



INVISIBILIDADE E VIOLAÇÕES DOS DIREITOS HUMANOS DE MULHERES LÉSBICAS E BISSEXUAIS NAS POLÍTICAS DE SAÚDE DO BRASIL

Naira de Assis Castelo Branco¹

RESUMO

Este artigo tem por objetivo discutir como o preconceito associado à homossexualidade e à bissexualidade feminina implicam em questões de saúde pública, já que a sexualidade divergente da heterossexualidade é um dos determinantes sociais que condiciona a situação da saúde desse grupo de mulheres no Brasil. Analisa como os mecanismos internacionais de garantias dos direitos humanos das mulheres se configuraram como importantes marcos históricos que, aliado às lutas dos movimentos feministas e LGBTs, conseguiram fazer avançar as pautas de saúde pública e direitos humanos. A pesquisa também denuncia a exclusão das especificidades das mulheres lésbicas e bissexuais nas políticas públicas de saúde no Brasil, ainda não reparadas nas ações efetivas do Estado brasileiro, configurando grave violação aos direitos humanos, na perspectiva dos direitos sexuais, reconhecidas pela Conferência de Pequim, de 1995.

Palavras Chave: Direitos Humanos, Políticas Públicas, Movimento Feminista, Movimento LGBT.

INTRODUÇÃO

As mulheres, os negros e a população LGBT², no Brasil e no mundo, com as diferenças e singularidades de múltiplas experiências que esses grupos de minorias identitárias apresentam, ficaram à margem dos direitos considerados como universais ratificados na Declaração Universal dos Direitos Humanos, proclamada em assembleia geral das Nações Unidas, em 1948. A busca por igualdade e garantias dos direitos humanos, assegurados na declaração universal, nas relações e nos espaços políticos, impulsionou a organização dos movimentos sociais representativos desses grupos em busca de demandas próprias.

O acesso aos direitos humanos negado às mulheres tornou-se a grande bandeira de luta feminista em nível global. Já o movimento LGBT, liderado pelo ativismo gay, teve como principal pauta o fim da patologização e discriminação de sexualidades divergentes da heterossexual. No que se refere as reivindicações políticas, as mulheres lésbicas e bissexuais atuaram em uma frente de luta composta pela interseção do movimento feminista e do movimento LGBT, enfrentando dentro dos espaços de luta, uma dupla invisibilidade.

¹ Graduada em História pela Universidade Estadual do Piauí - UESPI, Mestra em História do Brasil pela Universidade Federal do Piauí – UFPI. Ativista, Coordenadora dos Coletivos feministas Mulheres em Pauta e Coletivo LesBinistas, ambos na cidade de Parnaíba-PI, nairacastbranco@gmail.com

² Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais



Após o início da década de 1970, houve grande mobilização feminista no Brasil, a partir das discussões sobre corpo, sexualidade, aborto, orgasmo, o surgimento da pílula anticoncepcional e as novas formas de relacionamento (como, por exemplo, o “amor livre” difundido pelo movimento *hippie*, além da violência contra as mulheres). Todas essas novas pautas do movimento, chamado posteriormente de *segunda onda*, resumiram-se no *slogan* “O pessoal é político”. A luta pelas novas demandas passou a reivindicar, ao lado de outros movimentos sociais de grupos identitários de minorias, como o movimento negro e dos homossexuais, mais igualdade nas relações e nos espaços políticos.

Segundo Soares e Sardenberg (2011), a teoria feminista, na década de 1970, foi fundada hegemonicamente num viés heterossexual, em meio a um contexto político e social que considerava temas como lesbianidades uma das pautas deslegitimadora do movimento, pois a relação entre a luta feminista e o movimento lésbico era utilizado como um dos ataques de conotação pejorativa pelos resistentes ao feminismo na época. Como consequência, grande parte do movimento feminista, resistiu em incluir as pautas das mulheres lésbicas e bissexuais, ainda que pregassem a expressão da sexualidade e o direito ao prazer.

