem adequada e de fácil assimilação pelo 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 de Saúde, incluindo os agentes comunitários e demais funcionários das Unidades Básicas de Saúde.

A publicação Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes – Norma Técnica, de 2005; 2011; 2012; 2013, corresponde ao caderno nº 6 da referida série de sete cadernos, e trata das especificidades do atendimento em saúde de mulheres e adolescentes vítimas de violência sexual.

Houve quatro 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, 2012 e 2013, foram revistas e atualizadas para a inclusão da reflexão sobre violência de gênero e seu significado sociocultural.

Importante destacar que a edição de 2005 já orientava os profissionais para o atendimento a “mulheres que fazem sexo com mulheres” com ocorrência de violências (BRASIL, 2005, p. 19). Entretanto, não discute o significado da violência para a vítima da agressão. E muito embora seja louvável que o texto chame a atenção para a diversidade sexual das mulheres sem estereotipar aparências, comportamentos e identidades sexuais, é necessário ressaltar a destacada utilização de argumentos fisiológicos como estratégia de quebra ou superação de eventuais preconceitos das equipes de saúde no atendimento a mulheres vítimas de violência.

As edições de 2011, 2012 e 2013 trazem avanços também no que concerne à perspectiva argumentativa utilizada para superar eventuais preconceitos por parte das equipes de saúde. Pudemos observar a preocupação dos formuladores de políticas de saúde em desconstruir preconceitos e evitar discriminações no atendimento a mulheres lésbicas vitimadas pela violência sexual, embora o façam acionando noções heteronormativas — o que nos parece contraditório, além de mais uma vez pressupor a excepcionalidade da existência de desejos e práticas lésbicas na população feminina. Tal estratégia nos parece como mais uma forma de adaptação do dispositivo de heterossexualidade, que mesmo reconhecendo a existência da diversidade sexual das

mulheres, coloca as dissidentes da heterossexualidade no lugar da exceção, preservando assim a pressuposta hegemonia heteronormativa.

A publicação *Cadernos de Atenção Básica – Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva* nº 26, de 2013, faz parte de um conjunto de publicações direcionadas para orientação e apoio às equipes que trabalham na estratégia de Saúde da Família diretamente nos territórios. As reflexões sobre sexualidade são feitas de modo cuidadoso e inclusivo, porém somente em alguns aspectos, como veremos adiante.

A publicação reserva um capítulo inteiro para abordar a promoção da saúde sexual e reprodutiva considerando diversos marcadores sociais da diferença. No item que focaliza a saúde sexual e reprodutiva da população negra é possível encontrarmos, entre outros, um subitem que indica cinco 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” (BRASIL, 2013, p. 79). Trata-se de estratégias imprescindíveis para a melhoria da informação e consequentemente 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 das especificidades de cada identidade ou condição sexual. Quando trata das vulnerabilidades enfrentadas por esse grupo, limita-se a pontuar que sofrem preconceito e discriminação na sociedade em geral, e também no interior da família, o que poderia acarretar muito sofrimento, com consequências para a saúde mental dos sujeitos.

Em relação às mulheres lésbicas, chama a atenção o tipo de indicação de ações preventivas para infecções sexualmente transmissíveis — como “orientações sobre higiene antes, durante e depois do ato sexual, como higienização das mãos e unhas (bem aparadas)” (BRASIL, 2013, p. 83) — principalmente por não constar nas recomendações para os demais grupos, específicos ou gerais.

Também são elencadas nove pertinentes indicações de estratégias de ações articuladas a serem desenvolvidas visando à ampliação do acesso da população LGBT às unidades e aos serviços do SUS. No entanto, nota-se 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. Também falta indicação para o

desenvolvimento de ações e estratégias de identificação, abordagem, combate e prevenção de discriminações institucionais no ambiente de trabalho, inclusive no âmbito das unidades de saúde do SUS, como consta para a população negra (BRASIL, 2013).

