

**GÊNERO E SEXUALIDADE NA CENA DAS POLÍTICAS
BRASILEIRAS: DAS AFINIDADES ELETIVAS E
(IN)VISIBILIDADES NA AGENDA PÚBLICA**
*GENDER AND SEXUALITY IN THE SCENE OF
BRAZILIAN POLICY: THE ELECTIVE AFFINITIES
AND (IN)VISIBILITIES IN PUBLIC AGENDA*

Eliane Portes Vargas¹
Luciane da Costa Moás²

RESUMO: O artigo aponta de modo estrito (in)visibilidades no plano das políticas e agendas públicas, particularmente as de saúde que têm no gênero e na sexualidade o foco das intervenções, problematizadas a partir da crítica à intervenção nos corpos pela biomedicina e da perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos. As conexões entre as duas esferas – sexualidade e reprodução – dinamizadoras que são do discurso de direito à opção permanecem fortemente presentes nos discursos sociais, bem como na ação política, resultando na consagração de determinados temas predominantes na agenda das políticas públicas no Brasil.

Palavras-chave: gênero, sexualidade e políticas públicas; família; reprodução; direitos reprodutivos.

¹ Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ e Docente e Pesquisadora do Instituto Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: elianepvargas@gmail.com

² Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ e Docente e Pesquisadora da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro – UFRRJ, Campus Seropédica, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: lumoas@yahoo.com.br

ABSTRACT: *The article points out strictly to (in)visibility in terms of public policies and agendas, particularly health that have on gender and sexuality the focus of interventions, analyzed as from the criticism of the intervention in the bodies by biomedicine and perspective of sexual and reproductive rights. The connections between the two spheres - sexuality and reproduction - the driving forces that are discourse right the option remain strongly present in social discourse and political action, resulting in consecration of certain dominant themes on the agenda of public policies in Brazil.*

Keywords: *gender; sexuality and public policy; family; reproduction; reproductive rights.*

1 INTRODUÇÃO - PROPÓSITOS

Não nos parece tarefa trivial proceder à análise de políticas públicas considerando as contribuições oriundas de diferentes áreas do saber, onde não faltam tradições, expressas na literatura nacional sobre políticas públicas (Cortes, 2013a; 2013b; Marques, 2013) e em particular nas políticas de saúde (Mattos, 2011; Baptista & Mattos, 2011) no que concerne a assumir uma perspectiva construcionista do conhecimento com a qual nos identificamos e pretendemos dialogar. O encargo torna-se particularmente desafiador quando se trata da análise de políticas interessadas no gênero e na sexualidade tendo em vista os diferentes enfoques que se apresentam neste campo em decorrência das peculiaridades das distintas áreas do conhecimento (Marques, 2013). Nosso objetivo neste artigo consiste em esboçar de modo breve, e sem a pretensão de sermos exaustivos, algumas (in)visibilidades no plano das políticas e agendas públicas, particularmente de saúde que têm no gênero e na sexualidade o foco das intervenções cujos reflexos alcançam o contexto das práticas institucionais, da gestão institucional e da vida cotidiana. As reflexões aqui desenvolvidas se somam às que temos desenvolvido relacionadas ao tema da reprodução medicamente assistida e das tecnologias reprodutivas³. Como não poderia deixar de ser, fizemos escolhas ao

³ Apoio CNPq e Faperj.

ressaltar a importância de algumas diretrizes políticas que são problematizadas a partir da crítica à intervenção nos corpos pela biomedicina e da perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos, que se inserem em um conjunto mais amplo, complexo e multifacetado de políticas públicas de saúde visando contribuir para uma maior compreensão da abrangência e de seus limites.

Nesta direção ressaltamos que o marco inicial da luta pela igualdade de direitos sexuais e reprodutivos apresenta-se historicamente como um dos ingredientes fundamentais das proposições e das ações no âmbito das políticas públicas de saúde que tem por objetivo minorar os reflexos das desigualdades de gênero nas condições de saúde. No entanto, assinalamos o fato de haver uma reduzida capacidade de contestação das relações de força estabelecidas no âmbito das políticas de saúde pelos diferentes atores inseridos neste campo o que está diretamente relacionado aos processos históricos que o constituem. Neste âmbito onde as intervenções, a despeito dos reconhecidos avanços no plano da reivindicação de direitos, são fortemente marcadas pela perspectiva biomédica e por concepções naturalistas e essencialistas acerca do corpo, gênero tem se traduzido historicamente como “mulher” - ou “homem”, mais recentemente na atenção à saúde (Schraiber et al, 2005) -, e encontra-se fortemente associado à “família” em sua dimensão biológica (Sarti, 2010).

À primeira vista pode parecer truísmo explicitarmos os referenciais operados na construção dos direitos humanos, sobretudo os marcos que norteiam as políticas públicas brasileiras para as mulheres com base na formulação dos direitos reprodutivos e sexuais, uma vez que parece se tratarem de “lugar comum” nesta cena políticas em razão dos grandes investimentos nos estudos sobre gênero, emergentes a partir da década de 70, pela problemática “da mulher”. Quanto aos direitos reprodutivos estes pautam a atenção à saúde reprodutiva, e esta por sua vez, viria a incluir posteriormente a saúde sexual que introduz a sexualidade a se problematizada. No entanto, as questões a ela relacionadas, dentro de um escopo mais amplo dos direitos humanos, podem ser consideradas como parte de um processo relativamente recente e ainda a ser consolidado.

