



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SOCIOECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
CARMEL CAPITANI GIONGO

**MULHERES LÉSBICAS E REPRODUÇÃO ASSISTIDA:
entre o direito de acesso e o desejo.**

Florianópolis

2018

CARMEL CAPITANI GIONGO

**MULHERES LÉSBICAS E REPRODUÇÃO ASSISTIDA:
entre o direito de acesso e o desejo.**

Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Serviço Social do Centro Socioeconômico da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para a obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Luciana Zucco

Florianópolis

2018

CARMEL CAPITANI GIONGO

**MULHERES LÉSBICAS E REPRODUÇÃO ASSISTIDA: ENTRE O DIREITO DE
ACESSO E O DESEJO**

Este Trabalho Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do Título de “Bacharel em Serviço Social” e aprovado em sua forma final pelo Departamento de Serviço Social.

Florianópolis, 4 de dezembro de 2018.

Profª Drª Dilceane Carraro

Coordenadora do Curso

Banca Examinadora:

Profª Drª Luciana Patrícia Zucco

Orientadora

Universidade Federal de Santa Catarina

Profª Drª Simone Lolatto

Universidade Federal de Santa Catarina

Mariana Silveira Barcelos

Assistente Social - CRESS 3355/12º Região

Às mulheres lesbianas que existiram e resistiram.

Às mulheres lesbianas que existem e resistem
Às mulheres lesbianas que serão livres para existir.

AGRADECIMENTOS

À minha mãe e ao meu pai, por me incentivarem a caminhar;

Às mulheres lésbicas que caminharam junto e seguiram outros caminhos;

Às mulheres lésbicas que permanecem em minha caminhada, que me inspiram e me fortalecem;

Às mulheres que são amigas e que quando eu pensei em parar, me lembraram que caminhar é um processo, por vezes doloroso e solitário, mas necessário.

Voltar é uma ilusão, estamos sempre indo!

RESUMO

A normativa heterossexual que direciona a sociedade responde a uma expectativa gerada pelo imaginário linear entre corpo, gênero e sexualidade, o que desqualifica outras vidas que fogem deste padrão esperado. O Trabalho é pautado pela construção da temática lesbianidade em uma sociedade, forjada por dimensões culturais, econômicas e políticas, que se materializa e perpetua violências. Aqui as mulheres, cisgêneras e lésbicas, são sujeitas centrais do estudo, a análise desenvolvida está circunscrita na convergência entre o autorealhecimento de ser mulher lésbica e a condição/possibilidade biológica de gerar uma criança.

Analiso e problematizo quem é a mulher referida nos documentos que visam o acesso à Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida (PNAIRHA), instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) buscando a inserção de mulheres lésbicas nesta Política. Para tanto, recorro à categoria gênero porque me permite compreender o processo de construção que envolve o feminino e o masculino, bem como suas atribuições e lugares na sociedade

A investigação se debruça em documentos que referenciam e direcionam Políticas, Programas e Serviços de Atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva, especificamente a Reprodução Assistida no âmbito do SUS - Lei nº9.263/96; Portaria nº 3.149/2012; Portaria de Consolidação nº1/2017 e Portaria de Consolidação nº2/2017. Como aporte teórico utilizo documentos/cadernos elaborados pelo Ministério da Saúde de 2003 a 2016 e publicações indexadas em plataformas virtuais como a *SciELO* e *LILACS*, sendo estas pesquisas selecionadas pela conexão entre *lesbianidade, serviços de atenção à saúde sexual e reprodutiva, PNAIRHA e política de planejamento familiar*.

Palavras-chave: lesbianidade; serviços de atenção à saúde sexual e reprodutiva; PNAIRHA; Política de Planejamento Familiar.

LISTA DE SIGLAS

CFESS - Conselho Federal de Serviço Social
CFM - Conselho Federal de Medicina
CIPD - Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
CNJ - Conselho Nacional de Justiça
CNS - Conselho Nacional de Saúde
CREMESP - Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis
LGBTs - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais
MS - Ministério da Saúde
OMS - Organização Mundial de Saúde
PAISM - Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PDC - Projeto de Decreto Legislativo
PL - Projeto de Lei
PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNAIRHA - Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida
PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNH - Política Nacional de Humanização
PPA - Plano Plurianual
PRC - Portaria de Consolidação
RA - Reprodução Assistida
RHA - Reprodução Humana Assistida
SAS - Secretaria de Atenção à Saúde
SENALESBI - Seminário Nacional de Lésbicas e Mulheres Bissexuais
SPM - Secretaria Nacional de Políticas para Mulheres
SUS - Sistema Único de Saúde
TR - Tecnologias Reprodutivas

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 PERCURSO METODOLÓGICO	16
3 SEXO, GÊNERO E COMPULSORIEDADE: compreensões limítrofes “impostas”	19
4 VIOLÊNCIAS E INVISIBILIDADES LÉSBICAS: sem nós, não há emancipação humana!	26
4.1 As disposições que apagam são, também, as que violentam.	32
4.2 Mulher e Lésbica, intersecções que resistem	48
5 CONSIDERAÇÕES E RESISTÊNCIAS	54
REFERÊNCIAS	57

1 INTRODUÇÃO

Em uma sociedade pensada por homens e para homens, forjada sob estruturas patriarcais que oprimem as mulheres e a condicionam a certos comportamentos e normas morais, ser lésbica é ser e exercer resistência; é assumir uma relação política para além da afetiva. Reafirmando Carol Hanisch (1969), feminista radical norte-americana que considero de grande importância no processo de contestação estrutural sexista, “*o pessoal é político*”, pois não há saída individual em um sistema que se fortalece, diariamente, na opressão coletiva.

Assumir quem sou, como “ser singular”, e reiterar isso todos os dias na vida social/pública é o que me permite romper ou dar continuidade a uma sequência de violências que se perpetuam ao longo do tempo pelo silenciamento ou coerção. Não se trata apenas de publicizar e pautar uma “individualidade”, mas sim de expô-la na intenção de buscar fortalecimento entre as sujeitas que se reconhecem e, assim, pautarmos nossa existência e/ou determinada demanda de forma coletiva. É extremamente político gritar vidas que sempre foram alvo, foram escondidas e negadas. Romper a fronteira posta entre o que é público e o que é privado nos permite compartilhar vivências e histórias que alimentam um efeito de reconhecimento e fortalecimento capazes de permitir que avancemos na luta por uma sociedade plural e equânime.

Ser lésbica é existir em um mundo onde não nos veem, e escrever sobre lesbianidade é como fechar os olhos e deixar o coração “gritar”. São os gritos da exclusão de quem não cala. Gritos que ecoam ao encontro do coração de outras mulheres lésbicas e que se somam formando um elo de reconhecimento e resistência. Demorei muito para conseguir sentar e escrever estas palavras que seguem, pois todos os pensamentos e conversas que tive sobre o tema me amarravam no passado e no presente, ao mesmo tempo que me faziam refletir sobre o futuro. Minhas dúvidas, medos, certezas e experiências, quando trocadas com outras mulheres lésbicas, traziam-me à certeza de que nossa invisibilidade extrapola o peso das palavras, o peso daquilo que nos é ensinado, dos olhares que a nós são direcionados. Nossa invisibilidade é também pela repulsa e negação sobre nossas vidas, desejos e especificidades.

Ao nascer, me designaram como mulher e, a partir desta determinação, não somente fui tratada de maneira específica, mas deveria, também, seguir certas condutas descritas na “cartilha (invisível) da padronização da vida”. “Naturalmente”, responderia linearmente à relação: sexo (mulher), identidade de gênero (feminino/feminilidade) e orientação sexual (heterossexual), o que futuramente me direcionaria ao exercício “normalizante” da

maternidade. Fui posta em uma divisão binária de cores, brincadeiras e comportamentos. Em meu suposto leque de escolhas, minha “liberdade” era, ainda, condicionada aos desejos e anseios de minha família biológica, que, por sua vez, foi construída também por determinados comportamentos machistas e reproduções sexistas presentes em uma sociedade patriarcal. Creio que tratar sobre a concepção de família e sua infinita esfera de relações seja mergulhar em diversas lembranças violentas para boa parte das pessoas que possuem (ou não) sua sexualidade “fora” da norma heterossexual. Versar sobre família, expectativas e realidades me parece, geralmente, mais frustração do que contentamento e não ousarei apertar esse gatilho nestes escritos.

A heterossexualidade compulsória tem suas raízes alastradas pela sociedade e os discursos que ferem são difundidos pelo Estado, mídia e indivíduos como um todo, reproduzindo tendências heterocentristas que acabam por vigiar e controlar as mulheres de formas sutis e subliminares (GOMIDE, 2007). Ouvi de algumas pessoas que, por ser lésbica, eu nunca seria mãe “de verdade” e caso eu quisesse exercer a maternidade, não haveria concepção natural, não haveria estrutura familiar ideal, não haveriam condições (ponto). Provavelmente, muitas mulheres lésbicas escutaram e ainda escutam essa “fanfarronice” vinda de seu círculo familiar, de amizade e de trabalho. Eu, na verdade, até então, pouco tinha pensado sobre assumir a maternidade, gerar ou adotar uma criança, mas muitas mulheres lésbicas que passaram (ou permanecem) em minha vida, sim. A heteronormatividade é uma ferramenta que possui preceitos que fundamentam, regulam e controlam os processos sociais de acordo com os interesses da ordem vigente (MISKOLCI, 2009). É fincada e reproduzida nos discursos e imposições que compõem a vida social, negando as diversas possibilidades de relações humanas, invisibilizando vidas e legitimando violências silenciosas e/ou explícitas.

É de extrema importância pontuar aqui que trato de mulheres, cisgêneras e lésbicas como sujeitas centrais do estudo. Minha intenção não é reduzir a categoria mulher ao essencialismo biológico, que, sob o prisma da binaridade supostamente complementar entre macho e fêmea, restringe corpos e sexualidades à reprodução para perpetuação da espécie.

Os escritos que seguem acreditam que a temática é construída em um lastro histórico e situada em uma determinada sociedade, forjada por dimensões culturais, econômicas e políticas, materializando e perpetuando representações sobre as mulheres lésbicas. Consideram, portanto, a dimensão interseccional que atravessa a temática, abarcando dimensões relacionadas à sexualidade, identidade de gênero, raça e etnia, classe, geracional, entre outras. Aqui explícito e problematizo quem é esta mulher que é referida nos documentos que visam o acesso à Política

Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida (PNAIRHA), instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Para tanto, recorro à categoria gênero porque me permite pensar e compreender o processo de construção que envolve o feminino e o masculino, bem como suas atribuições e lugares na sociedade, segundo Tamanini (2009, p.71),

O conceito analítico gênero foi construído para se contrapor à categoria sexo, que era compreendida como uma categoria física nos corpos, e que a partir de sua leitura em geral vinculada ao determinismo biológico, demarcava-se homens e mulheres fisicamente, definindo-se também seu *status*, sua função e seu papel social de modo diferente e desigual. Sua base foi construída sobre a dicotomia de sexo no corpo e gênero na cultura, pertencendo sexo à natureza, todo resto estava na cultura.

A noção de gênero surgiu no campo das ciências sociais, impulsionada pela crítica feminista na década de 1970 (HEILBORN, 2002) e se mostra um fértil terreno de discussão em diferentes correntes de estudo. Considerar as múltiplas variações que compõem e tocam a existência e vida cotidiana das mulheres é de extrema importância para superarmos a idéia de uma personagem universal e homogênea. A projeção e produção de uma imagem ideal de mulher as reduz a meras incubadoras a serviço do homem e em prol da expansão/reprodução humana, não permitindo a elas o reconhecimento de sua condição de sujeitas sociais capazes de lutar pela emancipação de suas vidas e seus corpos. A categoria analítica gênero é definida culturalmente, sendo, portanto, algo mutável de acordo com as relações humanas, tempo histórico e interesses hegemônicos presentes em determinada sociedade.

Postas estas considerações supracitadas e considerando a lesbianidade uma intersecção entre gênero e sexualidade, que se opõe à forma heteronormativa de existir, o trabalho desenvolvido está circunscrito na convergência entre o autoreconhecimento de ser mulher lésbica e a condição/possibilidade biológica de gerar uma criança. São incontáveis as mulheres lésbicas que anseiam e sonham na direção de gestar uma criança, no entanto, encontram infinitas barreiras na concretização deste desejo.

Desse modo, o Trabalho tem início na explanação de algumas discussões conceituais e teóricas acerca de termos como gênero, sexualidade, família, lesbianidade e compulsoriedade heteronormativa. Após tal exposição, vinculada a um breve resgate histórico da luta das mulheres pelo direito integral à saúde, faço uma análise documental tentando identificar como figura a mulher lésbica e seu acesso à PNAIRHA, discutindo para quais mulheres de fato tal Política é direcionada e como é previsto esse acesso. A investigação se debruça na Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996; na Portaria nº 3.149 de 28 de dezembro de 2012; na Portaria de Consolidação nº 1 e Portaria de Consolidação nº 2 (anexos XXI e XXX), ambas de 28 de

setembro de 2017. Tais legislações referenciam e direcionam as Políticas, Programas e Serviços (nacionais, estaduais e/ou municipais) de Atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva, especialmente a Reprodução Humana Assistida (RHA), no âmbito do SUS, sendo o Estado o responsável pela coordenação da rede e atendimento.

Como aporte teórico para a desmistificação deste acesso, examino também os cadernos/cartilhas/livretos elaborados pelo Ministério da Saúde que tratam de informações importantes sobre a saúde das mulheres e mulheres lésbicas - Brasil Sem Homofobia: Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra LGBT e de Promoção da Cidadania Homossexual (2004); Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004); Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: Uma prioridade do Governo (2005); Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (2011); Mulheres Lésbicas e Bissexuais: Direitos, Saúde e Participação Social (2013); Cadernos de Atenção Básica: Saúde Sexual e Reprodutiva (2013); Relatório da Oficina Atenção à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais (2014); Chegou a hora de cuidar da Saúde: um livreto especial para lésbicas e mulheres bissexuais (s/ano).

É de grande importância registrar que, para além dos cadernos supracitados, como aporte teórico para uma compreensão crítica sobre os documentos legais dispostos e analisados, busquei selecionar e me apoiar em textos publicados preferencialmente em revistas que discutem feminismo, sexualidade, gênero e saúde, escritos, principalmente, por mulheres. Acredito que por assim fazer, me reconheço e nos fortaleço como coletivo no processo de produção teórica e entendimento sobre a realidade que nos toca coletivamente. Foram incessantes buscas por artigos, pesquisas, relatos e trabalhos de forma geral, publicizados no campo das ciências sociais e da saúde. A busca por escritos que tivessem a lesbianidade como centralidade nas publicações e discussões sobre saúde, reprodução, gestação e maternidade me trouxe a sensação de “caça ao tesouro”, onde o pouco que encontrei me impulsionou e inspirou para seguir em frente. Ademais, acredito que nós lésbicas temos produzido poucos registros e estudos sobre nossas vidas e experiências e que esta subtração contribui, de certa forma, com a fragilidade teórica e política sobre nossas especificidades.

Há tempos vinha me questionando sobre a inserção e acesso de mulheres lésbicas nas diversas políticas públicas. Entretanto, o acesso à saúde me deixou mais instigada, talvez, pelas diversas vezes que me senti às margens ao acessar esta Política ou afundada em constrangimentos durante as consultas. Nós lésbicas não temos nossas particularidades em saúde reconhecidas, não temos nossas práticas sexuais admitidas, não temos métodos efetivos de proteção sexual e nosso acesso a consultas ginecológicas, muitas vezes, são constrangedoras

e vexatórias. Somos mulheres desviadas, subversivas e vistas entre a dualidade da perversão e do fetiche.

