



Artigos originais

Visibilidade seletiva: a influência da heterossexualidade compulsória nos cuidados em saúde de homens gays e mulheres lésbicas e bissexuais

Selective visibility: the influence of compulsory heterosexuality in the healthcare of gay men and lesbian and bisexual women

Murilo dos Santos Moscheta ¹
 Daniele da Silva Fébole ¹
 Bárbara Anzolin ¹

¹ Programa de Pós-Graduação em Psicologia/Universidade Estadual de Maringá

Resumo: O presente texto analisa o modo como descrições normativas de gênero interferem na visibilidade ou invisibilidade de aspectos do processo saúde-doença-cuidado na relação entre profissionais de saúde e usuários homens gays e usuárias mulheres lésbicas e bissexuais. Os dados analisados foram produzidos por meio de oficinas para homens gays ou mulheres lésbicas e bissexuais que relataram suas experiências de assistência em saúde. A discussão busca destacar aquilo que se torna visível e invisível nas relações de cuidado e como isso é regulado por descrições normativas de gênero e noções culturalmente naturalizadas de sexualidade. Quanto aos homens gays apontamos a construção de um cuidado pautado em uma hipervisibilidade de sua sexualidade associando-a às DSTs. Ao contrário, a sexualidade de mulheres lésbicas e bissexuais é invisibilizada, consistentemente negligenciada e abordada apenas em relação a procriação. Esta diferença na distribuição da visibilidade ou invisibilidade é entendida como um efeito da heterossexualidade compulsória e ilustra o modo como as descrições normativas de gênero operam na regulação do gênero e da sexualidade no contexto das práticas em saúde. Isso produz barreiras significativas no acesso ao cuidado e na qualidade da assistência oferecida a pessoas gays, lésbicas e bissexuais.

Palavras-chave: Gênero; Heterossexualidade compulsória; homossexualidade; saúde.

Abstract: This article analyzes how normative gender descriptions interfere in the visibility or invisibility of aspects related to health-disease-care process in the relation between health professionals and gay and lesbian or bisexual women. Empirical data was gathered by focal groups with either gay men or lesbian and bisexual women that reported their experiences of assistance on health issues. Data is discussed in order to highlight what becomes visible and invisible in healthcare relations and how it is regulated by normative gender descriptions and culturally naturalized notions about sexuality. We discuss how gay men's sexuality is hyper-visible and strongly associated with the possibilities of sexuality transmitted diseases. In contrary, lesbian and bisexual women's sexuality is under-visible, consistently neglected and regarded solely as related to procreation. This difference in the distribution of visibility and invisibility is understood as an effect of compulsory heterosexuality and illustrates how normative gender descriptions operate to regulate gender and sexuality in the context of healthcare practices. It produces barriers to access of healthcare and quality of assistance to gay, lesbian and bisexual people.

Keywords: Gender; Compulsory Heterosexuality; Homosexuality; Health.

1. Introdução

O presente texto tem como objetivo analisar o modo como descrições normativas de gênero interferem na visibilidade ou invisibilidade de aspectos do processo saúde-doença-cuidado na relação entre profissionais de saúde e usuários homens gays e usuárias mulheres lésbicas e bissexuais. Em nossa discussão amparamo-nos nos aportes do construcionismo social que afirma o caráter linguístico e performativo da realidade socialmente compartilhada^{1 2}. Para as pesquisas construcionistas sociais o foco são as relações nas quais criamos possibilidades de produzir sentido sobre o mundo, e consequentemente delimitamos nossas possíveis ações sobre ele ^{2 3}. Neste

trabalho, mais especificamente, lançamos olhar para a relação entre profissionais de saúde e homens gays e mulheres lésbicas e bissexuais.

Para analisarmos os aspectos visíveis e invisíveis na referida relação de cuidado, construímos primeiramente um entendimento sobre a relação de cuidado entre profissional de saúde e usuárias e usuários dos serviços. Em seguida falamos sobre gênero como construção social e enquanto efeito da heterossexualidade compulsória, a partir do sistema sexo/gênero/desejo proposto por Butler⁴.

A partir dessas inteligibilidades sobre as relações de cuidado apresentamos trechos de oficinas da pesquisa nacional intitulada “Análise do acesso e da qualidade da atenção integral à saúde da população LGBT (lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais) no SUS (Sistema Único de Saúde). Na análise dos trechos apontamos o que se torna visível e invisível nos encontros de saúde e seus efeitos no cuidado.

1.1. O processo saúde-doença-cuidado

Para falar sobre o processo saúde-doença-cuidado resgatamos primeiramente o conceito ampliado de saúde, que a propõe como “resultante das condições de alimentação habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade”, acesso a serviços de saúde, dentre outros. É, portanto, influenciada pela organização social, pelas desigualdades sociais e econômicas do nosso país⁵. Alinhado a este conceito ampliado, temos a noção dos Determinantes Sociais de Saúde, que contempla o estilo de vida das pessoas, suas subjetividades, relações sociais, comportamentos, sua idade, sexo, hereditariedade, inserção na comunidade, condições socioeconômicas e de habitação e trabalho^{6 7 8}. De acordo com esta proposta, o preconceito pode ser entendido como um importante determinante social de saúde de pessoas lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, uma vez que afeta de modo significativo suas possibilidades de construir vidas saudáveis^{9 10}.

O processo saúde-doença-cuidado dá-se em uma relação de poder. As relações sociais para Foucault¹¹ são constituídas e constituintes de relações de poder. Este autor entende poder como um efeito das relações entre os diferentes tipos de saberes, por exemplo, os saberes médico, religioso e jurídico, que instituem discursos que constroem o que entendemos por verdades. Estas verdades organizam e orientam nossas práticas profissionais e cotidianas e constroem também nossos entendimentos de certo/errado, normal/patológico, bom/ruim circunscrevendo nossa inteligibilidade para as relações.

Assim, entendemos que no encontro entre profissional de saúde e usuário/a opera um acionamento discursivo de estratégias de saber e poder, que permite que naquele contexto alguns aspectos ganhem legitimidade e sejam problematizados e outros não. Ou seja, há formas de saber-poder que instituem aquilo que se tornará objeto ou foco daquela relação e aquilo que deverá permanecer fora do seu âmbito de responsabilidade e legitimação.