Para Adrienne Riche (2010), a dificuldade de visibilidade política das mulheres lésbicas e bissexuais, dentro do movimento feminista, criou uma aproximação com as vivências sociais e de luta, por garantias de direitos, da homossexualidade masculina, por serem duas estigmatizadas. Tal processo equacionou a existência lésbica como uma versão feminina da homossexualidade masculina, causando uma generalização da ideia de demandas de pessoas não heterossexuais. Esse contexto criou um apagamento duplo da realidade feminina que só pode ser analisada com profundidade através das vivências dentro de contextos específicos experienciados por mulheres.

Esse artigo é uma síntese de como as mulheres lésbicas e bissexuais foram invisibilizadas nas políticas públicas de saúde. Apesar do avanço das conquistas do movimento feminista e do movimento LGBT, esse grupo persiste à margem das garantias de direitos e tem seus direitos humanos continuamente violados através do silenciamento decorrente do preconceito institucional do Estado, atravessado pela cultura heteronormativa. Esse artigo é uma provocação acadêmica de um posicionamento ativista já que “Se o sexo é reprimido, isto é, fadado à proibição, à inexistência e ao mutismo, o simples fato de falar dele e de sua repressão possui como que um ar de transgressão deliberada” (FOUCAULT, 2015, pág. 11).

METODOLOGIA

A metodologia empregada na pesquisa envolve procedimentos que dialogam entre si, utilizando pesquisa bibliográfica com obras relacionadas de forma direta ou indireta ao tema. A contribuição de unir, metodologicamente, em uma pesquisa, várias fontes de diversas áreas do conhecimento, está na multiplicidade de perspectivas com as quais podemos apresentar a discussão, acadêmica e ativista, sobre invisibilidade das mulheres, lésbicas e bissexuais, nas políticas públicas de saúde do Brasil.

MARCOS POLÍTICOS DOS DIREITOS SEXUAIS DAS MULHERES

A discussão sobre os direitos sexuais, como um dos segmentos dos direitos humanos das mulheres, não surgiu a partir de um campo específico. Consolidou-se com o avanço das conquistas políticas do movimento feminista nacional e internacional, que no século XX, segundo Margareth Rago (1998, pág. 12), “adquire uma enorme importância ao questionar a organização sexual, social, política, econômica e cultural de um mundo profundamente hierárquico, autoritário, masculino, branco e excludente”.

No âmbito internacional, de acordo com Tathiana Haddad Guarnieri (2010, p. 4-6), em 1946, a Organização das Nações Unidas (ONU) criou a *Commission on the Status of Women* (CSW) para promover e fazer recomendações sobre os direitos das mulheres no campo político, civil, educacional, social e saúde aos Estados-membros. Essa comissão foi essencial na elaboração da Assembleia Geral de 1952, que tinha por objetivo o reconhecimento e a garantia dos direitos políticos das mulheres. Um grande destaque do trabalho da CSW foi a aprovação da resolução (A/RES/843 – IX, de dezembro de 1954) para que os Estados-membros suprimissem costumes que violassem os direitos humanos das mulheres, mesmo enfrentando resistência de comunidades tradicionais, que defendiam práticas violentas, mutiladoras e de cerceamento como inerentes às culturas nacionais.

Em 1975, instituído pela ONU, Ano Internacional das Mulheres, e o período de 1975 a 1985 a década das mulheres, onde os países membros se comprometeram adotar políticas de proteção e de equidade de gênero. No mesmo ano foi lançado no Brasil o Programa de Saúde Materno Infantil (PMI) uma das primeiras políticas públicas de saúde nacionais pensadas especificamente para as mulheres. O contexto da entrada massiva de mulheres no mercado de trabalho formal, através da indústria e do comércio, tencionou a criação de políticas públicas de assistência à saúde que pensassem as demandas reprodutivas e planejamento familiar.

Em 1979 é promulgado pela ONU a Convenção Para Eliminação de Todas as formas de Discriminação Contra as Mulheres - CEDAW³, ratificada pelo Brasil em 1981, esse tratado é fruto do trabalho de elaboração da CSW que começou a elaborar ainda em 1963 um documento que articulasse internacionalmente o combate a discriminação contra as mulheres. No Brasil, durante a década de 1980, em meio aos avanços de conquistas internacionais dos direitos humanos das mulheres e embaladas pelo processo de abertura política, “grupos de mulheres, demógrafos, pesquisadores universitários e profissionais da saúde iniciaram, em 1983, parceria com o Ministério da Saúde para elaboração de propostas de atendimento à mulher que garantissem o respeito a seus direitos de cidadã” (LEITE; PAES, 2009, pág. 708). Em resposta a essas demandas foi implantada no Brasil o Programa Assistência Integral à Saúde da Mulher, oficializado em 1984.