Durante meu processo de graduação, ter tido a oportunidade de estagiar três semestres em um Hospital Federal, reconhecido nacionalmente como Centro de Excelencia em Assistência Obstétrica¹, me fez perceber, entre o intenso fluxo que dinamiza os atendimentos e corredores, o esvaziamento da presença lésbica neste espaço, que tem suas atividades intrínsecas ao movimento heterocentrado existente na sociedade. A área de Atenção Integral à Saúde da Mulher é um terreno fértil para os estudos feministas com ênfase na lesbianidade, particularmente a Política Nacional de Planejamento Familiar, que aponta para o apagamento da população lésbica em seu texto. Ao aprofundar ainda mais os questionamentos e percepções acerca da lesbianidade, gestação e maternidade, me percebo em meio a um "vortex" de invisibilidade e violência. São estes sentimentos e percepções que me levaram a desenvolver o *"Projeto de Intervenção de Estágio em Serviço Social: a invisibilidade e a violência institucional presentes no acesso de Mulheres Lésbicas nos Serviços de Atenção Sexual e Reprodutiva"*, pesquisar sobre o tema e elaborar este Trabalho de Conclusão de Curso em Graduação de Serviço Social. Acredito que a relevância deste estudo que segue se dá pela necessidade de publicizar a dificuldade que tive em encontrar a lesbianidade nos registros e dados sobre o acesso à PNAIRHA no âmbito do SUS, bem como de reiterar as diversas denúncias encontradas nos textos lidos - que me causaram sentimentos simultâneos de resistência e angústia - sobre a negligência e apagamento dos corpos lésbicos nos serviços de atendimento à saúde.

¹Informação obtida na página virtual do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC). Disponível em: <http://www.hu.ufsc.br/?page_id=13>. Acesso em: 28 ago. 2018.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

A pesquisa em tela possui uma natureza exploratória, com possibilidades de “maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses” (GERHARDT; SILVEIRA, 2009, p.35). Para desenvolver a hipótese de que mulheres lésbicas são violentadas por uma estrutura que busca normatizar corpos e comportamentos, e que, diante disto, estas mulheres têm suas especificidades apagadas nos documentos que orientam os Serviços de Atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva, e suas demandas invisibilizadas na Política Nacional de Planejamento Familiar, principalmente no que se refere ao acesso à PNAIRHA, parto de uma análise temporal de documentos oficiais e de abrangência nacional que tratam sobre reprodução assistida. Como marco temporal para as legislações, utilizo a Constituição Federal de 1988, quando a saúde foi instituída como parte da Seguridade Social, sendo um direito universal das pessoas e dever do Estado. Segundo o Artigo 196º:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

O recorte temporal aplicado na escolha dos documentos publicados pelo Ministério da Saúde se justifica, também, pela falta de debate e publicações, por parte do Governo Federal, sobre a população LGBT no período anterior, principalmente, no que se refere à lesbianidade, com destaque à ausência da discussão de reprodução. Ainda sobre o direito à saúde, marco aqui que no ano de 2008, durante a 13ª. Conferência Nacional de Saúde, orientação sexual e identidade de gênero foram incluídas como determinantes sociais para a saúde, com discussões e recomendações de várias áreas do saber, reafirmando a saúde em seu conceito ampliado (BRASIL, 2014).

Os eventos e determinantes do cotidiano compõem a vida social, nos possibilitando entender a saúde como algo complexo e plural, inerente a contextos econômicos e socioculturais capazes de influenciar diretamente nas condições objetivas e subjetivas das pessoas. Tal compreensão é essencial para rompermos o conceito reducionista posto pela associação direta e imediatista que define saúde como ausência de doença. Assim sendo, situo a compreensão de saúde como algo para além do corpo, o que possibilita incorporar a eclosão do debate sobre vidas lésbicas, historicamente marginalizadas, como referencial para a promoção da análise.

A partir do exposto, busquei em páginas virtuais como a do Planalto e SaúdeLegis² legislações de âmbito nacional, oficializadas pelo Governo Federal, referentes a Políticas que direcionam diversos Programas e Serviços de Atenção à Reprodução Humana Assistida, nacionais no âmbito do SUS. O *corpus* deste trabalho é composto de uma Lei e três Portarias que regulamentam a assistência à saúde no âmbito do SUS: Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996 - que trata sobre o Planejamento Familiar como direito de todo cidadão; Portaria nº 3.149 de 28 de dezembro de 2012 - que destina recursos financeiros aos estabelecimentos de saúde que realizam procedimentos de atenção à Reprodução Humana Assistida no âmbito do SUS; Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017 - que trata sobre a consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde; a Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017 - que trata sobre a consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde, especificamente os Anexos XXI e XXX, Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT e Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida (PNAIRHA), respectivamente.

Tais legislações conduzem e validam, também, as diversas Políticas e Programas em âmbitos estaduais e municipais e, por assim entender, não me aprofundo nas análises regionais e locais. Acredito, todavia, ser de extrema importância tal análise detalhada e regionalizada, pois a informação e fiscalização sobre a materialização e acesso dos serviços dispostos é, igualmente, de responsabilidade nossa como sujeitas protagonistas de histórias pessoais e profissionais, individuais e coletivas em todas as esferas de governo, uma vez que promovem acessos.

Ademais, busquei na Biblioteca Virtual em Saúde (BVSMS) documentos/cadernos/cartilhas elaborados pelo Governo Federal, através do Ministério da Saúde, que informam e difundem a legislação. Estes asseguram orientações técnicas, noções conceituais e diretrizes sobre a saúde das mulheres e mulheres lésbicas, a saber: Brasil Sem Homofobia: Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra LGBT e de Promoção da Cidadania Homossexual (2004); Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004); Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: Uma prioridade do Governo (2005); Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (2011); Mulheres Lésbicas e Bissexuais: Direitos, Saúde e

²Página virtual de acesso público para pesquisa de legislações e atos normativos do SUS. Disponível em: < http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/LEG_NORMA_PESQ_CONSULTA.CFM >. Acesso em: 17 nov. 2018

Participação Social (2013); Cadernos de Atenção Básica: Saúde Sexual e Reprodutiva (2013); Relatório da Oficina Atenção à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais (2014); Chegou a hora de cuidar da Saúde: um livreto especial para lésbicas e mulheres bissexuais [20--].

Utilizei, ainda, para a discussão dos resultados, publicações indexadas em plataformas virtuais, como *SciELO*³ e *LILACS*⁴. O levantamento bibliográfico considerou a articulação temática entre lesbianidade e serviços de atenção à saúde sexual e reprodutiva, PNAIRHA e política de planejamento familiar, respeitando o recorte do objeto de estudo.

A análise do conteúdo feita sobre o disposto nas cartilhas selecionadas para o *corpus* deste trabalho possui como base a conceituação de Bardin (2002), buscando compreender os sentidos e associações que informam e direcionam a PNAIRHA e como a mulher lésbica é referenciada nestas cartilhas que tratam, prioritariamente, sobre saúde sexual e saúde reprodutiva. A leitura crítica dos livretos, junto às diversas reflexões realizadas sobre o contraste entre empírico e conceitual, é capaz de revelar uma chave de interpretações que apagam e condicionam lesbianas à heteronorma. Conforme a autora:

O objectivo da análise documental é a representação condensada da informação, para consulta e armazenagem; o da análise de conteúdo, é a manipulação de mensagens (conteúdo e expressão desse conteúdo), para evidenciar os indicadores que permitam inferir sobre uma outra realidade que não a da mensagem (BARDIN, 2002, p.46).

O estudo foi desenvolvido priorizando o conteúdo das legislações e os sentidos que as orientam, integrando à análise, no transcorrer do percurso do estudo, os cadernos publicados pelo Ministério da Saúde durante os anos de 2003 a 2016. A pesquisa considera, então, o movimento contraditório que ocorre no interior da sociedade e a tentativa de conciliação dos interesses diversos que a tensionam, examinando a conexão entre a concessão do acesso e os sentidos que informam as práticas de atendimento, suas características e fronteiras. Os dados, portanto, não são analisados numericamente, mas sim através da interpretação sobre os princípios fundamentais do SUS - universalidade, equidade e integralidade - e as concepções postas sobre temas centrais que direcionam o acesso à PNAIRHA, sendo estes *gênero, sexualidade e família*.

³*Scientific Electronic Library Online - SciELO* é uma plataforma online de periódicos científicos. Disponível em: < <http://www.scielo.org> >. Acesso em: 15 nov. 2018.

⁴Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde - LILACS é uma base cooperativa *online* e de acesso livre que dispõe de literaturas científicas e técnicas sobre a área da saúde. Disponível em: < <http://lilacs.bvsalud.org> >. Acesso em: 15 nov. 2018.

3 SEXO, GÊNERO E COMPULSORIEDADE: compreensões limítrofes “impostas”

Creio ser necessário expor algumas discussões conceituais sobre as compreensões que direcionam o estudo. Para além do explicitado sobre quem sou e as inquietações que me levaram a pesquisar o tema, é de extrema importância precisar as concepções que atravessam as discussões e, particularmente, informam a análise dos dados, a saber: gênero, sexualidade, lesbianidade, heterossexualidade compulsória normativa, família e planejamento familiar.

Conforme Heilborn (2002), gênero é uma categoria de análise que permite a distinção entre o biológico e o sócio-cultural, permitindo uma ruptura na normativa linear que impõe lugares aos corpos. Refere-se a uma construção histórica, social e política, a partir de uma perspectiva que problematiza as desigualdades sociais alicerçadas na reprodução de símbolos, normas e padrões postos, destinados culturalmente à divisão binária entre feminino e masculino. Questiona a centralidade do homem na história e revela, ainda, o conjunto de expressões que a sociedade espera de corpos previamente biologizados. Tal ferramenta analítica, sociopolítica e cultural expõe a divisão estrutural e binária que informa as relações sociais, bem com as identidades de gênero (como a pessoa interpreta e vê a si mesma).

Ao diferenciar a dimensão biológica da social, a categoria de gênero explicita que os atributos constitutivos da sexualidade feminina foram historicamente construídos de forma assimétrica e em oposição aos masculinos. Contudo, as discussões de gênero permitem afirmar que não é a diferença sexual que institui relações hierárquicas de modo assimétrico entre homens e mulheres, mas a maneira como cada sociedade valoriza e significa tais diferenças biológicas. Disso decorrem representações sobre o que se espera do feminino e do masculino, de seus comportamentos e de suas atitudes, até mesmo sexuais (ZUCCO; MINAYO, 2009, p.46).

Esta ideia de binaridade se baseia, previamente, no essencialismo biológico, que determina a definição de fêmea ou macho, de acordo com algumas características biológicas e fisiológicas ainda *in útero*. A distinção entre feminino e masculino, restrita à anatomia fisiológica, reduz corpos à função reprodutora e incorpora suposições de subjetividades. Estas suposições condicionam comportamentos, impõem moralidades e silenciam experiências cotidianas que não se pautam no biologicamente instituído. Segundo Scott (1989), gênero é uma categoria de ideias e ideais sobre a masculinidade e feminilidade, cultural, econômica e politicamente projetadas, que podem se modificar de acordo com interesses, sociedades, e o tempo histórico. Ainda segundo a autora, o não entendimento sobre gênero como categoria

analítica das relações sociais causa uma naturalização sexista⁵, que tradicionalmente faz dos homens seres dominantes e das mulheres “objetos” de dominação. A autora enfatiza que historicamente o acesso ao conhecimento e à produção acadêmica e científica são destinados, primordialmente, ao universo masculino, sendo, portanto, nossa história centralizada e pautada pela e na direção destes mesmos interesses, o que periferiza qualquer outra existência (mulheres, LGBTs, pessoas negras, indígenas e outras pluralidades).

No campo dos estudos feministas e de gênero não há um consenso, uma única interpretação e incorporação acadêmica e política sobre a categoria gênero (SCOTT, 1989; SAFFIOTI, 2011; PISCITELLI, 2002; NICHOLSON, 2000). No entanto, aqui a considero uma ferramenta analítica que possui extrema importância na compreensão das relações sociais, capaz de situar a construção do feminino e o lugar da mulher na história e sociedade. Além disso, possibilita problematizar a relação linear entre sexo e vivência da sexualidade.

Segundo Heilborn (2002), o termo sexualidade e suas concepções são construções históricas e culturais para convencionar as formas de relação e condutas. Tal construção normatizante é campo de extrema regulação do Estado e possui íntima articulação entre as definições de sexo biológico e identidade de gênero, criando pólos binários de aceitação (heterossexual) ou exclusão social (lesbianidade/homossexualidade), o que varia de acordo com a cultura local em determinado tempo histórico. O conceito de sexualidade aqui aplicado considera as formas de expressão, de autoreconhecimento e os desejos como liberdades e direitos e, com isto, rejeita a generalização de um comportamento sexual inato à condição biológica.

As mulheres são exploradas e dominadas como classe e pelas intersecções postas por uma estrutura sexista, racista e lesbofóbica⁶, que as violenta socioeconômica, política e culturalmente. A lesbianidade é uma conjunção entre identidade de gênero e sexualidade, posta pela relação (afetiva/sexual/política) entre duas mulheres, que se concretiza em uma sociedade pensada por e para homens, de engrenagens falocêntricas e estrutura heterocentrada. As relações lesboafetivas são colocadas às margens do que é visível, da sociedade e das Políticas Públicas de acesso universal, bem como são alvos de diversos tipos de violências (FACCHINI

⁵Entendo sexismo como uma entre tantas formas de subalternizar as mulheres através da compreensão linear limitada entre sexo e capacitismo, onde a mulher não é digna ou capaz de ocupar certos espaços devido sua “condição” biológica.

⁶A LGBTfobia presente em nossa sociedade deve ser considerada como uma opressão que incide diretamente sobre nossas vidas coletivas, contudo, a priorização do termo lesbofobia foi escolhido como forma de pautar e visibilizar opressões distintas, que afetam mulheres lésbicas de forma sistêmica e singular.

e BARBOSA, 2006; PERES, SOARES e DIAS, 2018), tornando seus processos de autoconhecimento e afirmação, por vezes, extremamente dolorosos. Segundo Tânia Navarro Swain (2004, p.14),

A ciências humanas, físicas ou biológicas, como qualquer atividade humana, sofrem, em sua apreensão da realidade, o filtro das repressões sociais, das imagens tradicionais, dos papéis e lugares designados às pessoas e às coisas, da importância atribuída a certos atos ou alguns fatos.

A lesbianidade é uma afronta e resistência à submissão posta pela dominação masculina, é uma ruptura no socialmente esperado e um desconforto à “masculinidade viril”. A relação afetiva e sexual entre duas mulheres se opõe ao discurso hegemônico sobre a configuração, moralidade e propósito definido das relações, principalmente conjugais, e é também uma relação de cunho político contra o sistema instituído e que merece visibilidade no campo das lutas em direção a uma sociedade diversa e emancipatória. A existência lésbica é marcada por forte resistência diante de reproduções violentas de práticas e/ou discursos que desconsideram as mulheres que se negam a viver sob o manto da compulsoriedade e normatividade, especialmente em tempos “sombrios” levados pelo cerceamento de direitos individuais e coletivos.

A heterossexualidade compulsória e normativa pode ser definida pela normalidade que impõe e impulsiona o imaginário social somente à composição homem e mulher ao referirmos palavras-chave como casal, casamento e família. É a “(...) associação obrigatória entre sexo e reprodução, criando um sistema de reforço desta na base da reprodução social” (SOARES; COSTA, 2014, p.05). Tal associação direta tem como legitimação (in)consciente a projeção de uma resposta de acordo com as informações geradas pelo conjunto da sociedade e apropriadas por nós durante o desenvolver da vida, reforçando-se e reproduzindo socialmente.

Como instituição política, a heteronorma compulsória decreta limites para a manutenção da ordem posta, onde as mulheres são “sujeitas extensão” do homem - não sujeitas próprias, agentes de suas escolhas e seus desejos - e histórica e culturalmente colocadas como subalternas ao universo masculino. Nessa chave de interpretação, a referência masculina se projeta por meio de coerções e violências físicas, sexuais, psicológicas, além de emocionais nos diversos espaços que compõem a vida, seja no trabalho, na comunidade e, em especial, na família.

A determinação estrutural instituída nas relações como normal/ideal é peça chave, em um sistema capitalista, para a reprodução e exploração da força de trabalho, manutenção das desigualdades e permanência de um sistema de acumulação que se fortalece na individualidade. Friedrich Engels (2009) discorre em seu livro - “A Origem da Família, da Propriedade Privada

e do Estado”, que o surgimento da ideia de propriedade privada contribuiu, diretamente, com a reorganização da família e sociedade, onde para garantir a hereditariedade paterna à sucessão de bens, o homem apropriou-se da mulher, seu corpo e sua liberdade, tornando-a sujeita dependente e domesticada. É pelo viés do controle sobre as vidas, corpos e aquisições que se legitimam os discursos hegemônicos relacionados à configuração e importância da família, não aceitando, portanto, de forma real, diferentes composições e arranjos, impondo a reprodução da vida a essa instituição. Ainda sobre o livro referenciado acima, o autor cita Lewis Henry Morgan, famoso antropólogo do século XIX, para descrever a família como ‘elemento ativo; nunca permanece estacionária’ (p. 45) reafirmando uma maleabilidade de sua definição. Cabe destacar que a discussão da reprodução assistida quase sempre é associada à família organizada a partir de duas pessoas heterossexuais e seus filhos/as. No entanto, é fundamental que se considere como possibilidade famílias compostas de uma ou duas pessoas, com orientações hetero, lesbo, homo ou bissexuais, com seus filhos/as, sendo possível arranjos múltiplos.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) adota, conforme a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) 2005⁷, como definição de família:

o conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência, que residissem na mesma unidade domiciliar e, também, a pessoa que morasse só em uma unidade domiciliar (s/n).