Deste modo, o que será visto como saúde e como doença é efeito dessas descrições regulatórias e demarcará o futuro daquela relação de cuidado. Isto é, a partir do acionamento de determinados saberes será produzido na relação o normal e o patológico. O que é considerado como saúde e doença em um encontro específico é o que norteará o foco de atenção, e a delimitação deste foco é a operação de um conjunto de dispositivos de saber-poder que coopera na manutenção da própria definição de saúde e doença. Ou seja, a partir de Foucault entendemos o encontro entre profissional de saúde e usuário/a como um momento tanto de acionamento das diferenciações do normal/patológico disponíveis nos discursos estabelecidos quanto uma prática que confirma, reforça ou (raramente) reformula estas fronteiras. Portanto, o que ganha uma descrição enquanto objeto ou foco de uma relação de cuidado em saúde é aquilo que é possível de ser descrito a partir de um conjunto discursivo disponível no saber médico científico hegemônico.

Para além do saber médico, esta relação de cuidado é atravessada por diferentes discursos, que ultrapassam o campo específico da saúde, mas que, ao operarem neste campo, reforçam e contribuem para a manutenção das construções hegemônicas, dentre elas, as construções de gênero.

Aqui cabe destacar que a relação entre profissional de saúde e usuário/a é política na medida em que coopera com uma certa gerência da vida e dos corpos das pessoas, ou como

denominou Foucault¹², um biopoder. Esta gerência, ao operar a partir das normatizações de gênero e sexualidade, caracteriza um modelo de atendimento em saúde que: pressupõe heterossexualidades, violenta identidades dela divergentes, negligencia atendimentos, atrapalha sonhos/desejos e exclui modos de vida que se distanciam da estreita definição de "normalidade" em saúde.

1.2. Descrições normativas de gênero e sexualidade

Entender a sexualidade humana como construção social é pensar que ela é produzida e controlada a partir da criação e legitimação social de normas e padrões de comportamento, desejo, corpo e etc¹³.

Estas normas regulam o entendimento hegemônico de gênero como distinto em duas grandes categorias, masculino e feminino, bem como da heterossexualidade como um pressuposto natural dos modos de relacionamento. As experiências humanas que se diferenciam tanto da construção polarizada de gênero quanto da heterossexualidade supostamente natural, são socialmente marcadas como desviantes, anormais ou marginais.

O binarismo nas construções de gênero institui uma prescrição precisa acerca daquilo que entende-se como próprio aos homens e às mulheres (comportamentos, vestimentas, cores, brinquedos, atividades, brincadeiras, profissões etc.). Obedecer a estas prescrições demarca um lugar de existência confortável, em certa medida, por atender as expectativas sociais hegemônicas referentes a sua relação com o próprio corpo e com as outras pessoas.

Na década de 80, duas importantes feministas, Adrienne Rich e Monique Wittig, cunharam o termo heterossexualidade compulsória para falar da naturalização de uma sexualidade heterossexual, pressuposta como normal, universal e atrelada a um sistema de coerência que articula sexo/gênero/desejo. Este sistema opera na lógica de que, por exemplo, se um corpo tem pênis (sexo) é necessariamente um homem (gênero) que portanto se relaciona afetiva e sexualmente com uma mulher (desejo heterossexual). A originalidade das contribuições de Judith Butler⁴ está em afirmar que, ao contrário do que parece lógico e intuitivo, a divisão binária de gêneros não precede a heterossexualidade, mas é uma consequência dela. Para a autora, é justamente porque operamos culturalmente a partir de uma matriz de inteligibilidade heterossexual que precisamos produzir uma cisão binária que conforma corpos e lugares sociais entendidos como complementares e correspondentes. Nas palavras da autora "a instituição de uma heterossexualidade compulsória e naturalizada exige e regula o gênero como uma relação binária em que o termo masculino diferencia-se do termo feminino, realizando-se essa diferenciação por meio das práticas do desejo heterossexual"⁴.

O binarismo de gênero circunscreve lugares sociais específicos para homens e mulheres, com padrões de comportamento sexual e de relações amorosas também específicas. À mulher (modelo ideal) é reservada a maternidade, o cuidado, a passividade, a pureza, o universo doméstico e familiar e o "posto" de objeto da sexualidade masculina. Ao homem é destinado o lugar de ativo sexual, o "macho alfa", "predador" e dominador, o sujeito de quem se espera a busca por várias parceiras sexuais e o pouco cuidado com o próprio corpo e saúde^{14 15}.

Essas categorias ao se relacionarem constituem um campo de significação onde as relações de poder/saber/verdade constroem inteligibilidades a respeito dos corpos e sexualidades. Por força do instituído cultural, somos levados a conceber algumas formas de vida como mais aceitáveis que outras, dentre elas a heterossexualidade como um padrão a ser seguido em relação às sexualidades possíveis.

Esse padrão constitui o que entendemos por heteronormatividade. Este termo foi criado em 1991, por Michael Warner, que a define como:

aquelas instituições, estruturas de compreensão e orientações práticas que não apenas fazem com que a heterossexualidade pareça coerente – ou seja, organizada como sexualidade – mas também que seja privilegiada. Sua coerência é sempre provisional e seu privilégio pode adotar várias formas (que às vezes são contraditórias): passa despercebida como linguagem básica sobre aspectos sociais e pessoais; é percebida como um estado natural; também se projeta como um objetivo ideal ou moral¹⁶.

As práticas sociais baseadas na heteronormatividade colocam outras práticas sexuais (não-heterossexuais) em posição de subordinação, significando não “a exclusão das homossexualidades do cenário social, mas sim a sua subalternidade no interior dos processos hegemônicos”¹⁷. É essa heteronormatividade que produz em profissionais de saúde a pressuposição da heterossexualidade das pessoas. Essa pressuposição gera surpresa nos profissionais quando ocorre o rompimento da linearidade do sistema sexo/gênero/desejo.

Ao romperem com a expectativa, gays, lésbicas e bissexuais colocam profissionais de saúde na necessidade de corrigir uma dissonância dentro de um sistema rígido de inteligibilidade cultural. Esse momento do atendimento é de particular interesse para nós, pois produz uma ameaça de rompimento de um sistema de crenças e de regulação. Se entendemos o atendimento em saúde como campo de operação de um biopoder que regula as prescrições normativas de gênero, tal como apresentamos anteriormente, podemos indagar aqui: o que faz este sistema quando se vê testado em sua operatividade na ocasião de uma “surpresa” que rompe com sua linha de expectativa e de ação inteligível? Que mecanismos são acionados para capturar esta “surpresa”, desativá-la em seu potencial disruptivo e para reordenar a produção seriada de gêneros normatizados? Tais questões, que levamos ao exame de nossas experiências de campo, ajudam-nos a identificar o momento que faz com que a força regulatória do gênero precise ‘agir com força’ e nisto perde sua sutileza e disfarce habitual, produzindo o campo estratégico para o seu desmascaramento.