Tendo em vista um longo processo de construção que resulta na configuração do campo que se convencionou chamar de saúde sexual e reprodutiva, a luta pela garantia ao acesso à contracepção se constituiu em um dos exemplos da implantação dos direitos reprodutivos no país no âmbito das políticas públicas de saúde. Os investimentos nas ações de contracepção, ainda que precários, têm sido numerosos nos serviços públicos de saúde (Silver, 1999) onde predomina a utilização e o acesso de métodos contraceptivos femininos em relação aos masculinos, revelando diferenças relacionadas ao gênero que reiteram o corpo feminino como *locus* privilegiado das intervenções médicas. O ‘corpo feminino lésbico’ apenas em cenário mais atual terá lugar na agenda das políticas públicas a partir da vulnerabilidade relacionada à epidemia do HIV/AIDS (Almeida, 2005). A recente inclusão dos homens no universo das pesquisas indica uma maior tendência na investigação, e intervenção, do lugar do homem heterossexual neste processo relacionado aos estudos de gênero no interior do campo das ciências sociais em vertentes mais recentes de estudo sobre masculinidades. A pesquisa social sobre reprodução e paternidade em setores de camadas médias brasileiras, já apontavam, nos fins dos anos 70, o surgimento de novas ideologias e práticas reprodutivas que resultam em um novo padrão de comportamento masculino como genitor. Neste novo cenário de exercício reprodutivo expectativas de participação masculina são grandes (acompanhamento ativo na gestação e no parto, partição igualitária da criação dos filhos, etc.) pautadas em um ideal igualitário de conjugalidade (Salem, 1989). Pesquisas também já indicavam nas décadas de 90 existir uma reificação dos estudos designados ‘de mulheres’ que resultou na ausência do “homem” como objeto de investigação nas questões associadas à identidade de gênero (Leal & Boff, 1996). Esta perspectiva assinala que os homens, inversamente, estiveram no foco de estudos sobre a “cultura popular” e de “classe” na constituição das ciências sociais em geral. Portanto, sexualidade e reprodução, como temas de interesse do campo das ciências sociais, estariam refletindo em seu conjunto certa configuração do espaço social na qual a questão da sexualidade estaria para o homem assim como reprodução estaria para a mulher.

2 ANTECEDENTES

Em se tratando de políticas públicas de saúde no Brasil, o direito à saúde se redefine, pela Constituição Federal (1988), como um direito fundamental social diferindo do anterior concebido como defesa da liberdade individual contra a intervenção estatal, onde o exercício da liberdade implica em obrigação do Estado em atuar positivamente nos condicionantes de saúde (Leivas, 1998). Cabe destacar que o direito universal à saúde é marcado por disputas a partir de diferentes atores sociais presentes nesta arena, dentre eles os que advogam a favor dos valores de liberdade de escolha e de opção, também presente no exercício da sexualidade e da reprodução. Neste contexto, a noção de *direitos reprodutivos* teve sua expansão no movimento feminista mundial em meados de 80, depois do Congresso Internacional de Saúde e Direitos Reprodutivos, ocorridos em Amsterdã, no ano de 1984, como parte da luta do Movimento Feminista Internacional, visando obter fundamentalmente o direito à livre escolha da maternidade, ao aborto e à contracepção. Dentre as questões prioritárias emergentes da problemática “da mulher” encontra-se o aborto definido como um problema crucial de saúde pública sendo recomendado aos países signatários presentes nas principais Conferências Internacionais revissem as legislações punitivas contra as mulheres. Esta noção, portanto, produzida no interior do movimento feminista, tem um significado político social mais abrangente uma vez que promove o questionamento das relações de gênero no interior da família e na orientação das políticas de planejamento familiar. No Brasil, o que está atualmente posto como sendo a ‘saúde da mulher’ se configurou como campo de disputa de poder sobre matérias como controle da natalidade, contracepção e aborto. O interesse de setores do movimento feminista pela saúde das mulheres focalizou o exercício do poder médico sobre o corpo feminino (Xavier et al, 1989). As questões aventadas estiveram ligadas, desde os primórdios nos anos 1960, à emergência da “questão feminina” como problema político-econômico importante trazido a debate, dentre outros atores, por agentes do movimento feminista

ligados ao campo da saúde (Barroso & Bruschini, 1989; Scavone, 2000). Este debate foi marcado por um estímulo à emergência de um discurso ‘próprio das mulheres’ que afirmava o direito ao prazer e ao próprio corpo. Promovia-se uma valorização das experiências corporais pautadas na escolha individual a ser garantida legalmente como parte dos direitos de cidadania.

O marco inicial de luta pela igualdade de Direitos sexuais e reprodutivos caracterizou especialmente os anos de 1980 em que as proposições e ações que tiveram por objetivo minorar os reflexos das desigualdades de gênero nas condições de saúde. O questionamento do lugar central da mulher no processo reprodutivo resulta em críticas ao privilégio conferido pela atenção médica aos cuidados com a gestação e ao recém-nascido. Nesse sentido as reivindicações recaíam em uma melhor assistência à saúde com inclusão de técnicas contraceptivas que permitira o pleno direito à opção do exercício sexual e reprodutivo. As dificuldades de acesso das mulheres às ações de contracepção e demais ações de saúde têm sido até hoje aventadas. Nesse sentido cabe considerar a contracepção – de forma relacional a sua contraparte, a concepção - inscrita como um tema de saúde em um campo denominado de ‘saúde reprodutiva’ que se situa na interseção entre as temáticas da identidade, da sexualidade e da reprodução e se constitui em importante vertente dos estudos de gênero.

A título de contextualização, podemos elencar no plano dos direitos humanos, entre as décadas de 40 a 60, a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) que se constituiu de modo inaugural como instrumento de referência na consagração dos direitos humanos entre homens e mulheres de forma abrangente. Especificamente sobre questões relacionadas ao trabalho e igualdade de direitos, aponta-se a Convenção da OIT nº 103 (1953) que dispõe sobre a igualdade de remuneração entre homens e mulheres. Já a vinculação legal entre direitos humanos, econômicos, sociais e culturais foi observada no Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos proposto em 1966.

Nas décadas de 70 e 80 as ações se voltavam para a igualdade entre os sexos e contra a discriminação da mulher, sendo que na I Conferência Mundial sobre a Mulher, em 1975, a igualdade entre os sexos

se apresentou como ponto central de debate bem como a consolidação de mecanismos para a sua promoção. Em 1979, mais conhecida como CEDAW, a convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra a Mulher, tratou da discriminação contra a mulher em sentido mais amplo. Na II Conferência Mundial sobre a Mulher, por sua vez em 1980 e como parte destes esforços, os governos foram convocados a promoverem a igualdade entre os sexos, sendo que na III Conferência Mundial sobre a Mulher, em 1985, foram aprovadas e adotadas estratégias para o futuro avanço da mulher. Na década de 90 algumas conferências foram relevantes no cenário internacional, tais como a Declaração e Programa de Ação de Viena (1993) que consagrou a universalidade, indivisibilidade, inter-relação dos direitos humanos; a Conferência de População e Desenvolvimento (Cairo, 1994) que promoveu uma mudança na abordagem dos temas relacionados à população com foco especial nos direitos humanos, particularmente os direitos das mulheres e formalizou o conceito de “direitos reprodutivos” e a IV Conferência sobre a Mulher (Pequim, 1995).

