



3º Encontro Internacional de Política Social 10º Encontro Nacional de Política Social

**Tema: “Capitalismo contemporâneo: tendências e desafios
da política social”**

Vitória (ES, Brasil), 22 a 25 de junho de 2015

Eixo: Classe social, gênero, raça, etnia e diversidade sexual.

A construção da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher e da Política de Atenção Integral a Saúde População LGBT: a complexidade da saúde das lésbicas e a desconstrução do paradigma da heteronormatividade

Nathaliê Cristo Ribeiro dos Santos¹

Resumo

Esse artigo chama atenção para as lutas por reconhecimento do movimento de mulheres e do movimento LGBT no âmbito do Sistema Único de Saúde. Além disso, questiona padrões heteronormativos presentes na Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da mulher, atentando para a invisibilidade da saúde das lésbicas, demandando maior atenção no processo saúde-doença dessa população. A ideia é chamar atenção para as barreiras enfrentadas por mulheres lésbicas na busca por reconhecimento na saúde, além de destacar a importância da Política de Atenção Integral a Saúde da População LGBT como estratégia de desconstrução da heteronormatividade na área da saúde.

Palavras-chave: Política social. Mulheres. Lésbicas. Reconhecimento. Discriminação.

INTRODUÇÃO

Este artigo busca desconstruir o paradigma de heteronormatividade presente na Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher, impedindo que a saúde de mulheres lésbicas receba atenção integral assim como as demais mulheres. O grau de vulnerabilidade social a que as lésbicas estão submetidas por conta da discriminação traz desafios na garantia de equidade para todas as mulheres. Dada a complexidade das questões que envolvem a saúde da mulher lésbica foi necessário a construção da Política Nacional de Saúde Integral LGBT para dar conta de todas as questões que envolvem essa população.

¹Assistente social e Mestranda em Política Social pela Universidade Federal Fluminense.

É bem verdade que a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher representa um avanço no que diz respeito aos direitos das mulheres, mas é preciso destacar que essa Política deve levar em conta as especificidades que envolvem o universo feminino, ou seja, a categoria “mulheres” não é homogênea, ao contrário, se apresenta como extremamente heterogênea, incluindo mulheres brancas e negras, ricas e pobres, heterossexuais e homossexuais.

A primeira parte deste artigo aborda o desenvolvimento das lutas pelo reconhecimento da identidade e da diferença que tem uma intensificação no período de redemocratização brasileira. A ideia é mostrar o aumento da participação social após a promulgação da Constituição Federal de 1988.

A segunda parte busca apresentar a construção da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher, as lutas dos movimentos sociais pela afirmação dos direitos das mulheres, assim como os desafios na garantia de equidade e integralidade para todas as mulheres, independente de suas diferenças.

A terceira e última parte busca explicar alguns dos motivos pelos quais as lésbicas não têm sido amparadas pela Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher, levando o movimento lésbico a reivindicar uma política de atenção mais específica e integral para sua saúde, como a Política de Atenção Integral à Saúde da População LGBT. A ideia é mostrar como a discriminação e a heterossexualidade compulsória predominantes em muitas políticas de saúde traz complexidades para o processo saúde-doença das mulheres lésbicas.

1. AS LUTAS PELO RECONHECIMENTO DA IDENTIDADE E DA DIFERENÇA

Nas últimas décadas a sociedade ocidental tem passado por significativas transformações na área social, econômica e política. O desenvolvimento do sistema capitalista trouxe reflexos sociais profundos e modificou a forma como os cidadãos se relacionam entre si e com o Estado. Isso porque junto com a expansão econômica, o capitalismo provocou e provoca efeitos colaterais significativos para aqueles que não estão no alto da pirâmide social. O projeto neoliberal, um dos pilares fundamentais do modo de produção capitalista, tem

incidido diretamente sobre a cidadania de uma grande parcela da população, já que incentiva a intervenção mínima do Estado na área social e máxima para o capital.