Em 1994, em Cairo, no Egito, a ONU realizou a Conferência Internacional sobre a População e Desenvolvimento (CIPD), onde teve início os debates sobre os direitos reprodutivos, o reconhecimento dos direitos sexuais, ao direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de coerções, violência e discriminações. Mas foi apenas no ano seguinte, em 1995, em Pequim, na China, durante a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, que os direitos sexuais foram reconhecidos como parte dos direitos humanos (IRINEU, 2014, pág. 160). Esse novo entendimento conquistado pela mobilização feminista internacional fez com que surgissem novas perspectivas na discussão sobre sexualidade na área da saúde como um direito universal.

No entanto, no Brasil, na década de 1990, nos principais programas e diretrizes do Ministério da Saúde, como o Programa de Saúde da Família (1994), Manual dos Comitês de Mortalidade Materna (1994) e o Manual para a organização da Atenção Básica (1999), a saúde da mulher era tratada pelo viés da saúde reprodutiva, e isso se estendeu com as políticas implantadas nos anos 2000, como o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (2000) e Manual dos Comitês de Mortalidade Materna (2002).

Em 2004 foi implantada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Em seu texto, o Ministério da Saúde reconhece que há a necessidade de inclusão das mulheres lésbicas: “A agenda de necessidades de saúde desse grupo populacional diz respeito, dentre outras, ao atendimento na área da ginecologia, em que os profissionais partem do pressuposto de que a vida sexual ativa das mulheres é sempre de caráter heterossexual” (BRASIL, 2004, pág. 49). Também garante em sua apresentação a inclusão de minorias e o reconhecimento dos

³ Sigla em inglês: Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women

direitos sexuais e reprodutivos garantidas na Conferência de Pequim, de 1995, ratificada pelo Estado brasileiro no mesmo ano.

Este documento incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Agrega, também, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/aids e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico. Além disso, amplia as ações para grupos historicamente alijados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades. (BRASIL, 2004, pág. 05)

No entanto, dentre as Diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, não há nenhuma menção de operacionalização concreta de ações relacionadas à saúde de mulheres lésbicas e bissexuais. Esse silenciamento faz com que essa política específica para as mulheres tome a heterossexualidade como regra, ignorando a pluralidade da sexualidade feminina. As outras políticas e ações que surgem para as mulheres nesse período, como o Estudo da Mortalidade de Mulheres de 10 a 49 anos, com Ênfase na Mortalidade Materna (2006) e o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (2007), seguem a lógica da década anterior e continuam sendo atravessadas pela heterossexualidade e reprodução.

Os avanços no cenário internacional pela luta por direitos humanos das mulheres abriram espaço para discussões, no Brasil, sobre a importância da criação de políticas públicas que garantissem o acesso aos direitos básicos e a ampla cidadania às mulheres, como uma questão política que exigia intervenção do Estado. Mesmo com a forte articulação do movimento feminista e do movimento LGBT, fazendo parte dos dois grandes movimentos articuladores dos avanços relacionados aos direitos humanos no Brasil, as mulheres lésbicas e bissexuais foram constantemente silenciadas no processo de garantias de direito.

ONDE ESTÃO AS MULHERES LÉSBICAS E BISSEXUAIS NAS POLÍTICAS DE SAÚDE DO BRASIL?

No primeiro Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, de 2005, as mulheres lésbicas são citadas apenas na apresentação: “que todas estejam representadas - mulheres índias, negras, lésbicas, idosas, jovens mulheres, com deficiência, ciganas, profissionais do sexo, rurais, urbanas, entre outras” (BRASIL, 2005, pág. 09). Mas, nas políticas públicas específicas de saúde, educação e segurança, não são elencados objetivos a serem alcançados em relação a esse grupo, além de não existir nenhuma menção às mulheres bissexuais durante todo o texto.