De acordo com sua página virtual⁸, o IBGE possui a missão institucional de registrar as diversas configurações e realidades vividas e enfrentadas por cidadãos e cidadãs brasileiras com a finalidade de fundamentar múltiplas ações, promovidas pelas três esferas de governo, favoráveis ao desenvolvimento de uma sociedade mais transparente e equânime. É o órgão federal responsável por realizar pesquisas que atendem interesses da sociedade civil e esferas governamentais, assim como sistematizar os dados que instrumentalizam e permitem o planejamento de ações estratégicas e políticas públicas capazes de suprir as diferentes demandas da população.

A Constituição Federal Brasileira de 1988, em seu artigo 226º, define família/entidade familiar como base da sociedade, com especial proteção do Estado, reconhecendo o casamento civil e religioso, bem como a união estável (entre um homem e uma mulher) e a relação entre

⁷Documento virtual e de livre acesso. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv31647.pdf>>. Acesso em: 17 nov. 2018.

⁸O IBGE possui em sua página virtual e disponível para acesso público, notícias, dados e informações relevantes ao desenvolvimento social, econômico e político do país. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 19 out. 2018.

qualquer dos pais e seus descendentes. É importante colocar aqui que o Supremo Tribunal Federal reconhece a união civil lesbo/homoafetiva desde 2011, através do julgamento da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 4277⁹. Contudo, diversos cartórios seguiram negando o direito de união civil a casais lesbo/homoafetivos, o que levou o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) a emitir, em 2013, a Resolução n. 175¹⁰ dispondo sobre a habilitação, celebração de casamento civil ou de conversão de união estável em casamento entre pessoas do mesmo sexo, vetando a todos os cartórios do Brasil sua recusa. Durante este período de cinco anos, compreendido entre 2013 e 2018, ao menos 19,5 mil casamentos lesbo/homoafetivos foram celebrados¹¹. No entanto, apesar da possibilidade de legalmente permanecerem juntas, estas pessoas seguem sendo refutadas social, cultural e politicamente como sujeitas e famílias de direito.

Ao contrastarmos as diferentes concepções sobre o conceito de família, disposto em texto constitucional e o relatado na PNAD 2005, é perceptível, por parte da Constituição, a omissão sobre as diversas composições familiares, registradas pelo IBGE, como parte da realidade brasileira. Conforme Froemming, Irineu e Navas (2010, p.169), "uma concepção restrita de família ou somente concepções que apontem os sujeitos através desta via de reconhecimento, causa efeitos danosos a quem não se enquadra". Estas composições plurais não abarcadas e/ou invisibilizadas no Art. 226º da Constituição de 1988 permitem, de forma perene, uma série de preconceitos que cerceiam a vida de famílias lesbo/homoparentais e seus acessos a direitos, principalmente no que tange às Políticas Sociais.

Sendo a família algo que se constrói (assim como a compreensão binária das existências) de acordo com os interesses preponderantes do tempo em questão, ela é uma instituição funcional de manutenção e regulação da ordem social e, neste sentido, dependendo das compreensões de família que atravessam cada sociedade, do seu lugar e atribuição como instituição social, é capaz de promover a violência, marginalização e/ou exclusão das/os sujeitas/os, principalmente, daquelas e daqueles que não se encaixam nos padrões socialmente

⁹Documento enviado pela Procuradoria Geral da República ao Supremo Tribunal Federal propondo a obrigatoriedade do Estado Brasileiro a reconhecer a união entre pessoas do mesmo sexo como entidade familiar. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/geral/verPdfPaginado.asp?id=400547&tipo=TP&descricao=ADI%2F4277>>. Acesso em: 19 nov. 2018.

¹⁰ Documento assinado pelo Presidente do Conselho Nacional de Justiça para livre acesso, disposto na página virtual do CNJ. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/images/resol_gp_175_2013.pdf>. Acesso em: 07 nov. 2018.

¹¹Informação retirada do canal virtual de notícias do CNJ. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/86781-em-tres-anos-cartorios-registraram-19-5-mil-casamentos-homoafetivos>>. Acesso em: 07 nov. 2018.

construídos e moralmente aceitos, onde a pluralidade é afronta, humilhação e “desonra”. Conforme Peres, Soares e Dias (2018) apontam no “Dossiê sobre Lesbocídio no Brasil”¹², em 2017 foram registradas 54 mortes de lésbicas, destas:

- 54% não correspondiam ao estereótipo/padrão feminino socialmente esperado;
- 69% das mortes ocorreram no interior dos estados;
- 55% das mortes ocorreram por arma de fogo, 23% a facadas, 7% por atropelamento, 6% por enforcamento, 6% por espancamento e 3% por estupro seguido de morte;
- 62% das mortes foram causadas por assassinatos e 38% por suicídios;
- 35% das mortes foram causadas por pessoas com vínculos afetivos, 22% por pessoas conhecidas e 43% por pessoas desconhecidas;
- 83% dos assassinos eram do sexo masculino.

Os dados apresentados pelas autoras demonstram o reforço das considerações mensuradas anteriormente quanto à estrutura centralizada no poder do homem sobre a vida da mulher, que impõe padrões na forma de ser e de se relacionar, violentando, de diversas formas as existências que ousam negar estas imposições. Apontam que a maioria das mulheres lésbicas assassinadas não correspondia à expressão construída sobre a feminilidade. A maior parte dos assassinatos ocorreram no interior dos estados, onde tendencialmente prevalece a perpetuação de culturas e tradições ainda mais conservadoras. Em mais da metade das mortes o assassino conhecia a vítima e, grande parte das vezes, essa relação possui vínculos afetivos. Destaca-se que predominantemente, os assassinos são do sexo masculino. Perante tal realidade, Peres, Soares e Dias (2018, p.78) ressaltam que:

os dados trabalhados nessa pesquisa são provenientes de notificações única e exclusivamente encontradas em mídias digitais e redes sociais, ou seja, esses dados passam necessariamente pelo critério da grande mídia para decidir o que é e o que não é vendável para o público pagante que acessa os portais de notícias Brasil a fora. Sendo assim, o caráter racista, misógino e LGBT+fóbico está presente, tanto na narrativa dos casos, quanto em quais casos estão ausentes e quais estão presentes em suas páginas.

Além do lesbocídio definido pelas autoras como uma especificidade de causa *mortis* dentro do feminicídio, é preciso também pensarmos nas violências lesbofóbicas que se tornam

¹²Neste texto é apresentado um conjunto de gráficos referentes a 2017, bem como o levantamento desde o ano 2004 está relatado no documento integral. Disponível em: <<https://dossies.agenciapatriciagalvao.org.br/fontes-e-pesquisas/wp-content/uploads/sites/3/2018/04/Dossi%C3%AA-sobre-lesboc%C3%ADdio-no-Brasil.pdf>>. Acesso em 28 nov. 2018.

omissas e não registrados pela mídia, pelo Estado e, por vezes, pela própria sujeita ou família da vítima. Violências estas que, quando não finalizam vidas, atingem os corpos e cercam liberdades, através de agressões físicas, palavras, olhares ou simbólicas negações de acesso.

Diante do exposto acerca das compreensões que norteiam o entendimento das categorias centrais à análise, sigo para o próximo capítulo apresentando a discussão dos resultados, com destaque aos princípios, diretrizes e considerações dos documentos nacionais que preveem o acesso à PNAIRHA. Exponho, brevemente, algumas conquistas de mulheres no campo do direito à saúde e discorro sobre elas até chegar ao objetivo central deste Trabalho.

4 VIOLÊNCIAS E INVISIBILIDADES LÉSBICAS: sem nós, não há emancipação humana¹³!

Feitas as considerações quanto aos conceitos que regem este trabalho e enfatizando a família como uma construção predeterminada - com definição e funcionalidade que se adequam aos interesses hegemônicos que regem à sociedade, podendo sofrer modificações em sua constituição e/ou organização - situo, ainda, que nossa sociedade desigual é sustentada por pilares sexistas e lesbofóbicos. Neste capítulo, apresento a análise sobre o acesso de mulheres lésbicas à PNAIRHA, desde a atenção básica em saúde, ao atendimento de alta complexidade. Reflito e articulo a discussão dos resultados, a partir dos conceitos orientadores do Trabalho, para a realização das interpretações.

O Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), lançado em 1984 pelo Ministério da Saúde, foi fruto da luta do movimento feminista por ações voltadas à saúde da mulheres de forma ampliada e não apenas limitada ao ciclo gravídico-puerperal, posta, até então, pelo antigo Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil (1975). Segundo documento elaborado pelo Ministério da Saúde,

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares (BRASIL, 2004b, p. 15).

Vê-se até o início da década de 80 um reforço ao discurso de que a mulher é responsável pelo zelo e aumento da família. Era, portanto, conduzida ao papel reprodutivo relacionado à heteronorma e heterossexualidade compulsórias. O PAISM buscou romper com a interpretação biomédica de associação limitada entre mulher e reprodução, entendendo-a como sujeita de direito no acesso às diversas políticas de promoção, prevenção e cuidado da saúde integral, assim como considerando-a em suas diferentes dimensões de vida. Contudo,

o processo de implantação e implementação do PAISM apresenta especificidades no período de 84 a 89 e na década de 90, sendo influenciado, a partir da proposição do SUS, pelas características da nova política de saúde, pelo processo de municipalização e principalmente pela reorganização da

¹³Considero a emancipação humana um processo de consciência política coletiva capaz de romper os limites postos pela estrutura sócio-política, econômica e cultural vigente. Neste sentido, é preciso que a sociedade busque sua emancipação política em totalidade e, então, perceba-se como potencialidade de mudança, sendo, assim, capaz de superar um sistema que se fortalece nas diferentes opressões que (re)produz (CARVALHO; PAES, 2017).

atenção básica, por meio da estratégia do Programa Saúde da Família (BRASIL, 2004b, p.17).

Desse modo, o PAISM ganha um cenário de desenvolvimento para seus princípios a partir da Constituição Federal de 1988. Esta foi um marco no processo de redemocratização do Brasil, que havia passado duros anos sob poder militar e recessão de direitos. Com a abertura política nacional, a Constituição absorveu em seu escopo influências internacionais sobre direitos universais, sociais e individuais, contudo, esta transição não se deu com caráter emancipatório, mas, sim, como forma de negociação necessária para a ordem do sistema político-econômico vigente. Segundo Mota (1995, p.68), a década de 1980 é caracterizada como:

década de transição, seja porque a superação da crise econômica não apontava para a reedição do modelo de desenvolvimento iniciado nos anos 50 e redimensionado no pós-64, seja porque os processos políticos de transição pelo alto, tão ao gosto das elites, também já não podiam ter continuidade, diante do grau de socialização da política conquistado pela sociedade desde, pelo menos, o movimento dos trabalhadores do ABC, nos finais da década de 70.

Neste processo de conciliação e afirmação de direitos, a Saúde é conquistada como parte do tripé da Seguridade Social e afirmada como direito universal e dever do Estado, em Art. 196º da Constituição Federal de 1988. Prevê, igualmente, no Artigo 198º que

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade (BRASIL,1988).

O Sistema Único de Saúde é, portanto, uma conquista (e um terreno ainda em constante disputa) dos movimentos sociais inspirados pelo Movimento da Reforma Sanitária. Regulamentado pela Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990¹⁴, o SUS é uma política pública que pauta-se por princípios de universalidade, integralidade e equidade¹⁵, descritos abaixo:

¹⁴Esta legislação trata-se da Lei Orgânica da Saúde - Lei 8.080/1990, que dispõe sobre a organização e o funcionamento do SUS, e pode ser acessada integralmente de forma virtual. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 17 nov. 2018.

¹⁵Os conceitos descritos são interpretações retiradas da página virtual PenseSUS, uma realização do Ministério da Saúde, através da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), em parceria com a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). Disponível em: <<https://pensesus.fiocruz.br>>. Acesso em: 17 nov. 2018.

- universalização do acesso - a saúde é prevista como um direito de todas as pessoas, tendo o Estado a responsabilidade de assegurar as condições necessárias para seu acesso aos serviços, independentemente de sexo, raça, ocupação, ou outras características individuais e/ou sociais;
- equidade - definida pela igualdade do direito na atenção à Saúde, considerando as diferenças e diversidades. É o direito de atendimento e acesso a recursos e serviços de acordo com as demandas e especificidades apresentadas.
- integralidade - prevê o atendimento em todos os níveis de atenção à saúde e o articula, quando necessário, junto às outras políticas sociais.

Alguns anos à frente, em 1994, durante a implantação do SUS no Brasil, aconteceu, na cidade de Cairo/Egito, a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), o que representou um início para a ampliação de direitos individuais e coletivos destinados às mulheres e potencializou, em âmbito nacional, as conquistas materializadas pelo PAISM. No Brasil, as discussões feministas sobre direitos humanos projetam a saúde sexual e reprodutiva como objetos da ação da saúde pública, bem como intensifica o debate sobre o direito das mulheres à autonomia sobre seus corpos. Segundo Rodrigues e Schor (2010, p.3-5),

A partir dos anos 90, em parceria com os movimentos gays e lésbicos contra a discriminação e estigmatização de homens e mulheres com preferências homoeróticas, o campo da saúde englobou discussões sobre a liberdade de escolha das mulheres quanto ao exercício da sexualidade, incluindo relações homo ou heterossexuais nos direitos sexuais.

[...]Se discutir a autonomia das mulheres sobre seus corpos implica em considerar outros fatores também relevantes e não raro, produtores de desigualdades, como classe social e relações de gênero, isso se torna ainda mais complexo nas reflexões sobre lésbicas, porque entra em cena a questão da homossexualidade.

É inegável que o movimento feminista é o grande propulsor do avanço considerável obtido no âmbito das Políticas Públicas de Saúde para Mulheres. Todavia, é preciso pontuar que este mesmo movimento possui em sua construção tensões e contradições postas pela diversidade das sujeitas que o compõem, figurando, também, como terreno de disputa de interesses e correlações de força. É preciso ressaltar que as lésbicas, como mulheres, igualmente, fizeram parte dessas lutas e conquistas referentes à autonomia sobre o corpo, direitos sexuais e direitos reprodutivos. O apagamento desta participação desconsidera nossa existência em um movimento feito de e para mulheres, que historicamente secundariza a lesbianidade.

A Secretaria Nacional de Políticas para Mulheres (SPM¹⁶), criada em 2003, vinculada à Casa Civil, tinha estreita articulação com o Ministério da Saúde para o funcionamento do PAISM, que, com revisões e ampliações em seus princípios e texto, ganhou status de Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). Embora tenha tido reformulações estruturais de sua vinculação com a Presidência da República, a SPM, ainda, prevê sua interação com a PNAISM e considera como prioridade

a integralidade e as questões de identidade de gênero e raça sejam incorporadas na formação dos profissionais de saúde; as especificidades das mulheres Lésbicas e Transexuais e das mulheres em situação de rua sejam priorizadas; assim como o acesso aos insumos para proteção das DST/HIV/AIDS, aos métodos anticoncepcionais e aos exames citopatológicos para prevenção do câncer de colo de útero¹⁷.

É importante perceber que o debate sobre sexualidades não está incorporado como necessidade de formação profissional, assim como não há, no texto elaborado pela SPM sobre saúde integral da mulher, menção alguma a respeito da demanda lésbica por reprodução assistida, apenas pontua, categoricamente, a prevenção de patologias e de concepção.

A PNAISM foi criada em 2004, pela ação dos movimentos feministas e outros movimentos sociais, reconhecendo a importância de um atendimento humanizado, alinhado aos princípios do SUS, buscando englobar com integralidade grupos historicamente marginalizados das políticas públicas. “As mulheres são a maioria da população brasileira (50,77%) e as principais usuárias do SUS” (BRASIL, 2004b, p. 9). No entanto, não há dados disponíveis sobre suas sexualidades no que se refere à orientação sexual, o que se torna um obstáculo para a obtenção de informações referentes às especificidades, legitimando uma lógica heterocentrada e homogênea sobre “quem são estas mulheres”. Em descompasso com esta nulidade de dados, são diversos os estudos e pesquisas (RODRIGUES e SCHOR, 2010; FACCHINI e BARBOSA, 2006) retratando às dificuldades enfrentadas por mulheres lésbicas na atenção à saúde, especialmente, no atendimento ginecológico.