Diante dos reflexos sociais gerados pelo capitalismo como desigualdade, extrema pobreza, violência, fome, etc. muitos grupos historicamente discriminados e vulnerabilizados, conhecidos como “minorias”, tem exigido do Estado e da sociedade o reconhecimento de sua identidade como legítima, como parte da busca por justiça social e equidade. Nesse sentido, pode-se afirmar que muitos movimentos sociais já não acreditam que a redistribuição e a igualdade econômica sejam suficientes para alcançar a justiça social, dessa forma, seria preciso também anular o preconceito e o desrespeito aos grupos minoritários prejudicados pela hierarquização social. Diante desse contexto, muitos estudiosos tem procurado entender o que tem gerado cada vez mais reivindicações pela legitimidade das diferenças culturais, conhecidas como lutas por reconhecimento.

É bem verdade que essas lutas não são recentes. As primeiras lutas do movimento feminista pela eliminação ou ao menos diminuição das assimetrias de gênero datam de meados do século XIX, assim como o movimento negro. As primeiras movimentações por reconhecimento da identidade LGTB também datam do século XIX. Entretanto, alguns autores vão argumentar que muitos desses movimentos tiraram a centralidade da questão da igualdade econômica apenas e passaram a buscar a eliminação do preconceito e do desrespeito.

O filósofo alemão Axel Honnet, estudioso do reconhecimento, busca analisar a mudança de perspectivas nos últimos anos na busca por justiça. O autor destaca que as lutas sociais apontam para uma ampliação da ideia de justiça, na qual o objetivo “[...] não mais parece ser a eliminação da desigualdade, mas a anulação da degradação e do desrespeito; suas categorias centrais não são mais a “distribuição igual” ou a “igualdade econômica”, mas “dignidade” e “respeito”” (HONNET, 2007, p. 79).

Já Nancy Fraser² argumenta que enquanto as lutas por redistribuição buscam uma alocação mais justa de recursos e bens, as reivindicações por reconhecimento “[...] buscam o reconhecimento das distintas perspectivas das minorias étnicas, “raciais” e sexuais, bem como a diferença de gênero” (FRASER, 2001, p. 102).

² Nancy Fraser é uma filósofa americana e pensadora feminista, preocupada com o estudo das concepções de justiça. Segundo ela, a justiça é um conceito complexo e deve ser entendido sobre três dimensões separadas, embora inter-relacionadas.

Fraser (2007) chama atenção para o fato de que a sociedade é regida por “padrões institucionalizados de valoração cultural”, onde determinados grupos e segmentos sociais não tem sido reconhecidos enquanto sujeitos de direitos, em virtude de diferenças sociais, raciais, de gênero, orientação sexual, etc. Nesse sentido, esses indivíduos buscam reconhecimento e paridade participativa, ou seja, a chance de participarem como igual na sociedade, sem que suas particularidades individuais influenciem seu acesso a direitos.

É bem verdade quando se trata da realidade brasileira as lutas por reconhecimento nunca foram tarefa simples. Ainda que seja considerado um país democrático, a realidade mostra que nosso país tem lacunas profundas no que se refere a participação política do povo nas ações do governo. Isso porque o Brasil possui marcas profundas como a escravidão, o monopólio do poder das grandes oligarquias predominantes durante muitas décadas, ditaduras extremamente repressoras, tudo isso contribuiu para um enfraquecimento político do povo brasileiro, onde o ato de participar na maioria das vezes se restringe ao voto eleitoral. Essas marcas produziram no país uma cultura hierarquizante, onde alguns segmentos da população se encontram em total vulnerabilidade social enquanto outros usufruem dos mais diversos privilégios. Todos esses fatores contribuíram para gerar uma descrença dos cidadãos nas instâncias de poder, trazendo a ideia de que as decisões governamentais não dizem respeito ao povo.