Tomamos como eixo de análise aquilo que se torna visível e invisível na relação entre profissionais de saúde e usuários/as homens gays e mulheres lésbicas e bissexuais pois, como apresentamos anteriormente, a possibilidade de que algo se torne representável em uma dada relação é dada pelo conjunto de discursos que regulam o regime de saber/pode/verdade ali operante. Compreender como estas visibilidades e invisibilidades são constituídas na relação de cuidado pode nos auxiliar na tarefa de entender como o gênero ao mesmo tempo regula e é regulado nas relações entre profissionais e usuários/as.

2. Metodologia

Em 2014 o Ministério da Saúde organizou uma pesquisa nacional intitulada “Análise do acesso e da qualidade da atenção integral à saúde da população LGBT no SUS”. Ela foi realizada pelo Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade de Brasília (Nesp/UnB) em parceria com a FIOCRUZ/PE, as Universidades Federais da Paraíba, Piauí, Uberlândia; Universidade de São Paulo; Universidades Estaduais de Maringá e do Rio de Janeiro, com financiamento do Departamento de Apoio à Gestão Participativa (DAGEP) da Secretaria de Gestão estratégica e Participativa (SGEP) do Ministério da Saúde (MS).

Seu objetivo foi fazer um diagnóstico de como os cuidados em saúde na atenção primária estão sendo disponibilizados à população LGBT em relação ao acesso e a qualidade desses serviços.

Como integrantes da equipe de pesquisa da Universidade Estadual de Maringá – UEM –, responsável pela região sul (Maringá/PR, Curitiba/PR e Porto Alegre/RS), realizamos oficinas com a população LGBT por segmento (oficinas com mulheres lésbicas e bissexuais, homens gays e bissexuais, mulheres trans e homens trans) com o intuito de conhecer suas histórias de atendimentos em saúde. Das dezenove oficinas realizadas selecionamos cinco para o recorte de análise desenvolvido neste artigo (três com homens gays e duas com mulheres lésbicas e bissexuais). Ressaltamos que nessas três oficinas com homens não tivemos histórias onde a bissexualidade foi colocada em discurso.

Essas oficinas foram transcritas e as leituras das transcrições foram norteadas pela pergunta: o que se torna visível e invisível no cuidado em saúde a partir da sexualidade apresentada? A partir desta pergunta selecionamos trechos que foram separados em eixos temáticos.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Maringá com número de protocolo (suprimido). Todos/as os/as participantes tiveram acesso às informações necessárias para esclarecimento dos objetivos da pesquisa e confirmaram sua anuência em dela participar por meio de assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. No ato de transcrição dos áudios das oficinas os nomes e informações pessoais foram

alterados para garantir o sigilo com relação a identidade dos/as participantes. Neste trabalho os nomes utilizados são fictícios.

3. Análise e Discussão

3.1. Hipervisibilidade e patologização da homossexualidade masculina

As situações dizem de uma histórica associação entre a homossexualidade masculina e Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs).

Trecho 1: *O problema de procurar uma vaga pra saúde é... não julgando os que estão... acho que se você está com dor você está com alguma doença transmissível, se você está com febre você está com alguma doença transmissível, com uma conjuntivite... tudo é relacionado, tudo que você passa para ele [o médico] que você tem ele vai e joga que você está assim porque deve ter contraído alguma doença sexualmente transmissível e você é promíscuo. Se você está doente é porque você é promíscuo.*

Trecho 2: *Se você se declara gay o primeiro exame que eles pedem é o de HIV...*

Nestes trechos, os participantes relatam que no momento em que foi dita a sexualidade, a sua procura por atendimento em saúde foi associada à uma DST, sendo o gay portador em potencial dessas doenças.

Trecho 4: *Eu já falo e vi profissional que depois que me atendeu sair lavando a mão. Eu já ouvi profissional dizendo que "atendi um viado, se tivesse me furado eu tava 'fudido'".*

No trecho 4, o profissional de saúde disse que havia atendido um "viado" e que se tivesse se furado durante o atendimento ele estava "fudido".

Trecho 3: *Essa é uma das grandes dificuldades que eu vejo, quando você chega lá e fala o que você tem a primeira coisa que vão achar é que vão julgar você como promíscuo e todo e qualquer tipo de sintoma que você tiver, tudo é relativo a essas duas coisas. Tenho caso na família da pessoa ser muito saudável e chega pra consultar, fala que está com uma dor e quando fala que é gay ele [o médico] fala: ah é gay? Vai pedir um HIV e hepatite, como no meu caso que estava com pneumonia (...). Ai o médico olhou e falou que: Ah é batata vamos fazer só pra comprovar, por causa dos sintomas - pediu hepatite e HIV. Ai voltei, dai fui no plano de saúde e o resultado saía em cinco dias, fiz lá e não deu nada, ai eu voltei lá a noite, o médico consultou o pulmão e tudo, ai foi lá e fez um raio-x ai ele viu que era pneumonia*

No trecho 3 o rapaz chegou para atendimento e a partir disso foram pedidos exames de HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) e Hepatite. Apenas após esses exames resultarem negativos foi feito o raio-x que constatou a pneumonia.

Trecho 5: *No final, acho que no meio do ano passado acordei pela manhã e fui ao banheiro e tinha uma secreção não tranquila no meu pênis, eu era casado, a gente tinha uma relação (...) tinha uma relação monogâmica (...) depois que nós fizemos vários testes decidimos não usar mais preservativo (...)fui para ser atendido no [unidade de saúde] por conta do [plano de saúde], num sábado, num domingo à tarde, meu esposo na época levou e o médico, cheguei, expliquei para ele a situação, ele não se levantou, ficou do outro lado da mesa, falou "isso é uma doença venérea, você sabe o que é isso?" eu falei "sei o que é uma doença venérea", "isso é gonorreia", mas, assim? Sem tocar, sem olhar, sem cheirar né? Que médico fantástico, falou "isso é gonorreia você e seu parceiro vão ter que tomar medicamento (...) foi uma odisseia, ele passou um medicamento que ele não explicava na receita que tinha que ser fracionado e a ampola era vendida o dobro da dosagem que ele queria que nós tomássemos, nenhuma farmácia aceitou fracionar porque não estava na merda da receita, tivemos que voltar para Sarandi, falamos "oh, fulano você não pediu para fracionar, o farmacêutico não vai fazer isso sem estar na receita, aí ele pegou a receita, colocou na parede e rasurou e entrou no*

consultório, eu esperei outro paciente sair, bati e falei "fulano, você acha que algum farmacêutico vai fracionar uma receita rasurada? Eu penso que não", aí ele olhou pra minha cara, fez outra receita, explicando que tinha que fracionar e a gente foi ser feliz e tomar aquele bando de antibióticos e sei lá mais o que. Mas é, é essa ideia de que nós, com esses estigmas todo, homossexuais, gays e afins e não afins e não binários, sei lá o que já carregamos doenças né, ele não olhou, ele não viu, não pediu exames e já inferiu que era gonorreia, uma doença venérea.