¹⁶A Secretaria Nacional de Políticas para Mulheres foi extinta pela ex Presidenta Dilma Rousseff através do Art. 1º da Lei nº 13.266, de 5 de abril de 2016. A mesma Lei, em seu Art. 3º, criou o Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial, da Juventude e dos Direitos Humanos. Ainda em 2016, o vice-presidente Michel Temer, ao assumir a Presidência, sancionou a Lei nº 13.341, de 29 de setembro de 2016, que extingue no Art. 1º o Ministério anteriormente citado, sendo suas atribuições transferidas ao Ministério da Justiça, à época Ministério da Justiça e Cidadania. Em 1º de novembro de 2017, Michel Temer, através do Art. 6º da Lei nº 13.502, estabelece a Secretaria Nacional de Políticas para Mulheres como parte da estrutura básica das Secretarias de Governo da Presidência da República. Na página virtual da Secretaria é possível acessar as informações sobre as diversas Políticas específicas para Mulheres. Disponível em: <<http://www.spm.gov.br>>. Acesso em 21 nov. 2018.

¹⁷Informação retirada da página virtual da SPM, aba Saúde Integral da Mulher. Disponível em: <<http://www.spm.gov.br/assuntos/saude-integral-da-mulher>>. Acesso em 21 nov. 2018.

O modelo de mulher para o qual as ações desse serviço são direcionadas é aquela mulher adulta, mãe e heterossexual. Quando a mulher não se enquadra nesse perfil é invisibilizada no serviço ou passa por ações e serviços inapropriados para as suas demandas específicas. Mulheres lésbicas, muitas vezes, passam despercebidas nos serviços de saúde. A identificação da orientação sexual lésbica e bissexual nos serviços não ocorre através de abordagem direta às mulheres nas consultas e sim pela identificação de características atribuídas ao gênero masculino, por exemplo, “cabelo curto, jeito masculino de andar, tipo de roupa”. As mulheres que não correspondem a essa identidade de gênero atribuída ao masculino não são percebidas como lésbicas e, sendo invisibilizadas, suas demandas específicas não são identificadas (BRASIL, 2014, p.21).

O questionamento quanto à imposição normativa sobre os corpos pouco avançou no sentido de problematizar a feminilidade padrão ou a “necessária” presença do homem na vida das mulheres. Segundo Campos (2004, p.62):

[...] no movimento feminista, por sua vez, as lésbicas militantes passam a ter cada vez menos identificação com os grupos, pois, ao mesmo tempo em que as lésbicas contribuía muito ativamente para a construção do movimento e das pautas feministas, as mulheres heterossexuais se mostravam muito resistentes às lutas por causas lésbicas, principalmente no tocante ao questionamento da heterossexualidade como sistema de opressão para as mulheres.

Não contempladas pelas ações dos movimentos feministas, que não buscavam romper as amarras heterocentradas que estruturam a sociedade, as lésbicas buscaram organizar-se, na década de 1970, junto ao movimento homossexual (gay). Froemming, Irineu e Navas (2010), no entanto, chamam a atenção para o afastamento das lésbicas, a partir dos anos 1980, em virtude da supressão e invisibilidade de suas pautas em um movimento marcado pelo protagonismo gay.

É marcadamente na década de 90 que o movimento lésbico surge com mais força, visibilidade e atuação em grupos, redes, articulações e partidos políticos. Destaca-se como importante para a organização da militância lésbica, a realização do I Seminário Nacional de Lésbicas (SENALE) no Rio de Janeiro em 1996 (BRASIL, 2013b, p.14).

O Seminário Nacional de Lésbicas e mulheres bissexuais (SENALESBI¹⁸) é reconhecido nacionalmente como o maior fórum político e de instância máxima de deliberação das pautas lésbicas. É orientado a partir de três eixos de discussão: racismo; capitalismo; heteronormatividade e sexismo; e propõe questionamentos sobre os padrões socioculturais, bem

¹⁸Em 2014, o VIII SENALE aprovou em Plenária final a substituição da sigla SENALE pela sigla SENALESBI, pauta discutida e exigida pelo movimento de mulheres bissexuais que compunham o evento.

como a discussão e proposição de ações e estratégias que intervenham nas políticas públicas, visando à garantia e ampliação de direitos destas mulheres.

Em 2018, ocorreu em Salvador/BA o X SENALESBI, onde as mulheres presentes, no encerramento do encontro, escreveram coletivamente a carta “*Companheira me ajude, que eu não posso andar só; eu sozinha ando bem, mas com você, ando melhor!*”. Reafirmaram, com isso, os princípios de enfrentamento às opressões estruturais, analisaram a conjuntura política nacional feita durante o encontro e ratificaram suas bandeiras de luta no que tange **à gestação e à maternidade**. Abaixo transcrevo alguns trechos que considere de maior relevância para o trabalho:

Nós, lésbicas e mulheres bissexuais, de diversos estados do Brasil, reunidas em Salvador – Bahia, entre os dias 09 a 12 de agosto de 2018, no 10º SENALESBI – Seminário Nacional de Lésbicas e Mulheres Bissexuais, reafirmamos a importância e o compromisso deste espaço, enquanto espaço político de visibilidade, que se constitui a partir de um esforço coletivo, participativo e colaborativo de discussão de diferentes questões referentes às lesbianidades [...] tendo como diretrizes orientadoras os princípios feministas de enfrentamento ao racismo, ao capitalismo, à heteronormatividade, ao machismo e de superação da Lesbofobia [...]

Perpassou todo o Seminário a análise da conjuntura política que aponta o avanço do conservadorismo no Brasil e no mundo, representando um ataque aos direitos conquistados pelos movimentos de lésbicas e bissexuais nas últimas décadas, em busca de nossa plena cidadania. [...]

A conjuntura vivenciada pela população de lésbicas e de mulheres bissexuais tem sido de grandes desafios sobretudo no que se refere a possibilidade da maternidade. Exigimos, desse modo, **atenção aos nossos direitos sexuais e reprodutivos**, com atendimento integral pelo SUS; **legitimidade da dupla maternidade**, intensificando o combate ao conservadorismo na concessão da adoção para lésbicas e bissexuais

[...]

Questões sobre direitos reprodutivos, especificamente sobre a legalização do aborto e reprodução assistida, ambas pelo pelo SUS, bem como a resistência em relação ao desmonte do SUS, também são mencionadas como pautas imediatas e inegociáveis.

[...]

Não existimos isoladas dentro do capitalismo. Nossas vidas e nossa autonomia importam!

Não ao machismo, ao racismo e à LGBTfobia! (grifos nossos).

O fragmento de texto referenciado é explícito quanto à defesa do SUS e seus princípios, assim como destaca de forma enfática a reivindicação do direito de mulheres lésbicas à Reprodução Assistida, instituída no âmbito do SUS. Esta exigência do movimento de mulheres lésbicas encontra diversas barreiras em sua concretização, conforme Froemming, Irineu e Navas (2010, p.169):

[...] de alguma forma, as nossas leis tendem a institucionalizar o heterossexismo, na medida em que não tematizam a livre orientação sexual,

podendo ser a opressão sutil, onde “não – heterossexuais” têm seus direitos suprimidos por meio da negligência, omissão ou até mesmo da supressão, pois ao categorizar as pessoas como “normalmente” heterossexuais, a tendência é normatizar e suprimir os direitos de LGBT.

As análises desenvolvidas aqui neste trabalho, não tem foco, portanto, na contracepção. Ao apresentar os documentos selecionados para compor o *corpus* deste trabalho, discorro reflexões sobre como figuram as mulheres lésbicas no acesso à Política de Reprodução Assistida instituída no SUS, ou seja, a centralidade é a concepção de fato e as possibilidades dispostas para que estas sujeitas alcancem seu desejo de gestar uma criança.

4.1 As disposições que apagam são, também, as que violentam.

A Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que regulamenta o parágrafo 7º, do artigo 226º da Constituição, situa o planejamento familiar como direito universal e o entende como um “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” (BRASIL, 1996). Planejamento familiar é, portanto, um conjunto de ações que auxiliam indivíduos e casais a planejar e/ou prevenir a gravidez da mulher. Ainda sobre a Política Nacional de Planejamento Familiar, destaco os seguintes artigos para reflexão

Art. 4º O planejamento familiar orienta-se por ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade.

Parágrafo único - O Sistema Único de Saúde promoverá o treinamento de recursos humanos, com ênfase na capacitação do pessoal técnico, visando a promoção de ações de atendimento à saúde reprodutiva.

Art. 5º - É dever do Estado, através do Sistema Único de Saúde, em associação, no que couber, às instâncias componentes do sistema educacional, promover condições e recursos informativos, educacionais, técnicos e científicos que assegurem o livre exercício do planejamento familiar.

[...]

Art. 9º 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.

Diante do que está exposto em Lei, torna-se dever do Estado a garantia do acesso equânime às ações e serviços, sendo também dever deste fomentar e prover pesquisas e recursos técnico-científicos capazes de proporcionar as condições viáveis para este acesso, quando dele for requerido. Ao deslocarmos o pensamento ao passado e projetarmos uma linha temporal,

contextualizando conjunturas políticas e econômicas mundiais, assim como considerando o avanço tecnológico e científico, é possível afirmar que no ano em que esta Política passou a vigorar os valores atribuídos a ela eram e, ainda são, restritos a um ideal de “família comercial de margarina”, repleto de conservadorismo homogeneizante.

A “Cartilha Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: Uma prioridade do Governo” é um documento elaborado pelo Ministério da Saúde, em 2005, e apresenta a gestores, profissionais da saúde e sociedade civil, diretrizes que garantam direitos em relação a saúde sexual e reprodutiva. Seu foco é no planejamento familiar, considerando que:

O Governo brasileiro pauta-se pelo respeito e garantia aos direitos humanos, entre os quais se incluem os direitos sexuais e os direitos reprodutivos, para a formulação e a implementação de políticas em relação ao planejamento familiar e a toda e qualquer questão referente à população e ao desenvolvimento. (BRASIL, 2005, p.6)

Esta cartilha, contudo, apesar de conter propostas e diretrizes visando à garantia e ampliação de direitos sexuais e reprodutivos, não considera, em momento algum, a garantia desses mesmos direitos às mulheres lésbicas. Segundo consta na apresentação,

[...] o documento 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 (BRASIL, 2005, p.6).

É preciso situar, também, a confecção deste material em uma linha temporal, onde o direito à sexualidade já havia sido reconhecido e o Programa “Brasil sem Homofobia” estava regulamentado. Mesmo com a participação das Secretarias Especiais de Direitos Humanos e de Políticas para as Mulheres, o apagamento da demanda lésbica foi, mais uma vez, perpetuado. Não há no documento menção alguma à lesbianidade e às possibilidades dessas mulheres estarem inseridas nas “prioridades do governo”.

Sobre o referido “Programa Brasil sem Homofobia”, este foi lançado pela Secretaria Especial de Direitos Humanos, em 2004, como parte estratégica do Plano Plurianual (PPA 2004-2007), visando combater a violência e discriminação à população LGBT. Possui como um de seus princípios, a produção de conhecimento capaz de subsidiar políticas públicas específicas a pessoas LGBTs. O documento destaca:

[...] enquanto existirem cidadãos cujos direitos fundamentais não sejam respeitados por razões relativas à discriminação por: orientação sexual, raça, etnia, idade, credo religioso ou opinião política, não se poderá afirmar que a sociedade brasileira seja justa, igualitária, democrática e tolerante (BRASIL, 2004a, p.13-4).

Em seu programa, possui 53 ações direcionadas e divididas em onze eixos, sendo estes: I - Articulação da Política de Promoção dos Direitos Homossexuais; II - Legislação e Justiça; III - Cooperação Internacional; IV - Direito à Segurança; V - Direito à Educação; VI - Direito à Saúde; VII – Direito ao Trabalho; VIII – Direito à Cultura; IX – Política para a Juventude; X – Política para as Mulheres; XI - Política contra o Racismo e a Homofobia.

Destes onze, selecionei dois eixos que remetem ao objeto de estudo em discussão:

- Eixo VI – *Direito à Saúde: consolidando um atendimento e tratamentos igualitários*. Este descreve três ações específicas, contudo, nenhuma refere à reprodução assistida, embora haja consideração sobre a necessidade de promover a formação, capacitação e sensibilização das equipes profissionais de saúde para a garantia do acesso igualitário e a “atenção especial à saúde da mulher lésbica em todas as fases da vida” (Brasil, 2004a, p. 24);
- Eixo X – *Política para as Mulheres*, este possui em seu escopo nove ações, sendo estas relacionadas ao combate à violência e à discriminação, bem como à necessidade e relevância de estudos e pesquisas que possuam recorte de orientação sexual. Não há disposto apontamento algum sobre Política de Planejamento Familiar ou Política de Reprodução Assistida.

Sendo a sexualidade um campo de regulação moral que estabelece pólos hierárquicos de exclusão e aceitação social, é preciso problematizar:

[...] os limites da política identitária do movimento LGBT, na medida em que essas percepções naturalizadas são incapazes de questionar radicalmente as normativas de gênero e sexualidade. No campo das políticas sociais, essa perspectiva poderia possibilitar a elaboração de políticas sexuais que se aproximassem da efetiva democracia sexual, embora insuficiente para construção de outro projeto societário, mas possivelmente uma alternativa primária na defesa dos direitos humanos dessa população. Essas incoerências parecem configurar um cenário de dificuldades e impossibilidades de conquistas, exatamente pela incapacidade de questionamento dos padrões de convenção e pela recusa de políticas que corroborem a heteronormatividade, que fortalece, ainda mais, a homofobia presente no Estado (IRINEU, 2014, p.198-9).

Bruna Irineu (2014) afirma, ainda, que o PPA 2004-2007 foi uma estratégia de perpetuação das políticas neoliberais iniciadas nos governos anteriores ao Governo Lula. Esta interpretação é possível devido à “centralidade do diálogo e apoio financeiro por parte do Estado, assumida no PPA, às instituições não governamentais, o que demonstra uma

configuração de desresponsabilização por parte do Estado em executar as ações previstas” (IRINEU, 2014, p.197).

Tal desresponsabilização do Estado, ao ser assumida por organizações civis, não permite a abertura de brechas capazes de proporcionar um avanço concreto e que deem sustentação aos direitos LGBTs. Resumem-se a conciliar e intervir de forma fragmentada, e não garantem a eficiência de embates ou ganhos políticos em sua totalidade.

Em 2008, a fim de fortalecer o Programa "Brasil sem Homofobia", ocorreu a 1ª Conferência Nacional de Políticas Públicas para LGBTs, buscando discutir e propor políticas públicas a esta população. O resultado obtido foi disposto na “**Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT**”, legitimada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), em 2009, e instituída pela Portaria nº 2.836, de 01 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2014).

Antes de discorrer a respeito desta Política, creio ser importante registrar que em 2017 houve diversas revogações referentes às políticas de saúde instituídas, em Portarias específicas da área, sendo a Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT uma entre tantas outras. Ao todo, segundo o Ministério da Saúde, mais de 18 mil portarias foram editadas e categorizadas em 749 portarias, que foram prescritas em seis Portarias de Consolidação (PRCs), dispondo sobre a consolidação das normas das políticas nacionais de saúde¹⁹. Tais revogações se justificam pelo estabelecido na Lei Complementar nº 95/1998²⁰.

O acesso e a compreensão sobre as legislações, por vezes, parece exigir extremo trabalho de investigação. As informações sobre a vigência ou revogação das leis, assim como as motivações que levaram à revogação destas, são extremamente fragmentadas e escamoteadas. A página virtual do Ministério da Saúde, contudo, afirma que “quando se diz que a portaria foi revogada por consolidação, significa que, embora a portaria não esteja mais vigente, seu conteúdo foi consolidado e, portanto, está inserido em uma das PRCs”²¹.

A “Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT” - Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, Anexo XXI- (antiga Portaria nº 2.836/2011),

¹⁹Informações retiradas da página virtual do Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/41940-portarias-de-consolidacao-do-sus-estao-disponiveis-para-consulta-online>>. Acesso em 26 nov. 2018.