Como se viu o rol de proposições que envolvem a saúde reprodutiva se configura no cenário social e político e diz respeito à conquista dos Direitos reprodutivos. A importância do destaque destes marcos reside no fato de que gênero, como tradicionalmente constituído, corresponde a uma rubrica que reúne um conjunto de ações no contexto de diferentes práticas institucionalizadas, incluindo as do campo da saúde, marcadas de modo significativo pelo discurso biomédico, ao mesmo tempo em que seu sentido e precisão, fazem parte de uma estratégia de recorte teórico e definição de uma dimensão da realidade humana e social empreendida no âmbito das ciências sociais. Esta foi a razão de termos procedido à identificação de tais referências iniciais relativas aos direitos reprodutivos e seus corolários relevantes para uma maior compreensão do desenvolvimento de ações no âmbito das políticas e dos serviços públicos e privados de saúde. Tais demarcações, e sua tradução em referências normativas, sustentam ações certamente relevantes para a ação política que, no entanto, apresentam-se fragmentadas por um sem número de diretrizes institucionais e portarias em se tratando o campo da saúde, quan-

do institucionalizadas. De modo concomitante acabam por expressar (in)visibilidades significativas na atenção à saúde no âmbito da saúde coletiva. Por afinidades eletivas os nexos entre sexualidade e reprodução apresentam-se refletidos tanto nas diretrizes adotadas quanto nas práticas do cuidado no contexto dos serviços de saúde, o que dificulta a incorporação de demandas de grupos específicos quando estes não se enquadram nos critérios classificatórios, excludentes e limitadores, em razão de pertencimento de classe, gênero e orientação sexual.

3 NOVAS FORMAS DE ORGANIZAÇÃO DA FAMÍLIA E SUA FOCALIZAÇÃO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS: LIMITES À DIVERSIDADE

De modo ampliado, a literatura de base sociológica, antropológica e sobretudo jurídica é farta na indicação do pluralismo familiar: a existência de novas formas de constituição familiar em razão de a Constituição Federal de 1988 ter reconhecido ao lado do casamento, a união estável e a família monoparental, que passaram a ter proteção legal (Moás, 2009). No entanto, a expressão de tal pluralidade nas políticas públicas em geral, tensionada pelos movimentos sociais em razão de suas lutas pelo reconhecimento de direitos de grupos específicos, não tem sido observada no que tange ao alcance de seus objetivos e amplitude das ações, seja no âmbito da educação, da saúde ou da segurança pública. Nesta medida torna-se importante uma reflexão sobre a capacidade limitada das políticas e de abrangência de seu escopo, sobretudo quanto ao pleito dos indivíduos e grupos delineados pelos marcos identitários relativo ao sexo e ao gênero envolvendo, inclusive, novas formas de organização da família. Tais demandas direcionadas formalmente às instituições, ou de modo difuso em variados contextos que favorecem a interação entre os agentes públicos e a população, como é o caso dos serviços de saúde, são sobretudo atravessadas por tensões marcadas pelos valores sociais presentes na sociedade brasileira.

Nesta direção as demandas de grupos sociais específicos no que tange à constituição das identidades sociais e sexuais merecem destaque tendo em vista a consagração de determinados temas na

agenda das políticas públicas no Brasil, em detrimentos de outros. A atuação do poder legislativo no debate sobre saúde priorizou determinados temas debatidos em audiências, seminários e simpósios voltados para grupos específicos como: Mulher (câncer de mama, violência, aborto) e Saúde do Homem no período de legislatura de 2003-2006 e Mulher (violência, planejamento familiar, aborto, mortalidade materna, humanização do parto, transmissão vertical no período de 2007-2010 (Baptista, 2012). Considerando as políticas públicas, a tradicional clientela dos serviços públicos de saúde ainda é constituída por mulheres, inclusive em outros países, derivando em ações de saúde que atendem especificamente as demandas de saúde femininas (Rosen, 1994; Rohden, 2002). As intervenções da medicina nos corpos, e sua manifestação no conjunto da sociedade, operam deste modo segundo uma lógica de gênero, uma vez que a medicina se debruça com um olhar muito mais interessado sobre a sexualidade e corpo femininos em sua dimensão reprodutiva como informam análises históricas. Para Rohden (2002) o surgimento da ginecologia como especialidade médica no século XIX evidencia que a construção de parâmetros para diferenciação entre os sexos, fundamento da construção de uma medicina da mulher, acabou por atrelá-la à função procriadora redefinida pelo discurso médico no início do século XX. Nesta redefinição observou-se uma valorização do papel da mulher, expressa por sua importância para a nação refletindo-se em uma maior aproximação entre a medicina e o Estado. Mas, como destacado pela autora, esta tendência diz respeito também a desenvolvimentos em paralelo, como as ideias ligadas à eugenia, à difusão dos métodos contraceptivos, à inserção do trabalho feminino na esfera pública, à reivindicação de direitos por grupos de mulheres e à relevância das questões relativas à população e a raça.

No que tange à família, diferentes perspectivas orientam a análise das relações e dinâmicas familiares no campo das ciências sociais, a partir dos anos 80 (Fukui, 1980). No Brasil, nas décadas de 1980 e 1990 foram produzidos estudos expressivos que focalizaram as mudanças na família a partir dos processos de modernização e individualização (Durham, 1987; Da Matta, 1987; Fonseca, 1995; Sarti,

1996; Velho, 1999). Para De Singly (1999), o interesse pelos estudos de família se modificaram no decorrer das décadas. A família passou a ser objeto mais detido de estudos de sociologia a partir de sua suposta ‘crise’, com o aumento do divórcio, do trabalho assalariado das mulheres e com a ampliação da coabitação. A literatura que trata do tema da família e das políticas públicas na década de 80 (Berquó, 1989; Berquó & Loyola, 1984) reitera a importância dos estudos sobre a composição e organização das famílias para a formulação de políticas sociais na América Latina. Já as intervenções no âmbito familiar voltam-se, em geral, para o controle ou incentivo à reprodução. A referência à família em programas sociais encontra-se fortemente associada à saúde reprodutiva e às desigualdades entre os sexos sendo que há diferentes formas das famílias serem consideradas neste contexto. O conhecimento dos arranjos familiares pode se relacionar, de acordo com Medeiros (2000), a diversos fatores: relações entre membros da família e da família e da sociedade; características das famílias e critérios de focalização; uso das famílias para a concepção, execução ou controle de programas; mútua influência entre as políticas sociais e seus objetivos, assim como as diferentes formas de organização familiar. Na avaliação de políticas públicas em torno do desenvolvimento social e do combate à fome torna-se ilustrativa a recente iniciativa governamental denominada ‘Bolsa Família’ onde o lugar da mulher, neste tipo de reflexão e intervenção, tem merecido destaque, bem como o lugar da criança como beneficiária das ações (Brasil, 2014).