Já no trecho 5, o usuário tendo uma secreção em seu pênis procurou o médico e informou sobre o seu mal-estar. De acordo com ele o médico não olhou e não avaliou a genitália e não considerou a possibilidade de ser uma outra infecção, a não ser gonorréia. No relato não ficou claro se a patologia era ou não uma DST, o participante não nos contou sobre o desfecho de sua história e se o tratamento para gonorreia funcionou ou não, mas, para a discussão que iremos empreender aqui é suficiente destacar a associação entre gays e DSTs como o aspecto visível daquela relação. Nesta situação o foco da atenção é a pressuposição de que homens gays são portadores de DSTs.

A partir destes trechos, podemos questionar: se fossem pessoas heterossexuais o médico teria olhado e/ou examinado os pacientes considerando outras possibilidades? Quais saberes e pressuposições cooperam para que essas intervenções se deem desta maneira? Percebemos a associação entre a homossexualidade masculina e a promiscuidade, a partir da pressuposição de DSTs sem nenhum indicativo de comportamento de risco e mesmo quando é explícita a relação monogâmica.

Essa associação também está presente no fundamento da interdição legal da doação de sangue de homens que mantiveram relações sexuais com outros homens e suas parceiras, em contradição com a própria portaria que orienta um atendimento livre de preconceitos. De acordo com a Portaria nº 2.712, de 12 de novembro de 2013

§ 3º Os serviços de hemoterapia promoverão a melhoria da atenção e acolhimento aos candidatos à doação, realizando a triagem clínica com vistas à segurança do receptor, porém com isenção de manifestações de juízo de valor, preconceito e discriminação por orientação sexual, identidade de gênero, hábitos de vida, atividade profissional, condição socioeconômica, cor ou etnia, dentre outras, sem prejuízo à segurança do receptor.

E adiante dispõe:

Art. 64. Considerar-se-á **inapto temporário por 12 (doze) meses** o candidato que tenha sido exposto a qualquer uma das situações abaixo:

IV - homens que tiveram relações sexuais com outros homens e/ou as parceiras sexuais destes.

Nota-se que mesmo propondo a não discriminação por orientação sexual, a portaria impede que gays com vida sexual ativa doem sangue, independentemente dos cuidados com a saúde e das relações que constituem com outros homens.

Nos trechos transcritos acima, o que se torna visível, o foco da atenção e do atendimento, são as práticas sexuais dos homens gays, acionando os saberes hegemônicos de construção de gênero e sexualidade. Assim, pressupõe-se que homens tem muitas(os) parceiras(os) sexuais e pouco cuidado com a própria saúde, portanto são mais vulneráveis às DSTs. Além disso homens gays não geram filhos, e não compõem relações que tradicionalmente são entendidas como familiares, fugindo da expectativa heteronormativa (uma família com homem, mulher e filhos). Aqui, vale retomar as considerações de Foucault¹² acerca da regulação das práticas sexuais a partir do dispositivo da aliança.

Segundo o autor, esse dispositivo constitui-se a partir do conjunto de regras, leis, valores e ideais que promovem a instituição familiar e organiza sua constituição (por meio da proibição do incesto, adultério, divórcio, por exemplo), e se relaciona com o princípio do "crescei e multiplicai-

vos". A noção de família delimita um campo de exercício da sexualidade entendido como legítimo, mas também como saudável e livre de doenças.

Uma vez que os homens gays contradizem as expectativas da heteronormatividade, eles também tem sua sexualidade descrita como contraditória àquela própria do ideário sexual familiar. Sua sexualidade é entendida como ilícita, promíscua, ameaçadora e não salutar, uma vez que está fora das margens de legitimação familiar. Assim, um profissional de saúde não pergunta quais são as práticas sexuais de um homem gay, e age conforme a pressuposição de que esta sexualidade é perigosa. De mesmo modo, a portaria que proíbe a doação de sangue não ocupa-se de descrever práticas potencialmente perigosas, mas sim de interditar aqueles que pressupõe serem seus praticantes. A força desta 'sanção' sexual legitimada com o selo da família faz com que um homem heterossexual que entretenha práticas sexuais consideradas de risco seja visto como potencialmente menos perigoso que um homem gay cujas práticas sexuais são consideradas mais seguras.

Portanto, a partir do saber hegemônico que entende o homem como sexualmente ativo e pouco cuidadoso com a sua saúde e o gay como promíscuo, a homossexualidade masculina produz no olhar de profissionais a vinculação às DSTs. Isso que é visto torna invisível outras necessidades de saúde e dificulta o estabelecimento de vínculo e confiança na relação de cuidado¹⁸. Outro efeito é a reiteração institucionalizada de normativas de gênero, práticas discriminatórias e estigmatizantes que não só afastam a população gay da procura por atendimento, como mantêm a rigidez dos olhares e dos cuidados com foco nos tratamentos de DSTs.