A invisibilidade das mulheres lésbicas e bissexuais nas políticas públicas no Brasil e a escassa produção científica sobre esse grupo implicam em questões de saúde pública.

“A relação entre a homo e a bissexualidade feminina e a temática saúde está perpassada por uma série de fatores que envolvem: a invisibilidade do homoerotismo feminino; a invisibilidade da própria sexualidade feminina; e preconceito que temos, em relação à homossexualidade” (BARBOSA; FACCHINI, 2006, pág. 07).

Em 29 de agosto de 2006 (data que deu origem ao dia da visibilidade lésbica no Brasil), durante o I SENAILE (Seminário Nacional de Lésbicas), que teve como tema “Saúde Visibilidade e organização”, mulheres lésbicas, através de mobilizações próprias e diante da omissão do Estado, discutiram e elencaram as demandas de saúde específicas do grupo como forma de resistência e tensionamento para a criação políticas públicas que as contemplassem.

Em 2007, o Ministério da Saúde lançou o Plano Integrado de Enfrentamento à Feminização da AIDS e outras DST, com a proposta de “consolidação de uma política intersetorial para o enfrentamento da epidemia de aids e a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis entre as mulheres” (BRASIL, 2007, pág. 08), mas nas suas ações estratégicas e nas metas elencadas não há nenhuma menção às mulheres lésbicas e bissexuais, apesar de citá-las dentre o público a ser alcançado, como mostra o trecho do Plano:

As estratégias do Plano devem contemplar as mulheres e suas especificidades: gestantes; mulheres vivendo com HIV e aids; adolescentes e jovens; lésbicas, bissexuais e outras mulheres que fazem sexo com mulheres; transexuais, negras; indígenas; mulheres em situação de prisão; profissionais do sexo; trabalhadoras do campo e da cidade; mulheres em situação de violência sexual e doméstica; portadoras de deficiência; mulheres no climatério e as mulheres idosas. (BRASIL, 2007, pág. 20)

A exclusão desse grupo em políticas tão importantes, como as políticas de prevenção ao HIV/AIDS, afeta diretamente a saúde dessas mulheres, que não contam com campanhas específicas, atendimento adequado e estão submetidas ao senso comum que relações sexuais entre mulheres oferecem menos riscos, não havendo consenso na produção científica sobre os reais riscos, formas de transmissão e proteção eficazes em relação as doenças sexualmente transmissíveis.

Em reconhecimento à exclusão de pessoas LGBT das políticas públicas brasileiras e como forma de acelerar a inclusão dessa população aos direitos básicos, foi implantado, em 2009, o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos LGBT elaborado por uma comissão interministerial, como desdobramento do Programa Brasil sem Homofobia, de 2004, e da primeira Conferência Nacional GLBT⁴ de 2008. Esse Plano trouxe como meta, em

⁴ Durante a conferência foi aprovada a mudança na ordem da sigla, passando a letra “L” a ser evidenciada no início em reconhecimento ao duplo preconceito sofrido por lésbicas: homofobia e misoginia.

suas diretrizes, no campo da saúde para a população LGBT, a aprovação da Política Nacional de Saúde Integral, nas instâncias do SUS⁵.

Em 01 de dezembro de 2011, através da Portaria nº 2.836 do Ministério da Saúde, foi instituído, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Em 2014, foi realizado pelo Ministério da Saúde e pela extinta Secretaria de Políticas Públicas para as Mulheres, nos dias 23 e 25 de abril, uma oficina que tinha como objetivo a produção do livreto “Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais”, a primeira ação do Ministério da Saúde voltada para a saúde desse grupo pela primeira vez no Brasil.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para além do esforço dos movimentos sociais, tanto feminista como LGBT, na luta por direitos, é necessário observar as especificidades das demandas políticas das mulheres lésbicas e bissexuais brasileiras que, apesar de terem demandas atravessadas pelas duas frentes de luta, precisam da auto-organização e ocupação de espaços representativos de poder para tencionarem, em várias frentes de luta – política, ativista e acadêmica –, suas demandas específicas, visto que “entre o Estado e o indivíduo o sexo tornou-se objeto de disputa, e disputa pública; toda uma teia de discursos, de saberes, de análises e de injunções o investiram” (FOUCAULT, 2015, pág. 30).