Durante a ditadura militar (1964-1985), os movimentos sociais foram extremamente sufocados pela repressão, tortura, perseguições, censura, e ausência total de democracia. Somente ao final da década de 1980 é que se pode ver uma luz no fim do túnel e foi possível vislumbrar a chance de “retorno” da democracia. A carta magna de 1988 inaugura um novo período na história brasileira, na medida em que estimula a participação social da população nas decisões políticas, não só através do voto, mas da participação direta e controle social através dos conselhos. A nova constituição então estimula o avanço dos direitos sociais (Capítulo II) e políticos, tão reprimidos durante a ditadura. Além disso, um dos grandes avanços desta Carta é a instituição da seguridade social, dando maior atenção as áreas da Saúde, Assistência Social e previdência. Outro grande marco foi a descentralização administrativa, que deu aos Estados e municípios, criando espaços de controle social sobre as ações do governo. A Constituição também foi importante na medida em que estimulou a construção de políticas sociais

[...] como sendo composta por um conjunto de programas e ações do Estado, que se manifestam em oferta de bens e serviços, transferências de renda e regulação, com o objetivo de atender as necessidades e direitos sociais que afetam vários componentes das condições de vida da população, inclusive aqueles que dizem respeito a pobreza e à desigualdade (CASTRO, 2012, p. 2).

Entretanto, dito isso, o que nos interessa aqui é perceber como a ideia de participação e controle social trazida na CF de 1988 estimulou muitas categorias até então vulnerabilizadas e invisibilizadas a buscarem o reconhecimento de seus direitos e sua cidadania através da construção de políticas sociais. Pode-se dizer que a ideia da redemocratização expressa na CF 1988 traz um “[...] alargamento da contestação política [...] já não restrita ao eixo da classe, a contestação agora abarca agora outros eixos de subordinação, incluindo gênero, “raça”, etnia, sexualidade, religião e nacionalidade” (FRASER, 2001, p. 2). Apesar de Fraser falar do contexto norte-americano, é bem verdade que também aqui no Brasil a desigualdade econômica veio perdendo sua centralidade, e vemos muitas reivindicações por reconhecimento da diferença emergindo no contexto político brasileiro. Por exemplo, as reivindicações do movimento de mulheres pela diminuição dos danos causados pelas assimetrias de gênero, a luta do movimento negro contra o racismo, a luta do movimento LGBT por visibilidade e contra a discriminação, ou seja, uma série de reivindicações políticas que vão além das diferenças de classe.

A busca de diversos segmentos sociais por igualdade então parece não se centrar apenas na desigualdade econômica, mas se preocupa em “[...] equalizar o universal e o particular, os direitos fundamentais dos indivíduos e as identidades de grupos, o princípio da igualdade e o direito à diferença” (FERNANDEZ, 2001, p. 18).

Na área da saúde os anos 1970 marcam uma época significativa na medida em que alguns movimentos que buscavam a democratização da saúde abriam caminhos para a reforma sanitária e posteriormente para a construção do Sistema Único de Saúde. Ainda na ditadura, muitas pessoas, como professores, estudantes, trabalhadores da área da saúde, buscavam uma ampliação da saúde a todos os indivíduos sem distinções de qualquer classe, ou seja, a democratização do acesso à saúde. Com o processo de abertura política e redemocratização após a ditadura essas lutas se intensificaram ainda mais, culminando na 8ª Conferência Nacional de Saúde, que abriu caminhos para a discussão de temas como a criação de um Sistema Único de Saúde que traria como princípio a saúde como direito de todos e dever do Estado, a universalização no acesso à saúde, dentre outros temas importantes para a

construção de uma saúde para todos. Labra (2009) analisa os dilemas da participação social e das lutas por produção de políticas públicas na área da saúde a partir da década de 1970, e destaca que “[...] Tal como vinham demandando os movimentos populares com a participação, buscava-se romper com o modo encapsulado, unilateral e tecnocrático do processo decisório e suprir a deficiente mediação dos partidos políticos” (LABRA, 2009, p.183).

Após a promulgação da Constituição Federal 1988 o Sistema Único de Saúde (Lei nº 8.080) se torna a porta principal da saúde no País, com seus princípios de Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde da população brasileira. Ao menos no papel buscava a inclusão igualitária dos mais diversos segmentos e categorias sociais nos serviços de saúde. Com o passar dos anos e o desenvolvimento da Política do SUS alguns grupos e movimentos sociais perceberam que por conta de hierarquias e assimetrias existentes na sociedade brasileira, seria necessário uma atenção específica a determinados grupos. O movimento de mulheres buscou se organizar a fim de estimular a construção de uma Política Pública específica para as mulheres devido aos danos sofridos por conta das assimetrias de gênero, como veremos adiante.