A partir destes trechos e reflexões o que parece ficar em evidência não é a qualidade ou quantidade de parceiros sexuais, mas o fato das práticas sexuais ocorrerem entre homens. Isso nos remete ao histórico em que os gays constituíam o chamado "grupo de risco" na década de 80, durante a proliferação dos casos de Aids (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) no Brasil. Na época este grupo foi o mais afetado, o que contribuiu para a construção da ideia de grupo de risco^{19 20 21 22}. Entretanto, atualmente não se usa mais o termo grupos de risco (ao menos formalmente), e sim *comportamento de risco*. Entende-se por "comportamento de risco":

Relação sexual (homo ou heterossexual) com pessoa infectada sem o uso de preservativos; compartilhamento de seringas e agulhas, principalmente, no uso de drogas injetáveis; reutilização de objetos perfurocortantes com presença de sangue ou fluidos contaminados pelo HIV.¹

A associação da homossexualidade masculina às DSTs reitera a ideia de promiscuidade, de não cuidado com o corpo e que as práticas sexuais entre homens são mais suscetíveis à transmissão de doenças do que as práticas heterossexuais. Ao ser apresentada durante uma consulta, a sexualidade homossexual masculina ganha uma hipervisibilidade, ou seja, ela passa a ser o prisma a partir do qual todo relato deve ser ouvido e todo sintoma deve ser avaliado. Ela é exagerada em sua potência como elemento explicativo acerca "do que" "como" e "por que" um homem fica doente. É este excesso de visibilidade que faz ser ignorado todo um conjunto de práticas já bem estabelecidas - inclusive por meio de protocolos clínicos - que definem uma rotina de investigação e avaliação. Os hábitos de vida, as modalidades de relação afetivo-sexual e os comportamentos sexuais deixam de ser investigados pelos profissionais de saúde. As perguntas cessam quando acredita-se ter encontrado uma resposta, e no caso dos homens gays, esta resposta está sobremaneira contida em sua sexualidade. Porém não nas formas, nuances e diversidades de práticas que compõe a singularidade da vida sexual de um ser-humano, mas em sua descrição mais simples e tosca, aquela que limita-se apenas a considerar o gênero do parceiro e repete o depósito histórico de estigmas que associam a homossexualidade masculina às DSTs. Enfim, não parece ser suficiente dizer que a sexualidade gay é demasiadamente vista nas relações entre usuários e profissionais de saúde impedindo que outros elementos possam ser considerados, é preciso afirmar que isto mesmo que é visto é também mal-visto. Trata-se, portanto, de uma hipervisibilidade míope.

¹<http://www.aids.gov.br/pagina/2010/44019>

3.2. Apagamento da homossexualidade e bissexualidade feminina

Trecho 1: (...) A ginecologista solicitou aquele exame para ver como estava o útero para ver se tinha ovário policístico e tudo mais e ela já sabia da minha condição e também porque eu não tinha relações com homens, então os exames seriam um pouco diferente. E eu cheguei lá no médico ele pediu para eu colocar a roupa, eu fiquei achando estranho, mas coloquei a roupa.. não sei né? Você não sabe, nunca tinha feito.. depois ele falou: olha, vai ser por baixo, ai eu: por quê? Ah está aqui no exame. Não, não.. eu tive que brigar, teve todo um constrangimento. Era um médico homem que ia fazer esse exame, então muito desconfortável essa situação (...) Eles queriam saber porque que não era... eu não queria falar... simplesmente falei que não era o que a médica tinha pedido. Ah mas tá aqui... Ai eu falei, foi um erro, liga lá no consultório pra gente ver. Ah, mas por que você não pode? Ai eu tive que expor, novamente, que não era pra fazer porque eu era lésbica e não tinha relações. Então, foi bem chato. "Ah, então tá bom, mas não é tão dolorido". A enfermeira falando...

Trecho 2: (...) Em 2013 eu comecei com uns problemas de urina e isso estava me atrapalhando muito. Só que, foi, logo no começo do ano e eu estava numa época que eu estava terminando a graduação, então era uma época bem turbulenta.. Ai isso foi agravando meu problema de urina. Só que eu achava que esse problema de urina não era psicológico, somático e tal, mas sim por algum problema ginecológico ou urinário. Fui no público, em um postinho lá perto de casa, e eu passei por um ginecologista, homem, e eu falei da minha situação pra ele, o que estava acontecendo e tudo mais, falei que eu tinha uma namorada, ele fez cara que parecia que eu era um alienígena, eu achei muito, parece que ele não entendia o que eu falava e ele fazia umas perguntas assim... que dava pra ver o despreparo dele, completamente sobre aquilo, parecia que ele tava com um alienígena e ele não sabia como lidar com aquilo. Eu achei aquilo lá horrível, e ele me receitou alguns exames, de urina, ultrassom e tudo mais e alguns ginecológicos, pra ver se não era alguma DST. Porque eu tinha namorada, então, podia ter tido alguma contaminação. Ele perguntou como que era nossa relação sexual, uma coisa que eu achei que né, não precisava, naquele momento e tudo mais, mesmo. Achei, umas coisas assim, absurdas sabe. Coisas tipo: ah, mas como que é? Vocês lavam a mão? Tipo, ai, vocês fazem higiene? Não sei o que lá.. ai ele me receitou alguns exames internos [invasivos].. muito desconforto, horrível. Ai eu falei pra ele: eu nunca tive relação com homem e nem quero ter.. entende? E eu tenho uma namorada. Eu nunca tive relação sexual com homem pra precisar um exame interno, pra detectar aquilo lá. Eu fiz esse exame uma vez, não deu nada, e tive que repetir. Eu continuei com as mesmas coisas e tive que repetir. Cinco meses depois eu consegui ser encaminhada para um psiquiatra e dai eu comecei com um.. porque nos dois não deram nada, ai eles me encaminharam pra um psiquiatra, ai eu fui tomando remédio tarja preta, e fui tomando remédio controlado.. então, esse meu problema assim foi mais psicológico.. mas, esse despreparo dele foi enorme assim, desde as perguntas até os exames que poderiam ser.. nada.. por todas as informações que eu dei a ele, eu achei, horrível assim a maneira que ele indicou que ele me tratou (...). Até quando eu fui fazer o exame a mulher falou assim: você nunca teve relação com homem, nunca teve penetração? Ai eu falei não. Ai ela: ah tá, então não sei porque ele indicou esse exame para você, porque eu senti muita dor, foi horrível mesmo.

Trecho 3: porque as vezes o médico leva em consideração só a sua heterossexualidade porque ele também não sabe te dizer como se prevenir. Como um casal lésbico vai se prevenir de uma doença? Às vezes o próprio médico não sabe te dizer isso. Ai a gente acaba não falando, o médico não pergunta e quando pergunta a gente não fala porque não tem confiança. É isso.

Nos trechos 1 e 2 são solicitados exames invasivos às usuárias, mesmo diante da informação sobre as relações sexuais sem penetração. Nestas situações observamos as forças da normatividade agindo, quando a exposição da sexualidade é ignorada e prossegue-se com o protocolo usual de cuidado para mulheres.