²⁰A Lei Complementar nº 95, de 26 de fevereiro de 1998, dispõe sobre a consolidação das leis, conforme determina o parágrafo único do art. 59 da Constituição Federal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp95.htm>. Acesso em: 22 nov. 2018.

²¹Informação retirada da página virtual do MS. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/legislacao-da-saude/o-que-muda-com-a-consolidacao>>. Acesso em: 26 nov. 2018.

está disposta no Capítulo I - das Políticas de Saúde, Seção IV - das Políticas de Promoção da Equidade em Saúde, Artigo 5º, Parágrafo III. Em forma de Anexo XXI, tem em seu escopo:

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT) no âmbito do SUS, com o objetivo geral de promover a saúde integral da população LGBT, eliminando a discriminação e o preconceito institucional e contribuindo para a redução das desigualdades e para consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo.

CAPÍTULO I

DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS

Art. 2º A Política Nacional de Saúde Integral LGBT tem os seguintes objetivos específicos [...]

XIV - garantir os direitos sexuais e reprodutivos da população LGBT no âmbito do SUS; [...]

Art. 4º Compete ao Ministério da Saúde [...]

IV - definir estratégias de serviços para a garantia dos direitos reprodutivos da população LGBT;

Conforme o disposto, esta Política tem como objetivo promover a saúde integral e de forma equitativa, com ênfase, em seus objetivos, à garantia dos direitos sexuais e reprodutivos desta população específica, sendo competência do Ministério da Saúde definir estratégias para o alcance deste objetivo de promoção.

Outra revogação expressa pela Portaria de Consolidação nº 2 de 2017 foi a Portaria nº 426 de 23 de março de 2005, que instituía, no âmbito do SUS, a **Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida (PNAIRHA)**. Localizada como **PRC nº 2, de 28 de setembro de 2017, Anexo XXX**, está prevista no Capítulo II - das Políticas de Organização da Atenção à Saúde, Seção II - das Políticas de Atenção à Agravos Específicos, Artigo 7º, Parágrafo II. Em forma de Anexo XXX, tem em seu texto:

Art. 1º Fica instituída, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

Art. 2º A Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida será implantada de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, permitindo: [...]

III - definir critérios técnicos mínimos para o funcionamento, o monitoramento e a avaliação dos serviços que realizam os procedimentos e técnicas de reprodução humana assistida, necessários à viabilização da concepção, tanto para casais com infertilidade, como para aqueles que se beneficiem desses recursos para o controle da transmissão vertical e/ou horizontal de doenças [...]

VI - qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e a implementação da

Política de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, em conformidade com os princípios da integralidade e da Política Nacional de Humanização (PNH).

Ao compararmos os textos dispostos na antiga Portaria 426/2005 com o da Portaria de Consolidação nº 2/2017, é possível afirmar que, apesar de revogada, aquela primeira se mantém prescrita, sob mesmo texto, em anexo XXX desta nova norma (Portaria de Consolidação nº 2/2017). Nesta, foram retiradas as considerações prévias que explicitavam o conceito de infertilidade segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS). Este conceito, a despeito de não constar mais de forma explícita nas considerações que direcionam a Política, segue conduzindo os serviços de Reprodução Assistida previstos na Política de Planejamento Familiar.

Segundo glossário elaborado pela OMS (2011)²², “infertilidade possui uma definição clínica, prescrita como doença do sistema reprodutivo definida pela falha de se obter gravidez clínica após 12 meses ou mais de coito regular desprotegido”. Tal concepção adotada como diretriz da PNAIRHA assegura, de forma prioritária ou exclusiva, o acesso aos serviços às pessoas ou casais heterossexuais inférteis. De igual modo, estabelece uma relação intrínseca entre patologia e acesso à Política, embora esta contemple a integralidade e a ausência de discriminações como perspectivas. Ademais, a associação desconsidera a possibilidade de mulheres lésbicas como sujeitas individuais ou casais serem demandatárias dos serviços de reprodução humana e de concretizar o exercício da maternidade biológica.

Por mais que tenha havido revogação justificada pela Consolidação e com isto a supressão das antigas considerações, a centralidade heterossexual como direcionamento permanece para o acesso aos serviços disponíveis à PNAIRHA. A incorporação das informações divulgadas pela OMS como critério de acesso, concomitante à supressão de um recorte ou apontamento específico sobre a orientação sexual dessas pessoas e casais inférteis, permite uma assimilação direta e compulsória heterossexual, o que impõe limites que contradizem o Anexo XXI (Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT), disposto na mesma Portaria, que enfatiza os direitos sexuais e reprodutivos da população não heterossexual.

²²O Glossário revisado da Terminologia das Técnicas de Reprodução Assistida (TRA) é um documento elaborado pelo Comitê Internacional para Monitorização da Tecnologia Reprodutiva Assistida e pela Organização Mundial da Saúde, em 2009. É um documento internacional que busca padronizar a comunicação entre os profissionais da área. É de livre acesso, traduzido e publicado pela Red Latinoamericana de Reproducción Assistida em 2010. Disponível em: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/infertility/art_terminology_por.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2018

Diante do que é posto em Lei e tendo como base a “obviedade” heterossexual das possíveis demandas, o apagamento de mulheres que não se relacionam sexualmente com homens é nítido. A impossibilidade de uma mulher lésbica conceber via cópula uma criança, mesmo que esta mesma mulher não seja infértil, está dada, pois no exercício de sua sexualidade não há coito.

É preciso que os serviços de saúde disponham de profissionais capacitados para o atendimento às mulheres, considerando a possibilidade de parte da clientela ser composta por mulheres que fazem sexo com mulheres. Isso é necessário para que saibam atender às mulheres lésbicas dentro de suas especificidades, e respeitando seus direitos de cidadania (BRASIL, 2004b, p.49).

De uma forma mais categórica, a formação profissional em saúde, ao ignorar as especificidades lesbianas sincronicamente à consideração da normativa heterossexual posta e reforçada por uma análise clínica e patológica como única forma de acesso à PNARHA, viola uma gama de direitos das mulheres lésbicas.

Tendo presente as reflexões em torno das legislações e suas limitações, verifica-se que o acesso de mulheres lésbicas nos serviços de Atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva é disposto de forma ínfima ou invisível. De modo geral, pouco há interesse sobre nossas vidas, nossa saúde, nossos desejos e nossas angústias. A associação direta entre corpo, gênero e sexualidade nos prende em uma arena de extrema regulação e controle por parte do Estado e sociedade civil. Quase nada é divulgado sobre a possibilidade da gestação entre mulheres, seja por espermatozoides fabricados e criados em laboratório ou pela fecundação de óvulos a partir de carga genética retirada de células tronco adultas femininas e sem a utilização de espermatozoides²³. Tais pesquisas, caso fossem estimuladas ao invés de impregnadas de valores e interesses pontuais, permitiriam a expansão das possibilidades que envolvem o processo de concepção e gestação. Extrapolar os limites da “ordem natural” só parece ser permitido quando, de certa forma, não emancipa de fato ou quando não representa ameaça ao instituído.

²³Em diferentes países são desenvolvidas pesquisas sobre o tema, como: o **estudo australiano** sobre fecundação de óvulos, a partir de material genético extraído de qualquer célula do corpo humano, publicado no site BBC Brasil, em 2001, disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/noticias/2001/010710_fertilidade.shtml>. Acesso em: 28 nov. 2018; **estudo britânico** sobre a criação de espermatozoides a partir de células-tronco da medula óssea feminina, publicado pelo site O Globo, em 2008. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/sociedade/ciencia/cientistas-criam-espermatozoide-partir-de-celula-feminina-3635095>>. Acesso em: 28 nov. 2018; **estudo holandês**, publicado no site BBC UK, em 2018, sobre a criação de embriões sintéticos a partir de células-tronco de ratos. Disponível em: <<https://www.bbc.com/news/health-43960363>>. Acesso em: 28 nov. 2018.

Acredito ser fundamental, ainda, entender o significado de autonomia e emancipação humana quando estamos em um Estado no qual germinam disputas de projetos societários contraditórios, em um contexto exponencial de avanço político-econômico neoliberal. Apesar do Estado garantir por lei os mesmos direitos às pessoas LGBTs e heterossexuais como sujeitas e/ou casais, este não coloca na prática o igual acesso a direitos, como o planejamento familiar. Neste sentido, o Estado, na condição de gestor se compromete e se responsabiliza por viabilizar os meios que garantam o serviço de reprodução humana assistida às famílias que dele precisarem.

Em 21 de setembro de 2017, sete dias antes da expedição da Portaria de Consolidação nº 2, o Conselho Federal de Medicina (CFM) divulgou a Resolução nº 2.168/2017²⁴, expondo como um dos motivos para a publicação da Resolução a falta de legislação específica que trate sobre a RHA. Esta resolução possui em seu escopo considerações, princípios gerais, descrição de usuárias das técnicas de RHA e outras diretrizes. O trecho referido abaixo representa um recorte específico à discussão que segue.

Princípios Gerais

1. As técnicas de reprodução assistida (RA) têm o papel de auxiliar na resolução dos problemas de reprodução humana, facilitando o processo de procriação. [...]

3. As técnicas de RA podem ser utilizadas desde que exista probabilidade de sucesso e não se incorra em risco grave de saúde para o (a) paciente ou o possível descendente. [...]

II - Pacientes das Técnicas de RA

1. Todas as pessoas capazes, que tenham solicitado o procedimento e cuja indicação não se afaste dos limites desta resolução, podem ser receptoras das técnicas de RA, desde que os participantes estejam de inteiro acordo e devidamente esclarecidos, conforme legislação vigente [...]

2. É permitido o uso das técnicas de RA para relacionamentos homoafetivos e pessoas solteiras, respeitado o direito a objeção de consciência por parte do médico.

3. É permitida a gestação compartilhada em união homoafetiva feminina em que não exista infertilidade. Considera-se gestação compartilhada a situação em que o embrião obtido a partir da fecundação do (s) ovócito (s) de uma mulher é transferido para o útero de sua parceira.

É notável a ponderação do Conselho Federal de Medicina às vidas lésbicas que demandam a Reprodução Assistida. A técnica de RA tem como princípio a busca pela resolução de problemas de reprodução - e não apenas de infertilidade -, e ampliam as possibilidades de acesso das pessoas que delas quiserem usufruir. O mesmo documento traz, ainda, a permissão

²⁴A Resolução CFM nº 2.168/2017 é de acesso virtual e público. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2017/2168>>. Acesso em: 18 nov. 2018.

das técnicas e da gestação compartilhada entre mulheres lésbicas, porém, apesar de autorizar o uso das técnicas (e isso representar um avanço nas estruturas da medicina normativa), permite, igualmente, a rejeição do médico (alastrando um pensamento conservador), o que pode caracterizar certa instabilidade no acesso.

É importante reafirmar que a recessão do Estado fortalece uma estrutura que mercantiliza vidas e nega direitos. Em um contexto de Políticas Públicas incipientes, do avanço do discurso de ódio e conservador, bem como de uma formação profissional em saúde extremamente lesbofóbica, a permissão do Conselho Federal de Medicina e a objeção de consciência em seu uso das técnicas de RA às mulheres lésbicas e solteiras, ratificam o poder de outrem sobre um corpo lésbico sob a ótica de manutenção da ordem moral. Segundo Vitule, Machin e Couto (2017, p. 4032),

A expansão da produção de serviços, o desenvolvimento tecnológico e o aumento do consumo médico pela população, fazem parte da organização atual da prática médica, que se dá dentro dos moldes de produção capitalista [...]

As tecnologias reprodutivas (TR) são representantes dessa organização e foram desenvolvidas inicialmente com o intuito de serem uma solução para casais heterossexuais inférteis incidindo na fecundação. [...]

Sendo parte de um processo mais ampliado de medicalização da sociedade, a medicalização da reprodução possibilita uma biologia “sob controle”, sendo tal controle exercido social e culturalmente pelo escrutínio médico.

Se a PNAIRHA busca promover a formação permanente de seus profissionais de acordo com a Política Nacional de Humanização (PNH), é preciso que amplie suas concepções e formas de acesso, admitindo a Resolução do CFM e a direcionando como direito das usuárias lésbicas, ou seja, independentemente da vontade profissional. Tal incorporação exigiria a alteração da formatação bio-hetero centrada, que estrutura os serviços de saúde em todos os níveis assistenciais, forçando uma assimilação ampliada sobre definições sócio-culturais e sua incidência sobre as vidas e corpos desde a concepção.

A PNAIRHA segue sendo algo longínquo entre as lésbicas demandatárias deste serviço no âmbito do SUS, por uma chave de interpretações pactuadas como normativas em nossa sociedade, mas não só. A contrarreforma do Estado, iniciada no governo Collor e firmada desde o governo Fernando Henrique Cardoso, materializa-se e se perpetua no enxugamento das respostas do Estado frente às demandas sociais. O desmonte dos serviços públicos de atenção à saúde são atingidos por esta contrarreforma através da restrição do financiamento público e pela ruptura com o princípio da integralidade. Com esta ruptura, o Estado seria responsável apenas pelo atendimento básico (com ações mínimas e focalizadoras), deixando sob

responsabilidade de empresas privadas e do terceiro setor os serviços e atendimentos de maior complexidade, formando blocos de clientes consumidores²⁵ que podem pagar por suas demandas específicas em saúde (CFESS, 2010).

O enxugamento do Estado em relação às políticas públicas de saúde se estrutura e se propala violentamente no estímulo e propaganda às empresas privadas como único acesso possível, sendo viável e assim justificado, inclusive, por uma apropriação do capital sobre as demandas específicas nas quais o Estado, por força do próprio capital, insistentemente se exime.

A reprodução no domínio das clínicas de RA é elemento constituinte desse cenário, ao passo que a decisão de passar por procedimentos de RA possa significar liberdade de escolha para os clientes, tais escolhas também são reguladas pelo sistema econômico num contexto de medicalização (VITULE; MACHIN; COUTO, 2017, p. 4038).

As possibilidades quanto ao uso das técnicas de reprodução assistida, previstas de forma a perdurar a regulação sobre os corpos, impulsionadas pelo movimento de manutenção da ordem vigente, não busca a ruptura dos preconceitos ou limites existentes, mas se fortalece no aprofundamento e afirmação destes mesmos, permitindo acessos pontuais e de forma controlada. Conforme Andreazzi e Bravo (2014, p.501-2),

[...] o viés fortemente empresarial que parece estar estruturando o sistema de saúde brasileiro, a partir da década de 1990, representa um contraponto a toda base de estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), ameaçando as premissas de equidade e universalidade que nortearam sua criação.

O projeto de Reforma Sanitária, no qual foi inspirado o SUS, está sucumbindo aos interesses empresariais firmados desde a década de 1990. Tal disputa de projeto político para a direção dos serviços e instituições de saúde é ainda presente, sendo um terreno constantemente mediado e conciliado pelo governo. A intensificação do sucateamento das instituições e serviços públicos de saúde são forçados pelo mesmo movimento político que estimula os interesses privatistas e de mercado e é essa mesma amarração estrutural que não permite um acesso democrático e uma política de direito.

A Portaria SAS/MS nº 388, de 06 de julho de 2005²⁶, determinava a adoção conjunta entre estados e municípios para garantir as condições necessárias à organização e implantação

²⁵Blocos de consumidores de planos e seguros de saúde complementares e privados denominados de Sistema de Desembolso Direto (SDD) ou Sistema de Atenção Médica Suplementar (SAMS).

²⁶A Portaria SAS/MS nº388/2005 foi expelida pelo Secretário de Atenção à Saúde e publicada no Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 11 jul. 2005. Seção I, p.65. Disponível em: <<https://www.jusbrasil.com.br/diarios/687339/pg-65-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-11-07-2005>>. Acesso em 18 nov. 2018.

das redes de Atenção em Reprodução Humana Assistida. Esta sofreu suspensão temporária por até 30 dias em 13/07/2005,²⁷ por mais 45 dias em 03 de agosto de 2005²⁸ e, novamente, por mais 45 dias em 20 de setembro de 2005²⁹, tendo sua revogação total pela Portaria nº 2.442, de 09 de dezembro de 2005³⁰, expedida pelo então Ministro de Estado da Saúde, José Saraiva Felipe, que a considerou insubsistente.

Os dados referentes à suspensão da Portaria em questão foram consultados na página virtual do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP)³¹, contudo, não há registro sobre a Portaria neste *site* a partir de setembro de 2009. A informação sobre a revogação total foi retirada do banco virtual sobre legislações em saúde SaudeLegis, onde não consta os desdobramentos anteriores.