A família, também como objeto de intervenção no campo da saúde tem sido considerada a partir da ênfase ao longo das décadas dada à instância familiar, nacional e internacionalmente, pelas políticas públicas. ‘Família e comunidade’ têm sido consideradas instâncias estratégicas de integração de diversas políticas sociais, dentre elas as de saúde. Mas as concepções subjacentes à definição de família no campo da saúde investigadas por Trad & Bastos (1998) indicam que muitas distorções têm sido observadas em função de uma concepção universalmente válida que ignora a especificidade e diversidade dos contextos culturais. Análises mais recentes sobre a centralidade da família em um modelo alternativo de atenção fami-

liar no campo da saúde, como é o caso do Programa Saúde da Família (PSF/1994) - uma estratégia do Ministério da Saúde de abrangência nacional -, indicam que na abordagem se dota a categorização dos indivíduos por sexo e idade a partir da dimensão biológica do corpo e o indivíduo é concebido como descolado das relações sociais (Sarti, 2010) o que parece resultar da própria imprecisão do que se considera 'família' nas intervenções. Nesta direção os programas envolvendo famílias se voltam para seus membros individuais e perde-se a perspectiva do contexto no qual se encontram inseridos. Soma-se a este fato a frequente identificação de serviços para família em diferentes âmbitos das políticas públicas como serviço para mulheres; a inclusão ou exclusão de pessoas de acordo os vínculos matrimoniais (civil ou religioso), empregatício ou de condições de moradia etc.

Nas últimas duas décadas as mudanças na composição das famílias brasileiras foram profundas e tornou complexas as relações entre atividade laboral e família. A análise sobre as políticas e iniciativas que objetivam uma conciliação entre vida familiar e trabalho aponta conflitos entre a atividade laboral e a vida em família tendo em vista a participação crescente das mulheres no mercado de trabalho (Sorj, 2004) ressaltando-se que sobretudo as mulheres com crianças incorporam as ocupações mais precárias oferecidas pelo mercado de trabalho. Houve uma redução significativa no número de famílias do tipo nuclear formada pelo casal com crianças e na proporção das famílias compostas por casais e parentes do tipo família extensa. Em contrapartida, houve um crescimento significativo das famílias monoparentais femininas que ocupa lugar destacado na estrutura de família. A maioria das famílias compreende casais com crianças, mas houve um declínio no número destas famílias. O núcleo tradicional, composto pelo casal com crianças, não consiste mais no único modelo de estrutura da família na sociedade brasileira, embora ainda tenha lugar destacado. Outras transformações também podem ser indicadas, como o aumento na proporção das pessoas que vivem sós e um crescimento na porcentagem de casais sem crianças.

Mediante tais transformações e após mais de 25 anos da criação da Constituição Federal/88, marco no direito de família em nosso país, a monoparentalidade não mais caracteriza-se pela tran-

ditoriedade já que não apresenta como causas únicas, a separação, o divórcio, a viuvez, mas também o desejo de constituir família apenas a partir da maternidade ou paternidade sem a necessidade da presença de um companheiro(a), daí a própria expressão monoparental a indicar a realidade social de termos apenas um dos pais e a prole⁴. A transitoriedade aqui referida foi a marca de um passado não muito remoto em que após o divórcio, a separação⁵ ou o estado de viuvez, novo casamento ou nova união estável dava lugar a uma família recomposta, o que ainda continua a existir. Porém, chamam atualmente a atenção o desejo de filho sem a presença de um parceiro (a), possível através da adoção singular e da reprodução assistida, projetos de vida comumente chamados de “produção independente” já contemplada em estudos dos anos 80 em um contexto de exercício reprodutivo heterossexual (Dauster, 1988).

Como parte do recente debate das identidades sexuais, as transformações relativas à família foi também impulsionado pela demanda de ampliação de direitos pelos casais de mesmo sexo no início dos anos 1990. A crescente visibilidade da conjugalidade homossexual acarretou importantes conquistas no plano dos direitos civis. A entrada dos homossexuais nesta arena política contribuiu para a disseminação de uma ideia de casamento como uma construção sociocultural dinâmica, mutável e capaz de incorporar incontáveis formas de interações ‘afetivo-sexuais’⁶ entre os indivíduos. No entanto, como toda trajetória de lutas reivindicatórias é marcada por avanços e retrocessos, o reconhecimento da categoria “família homoafetiva”⁷ somente ocorreu recentemente, em maio de 2011, quando o Supremo Tribunal Federal (STF) equiparou esta

⁴ O exercício da paternidade e da maternidade entre solteiros já foi objeto de atenção em estudos sobre a maternidade fora do casamento (Dauster, 1988) apontando para os imperativos da reprodução em contexto de liberdade de escolha.

⁵ Para ilustrar como as mudanças no campo do Direito das Famílias são tão significativas, vale indicar que a doutrina jurídica é majoritária na defesa da revogação da figura da separação (judicial e extrajudicial) por conta da Emenda constitucional 66/2010, conhecida como emenda do divórcio. O casamento civil que até 1977 era vínculo indissolúvel, hoje, pode ser dissolvido pelo divórcio, por exclusivo ato de vontade dos cônjuges, sem qualquer requisito prévio e sem a necessidade de expor qualquer espécie de motivação.

⁶ Reconhecemos as tensões e implicações das inúmeras variações existentes acerca destas designações gestadas no interior do movimento social que não serão objeto de discussão nesta reflexão.

⁷ Esta categoria tem sido empregado no debate do Biodireito envolvendo tecnologias reprodutivas incluindo as uniões homoafetivas.

convivência às uniões estáveis heterossexuais, rompendo de uma vez por todas no plano dos direitos com os limites heteronormativos e com a crença arraigada de que a família e o casamento são realidades sociais intrinsecamente associadas à vinculação entre um homem e uma mulher (Almeida, 2009). É importante ressaltar que parte do movimento LGBT tem contestado o pleito em favor da equiparação de direitos na esfera conjugal, em razão do receio de ocorrer a adequação dos casais gays ao modelo heteronormativo, capaz de colocar em risco a noção de identidade construída pelo próprio movimento homossexual. Da mesma forma vem sendo interrogada a necessidade de criação de modelo homonormativo, pois para parte do movimento social a associação entre a criação de modelos e o reconhecimento de direitos apresenta-se limitadora na medida em que arrisca deixar parcela das minorias sexuais, como os travestis e os transexuais, à míngua de direitos.