O único momento em que os direitos reprodutivos da população LGBT são mencionados no texto corresponde, exatamente, ao item “acesso da população LGBT aos programas e processos de planejamento reprodutivo e de reprodução humana assistida” (BRASIL, 2013, p. 84). Contudo, embora a publicação dedique um capítulo inteiro para o tema da concepção e infertilidade, o faz numa perspectiva estritamente heteronormativa e binária. Por fim, a publicação aborda a violência doméstica e sexual numa perspectiva heteronormativa, ignorando que lésbicas também sofrem esse tipo de violência, já reconhecida, inclusive, pela Lei 11.340, de 2006, conhecida como Lei Maria da Penha. Perde-se, dessa forma, uma boa oportunidade de transversalizar a temática, também no âmbito da saúde pública.

O Relatório da Oficina Atenção Integral à Saúde das Mulheres Lésbicas e Bissexuais, de 2014, consiste na compilação das oficinas realizadas nos dias 23, 24 e 25 de abril de 2014, em Brasília. A realização do evento teve como objetivo principal a realização de grupos de trabalho, em formato de oficinas, para consubstanciar a elaboração de “uma proposta de Diretrizes para a Atenção Integral à Saúde das Mulheres Lésbicas e Bissexuais” (BRASIL, 2014, p. 64). Importante registrar que esse evento, cuja sistematização deu origem ao referido documento, foi a publicação que mais se aproximou da concretização de fato de um Programa de Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais. Contudo, tais propostas nunca foram desenvolvidas, tampouco implantadas na realidade dos serviços, nem mesmo foram discutidas e/ou incluídas no PAISM.

Apesar da publicação Protocolos da Atenção Básica – Saúde das Mulheres, de 2016, versar especialmente sobre a 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. Incluímos o referido protocolo em nossa análise pela especificidade do tema abordado, e também por sua frequente utilização por profissionais de saúde, nas unidades de atendimento às usuárias do SUS. 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. Logo no primeiro parágrafo do capítulo “Planejamento Reprodutivo” (BRASIL, 2016, p.151), podemos encontrar o reconhecimento da importância de se garantir os direitos reprodutivos de mulheres e casais lésbicos. Apesar do cuidado na abordagem e da inclusão das questões relativas aos direitos sexuais e reprodutivos da população lésbica, a publicação não menciona as especificidades que casais de lésbicas podem ter, como por exemplo a possibilidade de amamentação ser realizada por ambas as mulheres do casal (CARVALHO, 2018).

Um aspecto que nos chama a atenção nessa 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 indica a frase “mulher com menos de 30 anos, mais de dois anos de vida sexual ativa, sem anticoncepção” (BRASIL, 2016, p. 157). O capítulo associa claramente a expressão “vida sexual ativa” a sexo heterossexual. Assim, 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 da saúde da mulher. Assim, o funcionamento de dispositivos de heterossexualidade tem como uma das funções desestimular possíveis desvios, utilizando para isso estratégias de apagamentos que promovem silenciamentos, e de silenciamentos que promovem apagamentos.

Para a população de mulheres lésbicas houve alguns avanços refletidos nos textos produzidos pelo MS, no período analisado, 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 apagamento de referências a respeito de mulheres lésbicas e bissexuais promove a manutenção de estratégias de silenciamentos sobre a existência dessa população. Tudo isso favorece que o tema da 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.

No desenvolvimento da pesquisa, a dimensão identitária não nos pareceu fundamental para a análise. Definir ou delimitar rigidamente qual seria a parcela da população de mulheres identificadas como lésbicas ou bissexuais, 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 bissexuais pelo SUS, a pesquisa nos levou a concluir que a desconstrução de pressupostos que tornam os acolhimentos e as ações em saúde padronizados é primordial. A heterossexualidade das mulheres tomada como premissa é o que sempre esteve e continua a ser o primeiro entrave para a não inclusão da diversidade sexual das mulheres no Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher. 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.