A responsabilização do Estado em garantir cidadania plena e acesso aos direitos humanos das mulheres lésbicas e bissexuais, já reconhecidos pelos mecanismos internacionais de direitos humano, é uma luta justa, considerando que “o sexo não se julga apenas, administra-se. Sobreleva-se ao poder público; exige procedimentos de gestão; deve ser assumido por discursos analíticos” (FOUCAULT, 2015, pág. 27). Em resposta às violações das estruturas institucionais do Estado brasileiro, pautadas na heteronormatividade e na cultura patriarcal que não reconhecem a multiplicidade das sexualidades feminina faz-se necessário a articulação política para a reparação dessas violações pois afetam grandes dimensões da vida dessas mulheres, como a saúde.

Diante do atual cenário político brasileiro, é necessário a reafirmação dos direitos humanos como um dever e uma política de Estado para a garantia da promoção dos direitos sociais da população LGBT e seu exercício efetivo de cidadania. No ano de 2019, o Governo Federal brasileiro retirou os grupos LGBT das políticas públicas de Direitos Humanos afetando

⁵ Sistema Único de Saúde

a realização de ações afirmativas voltadas à igualdade, à inclusão social e ao combate à discriminação. Isso demonstra um cenário ameaçador à vida de muitas pessoas que sofrem com o preconceito e a discriminação na sociedade brasileira.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. *Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal*. Brasília: Ministério da Saúde. 2007

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna: relatório final*. Brasília: Ministério da Saúde. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: plano de ação: 2004-2007*. Brasília: Ministério da Saúde. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Núcleo técnico da política nacional de humanização*. Brasília: Ministério da Saúde. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. *Manual dos Comitês de Mortalidade Materna*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa de humanização no pré-natal e nascimento: informações para gestores e técnicos*. Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Manual para a organização da atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde. 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa de Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde. 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual dos Comitês de Mortalidade Materna*. Brasília: Departamento de Programas de Saúde/Coordenação Materno-Infantil/Secretaria de Assistência à Saúde/Ministério da Saúde. 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde. 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. *Programa de Prevenção da Gravidez de Alto-Risco: normas para a identificação e controle dos riscos reprodutivos, obstétrico e da infertilidade no Programa de Saúde Materno-Infantil*. Brasília: Ministério da Saúde. 1978.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Proteção Materno-Infantil. *Programa de Saúde Materno-Infantil*. Brasília: Ministério da Saúde. 1975.

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

FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e José Augusto Guilhon de Albuquerque. 2. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2015.

GUARNIERI, Tathiana Haddad. Os direitos das mulheres no contexto internacional da criação da ONU (1945) à Conferência de Beijing (1995). *Revista Eletrônica da Faculdade Metodista Granbery*, n. 8, 2010. Disponível em: <<http://re.granbery.edu.br>>. Acesso em: 14 jul. 2018.

IRINEU, Bruna. *Homonacionalismo e cidadania LGBT em tempos de neoliberalismo: dilemas e impasses às lutas por direitos sexuais no Brasil*. In: *Revista Em Pauta*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 34, p. 155 – 178, 2º Semestre de 2014.

LEITE, Ana Cristina N. M. T.; PAIS, Neir Antunes. Direitos femininos no Brasil: um enfoque na saúde materna. In: *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.16, n.3, p.705-714, jul.-set. 2009.

RAGO, Margareth. *Epistemologia feminista, gênero e história*. In: PEDRO, Joana Maria. GROSSI. Miriam Pillar. *Masculino, Feminino, Plural*. Florianópolis: Editora Mulheres, 1998.

RICH, Adrienne. *Heterossexualidade compulsória e existência lésbica*. *Revista Bagoas*, Natal, v. 4 n. 5, pag. 17-44, 2010.

SOARES, Gilberta Santos; COSTA, Jussara Carneiro. *Movimento lésbico e Movimento feminista no Brasil: recuperando encontros e desencontros*. *Labrys, études féministes/estudos feministas*, v. 2, p. 1-64, jan-jun de 2012.