O protocolo nos remete ao que diz Wittig²³, que a lésbica não é uma mulher, pois ser mulher é estar inserida na lógica heterossexista. Isto é evidenciado quando os cuidados em saúde para mulheres são direcionados aos cuidados de mulheres heterossexuais. Exemplos disso podem ser vistos: quando um médico não sabe como ocorre o sexo entre mulheres, portanto, não orienta sobre essa prática (hipótese levantada pela participante do trecho 3); e quando não temos tecnologia disponível para realizar exames em mulheres que não tem prática de penetração.

Esta normatização das práticas de cuidado culmina com exames invasivos e situações constrangedoras para as usuárias, a quem restam duas opções: expor-se e brigar para preservar o próprio corpo, ou passivamente aceitar o dito "cuidado", submetendo-se à invasão e à dor, o que para nós caracteriza uma situação de violência.

Trecho 4: Participante: *Uma vez, ano passado, teve aqueles ônibus que vão na UEM para fazer exames de sangue, e quando eu tive que preencher o questionário (...), eu falei que eu era bissexual e o moço conduziu toda a entrevista me tratando como heterossexual, ele não se importou nada com a minha relação com as mulheres (...), ele completamente me ignorou e ficou me tratando como heterossexual, apesar de eu ter falado, e eu sai de lá me sentindo assim.. por que ele não se importou?*

Coordenadora: *como você esperava que ele conduzisse essa entrevista então?*

Participante: *Às vezes uma coisa simples de perguntar assim: quantos parceiros ou parceiras você teve? Já é uma coisa.. Porque se a pessoa pergunta assim: quantos parceiros você teve? Você fala.. você já se sente mal, já reduz um pouco. Ai ele pergunta se você usou caminha com todos eles. Ai você fica, poxa como eu vou responder isso.*

Trecho 5: *(...) Eu fui na ginecologista uma vez e ai eu era mais nova, mas eu já tinha, tava namorando uma menina na época, e ai tem aquelas perguntas de praxe.. ah, relação sexual e tal, e ai eu fui e falei que eu namorava uma menina e eu tinha relação sexual com ela (...) Ai ela falou, mas e com homem, você tem? Ai eu: não.. eu não estou tendo uma relação com homem, mas eu também não sou completamente lésbica, eu passo vir a ter. Ai, o constrangimento foi meio que depois disso... é claro, eu fiquei constrangida em falar, mas quando ela falou, porque foi meio que uma indiferença, ela falou: não, então, quando você estiver em uma relação com homem tem que fazer isso, isso e isso. Completo descaso. Primeiro que ela não informou do que eu deveria saber sobre ter relações com mulheres, talvez, por ela não saber, também ela nunca ter estudado sobre, sei lá, falta de preparo. É não sei, ou por preconceito, por achar que era só uma fase, entendeu? (...) Meio que ela não esteve muito ai com o fato de eu estar tendo relações com uma mulher.*

Nos trechos 3, 4 e 5 percebemos um apagamento das práticas sexuais entre mulheres. Os profissionais desconsideraram estas práticas no encontro com as usuárias, ignorando a informação e o pedido de esclarecimentos sobre o cuidado em saúde.

Ao inserir na relação de cuidado a informação da não heterossexualidade, apesar da interrupção do sistema sexo/gênero/desejo, ainda permanece acionado o saber normativo de gênero e a heterossexualidade compulsória. Isto é, a mulher sexualmente passiva e heterossexual. Desta forma as práticas sexuais de mulheres só são legitimadas se forem com homens, reiterando a ideia de que o corpo da mulher é voltado à procriação e não ao prazer.

Sobre o apagamento da sexualidade destas mulheres, apontamos o deslocamento da atenção profissional das práticas sexuais com mulheres para as práticas com homens exclusivamente. Este deslocamento privou as usuárias de orientação sobre prevenção, expondo-as a riscos.

Trecho 6: Participante: *eu fui atendida tranquilamente, porque não perguntaram também sobre questão sexual e ai eu precisava de alguém para ir embora, ai eu liguei para a minha namorada que era a única pessoa que estaria disponível para me buscar, porque eu estava dopada de remédio, não tinha nem como dirigir. E ai no momento que ela chegou na recepção, afobada e falou: eu sou a namorada da [nome].. ai eles não quiseram deixar ela entrar. Como assim você é namorada dela? Sabe aquela típica atendente de recepção que quer te deixar constrangida, quer causar, quer fazer pergunta não porque é pro atendimento, mas por curiosidade e parece que é por piraça assim. Não, então você não pode entrar, não pode ser namorada tem que ser alguém responsável. Ela, não, mas eu sou responsável por ela. E ai ela teve que bater boca e tal, depois que deixaram ela entrar, acho que escutaram da recepção esse murmúrio assim e a hora que ela foi me buscar já olharam pra gente assim de maneira.. eu achei muito constrangedor assim, não precisava daquilo. Então acho que foi isso mais, um desrespeito da pessoa não saber se portar diante da situação.*

No trecho 6 a recepcionista não legitimou a relação das usuárias. Nessa situação notamos o acionamento da heteronormatividade, onde um relacionamento só é considerado se ocorrer entre homem e mulher. Aqui nos perguntamos: como seria se a namorada tivesse se apresentado como amiga? Com a não legitimação do relacionamento tentou-se negar o direito de acompanhamento da namorada, privando a usuária de assistência, expondo as duas ao constrangimento e a usuária à vulnerabilidade.

Trecho 7: (...) o que eu acho que é um dos motivos de constrangimento é o profissional já vir quase embutido a sua orientação sexual. Se você não preenche o estereótipo de lésbica, ser machinho e gay ser afeminado, se você não preenche esse estereótipo, já está embutido que você é hetero, sabe? E aí é.. no meu caso, que foi o caso mais enfático, esse da ginecologista.. Inclusive depois em outras vezes, em outras consultas, eu não lembro se estava namorando ou não, mas eu sempre evitava de comentar, sabe, se eu tinha tido alguma relação com menina, se eu estava namorando, eu não comentava mais. Mas, enfim, é, eu acho que como já está embutido no pensamento deles, o constrangimento é de você precisar quebrar isso, não, não, eu não sou hétero. E é ruim, porque isso carrega um monte de situações que vão acontecer, de estranhamento, de curiosidade e de perguntas indesejadas. Acho que o constrangimento vem mais daí. Porque é algo que é tão natural pra você, se você já naturalizou isso, pras outras pessoas você tá lá pra uma coisa bem específica, você não quer ser abordada desse jeito, você não quer que alguém fique fazendo uma entrevista com você de perguntas que você não quer responder.. e é isso..