O não reconhecimento da possibilidade de práticas e desejos lésbicos existirem 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, pudemos observar o quanto os textos analisados deixam escapar, nas entrelinhas, sua disposição de manutenção da lógica heteronormativa e binária, justificada pela preservação de interesses de uma população de mulheres pressuposta como majoritariamente heterossexual.

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, o autor 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 também possa colaborar nessa direção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

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.

Sinalizamos a importância e necessidade do reconhecimento e desconstrução das estratégias do dispositivo de heterossexualidade, observadas 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. Este sutilmente apaga ao longo de seus textos essa diversidade, deixando grandes lacunas nos trechos em que deveria indicar ou estabelecer ações concretas capazes de modificar a realidade dos serviços de saúde para as mulheres.

Além disso, chamamos a 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 fluidos 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 diversidade sexual 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 análise aponta para os entraves e limitações que categorizações rígidas —

especialmente no que diz respeito a identidades sexuais — podem estabelecer na área de saúde para mulheres, dificultando ou até mesmo impedindo que ações de saúde para mulheres lésbicas e bissexuais sejam desenvolvidas e estruturadas.

É desejável avançarmos em análises que possam interseccionar a diversidade sexual, de gênero, de raça, de geração e de classe, na área de saúde pública. As políticas públicas de saúde para mulheres ainda carecem de pesquisas que colaborem para que o SUS seja realmente integral, equânime e universal, ainda que não universalizante. E isso dependerá do que produziremos hoje em termos de ciência acadêmica, seja ela biológica, sociológica ou psicológica.

REFERÊNCIAS

AGAMBEN, G. “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, 19 [2]: 301-331, 2009.

ANDRADE, J. “Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos terá ações educativas”. **Agência Brasil**. 22 mar 2005. Disponível em: <http://memoria.etc.com.br/agenciabrasil/noticia/2005-03-22/politica-nacional-de-direitos-sexuais-e-reprodutivos-tera-acoes-educativas>. Acesso em: 09 abr. 2019.

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**, 25 Sup 2: S291-S300. Rio de Janeiro, 2009.

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.

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

_____. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres/Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

_____. 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).

_____. 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, 2014.

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

_____. 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**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004/2011.

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

_____. 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**/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3ª ed. atual. e ampl., 1ª reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005/2011/2012/2013. 124 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Caderno nº 6).

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

CARVALHO, P.G.C., **Homoparentalidade Feminina: nuances da assistência à saúde durante concepção, gravidez, parto e pós-parto**. Tese. (Doutorado em Saúde Pública). Universidade de São Paulo, SP, 2018.

CARVALHO, C. S.; CALDERARO, F.; JOBIM e SOUZA, S. “O Dispositivo: Saúde de Mulheres Lésbicas: (in) visibilidade e direitos”. **Psicologia Política**. Vol. 13. Nº 26. p. 111-127. jan./abr, 2013.

CITELI, M. T. “Fazendo diferenças: teorias sobre gênero, corpo e comportamento”. **Revista Estudos Feministas**, Ano 9, 2º semestre 2001.

CORRÊA, S.; PETCHESKY, R. “Direitos Sexuais e Reprodutivos: uma Perspectiva Feminista”. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**., Rio de Janeiro, 6(1/2): 147-177, 1996.

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, 10(11):3989-95, 2016.

DÍAZ-BENÍTEZ, M.E. e MATTOS, A. “Interseccionalidade: zonas de problematização e questões metodológicas, capítulo 3” In: **Metodologia e relações internacionais: debates contemporâneos: Vol. II** / Isabel Rocha de Siqueira ... [et al.] (Org.). Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio, 2019.

DROIT, Roger-Pol. **Michel Foucault, Entrevistas**. Tradução de Vera Portocarrero e Gilda Gomes Carneiro. Rio de Janeiro: Graal, 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, 12(10):2825-35, 2018.