A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER E OS DESAFIOS PARA SUA IMPLEMENTAÇÃO

A década de 1980 marca uma nova visão no que se refere a Saúde da Mulher. No ano de 1983 é criado o Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM). Anteriormente a criação desse programa, as ações direcionadas as mulheres se mantinham na esfera da reprodução e da contracepção. Com a criação do PAISM amplia-se a assistência a saúde da mulher, e temas até então restritos ao ambiente privado passam a ser alvo da atenção a saúde deste segmento, como questões de sexualidade, as desigualdades entre homens e mulheres, a preocupação com a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, etc. A partir do PAISM então, a ideia de mulher apenas como mãe vai sendo desconstruída, fazendo com que esse grupo receba assistência em todas as áreas, de maneira integral e abrangente.

O documento oficial da Política de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM), destaca o balanço realizado por Correa e Piola (2002) que destaca que entre 1998 a 2003 as ações direcionadas as mulheres se mantiveram focadas na saúde reprodutiva, prejudicando o

desenvolvimento de uma cobertura mais ampla para a saúde de um grande número de mulheres. Como fica expresso no documento

Essa perspectiva de atuação também comprometeu a transversalidade de gênero e raça, apesar de se perceber um avanço no sentido da integralidade e uma ruptura com as ações verticalizadas do passado, uma vez que os problemas não foram tratados de forma isolada e que houve a incorporação de um tema novo como a violência sexual (CORREA; PIOLA, 2002).

Fica ainda explicitado no documento, que no ano de 2003, a Área Técnica de Saúde da Mulher chama atenção para a necessidade de propor novas ações para grupos historicamente vulnerabilizados, como “[...] negras, indígenas, presidiárias e lésbicas [...]” (BRASIL, 2004, p. 19).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004) surge como resultado das lutas de diversos segmentos pelos direitos humanos das mulheres, como o movimento de mulheres, trabalhadores do SUS, movimento negro, etc. Essa Política surge a partir de que se constata que a mulher brasileira vive em estado de vulnerabilidade social, devido aos danos causados pelas diferenças entre homens e mulheres. A violência de gênero afeta muitas áreas da vida da mulher, e no Brasil os números mostram que a situação da mulher no Brasil é extremamente preocupante.

Sabe-se que o grau de vulnerabilidade social a que uma pessoa esta submetida esta intrinsecamente relacionado à maneira como ela irá vivenciar a violência. No caso das mulheres, por exemplo, a violência na maioria das vezes é naturalizada devido a construção social do gênero feminino como inferior ao gênero masculino, a cultura machista e a dominação masculina (BOURDIEU, 1999) presentes na sociedade. No caso brasileiro, os números são assustadores e alarmantes. De acordo com o mapa da violência 2012 divulgado pelo Instituto Sangari, o número de mulheres assassinadas no período de 1980 a 2010 é de mais 92 mil mulheres. Estima-se que “[...] quase 2,1 milhões de mulheres no Brasil são espancadas por ano, sendo 175 mil por mês, 5,8 mil por dia, 4 por minuto e uma a cada 15 segundos³.

A partir das lutas dos movimentos feministas pelos direitos das mulheres e devido a recorrência de casos de violência praticada contra mulheres no âmbito familiar, o Sistema Único de Saúde passa então a tratar com mais especificidade da saúde das mulheres.

³ Os dados são da Fundação Perseu Abramo, 2001.

A violência baseada no gênero⁴ gera impactos diretos não só no aspecto psicológico das mulheres, mas também no que diz respeito à saúde física. As doenças sexualmente transmissíveis, ferimentos, abortos por conta do estupro, problemas ginecológicos, etc. tem atingido maciçamente as mulheres, além de danos psicológicos como estresse pós-traumático e depressão.

Tudo isso explica as reivindicações do movimento de mulheres e diversos outros segmentos ligados a saúde para a construção de uma Política específica de atenção a saúde da mulher, constatando que a violência de gênero representa um grave problema de saúde pública.