Enquanto na seara das liberdades individuais houve conquistas inestimáveis para o indivíduo homossexual e para casais quanto ao benefício decorrente do conhecimento da entidade familiar, no plano da legislação ocorre omissão do Poder Legislativo que insiste em não legislar sobre temas considerados ainda polêmicos, como a criminalização da homofobia⁸, o que tem comprometido a materialização de direitos humanos básicos, como a garantia da integridade física e até mesmo do direito à vida da população LGBT. A despeito da proibição de discriminação por orientação sexual, dados estatísticos apontam o aumento da violência de gênero, demonstrando a existência de problema grave no campo da segurança pública⁹. Exemplo oportuno é o projeto de lei visando a criminalização da homofobia que teve a tramitação mais longa no cenário político brasileiro. Em 2001, a Deputada Iara Bernardi (PT-SP), formulou o

⁸ O mapeamento do debate no Congresso Nacional sobre a criminalização da homofobia, bem como a análise da tramitação de projetos de lei sobre o assunto, com ênfase no PL 122-2006, foi realizado pelo discente Gabriel Wilwerth, bolsista PIBIC, vinculado ao projeto de pesquisa: “A violência praticada contra homossexuais à luz do projeto de lei 122: um debate sobre a homofobia no Brasil”, desenvolvido no Instituto de Ciências Sociais da UFRRJ, campus Seropédica, coordenado pela docente Luciane Moás (DCJ-ICHS-UFRRJ).

⁹ Ressalte-se a fragilidade dos dados estatísticos, pois para além da divergência dos números (índices de homicídios e lesões corporais) apontados pelas entidades criadas para a defesa dos direitos dos homossexuais, é uma realidade o subregistro destes crimes. Ainda assim é comum encontrarmos a indicação do Brasil como o país mais homofóbico do mundo. (Carrara & Ramos, 2006; Mott, 2013).

Projeto de Lei n.º 5003-b/2001 que alterava a Lei n.º 7.716/89 (Lei de Racismo), dava nova redação ao § 3º do art. 140 do Código Penal, e ao art. 5º da Consolidação das Leis do Trabalho, incluindo nesses diplomas legais os termos “identidade de gênero” e “orientação sexual” e realizando alterações pontuais na Lei de Racismo. O raso debate então realizado no Congresso Nacional apontou inúmeras polêmicas em razão da abrangência, fato que acarretou a substituição deste pelo projeto de lei 122/2006 da Deputada Fátima Cleide, em 2009. Dentre as alterações, excluiu-se a modificação do art. 5º da CLT, constando apenas a alteração da Lei n.º 7.716/89 e o § 3º do art. 140 do Código Penal, acrescentando-se a punição por discriminação ou preconceito de origem, condição de pessoa idosa ou com deficiência, gênero, sexo, orientação sexual ou identidade de gênero, além de alterações pontuais na Lei de Racismo.

Após 7 anos tramitando sem chegar a ser efetivamente votado, havendo sido propostas modificações que não chegaram a ser oficialmente feitas, como a da Deputada Marta Suplicy e do Conselho Nacional LGBT, o Senador Paulo Paim, em 2013, apresentou o Substitutivo da PLC 122. Essa versão pretendia alterar a Lei n.º 7.716/89, e o § 3º do art. 140 do Código Penal, definindo os crimes de ódio e intolerância resultantes de discriminação ou preconceito contra negros, idosos, pessoas com deficiência, grupos religiosos, gênero, identidade de gênero e orientação sexual. Observe-se que conforme as alterações foram feitas houve esvaziamento do conteúdo e do propósito iniciais do Projeto, em especial por conta da pressão da “Bancada Evangélica” no Legislativo. Por fim, no último mês de 2013, quando era grande a pressão no Senado para que houvesse a votação do Substitutivo do Senador Paim, em função de um acordo entre a Bancada Governista (PT) e a Bancada Evangélica, foi decidido em votação o apensamento do referido Projeto ao Projeto do Novo Código Penal, enterrando-se de vez a proposta que tramitou pelo período de 13 anos, fato que segundo o movimento LGBT, representou um grande retrocesso.

O primeiro marco relativo à formulação de políticas públicas voltadas às demandas do movimento LGBT brasileiro foi o programa Nacional de Direitos Humanos 2 (PNDH2), divulgado em 2002,

ainda no governo Fernando Henrique Cardoso que culminou com o lançamento em 2004, do Programa Brasil sem homofobia. Desde então o Brasil tem importante conjunto de propostas de políticas públicas que não se restringiram mais ao contexto do combate à epidemia de AIDS. O problema maior neste campo está na dificuldade de implementação das ações e programas que efetivamente consigam promover índices mais elevados de cidadania e inclusão social para esta parcela ainda marginalizada da sociedade brasileira. Além disso, segundo Luiz Mello (2012), as ações e programas esboçados pelo Governo Federal – e também pelos governos estaduais e municipais – parecem marcados pela fragilidade institucional e por deficiências estruturais, tendo em vista: a ausência de respaldo jurídico que as assegure como políticas de Estado e não de governo; a dificuldade de implementação de modelo de gestão que viabilize a atuação conjunta de órgãos das três esferas da federação; a carência de previsão orçamentária específica; a falta de capacitação e o reduzido número de técnicos (servidores) do quadro permanente responsáveis pela formulação, implementação e fiscalização das iniciativas.

É importante também ressaltar que os estudos sobre políticas públicas voltadas para a população LGBT apontam inclusive a dificuldade do mapeamento das ações em razão do caráter fragmentário das iniciativas cujo alcance às vezes se restringe a áreas específicas como saúde, educação ou assistência social (Avelar, 2012). As iniciativas são isoladas nos três níveis de governo. De um lado, isso demonstra maior sensibilização por parte da administração pública quanto aos direitos desta parcela da população, na comparação com passado recente, mas ao mesmo tempo explicita a falta de articulação no âmbito nacional. Igualmente é digna de nota a existência de algumas peculiaridades ligadas a implementação de políticas que envolvem a sexualidade não heterossexual. Ainda há valores e tradições arraigadas na sociedade brasileira, além da pressão do discurso conservador de setores confessionais que não somam favoravelmente neste campo. Constitui exemplo significativo os constrangimentos recentemente relatados por pesquisadora do campo de ter sido vítima de campanhas difamatórias, apoiadas por parlamentares, sugestivas de ser a pesquisadora a favor da

pedofilia mediante participação da mesma em 2012 no Congresso Nacional o IX Seminário LGBT, cujo tema era “Diversidade se aprende na infância”¹⁰. Ademais, apesar da população LGBT ser vista como grupo legítimo, suas demandas não têm o mesmo apelo público que a de outros grupos vulnerabilizados como as mulheres, as crianças, os adolescentes, os idosos, as pessoas com dificuldades especiais, etc.