A Portaria SAS/MS nº 388/2005, que vigorou poucos dias de seu despacho a sua primeira suspensão, trazia consigo várias considerações e, em seus anexos, dispunha:

ANEXO I: normas para o credenciamento e habilitação dos Serviços de Referência de Média e Alta Complexidade em Reprodução Humana Assistida; ANEXO II: série de consultas, atendimentos e exames exigidos nos três níveis de atenção à saúde (Básica, Média e Alta Complexidade), bem como procedimentos cirúrgicos e não cirúrgicos para patologias da mulher, do homem e/ou casal infértil (coito programado, inseminação artificial ou intrauterina, fertilização in vitro em suas várias formas e transferência embrionária)

²⁷A Portaria MS/GM nº 1.187 de 13 de julho de 2005 suspende a Portaria 388/MS por até 30 dias, para análise de impactos financeiros e apreciação da Comissão Intergestores Tripartite. (Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 14 jul. 2005. Seção 1, p. 87-8). Disponível em: <<https://www.jusbrasil.com.br/diarios/693567/pg-87-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-14-07-2005>>. Acesso em 18 nov. 2018.

²⁸A Portaria nº 1.187/GM de 2005 foi alterada pela Portaria MS/GM nº 1.269 de 3 de agosto de 2005, excluindo da anterior um total de 18 portarias e prorrogando a suspensão das demais por mais 45 dias para maiores estudos e pactuações com a gestão bipartite. (Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24 out. 2005. Seção I, p.28 – Republicada por ter saído no DOU nº 149, de 4/8/2005, Seção 1, página 29, com incorreção no original). Disponível em: <<https://www.jusbrasil.com.br/diarios/776278/pg-21-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-05-08-2005>>. Acesso em: 18 nov. 2018.

²⁹A Portaria 1.269/GM de 2005 foi alterada pela Portaria MS/GM nº 1.712, de 20 de setembro de 2005, prorrogando o prazo da portaria 1.269/GM de 2005 por mais 45 dias, pelos mesmos motivos citados anteriormente. (Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 21 set. 2005. Seção I, p. 91). Disponível em: <<https://www.jusbrasil.com.br/diarios/755673/pg-91-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-21-09-2005>>. Acesso em: 18 nov. 2018.

³⁰Portaria nº 2.442, de 09 de dezembro de 2005, que trata sobre a revogação de 19 Portarias por motivo de insubsistência. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2442_09_12_2005.html>. Acesso em: 28 nov. 2018.

³¹A página virtual do CREMESP disponibiliza um banco virtual de legislação básica da medicina. Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=PesquisaLegislacao&dif=s>>. Acesso em: 18 nov. 2018.

ANEXO III: Diretrizes para a Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida (AIRHA) garantida nos três níveis de atenção à saúde e divididas em dois eixos:

I - Diretrizes para o acompanhamento psicossocial - (Atenção Básica) que deve considerar os direitos sexuais, os direitos reprodutivos e a Legislação vigente, como a Lei 9.263/1996.

II. Diretrizes clínicas para atenção aos casais inférteis, segundo definição da OMS, nos 3 níveis de atenção à saúde

Nos anexos dispostos nesta extinta Portaria é possível encontrar uma tentativa de regionalização dos serviços de RHA, bem como algumas contradições subliminares, como a associação entre o acesso aos direitos sexuais e reprodutivos e o uso do termo casal. Aqui, referindo-se explicitamente à heterossexualidade e reafirmando, novamente, o imediatismo entre o direito de acesso à política e a presença da patologia da infertilidade, sendo as especificidades da mulher lésbica, mais uma vez, invisibilizadas. No anexo II da Portaria citada são descritas diversas maneiras de romper os limites impostos pela natureza dos corpos, através de tecnologias capazes de permitir a expansão das possibilidades sobre reprodução e gestação, embora a ideia de conciliar maternidade e lesbianidade não seja descrita como possibilidade.

A revogação desta Portaria por motivo de insubsistência representa a abstenção do Estado frente às demandas sociais em saúde sexual e reprodutiva, principalmente, no que se refere à RHA. A justificativa pelo alto investimento necessário a pesquisas e equipamentos relacionados às tecnologias reprodutivas têm se constituído em um significativo impulso ao setor privado especializado da área, que não se recusa a abraçar a demanda reprodutiva, mesmo que não concorde moralmente com as causas que levaram a ela. Neste sentido, é possível afirmar que quando envolve ganho de capital, a moral pode ser relegada. Não há interesse dos governos em garantir a universalidade e equidade do acesso nas políticas de RA, entendendo-a como um dos campos que compõe os níveis de maior complexidade em saúde, o que reforça o viés mercadológico e empresarial que comanda estes serviços. O profundo sucateamento de instituições públicas de saúde, concomitantemente ao afetuoso convite às empresas privadas para serem braço estatal, demonstra a inversão de interesses e valores que permeia as fendas encontradas nas políticas públicas.

No Brasil são inúmeras clínicas e hospitais privados que oferecem o serviço de reprodução assistida; apenas nove hospitais recebem recursos do Estado para desenvolverem tais atendimentos via SUS. A **Portaria nº 3.149, de 28 de dezembro de 2012**, destina “recursos financeiros aos estabelecimentos de saúde que realizam procedimentos de atenção à

Reprodução Humana Assistida, no âmbito do SUS, incluindo fertilização in vitro e/ou injeção intracitoplasmática de espermatozoides” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Anexado a esta Portaria estão os nove Hospitais destinatários deste recurso orçamentário, centralizados em seis estados:

- São Paulo (SP): Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, Centro de Referência da Saúde da Mulher São Paulo - Pérola Byington e Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, os três com gestão estadual;
- Rio Grande do Sul (RS): Hospital Nossa Senhora da Conceição SA - Fêmea e Hospital das Clínicas de Porto Alegre, ambos com gestão municipal;
- Minas Gerais (MG): Hospital das Clínicas da UFMG, sob gestão municipal;
- Distrito Federal (DF): Hospital Materno Infantil de Brasília, sob gestão estadual;
- Pernambuco (PE): Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, sob gestão dupla;
- Rio Grande do Norte (RN): Maternidade Escola Januário Cicco, sob gestão municipal.

Para além dos altos investimentos necessários às tecnologias reprodutivas, é preciso pensar que os limites éticos destas tecnologias estão diretamente conectados à cultura local. Estas considerações, quando situadas em um contexto de enxugamento estatal, aliadas ao avanço exponencial do discurso conservador e fundamentalista, travam e negam o avanço e as conquistas no âmbito da ciência, refletindo diretamente na potencialidade das tecnologias necessárias à efetivação das Políticas Públicas de Saúde como um todo.

A homofobia institucional é definida como a incapacidade técnica de determinado espaço sócio-ocupacional para prover um serviço apropriado e profissional para as pessoas por causa de sua orientação sexual ou identidade de gênero. A homofobia institucional pode ser identificada em processos, atitudes, comportamentos que manifestam discriminação a usuários LGBTs, resultado de preconceito, ignorância, negligência e estereotipação homofóbica que causa negação de acesso aos direitos da população (CFESS, 2010, p.50).

Compreendendo a lesbofobia/homofobia institucional como o explicitado pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), é possível reafirmar que a lesbianidade, desde os serviços de atenção básica em saúde até os elevados níveis de maior complexidade, é marcada por violências que invisibilizam e negam direitos, sendo estas vidas permeadas por extrema negligência, tanto por parte de profissionais quanto por parte do Estado.

A “**Carta dos Direitos dos usuários da Saúde**”, elaborada em 2013 pelo Ministério da Saúde, possui em sua apresentação o objetivo de "garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde" (BRASIL, 2011, p.3) e segue

discorrendo de uma forma sucinta e acessível sobre os direitos de todas e todos usuárias (os) do SUS, apresentando na sequência, a Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009³² na íntegra. Esta Portaria teve revogação total em 03 de outubro de 2017³³, consolidando-se na **Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017**, que trata sobre a "Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde". Segundo a PRC nº1/2017, disposto em Art.5º, Parágrafo único:

É direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência, garantindo-lhe: [...]

XV - a não-limitação de acesso aos serviços de saúde por barreiras físicas, tecnológicas e de comunicação.

Sendo o acesso na rede de serviços em saúde definido em lei pelo atendimento livre de qualquer discriminação, garantindo, inclusive, a não limitação tecnológica, disposta em inciso XV, é plausível reafirmar a pauta lésbica por reprodução, via SUS, como possível e legalmente legítima, devendo ser discutida como realidade orgânica, intrínseca e de direito.

A cartilha “**Mulheres Lésbicas e Bissexuais: Direitos, Saúde e Participação Social**”, elaborada em 2013, enfatiza a importância da participação de mulheres lésbicas nos espaços de controle social no SUS. Trata-se de uma explícita tentativa de conectar a PNAISM e a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, buscando discutir as especificidades lesbianas em saúde. Em seu escopo traz uma série de depoimentos de mulheres lésbicas que tiveram (e ainda tem) intensa participação política na defesa da ampliação de direitos LGBTs, seguindo com um breve histórico do movimento de mulheres e suas reivindicações por direitos sociais, principalmente, na área da saúde. Reforça a importância de um atendimento humanizado e livre de preconceitos, bem como explicita a demanda de mulheres lésbicas quanto à reprodução assistida.

A reprodução assistida, entre outras reivindicações das mulheres lésbicas, compreende um conjunto de técnicas utilizadas para viabilizar a gestação em mulheres com dificuldade em engravidar. Entre elas há a inseminação artificial que é a introdução de forma artificial dos espermatozoides no aparelho genital feminino e a fecundação in vitro que é a extração do óvulo da mulher e sua fecundação externa, repondo cirurgicamente o óvulo fecundado no útero. O uso deste procedimento é aceito por mulheres lésbicas que não querem manter relações sexuais com homens. Os serviços de saúde devem ter equipes de profissionais capacitados para o atendimento à população de LGBT

³²Portaria para acesso virtual, na íntegra, na página da Biblioteca Virtual em Saúde. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html>. Acesso em: 24 nov. 2018.

³³Informação retirada da plataforma virtual de pesquisa sobre legislações da saúde, SaúdeLegis.

em geral, garantindo o acesso com qualidade, sem discriminação ou preconceito. (BRASIL, 2013b, p.29)

A demanda do movimento de lésbicas por reprodução assistida aparece nos diversos documentos elaborados por essas mulheres, sempre sendo pontuado como uma discussão recorrente entre o segmento, mas que não se estende aos documentos legais e práticas profissionais.

O **“Caderno de Atenção Básica: saúde sexual e reprodutiva”**, elaborado em 2013 pelo Ministério da Saúde, é destinado, principalmente, às equipes de Saúde da Família que constituem à atenção básica. O viés é de orientação aos profissionais para a promoção de direitos humanos, incluindo os direitos sexuais e reprodutivos (BRASIL, 2013). Em seu texto, apresenta marcos legais do cenário mundial em relação aos direitos sexuais e reprodutivos, distingue gênero e sexo, explicitando a necessidade de equidade entre homens e mulheres e descrevendo a sexualidade como importante dimensão da vida. Aponta, ainda, para a violação de direitos da população LGBT e destaca como marcos referenciais nacionais sobre saúde sexual e reprodutiva os cadernos aqui utilizados como aporte teórico, são estes:

- Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM (1984);
- Constituição Federal de 1988;
- Lei nº 9.263/1996, que regulamenta o planejamento familiar;
- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004);
- Política Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos (2005) (BRASIL, 2013c, p. 18).

O Caderno cita, ainda, os princípios da bioética, como por exemplo: respeito à autonomia de decisão das pessoas sobre seus corpos; beneficência; não maleficência das ações; justiça e equidade no tratamento a todas as pessoas, independentemente de sua situação socioeconômica, cultural, étnica, orientação sexual, religião, profissão, entre outras situações ou características (BRASIL, 2013c).

Quanto à população LGBT, o Caderno traça uma ligação direta entre o surgimento da AIDS e a inclusão de nossas vidas na pauta política governamental; reconhece a não patologização de nossos desejos e pontua a lesbo-homo-transfobia como determinantes de doenças e sofrimentos. Destaca a inclusão da diversidade sexual e de gênero na Portaria nº 675/2006³⁴, como resultado da luta da população LGBT, além de prever a Política Nacional de

³⁴ A Portaria nº 675, de 30 de março de 2006, possuía como ementa a Aprovação da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, foi revogada pela Portaria nº 1.820/2009, que dispunha sobre os direitos e deveres dos Usuários da Saúde, sendo revogada novamente pela Portaria de Consolidação nº 1 de 2017.

Saúde Integral de LGBT (2013) como parte complementar das ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e reconhece que:

[...] para a promoção dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos na perspectiva da saúde integral, é necessário entender as especificidades desse grupo populacional, para que o cuidado seja compatível com as suas reais necessidades (BRASIL, 2013c, p.82).

Quanto às ações preventivas disponíveis para mulheres lésbicas, o Caderno descreve ações de higiene e uso de protetores “caseiros” como luvas de borracha e adaptações aos preservativos masculinos, demonstrando, mais uma vez, a precariedade que contorna os cuidados com nossa saúde. As preocupações em torno de nossas vidas, assim como a eclosão do debate sobre nós, aparecem atreladas, grande parte das vezes, aos riscos de contaminação e, mesmo assim, não são consideradas fatores de maiores discussões ou incentivos a pesquisas.

O livreto **“Chegou a hora de cuidar da Saúde: um livreto especial para lésbicas e mulheres bissexuais”** é uma tentativa do Ministério da Saúde de aproximar lésbicas e mulheres bissexuais a informações a respeito do direito fundamental à livre orientação sexual e a não patologização da sexualidade. Cita o artigo 3º da Constituição Federal, onde prevê a responsabilização do Estado quanto ao “bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação” (BRASIL, 1988). As informações do livreto descrevem a sexualidade como forma de “expressão que envolve o corpo, a linguagem, os costumes, a saúde física e mental, e permite compreender a cultura de cada pessoa, com seus limites e possibilidades” (BRASIL, [20--], s/n) e aconselha a mulheres lésbicas serem sinceras sobre sua orientação sexual durante os atendimentos de saúde.

Referente à saúde destas mulheres, o documento traz dicas sobre alimentação saudável e exercícios físicos. Aconselha visitas periódicas a ginecologistas e, novamente, coloca a importância do diálogo aberto acerca da orientação sexual durante o atendimento. O livreto traz, ainda, questões como gravidez, anticoncepção de emergência, prevenção do câncer de mama e colo do útero, menopausa, Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), drogas e medidas de redução de danos e violências - física, psicológica ou sexual. Sobre a gravidez, o documento coloca que:

A gravidez pode acontecer com qualquer mulher que transar com homem sem o uso de algum método contraceptivo, como a pílula, o DIU, a tabelinha ou a camisinha. Algumas lésbicas desejam ter seus próprios bebês sem uma relação com um homem. Atualmente, isso já é possível mediante a fertilização assistida. Há, também, a possibilidade de adoção para as mulheres que desejam ser mães (BRASIL, s/ano, s/n).

Após a análise, é possível interpretar que esta publicação e sua tentativa de informar mulheres lésbicas tende às vias da frustração, apresentando informações básicas, genéricas em grande parte e pouco relevantes às especificidades das mulheres lésbicas. Alimentação saudável e exercícios físicos são recomendados à toda população, bem como consultas e exames regulares com fins de promoção e proteção da saúde. No que tange à gravidez e às formas de proteção sexual, o documento deixa uma lacuna, que entendo ser justificada pela negligência sobre as práticas lesbianas. Tal fato coloca nossas vidas e desejos em uma superficialidade facilmente resolvida, caso cedamos à normativa. Não por mais, o documento, primeiramente, aponta para a possibilidade de gravidez “natural”, para, em seguida, cogitar a possibilidade de Reprodução Assistida, sem mostrar direcionamento algum para a PNAIRHA, o que reforça o descaso para o nosso direito ao acesso e a comédia sobre nossas relações.

É inegável que a inserção sobre a população lésbica na agenda governamental, principalmente nos anos de 2003 a 2016, representa um grande avanço em direção aos direitos humanos e cidadania. Contudo, conforme ressalta Campos (2004, p. 59), “as pesquisas sobre a homossexualidade feminina no Brasil ainda são escassas e a maioria do material produzido sobre o movimento LGBT não destaca o protagonismo e as especificidades das lésbicas”. Por mais que haja um grande volume de trabalhos e publicações sobre a saúde da população LGBT, as lésbicas, suas demandas e especificidades permanecem apagadas nestas produções, que, inclusive, reconhecem tal apagamento lésbico durante o percurso das lutas e conquistas da população LGBT em geral.