Entretanto, deve-se dar atenção especial para os desafios que a PNAISM vai enfrentar na sua implementação. Isso porque a categoria ‘mulheres’ não é homogênea. Sendo assim, dentro da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004) vão existir disputas políticas internas por visibilidade e reconhecimento. Quando falamos de mulheres, pensamos em mulheres negras, brancas, heterossexuais, lésbicas, bissexuais, ou seja, cada mulher terá particularidades que muitas vezes vão influenciar no modo como elas serão contempladas pelas ações de saúde. Entretanto, alguns grupos encontram-se ainda invisibilizados por conta da discriminação, como é o caso das mulheres lésbicas. Existe uma série de questões que vão fazer com que as mulheres lésbicas possuam uma cidadania fragilizada devido à discriminação, na saúde essa questão não é diferente. A homofobia invade todos os espaços e instituições, demandando uma atenção mais específica no que se refere a saúde de grupos historicamente discriminados, na medida em que estes sofrem uma dupla violência e dupla discriminação, como é o caso das lésbicas que sofrem com a violência de gênero e a homofobia. Por não se sentirem totalmente contempladas pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que ainda é em grande medida ancorada em paradigmas de heterossexualidade, as lésbicas - juntamente com gays, travestis, bissexuais e transexuais - sentiram a necessidade de reivindicar uma nova política, que trouxesse mais visibilidade e uma cidadania mais ampla para esses grupos. Diante disso, a partir das reivindicações do movimento LGBT no Sistema Único de Saúde, surge em 2010 a Política

⁴ Segundo Safiotti (1994), “A violência do macho contra a mulher, expressa de diferentes formas - ironia, espancamento, reprodução forçada, estupro, homicídio etc. - é constitutiva da organização social de gênero no Brasil.”

Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Ministério da Saúde).

A POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBT: DESCONSTRUINDO O PARADIGMA DA HETERONORMATIVIDADE NA SAÚDE DA MULHER

A Política de Atenção Integral à Saúde da População LGBT (2010) surge através da participação do Movimento LGBT em parceria com outros atores sociais inseridos na saúde, na busca de conter o avanço da epidemia do HIV/AIDS que atinge em grande número a população LGBT. Fica claro que a saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais contem especificidades que demandam uma atenção integral e específica, já que se tratam de grupos historicamente discriminados.

Devido ao grande número de reivindicações e disputas por reconhecimento dentro do Sistema Único de Saúde algumas políticas tem dificuldades na garantia de equidade⁵ e integralidade⁶ no atendimento. Dentro da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM), por exemplo, o movimento negro vai demandar uma atenção específica às mulheres negras por conta do racismo, da mesma maneira que as mulheres lésbicas vão necessitar de atenção integral na medida em que a homofobia traz reflexos para a saúde desse grupo. Ou seja, no interior da própria política pública, existem diversos grupos demandando reconhecimento pelas suas diferenças e particularidades.

Dito isso, a questão central que este artigo propõe é: se existe uma Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher – que tem como objetivos “Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras [...]” e “Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie” (BRASIL, 2004, grifos nosso) – por que as lésbicas não se sentem amparadas por essa política? E quais os motivos que levaram o

⁵ A equidade é um princípio do Sistema Único de Saúde que tem como objetivo diminuir desigualdades, investir mais onde a carência é maior (BRASIL, 2001).

⁶ A Integralidade visa considerar a pessoa e atender a todas as suas necessidades, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 2001).

movimento lésbico a reivindicar uma política de atenção mais específica e integral para sua saúde, como a Política de Atenção Integral à Saúde da População LGBT?

Acredito que um dos motivos para essa fragmentação na atenção a saúde das mulheres, é o fato das lésbicas se encontrarem em estado de vulnerabilidade e invisibilidade social, por conta da discriminação. Assim como foi dito no tópico anterior, as mulheres sofrem danos sociais, psicológicos e físicos advindos da violência de gênero. As lésbicas, além da violência de gênero, têm de enfrentar mais um obstáculo, a discriminação, que gera fortes impactos na saúde dessa população e se caracteriza como uma violação de seus direitos. Segundo Ferraz e Kraiczuk “[...] Tais violações são expressões das representações e significações construídas socialmente acerca das orientações sexuais tidas como desviantes perante a norma representada pela heterossexualidade (heteronormatividade)” (FERRAZ; KRAICZYK, 2010, p.76).