Trecho 8: Acho que se perguntarem se compartilha objeto sexual é uma coisa, agora a utilização em si, acho que não é necessário. Fora o pré julgamento, você dizer que você é e eles já pré julgarem antes de tudo. Então como ela falou, se não tinha o estereótipo e falar: ah é? Não parece. Só falta falar isso daí.. (...) é bem constrangedor mesmo né, pela sua prática sexual eles determinarem uma coisa. É desconfortável assim você falar isso sabe, eu acho muito desconforto. Por exemplo, dessa vez que eu fui no ginecologista, falar da relação sexual. Você não perguntaria isso para uma pessoa heterossexual: "você faz relação com o pênis ou sem o pênis?". Sabe, umas perguntas idiotas que não precisavam ter sido feitas?

Trecho 9: a partir do momento que você fala que teve relação sexual com uma mulher, você ser erotizada. É bem constrangedor, acredito também que por ela, talvez essas perguntas, eu deduzo assim, não eram necessárias e ele quis aprofundar dentro da relação sexual delas, talvez mais por curiosidade, fetiche, um despreparo.

Nos trechos 7, 8 e 9 as usuárias chamaram atenção para a pressuposição de uma heterossexualidade e a introdução da surpresa ao não confirmarem a antecipação feita pelos profissionais. Quando os profissionais são surpreendidos, agem com curiosidade e fazem perguntas invasivas, as quais geraram constrangimento e possível barreira para o vínculo de cuidado entre médico e usuária.

Esta curiosidade denota uma ignorância sobre práticas sexuais entre mulheres, configurando a ininteligibilidade dessas práticas, portanto uma invisibilidade. Ademais, a situação pode caracterizar a erotização desta sexualidade, afinal a inteligibilidade sobre o feminino é de objeto sexual para homens.

Esta especulação configura um exercício de poder entre o médico e a usuária, na medida em que as perguntas realizadas não fazem parte daquele cuidado em saúde²⁴. Ou seja, não tem uma finalidade específica de orientação e cuidado.

As situações expostas operacionalizam as normativas e produzem a invisibilidade da sexualidade feminina, sobretudo entre mulheres. Isto ocorre na medida em que a sexualidade de mulheres só é reconhecida quando na relação com um homem, portanto passiva e para procriação. Ao contrário do que pudemos analisar nas situações vividas por homens gays, nas quais sua sexualidade ganhava um caráter ao mesmo tempo sobredeterminador das necessidades de cuidado e restrito ao campo das DSTs, a sexualidade de mulheres lésbicas e bissexuais ganha pouco reconhecimento nas relações de cuidado em saúde e são desconsideradas enquanto foco de atenção. Se na metáfora anterior falávamos de uma hipervisibilidade míope para destacar o exagero e a distorção, aqui parece mais adequado falar de uma subvisibilidade daltônica, para nos referirmos à desconsideração das relações lésbicas e ao apagamento das relações bissexuais.

4. Para refletir...

Conforme postulamos anteriormente, os encontros de cuidado em saúde são permeados pelas descrições normativas de gênero e sexualidade, ou seja, os saberes acionados pelos profissionais durante os atendimentos são circunscritos pelos entendimentos hegemônicos de gênero formados a partir da heterossexualidade compulsória.

Percebemos que nos encontros a sexualidade gay é vista de modo alinhado às construções normativas do gênero masculino, na medida em que é associada à procura por vários parceiros e pouco cuidado em saúde. Em conjunto com isto temos a associação entre homossexual e DST (herança das construções estigmatizantes do início da epidemia de AIDS). Estes aspectos culminam com a hipervisibilidade míope e os cuidados em saúde propostos por profissionais, a saber o cuidado com DSTs, pressupondo um homem promíscuo e doente. Esta visão de que homens têm práticas sexuais perigosas e pouca adesão aos programas de saúde já é presente em estudos sobre saúde do homem e na Política Nacional de Saúde do Homem²⁵.

A sexualidade das mulheres lésbicas e bissexuais é vista também em congruência com as construções hegemônicas. Notamos isto quando a bissexualidade é ignorada, mantendo foco nas relações das mulheres com homens e apagando as práticas sexuais entre mulheres. A partir desses pressupostos, emerge a ideia de mulher normal como aquela descrita como passiva, pura, heterossexual e objeto sexual do homem.

A heterossexualidade culturalmente naturalizada ganha uma descrição hierarquicamente superior à homossexualidade. Assim as ações normatizadoras do gênero no campo da saúde não são reconhecidas como potencialmente opressoras, uma vez que são legitimadas pelo próprio sistema que as produz. Nesta distribuição desigual de privilégios o que se torna possível a partir da visibilidade da sexualidade homossexual é diferente do que se torna possível a partir da visibilidade da sexualidade heterossexual.

A quebra de uma pressuposição da linearidade do sistema sexo/gênero/desejo produz surpresa na relação fazendo acionar operadores normatizadores de modo mais acentuado. Quando temos o rompimento da heterossexualidade, a vigência e acionamento das normas engendra um prejuízo daquela relação de cuidado. Nos trechos analisados aqui, o que assistimos foi a visibilidade excessiva ou o esforço de apagamento das sexualidades não-heterossexuais relacionada ao gênero do/da usuário/a, que ou seja, hipersexualização do homem e subsexualização da mulher.

Isso reitera e é fruto das normativas de gênero da nossa sociedade, reproduzindo no cuidado em saúde práticas discriminatórias e estigmatizantes. Ademais, no atendimento isso dificulta a construção de relações de vínculo e cuidado (qualidade da atenção à saúde), o que limita as práticas de cuidado deixando necessidades descobertas.