4 DIRECIONAMENTO DAS POLÍTICAS NA SAÚDE: INCREMENTO RUDIMENTAR NO CASO DOS RECURSOS CONCEPTIVOS

A realidade brasileira se caracterizou nas últimas décadas por uma importante queda da ‘taxa total de fecundidade’ (Berquó & Cavenaghi, 2004). Soma-se a este quadro uma complexa conjuntura política institucional cujos esforços se voltam para a garantia dos direitos reprodutivos, dentre eles o acesso à contracepção como parte da implantação dos direitos reprodutivos no Brasil (Citeli, 2005). O desenvolvimento de políticas públicas e a implantação de ações públicas de saúde no Brasil ocorrem em um quadro de expressiva medicalização social. No caso da reprodução este processo é favorecido, dentre outros aspectos, pela disponibilização de procedimentos médicos voltados em maior número à contracepção em relação à concepção. Ademais, a lógica da sociedade brasileira, marcada por condições de desigualdade e hierarquias de classe e gênero, reflete-se no acesso de grupos da população a procedimentos médicos assistenciais distintos entre o âmbito público e privado. O acesso aos procedimentos conceptivos e contraceptivos dos extratos menos favorecidos da população estão restritos à instância pública, ao passo que os grupos com maior poder aquisitivo, via de regra, utilizam recursos oriundos da rede de saúde privada. Estes limites podem ser flexíveis, mas revelam uma relação de desigualdade estruturante do sistema de saúde público brasileiro quanto ao acesso e consumo de recursos de saúde.

Nos anos 2000, a Declaração do Milênio das Nações Unidas (2000) estabeleceu oito objetivos de Desenvolvimento, o que incluiu

¹⁰ GGN: In: <http://www.jornalgn.com.br/noticia/pesquisadora-sofre-campanha-difamatoria-de-extremistas-religiosos>, acesso em 16 de junho de 2014.

a promoção da igualdade entre os sexos e a promoção de ações visando a autonomia das mulheres sendo as metas projetadas para serem alcançadas até 2015. A I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, em 2004, se constituiu em um amplo processo participativo que resultou na construção democrática do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, sendo a Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (Brasil, 2005) lançada a seguir. Nesta política governamental estava prevista a meta de ampliar a oferta de métodos contraceptivos reversíveis na rede pública de saúde em todo o Brasil, além do aumento do acesso à esterilização cirúrgica voluntária ampliando a capacidade de serviços de saúde para sua realização, bem como a introdução de técnicas de reprodução humana assistida na rede do Sistema Único de Saúde (SUS) proposta a partir da criação de um grupo de trabalho, que incluiu representantes da sociedade civil, voltado para a implementação da política. De acordo com as diretrizes ministeriais o acesso às técnicas de reprodução humana assistida será concedida a ‘casais inférteis’ – categoria biomédica para designar casais sem filhos que desejam reproduzir - com doenças genéticas ou infectocontagiosas, particularmente o HIV e hepatites virais. Quanto aos últimos, este acesso visa a não transmissão desses males para os bebês ou parceiros. Uma das atribuições, ainda por se concluir, é a definição de critérios de credenciamento dos serviços regionais de referência de média e alta complexidade em reprodução humana assistida, sendo ressaltado o caráter de excepcionalidade da prática e uso das técnicas de reprodução assistida, e justificada apenas como procedimento auxiliar na procriação, no contexto da atenção à saúde. O que se pondera neste cenário é que o uso das técnicas devem gerar mais benefícios que riscos para as mulheres e os filhos. No caso da disponibilização da reprodução assistida para casais convivendo com o HIV ou hepatites se justifica pelo controle do risco de transmissão do vírus para o parceiro ou da mãe para o filho (BRASIL, 2005). Mas também pelo fato de afirmação do desejo de filhos estar presente neste grupo com expectativa de vida ampliada mediante os avanços dos tratamentos, ainda que invisíveis no contexto da atenção à saúde. A referência às novas tecnologias

de reprodução humana assistida também esteve presente, mas neste caso como reivindicação de direitos de cidadania e democratização de benefícios para grupos identitários como homossexuais, travestis e transexuais em documento preparatório para a Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais realizada em 2007 (Secretaria Especial de Direitos Humanos, 2007), mas excluído no documento final da Conferência.

Quanto a este último, é necessário lembrar que a conquista de direitos relacionados à vida privada no que tange à experiência da homossexualidade quando mais a visibilidade do casal invadiu o espaço público para reivindicar a igualdade de direitos em relação aos casais heterossexuais, na seara familiar ou o direito à vida familiar, incluindo o desejo de filho de base biológica, ou até mesmo em relação à adoção, não percebemos tantos avanços apesar das alterações introduzidas pela Resolução 1957/2010 do Conselho Federal de Medicina. A referida Resolução, em relação à defasada resolução 1358/92, passa a ter novo encaminhamento em relação ao acesso à tecnologias reprodutivas inovando essencialmente em três aspectos: (a) a redefinição da reprodução assistida antes restrita ao tratamento para indivíduos considerados inférteis de um ponto de vista biomédico; (b) o destino dos embriões excedentários: na resolução anterior, aquele somente podia ser congelado ou doado podendo ser destinados à utilização em pesquisas; (c) à permissão Reprodução Assistida póstuma, demonstrando como ainda é forte o valor do vínculo genético. Quanto aos usuários das técnicas a redação da resolução 1358/92 indicava que apenas as *mulheres* podiam ter acesso e, caso fossem casadas ou convivessem em uniões estáveis com seus companheiros (homens) precisavam do consentimento dos mesmos. A nova orientação (Resolução 1957/2010) refere-se a pacientes das técnicas de reprodução assistida e não mais a “usuárias”, pois não são somente as mulheres que podem ter acesso, mas “todas as pessoas capazes, que tenham solicitado o procedimento e cuja indicação não se afaste dos limites desta resolução, podem ser receptoras das técnicas de Reprodução Assistida desde que os participantes estejam de inteiro acordo e devidamente esclarecidos sobre o mesmo,

de acordo com a legislação vigente” (Moás & Vargas, 2012). No entanto, um longo caminho ainda deve ser percorrido. Vale já registrar que a questão da filiação é inegavelmente a maior preocupação das pessoas que se posicionam de forma contrária ao reconhecimento jurídico do casal homossexual e a consequente aquisição de direitos já estabelecido para os casais heterossexuais.