Essa invisibilidade da população lésbica na saúde deve-se em grande parte ao fato da PNAISM ainda se apoiar em grande medida no paradigma da heterossexualidade, refletindo a cultura heteronormativa presente na sociedade. A heteronormatividade, enquanto uma visão de mundo que considera a heterossexualidade como única orientação sexual aceitável socialmente,

[...] visa regular e normatizar modos de ser e de viver, os desejos corporais e a sexualidade. De acordo com o que está socialmente estabelecido para as pessoas, numa perspectiva biologicista e determinista, há duas – e apenas duas – possibilidades de locação das pessoas quanto à anatomia sexual humana, ou seja, feminino/fêmea ou masculino/macho (PETRY; MEYER, 2011, p. 195).

A heterossexualidade compulsória aliada a discriminação faz com que indivíduos que não se encaixam nesse padrão tenham seus direitos fragilizados. Um exemplo da heteronormatividade presente no Sistema Único de Saúde pode ser identificado, por exemplo, na Lei de Planejamento Familiar (1996), que traz estratégias de assistência no âmbito da concepção e contracepção. Alguns trechos extraídos do Manual Técnico de Assistência em Planejamento Familiar deixam claro a visão heteronormativa no que diz respeito as ações de concepção e contracepção.

A Lei estabelece que as instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS), em todos os seus níveis, estão obrigadas a garantir à mulher, ao homem ou ao casal, em toda a sua rede de serviços, assistência à concepção e contracepção como parte das demais ações que compõem a assistência integral à saúde (BRASIL, 2002, p. 7, grifos nosso).

Quando destaca que a assistência a concepção e contracepção deve ser garantida à mulher, ao homem ou ao casal, pode-se perceber que a Lei de Planejamento Familiar (1996) dá ênfase ao binômio homem/mulher, propondo ações direcionadas em grande parte a casais heterossexuais, ao mesmo tempo que não atenta para nenhum outro arranjo familiar, como casais de lésbicas, bissexuais e gays.

Ao analisar o caráter das atividades educativas do Programa de Planejamento Familiar, percebe-se que em certa medida essas ações tem reafirmado a invisibilidade de outros tipos de família que não o heterossexual. O fato das lésbicas necessitarem de informação e prevenção contra doenças sexualmente transmissíveis tanto quanto as mulheres heterossexuais parece ser esquecido na medida em que as ações educativas de contracepção são focadas em métodos contraceptivos utilizados por casais heterossexuais, como preservativos masculinos, pílulas anticoncepcionais, laqueadura e vasectomia, etc.

A epidemia do HIV/AIDS tem atingido inúmeras mulheres, independente da cor, raça ou orientação sexual. A ausência de informações claras sobre a prevenção da doença entre as lésbicas coloca esse grupo em um risco ainda maior do que as demais mulheres. Há uma invisibilidade no que diz respeito à sexualidade das lésbicas, que ainda é rodeada por tabus.

Moraes e Esteves (2011) realizaram um estudo acerca desse desencontro entre as lésbicas e a prevenção quanto aos riscos de DST e HIV/AIDS. A pesquisa, realizada em espaços de sociabilidade LGBT na cidade do Rio de Janeiro com mulheres lésbicas, revela que “[...] 90% não utilizou nenhum tipo de proteção durante essas relações, 18% compartilhou acessórios com a parceira sem camisinha e 16% com a mesma camisinha” (MORAES; ESTEVES, 2011, p.1) Isso constata a desinformação de muitas lésbicas sobre proteção e prevenção de DST e HIV/AIDS e afirma a necessidade de atenção especial a essa população. As autoras destacam ainda que

Quando se fala em homossexuais, DST e Aids, novamente as lésbicas são "esquecidas": a grande maioria dos artigos, campanhas e estudos no Brasil estão relacionados ao universo homossexual masculino, sendo raríssimo encontrar algo a respeito de lésbicas e bissexuais (MORAES; ESTEVES, 2011, p. 2).