4.2 Mulher e Lésbica, intersecções que resistem

É preciso compreender que mulher é sujeita plural, constituída e atravessada por diversos fatores que a tornam quem é. Conforme exposto anteriormente, a heterossexualidade compulsória - como uma das engrenagens políticas que compõem um sistema de acumulação que centraliza o homem e subordina a mulher - sufoca as sexualidades que divergem desta normativa e preserva os pilares que sustentam o sistema sócio-econômico e político vigente. A ênfase de uma Política Pública vinculada ao SUS não pode seguir um direcionamento ordenado por interesses hegemônicos que se alimentam das desigualdades que promove, mas por um direcionamento marcado pelo estímulo à emancipação das sujeitas, considerando os diversos determinantes que incidem em suas vidas. As Políticas dispostas “tais como são” demonstram,

em suas minúcias, o reforço de ideais conservadores que contradizem o Artigo 5º da Constituição Federal ao prever que:

Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade (BRASIL, 1988).

Suprimir as especificidades que nos constituem como sujeitas significa ocultar nossas diferenças e homogeneizar nossos desejos. É, por vezes, além de nos matar simbolicamente, fazer com que nos percamos de nós mesmas. O estudo realizado por Facchini e Barbosa (2008), denominado "*Dossiê da Saúde da Mulher Lésbica*", publicado pela "*Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos*", traz uma coletânea de pesquisas produzidas por diversos/as autores/as sobre as especificidades da saúde da mulher lésbica. Entretanto, até neste material se constata a insuficiência e precariedade de dados e estudos sobre o tema. No que se refere à especificidade da saúde mental de lesbianas, os dados apontam para “níveis elevados de sofrimento psíquico e de experiência de violência física na família, no trabalho e em lugares públicos” (FACCHINI; BARBOSA, 2008, p.20), igualmente retratados nos altos índices de violências e suicídios identificados por Peres, Soares e Dias (2018), no "*Dossiê sobre o Lesbocídio no Brasil*".

Facchini e Barbosa (2008) constatam, ainda, que no Brasil os dados sobre a saúde de lesbianas são escassos, estando em total conformidade com a dificuldade que tive em encontrar materiais sobre reprodução assistida de mulheres lésbicas. No Dossiê, a invisibilidade de mulheres lesbianas é relatada como um processo de inúmeras violências praticadas contra elas e que resultam, também, em seus silenciamentos como forma de "proteção". Este silenciamento, em certa medida, promoveria a fragilidade dos serviços e atendimentos de saúde.

A invisibilidade individual contribuiria assim para a vulnerabilidade individual dessas mulheres e para a invisibilidade social, que por sua vez dificultaria o atendimento de suas necessidades por parte de programas e políticas públicas, reforçando a vulnerabilidade social e individual a partir de estereótipos socialmente disseminados. As mulheres, por sua vez, temendo o preconceito e despreparo dos profissionais, se afastariam dos serviços ou resistiriam a relatar aos profissionais questões ligadas à sexualidade (FACCHINI; BARBOSA, 2008, p. 23).

Em relação à saúde sexual e saúde reprodutiva de mulheres lésbicas, a pesquisa (FACCHINI; BARBOSA, 2008) aponta que, apesar de ter um movimento que pautar a visibilidade destas demandas, a produção de conhecimento a respeito permanece pequena,

refletindo diretamente no despreparo profissional, explicitado nas consultas ginecológicas.

Segundo as autoras,

[...] um contingente de mulheres está excluído da assistência à saúde e percebe os serviços como inadequados em sua abordagem. Muitas referem ter sido discriminadas e desmotivadas a acessarem cuidados à saúde. As mulheres relatam também a percepção de que suas demandas não são acessadas, ou consideradas, por preconceito ou despreparo dos profissionais de saúde (p. 29).

As conquistas que obtivemos como mulheres precisam englobar nossas diferenças e especificidades. A exclusão de mulheres lésbicas dos serviços de saúde se dá desde a atenção básica até os demais níveis de assistência, seja pelo preconceito e/ou despreparo da equipe, seja pelo silenciamento das usuárias, motivado pelo receio de reação profissional, ou pela falta de políticas específicas concretas. A Política de Planejamento Familiar como um todo e, especificamente, os serviços de Reprodução Humana Assistida, pouco se colocam em favor da liberdade individual quando tratam seu fim: a gestação em si, produzida de modo medicalizante e funcional a uma estrutura social excludente.

A estrutura societária a qual estamos submetidas impõe a figura representativa³⁵ de um macho em nossas vidas e isto se reafirma, principalmente, nos serviços de saúde, ratificando o senso comum de linearidade socialmente esperada que envolve sexo, gênero e sexualidade. Esta violência impositiva não finda caso haja o sucesso da gestação, mas se estende e reproduz no exercer da maternidade e nos discursos diários resultantes da concepção hegemônica de família heteronormativa.

O conhecimento científico e suas possibilidades de realização são acessados e apropriados essencialmente pelo universo masculino, mantidos, portanto, sob tal interesse hegemônico de domínio. Este se conserva e perdura através dos tempos, legitimando uma única leitura e percepção de natureza (TAMANINI, 2009). Os modelos de atenção à saúde da mulher, desde a atenção básica aos complexos níveis de serviços, são estruturados a partir da biomedicina, aliados a uma formação profissional heterocentrada. As barreiras de atendimento às especificidades lésbicas em saúde se materializam e se estendem neste imperativo, que alastra violências nas diversas esferas da vida, desde o nascimento à velhice, se reforça nos variados acessos às políticas públicas, principalmente no amplo campo da saúde e seus determinantes.

³⁵Aqui me refiro às características biológicas e/ou de estética que representam uma hierarquia de poder socialmente construída.

Em descompasso com os documentos analisados - que, de certa forma, representam um avanço nas Políticas de Atenção à Saúde da Mulher e à Saúde de Mulheres Lésbicas - Projetos absurdos e que atentam diretamente contra a vida de diversas pessoas são apresentados, arquivados, reabertos, avançam e se extinguem sem que haja sua publicização ou debate nacional. Conforme Froemming, Irineu e Navas (2010, p.162),

Desde a emergência do movimento LGBT, a violação de direitos humanos e sociais, a invisibilidade nas políticas públicas e a intolerância vivenciada nas relações sociais impõem a necessidade da efetivação do Estado laico, já garantido constitucionalmente no Brasil.

Alguns exemplos das diversas incongruências vindas de cima para baixo que sufocam e matam são:

- Projeto de Lei que criminaliza a [inexistente] heterofobia (PL7.382/2010) e a proposta de criação do dia do orgulho heterossexual (PL 1672/2011) - ambos apresentados por Eduardo Cunha (PMDB), que exerceu o cargo de Deputado Federal no período de 2003 a 2016;
- Projeto de Decreto Legislativo (PDC 234/2011), popularmente conhecido como “cura gay”, proposto por João Campos (PRB), Deputado Federal desde 2003. Este foi arquivado em 2013 e desarquivado no mesmo ano, por Anderson Ferreira (PR), sob registro de PDC 993/2013, mas com a mesma ementa anterior;
- Estatuto da Família (PL 6583/2013), escrito por Anderson Ferreira (PR), Deputado Federal de 2011 a 2017;
- Projeto de Decreto Legislativo (PDC 2014/2015), proposto pelo Deputado Pastor Eurico (PSB), que susta a Portaria nº 916/2015. Tal Projeto propõe a supressão do Comitê de Gênero de caráter consultivo no Ministério da Educação, bem como a suspensão deste mesmo debate nos Centros de Ensino (e diversos terrenos em que a vida se constitui), concomitantemente à impulsão do discurso religioso (cristão) reafirmando a direção societária defendida por estes “representantes do povo”.

Propostas como estas exemplificadas, são tentativas insistentes de minar a libertação³⁶, liberdade³⁷ e autonomia³⁸ das pessoas que não seguem a norma posta. Neste sentido, a possibilidade de soberania de alguém sobre si mesma parece ameaçar o conforto dos que se sentem livres e soberanos de si.

Reiterando o posicionamento do movimento de mulheres lésbicas, demarcado pela Carta de Teresina³⁹, escrita no IX SENALESBI (2016):

EXIGIMOS o respeito à LAICIDADE do Estado, resguardado pela Constituição Federal, e a completa separação entre Estado e Religião, como única forma de preservar a pluralidade religiosa e o respeito às diversas formas de expressão religiosa e da não religiosidade, tão caros para a nossa liberdade. Não aceitamos os fundamentalismos reinantes no congresso nacional e suas pautas que investem sobretudo sobre os direitos de mulheres, negras e negros, indígenas e LGBTs. A face do conservadorismo da direita golpista, joga todo o seu moralismo e atraso numa vala comum, afirmando que queremos acabar com a família. Escancaram e fortalecem o patriarcado, misoginia, lesbofobia, bifobia, transfobia e homofobia, mentindo e criando uma falsa polêmica sobre uma ideologia de gênero inventada por eles. [...]

Não recuaremos nenhum milímetro nos direitos conquistados. Enquanto lésbicas e mulheres bissexuais forem agredidas, mortas, humilhadas ou sujeitadas apenas por expressarem seus desejos e relacionamentos, exigiremos a existência de estruturas governamentais formais que garantam não apenas os meios materiais e físicos, mas a estrutura de apoio que possibilite o acolhimento e o encaminhamento de nossas pautas e de nossas demandas.

Reconhecer que mulheres lésbicas são oprimidas, de forma interseccional, por seu sexo, gênero e sexualidade é compreender que o desrespeito às suas especificidades as violam nos diversos movimentos e organizações sociais, a não ser, por vezes, entre elas mesmas. Contudo, mesmo dentro do movimento lesbofeminista é possível perceber opressões classistas, gordofóbicas, racistas, geracionais, entre outras. Segundo Santos (2008, p.78),

Na sociabilidade do capital, a tendência prevaiente é que os indivíduos se reconheçam diversos na vivência da opressão que é determinada pelo não reconhecimento ético-político e jurídico da sua diferença. Ou seja, o processo inicial de identificação com sua diversidade é permeado pela violação dos

³⁶A noção de libertação me possibilita problematizar as diversas tentativas de invisibilizar ou desqualificar processos de autoreconhecimento. A heteronormatividade compulsória busca apagar relações possíveis e, também, violenta o processo individual de descoberta da sexualidade.

³⁷O cerceio das liberdades individuais é motivado/incentivado, também, pelo silenciamento dos diversos crimes motivados por ódio. A correção da sexualidade por meio de estupro é um medo constante entre mulheres lésbicas.

³⁸Ao não considerar a autonomia como um direito humano, estamos tratando do campo da negação de direitos individuais e sociais (como o livre exercício da sexualidade, por exemplo), reconhecidos como fundamentais (quando não respeitam a dignidade da pessoa fora da norma heterossexual) para o exercício da cidadania.

³⁹A “Carta de Teresina” é de acesso virtual e público, podendo ser acessada na íntegra. Disponível em: <<http://blogueirasfeministas.tumblr.com/post/149725501482/9-senalesbi-carta-de-teresina>>. Acesso em 18 nov. 2018.

direitos na sociabilidade do capital, a tendência prevalecente, pela negação da liberdade e extravio da igualdade.

Sendo assim, prevalece nesta sociedade um conjunto de interesses que alimentam e expandem a violação de direitos através da reprodução de inúmeras formas de opressão, que afetam a vida cotidiana pela imposição de um ideal hegemônico individualista sobre vidas plurais, que se materializam, sobretudo, contra as mulheres e suas várias intersecções. É este conjunto de violações que faz com que nos percebamos como diferentes de outrem nos diversos acessos às Políticas Públicas. É fundamental considerar a dimensão da diversidade como mediação necessária para o entendimento da individualidade humana. “Projetos societários que não salientam como categorias correlatas classe, gênero e sexualidade, individualizam as lutas da classe que vive do trabalho” (FROEMMING; IRINEU; NAVAS, 2010, p.169).

As sujeitas, constituídas de suas diversidades, são expressões subjetivas e objetivas de questões capazes de revelar seus modos de interação e inserção na dinâmica da sociedade ou comunidade, sendo capazes de se organizarem de modo a intervir nesta dinâmica. Enquanto sujeitas coletivas e organizadas politicamente, as mulheres lésbicas questionam os padrões compulsórios que modelam um sistema de opressões normativas e que condicionam as mulheres como totalidade e, também, considerando suas especificidades como possíveis fatores múltiplos de agravamento repressivo.

A centralidade do homem, reforçada em todas as esferas da vida, busca nos condicionar à violência do silêncio e/ou convívio com a figura masculina. Esta barreira impositiva, junto a outras tantas, como a branquitude e etariedade, precisam ser compreendidas como engrenagens de um sistema possível de ser quebrado pela reflexão e prática coletiva. Conforme Carvalho e Paes (2017), a emancipação política é o caminho para a emancipação humana, sendo a organização entre grupos, conforme suas especificidades, capaz de compreender as raízes estruturais de seus sofrimentos e marginalização. A partir desta compreensão, a emancipação humana só poderá ser alcançada fora da ordem vigente, visto que esta ordem se estrutura por interesses individuais e se fortalece pela opressão desses grupos não hegemônicos. Neste sentido, a emancipação humana é um processo coletivo, de interesses e para fins coletivos, não sendo possível atingi-la até que todas as pessoas sejam, de fato, livres. Para encerrar esta seção, cito Audre Lorde (1934-1992), mulher, negra, lésbica, feminista e escritora ativista: “Não serei livre enquanto outra mulher for prisioneira, mesmo que as correntes dela sejam diferentes das minhas”.

5 CONSIDERAÇÕES E RESISTÊNCIAS

Finalizar este trabalho foi ainda mais difícil do que começá-lo. Escrevê-lo foi um processo um tanto adoecedor, onde me percebi presente em gráficos que relatam violências, mas não me vi em políticas públicas concretas. É um tanto frustrante se debruçar sobre documentos legais e perceber limitações estruturantes e conceituais que te violam e te amarram; perceber-se como alguém invisível, mesmo tendo a certeza de não ser, é, por vezes, solitário.

A análise dos documentos revelou diversas barreiras e contradições que sustentam a invisibilidade lésbica como uma questão estrutural disposta a impedir nossa autonomia e liberdade. A estrutura de nossa sociedade, sustentada por pilares que segregam pelas diferenças, é um impeditivo para a emancipação humana, visto que nossa existência como sujeitas vem sendo construída e compartilhada socialmente. É incontestável o avanço do movimento feminista pela reivindicação da autonomia da mulher e o direito sobre seus corpos e mentes. No entanto, creio ser pertinente reafirmar que ser mulher significa ter a existência perpassada por interseccionalidades, que oprimem também de forma desigual, de acordo com orientação sexual, raça, etnia, geração, territorialidade (...).

Apesar dos esforços do movimento feminista, os serviços de atenção à saúde da mulher comumente aparecem atrelados à reprodução ou anticoncepção, embora tal acesso e atendimento tenham implicações frente a uma sexualidade fora da norma. Houve, de fato, um avanço no debate e produção em relação às Políticas e Programas para mulheres lésbicas, a partir do ano 2003. Contudo, mesmo com a inserção do debate sobre vidas e corpos lésbicos na agenda governamental, a preocupação com a saúde de mulheres lésbicas aparece atrelada às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) em grande parte dos textos. Não há maiores estudos ou informações sobre formas de prevenção para além dos métodos “caseiros” popularmente conhecidos e comentados, muitas vezes, em tons cômicos nas “rodas lésbicas”.

Em uma sociedade sexista e machista, as práticas sexuais lesbianas não são consideradas para além da imaginação lasciva masculina e, quando não correspondem aos padrões de feminilidade deste mesmo imaginário, são invisibilizadas ou depreciadas. Nossas relações não são levadas a sério, são compreendidas como fase de descoberta, experimentação ou brincadeira, até que, de alguma, forma afetem a masculinidade ou a “honra” de alguém, o que geralmente é sucedido por violências.