FERRARI, A.; MARQUES, L.P., **Silêncios e Educação**, 2011.

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

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

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

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. “A teoria queer e a sociologia: o desafio de uma analítica da normalização”. **Sociologias**. pp. 150–182. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/soc/n21/08.pdf>. Acesso em: 09 abr.2019.

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

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

REPRODUÇÃO assistida: hospitais oferecem inseminação artificial pelo SUS. **Jornal GloboNews**. Edição das 16h. Duração: 8 min e 24seg. 2018. Disponível em: <http://g1.globo.com/globo-news/jornal-globo-news/videos/v/reproducao-assistida-hospitais-oferecem-inseminacao-artificial-pelo-sus/6897570/>.

RICH, A. (2010) “Heterossexualidade compulsória e a existência lésbica” - Tradução a partir do original: RICH, A. “Compulsory Heterosexuality and Lesbian Existence.” In: GELP, Barbara C. & GELP, Albert (editores). **Adrienne Rich's Poetry and Prose**. New York/London: W.W. Norton & Company, 1993.

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

. “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.

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

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

WOMEN'S PUBLIC HEALTH POLICIES AND THE HETEROSEXUALITY

DEVICE:

silencing and erasure of women's sexual diversity

Abstract: This research analyzed what public health policies for the Programa Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM - Women's Integral Healthcare Program) foresee and propose for the effective inclusion of the lesbian women population. A document research was carried out by analyzing texts of documents which were published and publicized by the Ministry of Health, between 1984 and 2016. These documents formulate guidelines for the implementation of services and healthcare teams which assist the female population in the entire national territory. This research revealed discontinuity, limitations and erasures on the proposals identified in the introductions of those texts that remain subsumed or even disappear along each document, especially if compared with guidelines for other population groups. This analysis has also identified contradictions regarding the inclusion of the lesbian population in the PAISM which, on the one hand, recognizes the existence of this group and, on the other hand, sustains the perspective that the female sexuality is preferentially and predominantly heterosexual, in a fixed, constant and coherent manner along all phases of their lives. It has as its effect the primacy of heteronormative functioning of the women's healthcare area.

Keywords: Public Policies; Women's health; Lesbians; Heteronormativity; Silencing.

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD DE LA MUJER Y EL DISPOSITIVO DE

HETEROSEXUALIDAD:

silencio y supresión acerca de la diversidad sexual de las mujeres

Resumen: La investigación ha analizado lo que las políticas públicas de salud orientadas hacia el Programa Atención Integral a la Salud de la Mujer (PAISM) prevén y proponen

para la efectiva inclusión de la población de mujeres lesbianas. Se ha realizado una investigación documental, a través del análisis de los textos de documentos publicados y divulgados por el Ministerio de Sanidad, entre los años 1984 y 2016. Esos documentos formulan directrices que indican y orientan la implementación de servicios y la actuación de equipos de salud que atienden a la población femenina en todo el territorio nacional. La investigación ha demostrado discontinuidades, limitaciones y supresiones en las propuestas identificadas en las introducciones de esos textos que permanecen subsumidas o incluso desaparecen a lo largo de cada documento, especialmente si comparadas a las orientaciones dirigidas hacia otros grupos poblacionales contemplados em esos documentos. El análisis ha identificado igualmente contradicciones em lo que se refiere a la propuesta de inclusión de la población lesbiana en el PAISM que, si por una parte reconoce la existencia de ese grupo, por otra mantiene la perspectiva de que la sexualidad femenina es preferencial y mayoritariamente heterosexual, de manera fija, constante y coherente a lo largo de todas las fases de la vida. Lo que tiene como efecto la primacía del funcionamiento heteronormativo del área de la salud de la mujer.

Palabras-clave: Políticas Públicas; Salud de la Mujer; Lesbianas; Heteronormatividad; Silencio.

Recibido: 16/09/2020

Aceito: 06/10/2020