Outro fator que parece contribuir para esse esquecimento é a existência de poucas produções acadêmicas sobre a saúde de mulheres lésbicas. Os estudos sobre DST e

HIV/AIDS ainda são em sua maioria relacionados a homossexualidade masculina, enquanto a saúde sexual das lésbicas ainda se mantém obscurecida nas produções acadêmicas, já que “No Brasil notadamente existe uma lacuna de dados e informações concernentes à saúde da mulher lésbica e bissexual” (MORAES; ESTEVES, 2011, p. 3).

Com relação à violência, as lésbicas estão ainda mais vulneráveis que as demais mulheres. Pode-se dizer que esse grupo sofre uma dupla violência, a da homofobia e a violência de gênero. Por vivermos em uma sociedade que julga e discrimina tudo aquilo que é diferente e foge aos padrões, as mulheres homossexuais tem no preconceito um obstáculo a mais na efetivação de seus direitos.

O Relatório sobre violência homofóbica no Brasil do ano de 2012 destaca que das denúncias de homofobia, 37,59% das vítimas foram identificadas como lésbicas. Isso deixa claro a necessidade de políticas públicas que garantam a proteção social dessa população.

Com relação a violência doméstica entre lésbicas também não há um aparato legal que amparem essas vítimas. As mulheres homossexuais envolvidas em casos de violência conjugal têm de enfrentar uma série de desafios na busca por direitos, esses desafios estão ligados a diversas questões como o preconceito, a falta de reconhecimento da união homoafetiva pela sociedade e pelo medo que essas vítimas enfrentam de serem julgadas por sua orientação sexual.

O item da orientação sexual não está presente nos registros de atendimento à mulheres violentadas, fazendo com que muitas vezes essas vítimas passem por esse processo de forma invisibilizada. A ausência de informação juntamente com o preconceito e a falta de capacitação de profissionais para lidar com esse público gera um impedimento à construção da cidadania plena da mulher, sendo necessário se discutir sobre o tema e se pensar alternativas de gerar pleno acesso ao atendimento de saúde, e ao apoio jurídico e psicológico necessário a toda mulher vítima de violência, independente de sua orientação sexual.

Diante de todos esses obstáculos que as lésbicas enfrentam no tocante a sua saúde, a hipótese deste artigo é que a discriminação e o preconceito têm incidido diretamente no processo saúde-doença desse grupo historicamente invisibilizados nas políticas de saúde, demandando a construção de políticas públicas específicas e a constante avaliação e monitoramento destas. Parece haver uma lacuna na Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher no que diz respeito a atenção a saúde da mulher lésbica. Essa ausência de

estratégias para atender esse público fica constatada no fato de foi necessário que as lésbicas buscassem reconhecimento através de outra política.

A Política LGBT marca o reconhecimento das consequências que a discriminação e o preconceito podem gerar na saúde desse público e representa um avanço para os direitos da população LGBT na medida em que tem como um dos objetivos “[...] a eliminação do preconceito e da discriminação da população LGBT nos serviços de saúde” (BRASIL, 2011, Art. 2º, Inciso XVI)

É bem verdade que a PNAISM também representou um grande avanço para as mulheres na área da saúde, entretanto, a incorporação de novas temáticas como a diversidade sexual se apresenta como um processo lento e gradual. Nesse sentido se faz necessária avaliar constantemente essas políticas no sentido de perceber se a equidade e a integralidade têm sido garantidas independente de questões de raça, cor, sexo ou orientação sexual.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo buscou chamar atenção para a complexidade da implementação das políticas de saúde na garantia de equidade e integralidade. Assim como na sociedade, dentro do Sistema Único de Saúde vão existir inúmeros grupos reivindicando o reconhecimento pela sua diferença.

Destacamos a importância da criação da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher enquanto instrumento de ampliação da cidadania fragilizada das mulheres, e estratégia na diminuição das assimetrias de gênero. Entretanto, é preciso levar em conta a diversidade do universo das mulheres, onde as especificidades de cada uma delas vai demandar uma atenção diferenciada a sua saúde.

Uma das hipóteses é que as especificidades da saúde das lésbicas durante muito tempo ficaram esquecidas e invisibilizadas, não é a toa, que autores comprovam o alto nível de desinformação dessa população com relação a prevenção de DST e HIV/AIDS.

A partir do momento em que a heterossexualidade compulsória e a heteronormatividade incidem no processo de saúde-doença de alguns segmentos, é preciso atentar para novas estratégias de inclusão da população LGBT nos serviços de saúde.