O Planejamento Familiar segue sendo mais focalizado na contracepção do que no direito à concepção propriamente. A limitação reside na negação “sutil” do direito à concepção, posta por uma imposição normativa sobre a sexualidade alheia. Tal imposição normativa viola não somente o direito de acesso, mas o direito de ser e existir, de exercer a livre sexualidade e de constituir uma família socialmente reconhecida. O acesso de mulheres lésbicas à reprodução humana assistida no âmbito do SUS é caracterizado pela negação de direitos, mostrando-se um caminho viável apenas por Sistema de Desembolso Direto (SDD) ou Sistema de Atenção Médica Suplementar (SAMS), algo que pode e deve ser extremamente problematizado ao pensarmos, por exemplo, os princípios que fundamentam o SUS.

O apagamento das demandas e especificidades lésbicas é disposto de forma explícita nas políticas públicas, documentos e materiais educativos, que homogenizam as mulheres, seus desejos e suas existências. A invisibilidade lésbica é posta e se reforça (também) pela suposição da heterossexualidade como única forma possível de ser, relacionar-se ou projetar-se. Soma-se a isso, o debate moral sobre a vida, enraizado em discursos que se reforçam diariamente e são legitimados por governos e determinados segmentos da sociedade civil, sendo o policiamento sobre os corpos e comportamentos de grande importância na agenda de pautas conservadoras. O conhecimento científico, como poder centralizado e centralizador, ditado e mediado por interesses hegemônicos (universo masculino, heterossexual, branco e burguês) não permite criar e/ou desenvolver possibilidades que possam estremecer os pilares da ordem. A limitação de acesso ao conhecimento, informação e direitos como um todo incide, diretamente, no conjunto da sociedade, provocando uma “cidadania frágil”. Esta não contempla com magnitude e totalidade a plural e diversa composição das vidas e relações.

É indispensável entender a lesbianidade como resistência na luta contra a opressão sistêmica que se fortalece na dominação do homem sobre a mulher. É preciso despertar a consciência no sentido da emancipação humana, libertando as mulheres da condição de meras serventes e incubadoras, responsáveis pelo lar e pelo zelo, devolvendo-lhes a autonomia sobre suas vidas e seus corpos.

Compreender a forma complexa como as intersecções da vida e as diversas formas de opressão estrutural nos esmagam e segregam é essencial para nos libertarmos dessas amarras e nos emanciparmos como coletivo e de modo real. É preciso cessar o avanço conservador, fundamentalista e neoliberal de discursos e práticas que visam tão somente a ordem do capital. A norma excludente e as políticas públicas de raso acesso insistem em ignorar a pluralidade dos determinantes que incidem nas vidas que existem e resistem, que se entrelaçam e se mesclam.

A política pública, quando calcada no direito que pode ser instrumento de emancipação política dos que do serviço prestado usufruem, podem também representar estratégias de rompimento com a aparente inexorabilidade das formas conservadoras de moralismo social (FROEMMING; IRINEU; NAVAS, 2010, p.169).

Precisamos contestar a precariedade e/ou falta de acesso de nós, mulheres lésbicas, nos serviços de saúde sexual e reprodutiva; somar e fortalecer a produção teórica em todos os campos, inclusive no Serviço Social, sobre vidas lesbianas em uma sociedade centralizada na figura masculina e encorajar mulheres lésbicas a gritarem, juntas, suas reivindicações e resistências. A estrutura de opressões que tenta nos fundir à subordinação de outrem deve ser rompida, deve ceder e cair sem dó para que possamos caminhar em direção a uma sociedade mais justa e equânime, livre de concepções e normas que nos dominam, definem, enquadram e limitam. É preciso que nos encontremos em nós e que nos fortaleçamos. É preciso nos organizarmos, lutarmos e resistirmos coletivamente. Sobre nossas vidas, nossas existências e resistências pouco há registros, números, dados e pesquisas. Somos enfrentamento pela nossa própria existência e acredito que, por isso, devemos ser sujeitas substanciais de nossa própria emancipação.

As lésbicas estão presentes em todas as raças/etnias, classes sociais, religiões, regiões, idades e contextos culturais. Há uma urgência na melhoria dos dados sobre a população negra e também no aprofundamento de dados sobre os homicídios de muitas outras minorias, tais como as lésbicas e a população indígena, a fim de conhecer a realidade das mortes que atingem essas pessoas.(PERES; SOARES; DIAS, 2018, p.23).

A discussão sobre nossas vidas é uma pauta emergente, que deve ser visibilizada e levada com efeito. A discussão sobre famílias lesbianas e a (quase) nula representatividade que nós, mulheres lésbicas, temos quando pensamos em constituir uma família é de extrema importância e urgência. Apesar de termos direitos legalmente sancionados e reconhecidos, estes ainda são fincados em valores heterocentrados que nos marginalizam socialmente.

São “mãos cheias de sangue” que, há muito, nos negam o que é nosso por direito e nós, banhadas em sangue de nossas companheiras lésbicas, iremos seguir em luta até que todas sejamos livres.

Seguimos!

REFERÊNCIAS

- ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de; BRAVO, Maria Inês Souza. Privatização da gestão e organizações sociais na atenção à saúde. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 499-518, Dec. 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462014000300499&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 nov. 2018.
- BARDIN, Laurence. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2002. 229 p. Tradução de Luís Antero Reta e Augusto Pinheiro. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4295794/mod_resource/content/1/BARDIN%20L.%20%281977%29.%20An%C3%A1lise%20de%20conte%C3%BAdo.%20Lisboa_%20e%20di%C3%A7%C3%B5es%2070%2020225..pdf>. Acesso em: 02 dez. 2018.
- BRASIL. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. Ministério da Saúde. **Brasil Sem Homofobia::** Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e de Promoção da Cidadania Homossexual. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasil_sem_homofobia.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2018.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. **Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_direitos_usuarios_saude_3ed.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2018.
- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil : texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. – Brasília : Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016. 496 p. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf> Acesso em:10/07/2018.
- BRASIL. Constituição (1996). Lei nº 9263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Brasil, DF, Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9263.htm>. Acesso em: 09 jul. 2018.
- BRASIL. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher:** Princípios e Diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2018.
- BRASIL. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Ministério da Saúde. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos:** Uma prioridade do Governo. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_direitos_sexuais_reprodutivos.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2018.

BRASIL. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2018.

BRASIL. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Ministério da Saúde (Org.). **Mulheres Lésbicas e Bissexuais: Direitos, Saúde e Participação Social**. Brasília: MS, 2013b. 32 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mulheres_lesbicas_bissexuais_direitos_saude.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2018.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Saúde Sexual e Reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. (26). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Chegou a hora de cuidar da saúde**. Brasília: MS, [20--]. 20 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0126_FL.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2018.

BRASIL. Secretaria de Políticas Para As Mulheres. Ministério da Saúde (Org.). **Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais: Relatório da Oficina Atenção à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais realizada em Brasília de 23 a 25 de abril de 2014**. Brasília: MS, 2014. 123 p. Disponível em: <<http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2014/livreto-atencao-a-saude-de-mulheres-lesbicas-versao-web.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2018.

CAMPOS, Núbia Carla. A participação social das lésbicas através dos grupos políticos: uma luta contra o apagamento histórico de mulheres homossexuais. **Plurimus: Educação e Cultura**, Rio de Janeiro, v. VI, n. 3, p.58-78, jul. 2014. Semestral. Disponível em: <<https://we.riseup.net/assets/452405/A+PARTICIPA%C3%87%C3%83O+SOCIAL+DAS+L%C3%89SBICAS+ATRAV%C3%89S+DOS+GRUPOS+POL%C3%8DTICOS+Nubia+Carla+Campos.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2018.

CARVALHO, Amanda Boza Gonçalves de; PAES, Paulo Cesar Duarte. Emancipação humana e o projeto ético-político do Serviço Social. In: II CONGRESSO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL: DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS III SEMINÁRIO NACIONAL DE TERRITÓRIO E GESTÃO DE POLÍTICAS SOCIAIS II CONGRESSO DE DIREITO À CIDADE E JUSTIÇA AMBIENTAL. 2017, Londrina. **Anais**. Londrina, 2017. Disponível em: <<https://www.congressoservicosocialuel.com.br/anais/2017/assets/134460.pdf>>. Acesso em: 28 nov. 2018.

CFESS (Brasil). **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília: Cfess, 2010. 82 p. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2018.

ENGELS, Friedrich. **A origem da Família, da Propriedade Privada e do Estado**. 3. ed. São Paulo: Escala, 2009. 219 p. Tradução de Ciro Mioranza.

FACCHINI, Regina; BARBOSA, Regina Maria. **Saúde das Mulheres Lésbicas: Promoção da equidade e da integralidade**. Belo Horizonte: Sigla Comunicação, 2006. 43 p. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/dossie_da_saude_da_mulher_lesbica.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2018.

FROEMMING, Cecilia Nunes; IRINEU, Bruna Andrade; NAVAS, Kleber. Gênero e Sexualidade na pauta das políticas públicas no Brasil. **Revista de Políticas Públicas**, São Luís, v. 14, p.161-172, ago. 2010. Disponível em: <<http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/397/802>>. Acesso em: 16 nov. 2018.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo (Org.). **Métodos de Pesquisa**. Porto Alegre: UFRGS, 2009. 120 p. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>>. Acesso em: 01 jul. 2018.

GOMIDE, Silvia. Formação da identidade lésbica: do silêncio ao queer. In: GROSSI, Miriam et al (Org.). **Anna Paula Uziel: Luiz Mello**. Rio de Janeiro: Garamond Universitária, 2007. p. 405-423. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/1236>>. Acesso em: 30 jun. 2018.

HANISCH, Carol. **Women of the World, Unite!** Writings by Carol Hanisch. Disponível em: <<http://carolhanisch.org/index.html>>. Acesso em: 09 jul. 2018.

HEILBORN, Maria Luiza. “Fronteiras simbólicas: gênero, corpo e sexualidade”. Cadernos Cepia n° 5, Gráfica JB, Rio de Janeiro, dezembro de 2002, p. 73-92. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/341846/mod_resource/content/2/Heilborn%20-%20genero,%20corpo%20e%20sexualidade%20pdf.pdf>. Acesso em 10 nov. 2018.

IRINEU, Bruna Andrade. 10 ANOS DO PROGRAMA BRASIL SEM HOMOFÓBIA:: NOTAS CRÍTICAS. **Temporalis**, Brasília, v. 28, n. 14, p.193-220, jul. 2014. Semestral. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/temporalis/article/viewFile/7222/6153>>. Acesso em: 11 nov. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria de Consolidação n° 1, de 28 de setembro de 2018. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. **Portaria de Consolidação n° 1, de 28 de Setembro de 2017**. Brasília, DF, Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html>. Acesso em: 28 nov. 2018

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria de Consolidação n° 2, de 28 de setembro de 2018. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. **Portaria de Consolidação n° 2, de 28 de Setembro de 2017**. Brasília, DF, Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html>. Acesso em: 28 nov. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 3.149, de 28 de dezembro de 2012. Fica destinados recursos financeiros aos estabelecimentos de saúde que realizam procedimentos de atenção à Reprodução Humana Assistida, no âmbito do SUS, incluindo fertilização in vitro e/ou injeção intracitoplasmática de espermatozoides. **Portaria nº 3.149, de 28 de Dezembro de 2012.**

Brasília, DF, Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3149_28_12_2012.html>. Acesso em: 28 nov. 2018.

MISKOLCI, Richard. A Teoria Queer e a Sociologia: o desafio de uma analítica da normalização. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 11, n. 21, p.150-182, jan. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/soc/n21/08.pdf>>. Acesso em: 09 jul. 2018.

MOTA, Ana Elizabete. Crise econômica e constituição de hegemonia: As mudanças na ordem econômica mundial. In: MOTA, Ana Elizabete. **Cultura da Crise e Seguridade Social: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90..** 7. ed. São Paulo: Cortez, 1995. Cap. 1. p. 53-69. Disponível em:

<http://www.cortezeditora.com/Algumas_paginas/Cultura_da_crise_e_seguridade_social.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2018.

NICHOLSON, Linda. Interpretando o gênero. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v.8, n.2, p.9, jan.2000. Disponível em: <

<http://periodicos.ufsc.br/inex.php/ref/article/view/11917>>. Acesso em 16 nov. 2018.

PERES, Milena Cristina Carneiro; SOARES, Suane Felipe; DIAS, Maria Clara. **Dossie sobre Lesbocídio no Brasil de 2014 até 2017.** Rio de Janeiro: Livros Ilimitados, 2018. 113 p. Disponível em: <<http://dossies.agenciapatriciagalvao.org.br/fontes-e-pesquisas/wp-content/uploads/sites/3/2018/04/Dossi%C3%AA-sobre-lesboc%C3%ADdio-no-Brasil.pdf>>. Acesso em: 04 set. 2018.

PISCITELLI, Adriana. Recriando a (categoria) mulher? In: ALGRANTI, L. (Org.). **A prática feminista e o conceito de gênero.** Textos Didáticos, n. 48. Campinas: IFCH/Unicamp, 2002. 25 p. Disponível em: <<http://www.culturaegenero.com.br/download/praticafeminina.pdf>>. Acesso em 16 nov. 2018

RODRIGUES, Julliana Luiz; SCHOR, Néia. SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DE MULHERES LÉSBICAS E BISSEXUAIS. In: FAZENDO GÊNERO, 9., 2010, Florianópolis. Disponível em:

<http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1278277959_ARQUIVO_trabalhocompletoJulliana.pdf>. Acesso em: 09 nov. 2018

SAFFIOTI, Heleieth. **Gênero, Patriarcado, Violência.** 2. ed. São Paulo: Graphium, 2011. 152 p. Disponível em:

<https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/1741437/mod_resource/content/1/G%C3%AAnero%2C%20Patriarcado%2C%20Viol%C3%AAncia%20%20%28livro%20completo%29.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2018.

SANTOS, Silvana Mara de Moraes. Direitos, desigualdade e Diversidade. In: BOSCHETTI, I.; BEHRING, E. R.; SANTOS, S. M. de M. dos; MIOTO, R. C. T. (Org.). Política Social no Capitalismo: Tendências Contemporâneas. São Paulo: Cortez, 2008. p. 64-86. Disponível em:

< http://www.academia.edu/36445718/Direitos_Desigualdade_e_Diversidade >. Acesso em 26 nov. 2018

SCOTT, Joan. **Gênero: Uma categoria útil para a análise histórica.** 2. ed. Recife: S.o.s Corpo, 1989. 19 p. Tradução de Christine Rufino Dabat e Maria Betânia Ávila. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/1737847/mod_resource/content/1/Scott_g%C3%AAnero%20uma%20categoria%20C3%BAtil%20para%20a%20an%C3%AAlise%20hist%C3%B3rica.pdf>. Acesso em: 18 out. 2018.

SENALESBI (Brasil). **Companheira me ajude, que eu não posso andar só; eu sozinha ando bem, mas com você, ando melhor!** Salvador: -, 2018. Disponível em: <https://docs.google.com/document/d/1JOG9_PE6Ja-8oriX-V2bmhrqo7E1C88I-6Shw2Aq9nU/edit>. Acesso em: 10 nov. 2018.

SOARES, Gilberta Santos; COSTA, Jussara Carneiro. Movimento lésbico e Movimento feminista no Brasil:: recuperando encontros e desencontros. **Labrys: Estudos Feministas**, [s.i.], v. -, n. -, p.1-64, out. 2014. Disponível em: <https://www.mpba.mp.br/sites/default/files/biblioteca/direitos-humanos/direitos-da-populacao-lgbt/artigos_teses_dissertacoes/movimento_lesbico_e_movimento_feminista_no_brasil_recuperando_encontros_e_desencontros_1.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2018.

SWAIN, Tânia Navarro. **O que é Lesbianismo?** São Paulo: Brasiliense, 2004. 103 p. Disponível em: <<http://biblioteca-feminista.blogspot.com/2017/05/tania-navarro-swain-o-que-e-lesbianismo.html>>. Acesso em: 06 nov. 2018.

TAMANINI, Marlene. **REPRODUÇÃO ASSISTIDA E GÊNERO: o olhar das Ciências Humanas.** Florianópolis: UFSC, 2009.

VITULE, Camila; MACHIN, Rosana; COUTO, Márcia Thereza. Práticas reprodutivas lésbicas: reflexões sobre genética e saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 4031-4040, Dec. 2017. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017021204031&lng=en&nrm=iso>. access on 24

ZUCCO, Luciana Patrícia; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Sexualidade feminina em revista(s). **Interface: comunicação, saúde, educação**, São Paulo, v. 13, n. 28, p.43-54, jan. 2009. Trimestral. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n28/v13n28a05.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2018.