5 À GUIZA DE CONCLUSÃO

O atual valor atribuído à família, entendida como mulheres, no plano das políticas públicas de saúde tem por base o modelo de família conjugal moderna cujo vigor se expressa em meio às transformações sociais em curso relacionadas às identidades sexuais. No entanto, o agenciamento de recursos médicos visando a reprodução biológica expressam simultaneamente elementos de autodeterminação e de subordinação dos casais frente a decisão reprodutiva observando-se um grande investimento, não só econômico relacionado ao consumo de tecnologias, mas também simbólico no âmbito da conjugalidade heterossexual e homossexual, sobretudo nos estratos médios letrados da sociedade brasileira. Uma questão sempre presente neste debate é a dificuldade de executar medidas que apresentam caráter programático. Este se traduz em aspirações ou expectativa de direitos e não exatamente na declaração de direitos. Não estamos diante de preciosismo terminológico, mas diante da importante distinção entre o direito que efetivamente pode ser exigido até mesmo pela intervenção do Poder Judiciário e metas cuja execução fica à mercê da boa vontade dos gestores públicos, sem nenhuma consequência específica caso o resultado não seja efetivamente alcançado.

No Brasil, a demanda por tratamentos médicos visando a reprodução no serviço público de saúde vem ocorrendo devido aos custos elevados e revela em meio aos aspectos econômicos envolvidos as diferenças de classe não aprofundadas nesta reflexão, mas presentes no horizonte de nossas indagações a partir da compreensão de haver distintos universos socioculturais envolvidos na análise do tema que encontra seus limites neste trabalho. Para além destes aspectos funda-

mentais, tal demanda de acesso releva questões de gênero e orientação sexual, concernentes às identidades bem como pertencimentos relativos à união conjugal e valores relativos à organização da família. Nesta direção, a não reprodução recoloca, de modo constante, a constituição de família. O pressuposto é que a reprodução – e a não reprodução em contraste, possível com o advento dos métodos contraceptivos - representam hoje uma opção para homens e mulheres por sua dissociação da sexualidade promovida pelo avanço das tecnologias conceptivas. No entanto, as conexões entre as duas esferas permanecem fortemente presentes nos discursos sociais sobre o tema revelando os valores sociais predominantes que os permeia.

Estas questões têm sido pouco problematizadas no âmbito das políticas de saúde mediante escasso debate público sobre o tema e sua divulgação na mídia de forma constante e acrítica onde prevalece o ponto de vista da pesquisa biomédica, o que determina muitas vezes o acesso aos procedimentos por meio da utilização de critérios de exclusão com base nos valores sociais predominantes na sociedade brasileira.

Por fim, cabe assinalar que os ‘discursos dos direitos’ potencialmente podem atualizar narrativas moralizantes, o que implica também no delineamento e na construção de novas normas moralizadoras no âmbito das políticas públicas. Vianna (2004) sugere que esta ideia pode ser relevante ao tornar complexa a identificação dos contornos da ação política, mas também por apontar a necessidade de se relativizar os usos e as diferentes apropriações do discurso dos direitos colocando em evidência os argumentos colocados a serviço de sua defesa. A autora discute deste modo as possibilidades morais que estão sendo postas em curso no caso dos direitos sexuais. Seguindo os pressupostos desta análise podemos sugerir que a emergência dos discursos sobre direitos no contexto das políticas públicas, particularmente de saúde, mostra-se excludente no âmbito das práticas produzindo invisibilidades no acesso aos recursos médicos, incluindo os conceptivos, ainda que estejam presentes no plano dos discursos dos direitos reprodutivos e da saúde reprodutiva.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA M. V. de. *A chave do armário – homossexualidade, casamento, família*. Lisboa: Imprensa do Instituto de Ciências Sociais, 2009.
- ALMEIDA, G. E. S. de. Da invisibilidade à vulnerabilidade: Percursos do “corpo lésbico” na cena brasileira face à possibilidade de infecção por DST e Aids. 2005. *Tese* (Doutorado em Saúde Coletiva), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 342 p.
- AVELAR, R. B. de. Contornos, Impasses e Desafios das Políticas de segurança para LGBT no Brasil. In: MELLO, L. *et al.* (Org.) *Questões de sociologia: debates contemporâneos*. Goiânia: Cênore Editorial, 2012.
- BAPTISTA, T. W. de F. *et al.* O Legislativo e a Saúde: o debateno período do governo Lula. In: MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. de F.; LIMA, L. D. (Org.). *Políticas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, pp.283-315.
- BAPTISTA, T. W. F.; MATTOS, R. A.. Sobre Política (ou o que achamos pertinente refletir para analisar políticas). In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. *Caminhos para análise das políticas de saúde*, 2011, pp.52-91. Online: Disponível em www.ims.uerj.br/pesquisa/ccaps.
- BARROSO, C. & BRUSCHINI, C. Construindo a política a partir da vida pessoal: discussões sobre sexualidade entre mulheres pobres no Brasil. In: LABRA, M. E. *Mulher, saúde e sociedade no Brasil*. Rio de Janeiro: Petrópolis/Abrasco, 1989, pp.223-40.
- BERQUÓ, E. & CAVENAGHI, S. Mapeamento sócio-econômico e demográfico dos regimes de fecundidade no Brasil e sua variação entre 1991 e 2000. In: XIVº Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 20-24 de setembro de 2004, Caxambu: ABEP, 2004, pp.1-18.
- BERQUÓ, E. & LOYOLA, M. A. União dos sexos e estratégias reprodutivas no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos da População*, Vol.1, nº.1/2, pp. 35-98, 1984.
- BERQUÓ, E. S. A família no século XXI: um enfoque demográfico. *Revista Brasileira de Estudos da População*, Vol.6, nº.2, pp.1-16, 1989.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde, Brasil, setembro de 2005, edição nº.113.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Avaliação de políticas públicas: reflexões acadêmicas sobre o desenvolvimento social e o combate à fome, Vol.1: Introdução e temas transversais. Brasília, DF: MDS; Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, 2014.

CARRARA, S. & RAMOS, S. A Constituição da Problemática da Violência contra homossexuais. Rio de Janeiro: *Physis*, Vol.16, nº2, pp.185-205. 2006.