O documento oficial da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (2004) por exemplo chama atenção para o fato de que ainda em 2003, a Área Técnica de

Saúde da Mulher atentava para a necessidade de ações direcionadas a grupos invisibilizados na saúde, como: mulheres com deficiência, mulheres rurais, lésbicas, negras, etc. Entretanto parece haver dificuldade na incorporação dessas temáticas na PNAISM, principalmente com relação as lésbicas. Não é a toa que o Movimento LGBT por uma política que trate de sua saúde com atenção mais especial, devido ao alto grau de vulnerabilidade a que este grupo esta submetido.

É preciso questionar também em que medida a invisibilidade histórica das lésbicas se caracteriza ou não como uma violência institucional, acumulando assim, mais uma violência juntamente com a de gênero e a violência homofóbica.

Nesse sentido, desconstruir o paradigma da heteronormatividade se torna fundamental na medida em que desvenda as inúmeras violências que certos segmentos sociais são submetidos dentro e fora dos espaços de saúde e contribui para garantia de direitos humanos de grupos extremamente discriminados.

As políticas de saúde devem estimular constantemente a sensibilização de profissionais e os demais atores inseridos para questões ligadas a população LGBT, na medida em que a discriminação se caracteriza como uma forte violação de direitos humanos, as instituições de saúde devem estar preparadas para amparar esse público de maneira integral, e para tratar da complexidade que envolvem as questões LGBT no Brasil.

A homofobia é um problema de saúde pública e merece atenção do Estado e das instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde. Ainda que a igualdade social seja o principal alvo das políticas sociais, deve-se atentar para as diferenças e particularidades de cada indivíduo contemplados por elas, a fim de diminuir as assimetrias e disparidades de qualquer origem, e garantir a universalidade, a equidade, e a integralidade das políticas, independente de sexo, raça, cor ou orientação sexual.

REFERÊNCIAS

BOURDIEU, Pierre. **A Dominação Masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico/Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher . 4. ed. Brasília (DF), 2002.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Brasília (DF), 1988.

BRASIL. **Lei de Planejamento Familiar**. Brasília (DF), 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde: textos básicos**. Rio de Janeiro, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher : Princípios e Diretrizes / Ministério da Saúde**, Brasília (DF), 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais**. Brasília (DF), 2010.

CASTRO, Jorge Abrahão de. **Política Social no Brasil contemporâneo**. 2012

FERRAZ, Dulce; KRAICZYK, Juny. Gênero e Políticas Públicas de Saúde: construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 9, n. 1, 2010.

FRASER, Nancy. Reconhecimento sem ética? **Revista Lua Nova**, n. 70, 2007.

HONNET, Axel. Reconhecimento ou redistribuição? A mudança de perspectivas na ordem moral da sociedade. IN: SOUZA, J. e Matos, P. (orgs). **Teoria Crítica no século XXI**. São Paulo: Ana Blume, 2007.

INSTITUTO SANGARI. **Mapa da violência 2012**.

LABRA, Maria Eliana. **Política Nacional de Participação na Saúde: entre a utopia democrática do controle social e a práxis predatória do clientelismo empresarial in Participação, Democracia e Saúde/ Sonia Fleury e Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato (organizadoras) – Rio de Janeiro: Cebes, 2009.**

MEDEIROS E GUARESCHI. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. **Rev. Estud. Fem.** 2009.

PETRY, Rodolpho Dagmar e MEYER, Analídia Elisabeth Estermann. Transexualidade e heteronormatividade: algumas questões para a pesquisa. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 10, n. jan./jul. 2011.

RELATÓRIO SOBRE VIOLÊNCIA HOMOFÓBICA NO BRASIL: ano de 2012. Brasília (DF): Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR), 2012.

SAFFIOTI, Heleieth I.B. Violência de gênero no brasil atual. **Revista Estudos Feministas**, 1994.

MORAES, Lorena; ESTEVES, Marcelle Cristiane. **Práticas sexuais de mulheres lésbicas e bissexuais e a relação com a prevenção das DST/HIV/AIDS**. Bahia: 2011.