Cecilio¹⁸ aponta que estas necessidades de cuidado em saúde são sociais e historicamente construídas e são percebidas na individualidade de cada atendimento. Pensando nisso, o autor as reuniu em quatro grandes conjuntos: i) boas condições de vida; ii) ter acesso e poder consumir as tecnologias de saúde disponíveis; iii) a criação de vínculos (a)efetivos entre usuário/a e a equipe ou o/a profissional; iv) necessidade de autonomia. O primeiro diz respeito à maneira como se vive. Isso pode estar relacionado aos fatores ambientais externos que incidem no processo-saúde doença (ter uma casa, ter higiene...) em suma condições materiais de vida ou o local ocupado por essa pessoa em um contexto social. Com a população LGBT essa relação com o social é marcada pelo signo da exclusão, logo, essa necessidade tende a ser negligenciada. O segundo trata das possibilidades de acesso aos serviços de saúde e, conseqüentemente, seu uso. Nos trechos notamos a dificuldade encontrada pelas mulheres lésbicas e bissexuais de acesso a tecnologias que condizem com suas necessidades, bem como informação a respeito de suas práticas. Os homens gays tem seu acesso a exames e tratamentos em saúde dificultado em função da associação de suas práticas com tipos específicos de doenças, o que torna o uso das demais tecnologias restrito.

A terceira categoria é a necessidade de criar vínculos e que estes consigam ir para além do contato imediato da queixa entre usuário e profissional. As histórias analisadas neste trabalho trouxeram cenários onde a vinculação não ocorreu, ou ocorreu de modo precário, ou seja, aquilo que chamamos de míope e daltônica. Isso se relaciona com a última categoria, necessidade de autonomia sobre si e sua saúde, que é a possibilidade dessas pessoas construírem narrativas que vão para além de suas sexualidades, mas que também as incluem. Assim a hipervisibilização de

suas sexualidades, ou ao contrário, seu apagamento, em alguns momentos reduzem os gays à sua sexualidade e dessexualizam as mulheres, negligenciando suas narrativas de vida que incluem esse aspecto. Decorrente disso percebemos que as usuárias e usuários relatam uma não procura do serviço de saúde (prejuízos no acesso e na adesão), ou evitam expor suas práticas sexuais.

Deste modo, percebemos que o sistema de saúde opera por meio da heteronormatividade, produzindo a marginalização das sexualidades não heterossexuais e invisibiliza necessidades em saúde.

5. Referências Bibliográficas

1. Souza LV. Discurso construcionista social: uma apresentação possível. In: Guanaes-Lorenzi C, Moscheta M dos S, Corradi-Webster CM, Souza LV, editors. *Construcionismo Social: discurso, prática e produção do conhecimento*. Rio de Janeiro: Instituto Noos; 2014.
2. Rasera EF, Japur M. Os sentidos da construção social: o convite construcionista para a Psicologia. *Psicologia (Ribeirão Preto)*. 2005;15(30):21–9.
3. Gergen, Kenneth J.; Gergen M. *Construcionismo Social: Um convite ao Diálogo*. Rio de Janeiro: Instituto Noos; 2010. 121 p.
4. Butler J. *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2003.
5. Brasil MDS. 8ª Conferência Nacional de Saúde: Relatório Final [Internet]. 8ª Conferência Nacional de Saúde. 1986. p. 29. Available from: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf
6. Buss PM, Pellegrini Filho A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *PHYSIS Rev Saúde Coletiva*. 2007;17(1):77–93.
7. CREPOP. *Práticas Profissionais de Psicólogos e Psicólogas na Atenção Básica à Saúde*. Crepop. 2010;
8. Böing E, Crepaldi MA. O psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras. *Psicol Ciência e Profissão*. 2010;30(3):634–49.
9. Brasil. *Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais - LGBT*. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. p. 36.
10. Moscheta M dos S. Responsividade como recurso relacional para a qualificação da assistência à saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestir e transexuais. *usp ribeirão - DP Psicologia*. Universidade de São Paulo; 2011.
11. Foucault M. *Microfísica do Poder*. 13th ed. Rio de Janeiro: Graal; 1998.
12. Foucault M. *História da Sexualidade 1: a vontade de saber*. 2nd ed. São Paulo: Paz e Terra; 2015.
13. Louro GL. *Gênero e sexualidade : pedagogias contemporâneas*. 2008;2(56):17–23.
14. Pimenta FA, Merchan-hamann E. Uso dos serviços de saúde por parte de homens que fazem sexo com homens do Distrito Federal . *Tempus Actas de Saúde Coletiva*. 2011;5(4):35–53.
15. Couto MT, Pinheiro TF, Valença O, Machin R, Silva GSN da, Gomes R, et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface - Comun Saúde, Educ [Internet]*. 2010 Jun;14(33):257–70. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000200003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
16. Berlant, L; Warner M. *Sexo em Público*. In: Jiménez RMM, editor. *Sexualidades Transgresoras*. Barcelona: Icaria; 2002. p. 229–57.
17. Prado, M A M; Machado F V. *Preconceito contra homossexualidades: a hierarquia da invisibilidade*. São Paulo: Cortez; 2008.
18. Cecilio LC de O. *As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Eqüidade na Atenção em Saúde*. In: Pinheiro, Ri; Mattos RA, editor. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 2009. p. 117–30.
19. Valle CG do. *Identidades, doença e organização social: um estudo das "Pessoas Vivendo com HIV e AIDS."* *Horizontes Antropológicos [Internet]*. 2002 Jun;8(17):179–210. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71832002000100010&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
20. Miskolci R. *Não somos, queremos – reflexões queer sobre a política sexual brasileira contemporânea*. In: Colling L, editor. *Stonewall 40 + o que no Brasil?* Salvador: EDUFBA; 2011. p. 37–56.
21. CRP-RJ. *Psicologia e Diversidade Sexual*. *Jornal do Conselho Regional de Psicologia*. 2008

Oct;1–20.

22. Reis T. Avanços e desafios para os direitos humanos das pessoas LGBT. In: Vieira TR, editor. Minorias sexuais: direitos e preconceitos. Brasília: Consulex; 2012. p. 55–68.
23. Wittig M. O pensamento hétero. 1980; Available from: https://we.riseup.net/assets/134062/Wittig,+Monique+O+pensamento+Hetero_pdf.pdf
24. Brasil. Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
25. Schwarz E, Gomes R, Couto MT, de Moura EC, Carvalho S de A, da Silva SFC. Política de saúde do homem. Rev Saude Publica. 2012;46(SUPPL.1):108–16.

Artigo Recebido: 01.08.2016

Aprovado para publicação: 23.09.2016

Murilo dos Santos Moscheta

Programa de Pós Graduação em Psicologia

Universidade Estadual de Maringá

Endereço: Avenida Colombo, 5790 - Jardim Universitário

Maringá - PR - CEP: 87020-900 BLOCO 118 - UEM

Telefone: (44) 3011-4291 Email: murilomoscheta@icloud.com