CITELI, M. T. *A pesquisa sobre sexualidade e direitos sexuais no Brasil (1990-2002): revisão crítica*. Rio de Janeiro: Centro Latino Americano em Sexualidade e Direitos Humanos/IMS/UERJ, 2005.

CORTES, S. V. Contribuições teóricas e à pesquisa empírica da Sociologia às políticas públicas. *RSB: Revista Brasileira de Sociologia*, Vol.1, nº.1, pp.35-56, 2013a.

_____. Sociologia e políticas públicas. In: MARQUES, E.; FARIA, C. A. P. de. *A política como campo multidisciplinar*. São Paulo: Editora Unesp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013b, pp. 47-68.

DAMATTA, R. A Família como valor: considerações não-familiares sobre a família à brasileira. In: ALMEIDA, A. M., et al. (Org.) *Pensando a Família no Brasil - Da colônia à Modernidade*. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo/UFRJ, 1987, pp.115-136.

DAUSTER, T. A experiência 'obrigatória' – uma interpretação sobre a maternidade fora do casamento em camadas médias urbanas. *Boletim do Museu Nacional*. Nova série, Rio de Janeiro, nº.59, dezembro, 1988.

De SINGLY, F. A Sociologia da Família na França nos últimos trinta anos. *Interseções: Revista de Estudos Interdisciplinares - Dossiê Comportamentos Familiares*, Rio de Janeiro, Vol.1, nº.1, pp.31-43.1999.

DURHAM, E. R. Família e reprodução humana. In: FRANCHETTO, Bruna; CAVALCANTI, M., L., V., C.; HEILBORN, M. L. *Perspectivas Antropológicas da mulher*. Rio de Janeiro: Zahar, 1983, pp.13-44.

FONSECA, C. Amor e família: vacas sagradas da nossa época. In: RIBEIRO, I. & RIBEIRO, A. C. T. (Orgs.). *Família e Sociedade Brasileira: Desafios nos Processos Contemporâneos*. São Paulo: Loyola, 1995, pp. 69-89.

FUKUI, L. F. G. Estudos e Pesquisas sobre Família no Brasil. *Boletim*

Informativo e Bibliográfico de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, nº.10, pp. 1-50, 1980.

- LEAL, O. & BOFF, A. M. Insultos, Queixas, Sedução e Sexualidade: Fragmentos de Identidade Masculina em um Perspectiva Relacional. *In: Sexualidades Brasileiras*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ABIA/IMS/UERJ, 1996, pp.119-135.
- LEIVAS, P. O direito à saúde na Constituição Federal e na legislação infraconstitucional. *In: Dora, D. D. & Silveira, D. D. (Org.). Direitos Humanos, Ética e Direitos Reprodutivos*. Porto Alegre: THEMIS, 1998, pp.141-143.
- MEDEIROS, M. A Importância de se conhecer melhor as Famílias para a elaboração de Políticas Sociais na América Latina. *In: XXIVº ANPOCS, GT Família e Sociedade, Anais*. Petrópolis: ANPOCS, 2000.
- MATTOS, R. Ciência, metodologia e trabalho científico (ou tentando escapar dos horrores metodológicos) *In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. Caminhos para análise das políticas de saúde*, 2011, pp.20-51. Online: Disponível em www.ims.uerj.br/pesquisa/ccaps.
- MOÁS, L. da C. Pluralismo Familiar versus hierarquia: a necessidade de reconhecimento ds união homoafetiva. *Candelária – Revista do instituto de Humanidades*. Ano VI – Jul-Dez, 2009.
- MOÁS, L. da C.; VARGAS, E. P. Princípios jurídicos e aspectos normativos em saúde implicados no acesso à reprodução assistida no âmbito conjugal: revisitando parâmetros. *In: STELLA R. T.; Caldas, C. P. (Orgs.). Ética e pesquisa com populações vulneráveis*. 1ª. ed. Rio de Janeiro: EdUERJ, Vol.2, 2012, pp.239-265.
- MOTT, L. A cada 26 dias, um homossexual é assassinado no Brasil. *Jornal A Gazeta*. 28-04-2013. *In: http://gazetaonline-globo.com-2013*, acesso em 26 de junho de 2014.
- ROHDEN, F. Ginecologia, gênero e sexualidade na ciência do século XIX. *Horizontes Antropológicos*, Vol.8, nº.17, pp.101-126, 2002.
- ROSEN, G. *Uma história da Saúde Pública*. São Paulo: Ed. Unesp, 1994.
- SALEM, T. O casal igualitário: princípios e impasses. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, Vol.3, nº.9, pp.24-37, 1989.
- SARTI, C. A. *A Família como Espelho: um estudo sobre a moral dos pobres*. Campinas: Editora Autores Associados, 1996. 152p.

- _____. O Lugar da Família no Programa de Saúde da Família. In: TRAD, L. A. B. *Família Contemporânea e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010, pp.91-103.
- SCAVONE, L. Direitos reprodutivos, políticas de saúde e gênero. *Revista Estudos de Sociologia*, Vol.5, nº9, pp.1-18, 2000.
- SCHRAIBER, L. B. *et al.* Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, Vol.10, nº.1. pp.7-17, 2005.
- SILVER, L. D. Direito à saúde ou medicalização da mulher? Implicações para a avaliação dos serviços de saúde para mulheres. In: GIFFIN, K. & COSTA, S. H. (Orgs.). *Questões da Saúde Reprodutiva*, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999, pp.299-317.
- SORJ, B. Reconciling work and family: issues and policies in Brazil. Conditions of work and employment *Series*, nº.8. Internacional Labour Office: Genebra, 2004.
- TRAD, L. A. B. & BASTOS, A. C. de S. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. *Cadernos de Saúde Pública*, Vol.2, nº.14, pp. 429-435, 1998.
- VIANA, A. Direitos e políticas sexuais no Brasil: mapeamento e diagnóstico. Rio de Janeiro: CEPESC, 2004, pp.95 -104.
- VELHO, G. Família e Subjetividade. In: ALMEIDA, A. M.; CARNEIRO, M. J. & PAULA, S. G. *Pensando a Família no Brasil - Da colônia à Modernidade*. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo/UFRJ, 1985, pp.79-87.
- XAVIER, D.; ÁVILA, M. B. & CORREA, S. Questões feministas para a ordem médica: O feminismo e o conceito de saúde integral. In: LABRA, M. E. *Mulher, Saúde e Sociedade no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1989, pp.203-222.

Recebido: 27/06/2014

Aprovado: 07/12/2014