

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Ana Luiza Moraes

**O regime político da sexualidade: a saúde sexual como dispositivo colonial/moderno nas
políticas públicas**

Juiz de Fora

2023

Ana Luiza Morais

O regime político da sexualidade: a saúde sexual como dispositivo colonial/moderno nas políticas públicas

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia.
Linha de pesquisa: Processos Psicossociais em Saúde.

Orientadora: Prof. Dra. Juliana Perucchi

Juiz de Fora

2023

Morais, Ana Luiza.

O regime político da sexualidade : a saúde sexual como dispositivo colonial/moderno nas políticas públicas / Ana Luiza

Morais. -- 2023.

186 f.

Orientadora: Juliana Perucchi

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2023.

1. Saúde Sexual. 2. Direitos Sexuais. 3. Políticas Públicas. 4. Atenção Básica em Saúde. 5. Feminismo Decolonial. I. Perucchi, Juliana, orient. II. Título.

Ana Luiza Morais

O regime político da sexualidade: a saúde sexual como dispositivo colonial/moderno nas políticas públicas

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia.
Linha de pesquisa: Processos Psicossociais em Saúde.

Aprovado em 07 de julho de 2023.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Juliana Perucchi – Orientadora
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dra. Isabela Saraiva de Queiroz
Universidade Federal de São João del Rei

Profa. Dra. Marcella Beraldo de Oliveira
Universidade Federal de Juiz de Fora

Juiz de Fora

2023

*Dedico esse trabalho a todas as feministas, travestis, sapatonas, não-binárias, fetichistas, putas, não monogâmicas, transmasculines, intersexo, antiproibicionistas, pole dancers, originárias, afrodiaspóricas, bissexuais e BDSMers que racham a pedra fria da norma e fazem brotar sexualidades potáveis. Sem vocês, esse trabalho não existiria.
Eu não existiria.*

AGRADECIMENTOS

Me lembro do primeiro agradecimento acadêmico que fiz, num trabalho da escola. Era um livro de receitas, que ingenuamente dediquei a mim mesma e ao meu boletim, afinal eu tinha montado todo o livro sozinha. Ledo engano, nenhuma das receitas era efetivamente minha, que mal conseguia alcançar o fogão. Hoje, dando risada, reconheço que precisamos poder dizer dos nossos feitos, mas nunca, jamais, em hipótese alguma fazemos qualquer coisa sem ninguém. Agradeço a Exu, que vinha abrindo caminhos quando eu dava os passos antes mesmo de eu perceber. Laroyê! Agradeço a toda minha rede, não só de suporte, mas de existência ao longo desse trajeto. A Antônio (em memória viva), Tiná, Vivi, Anilton e Lucas pela certeza de me fazer amada não importa o quão esquisito para eles fosse o caminho escolhido por mim. Grafado na memória, está o que minha vó sempre me dizia nas despedidas: “vai, minha fia, estuda, porque o estudo é a única coisa que ninguém nunca vai poder tirar de você”. A Vinícius, Yasmin e Márcio por se tornarem minha colmeia em uma cidade para a qual me mudei para realizar esta pesquisa, em meio ao *lockdown* na pandemia de coronavírus, sem conhecer nenhuma rua ou pessoa. A Gabriela, Teissi, Júlia, Brune e Isabela T. por me ensinarem confiança em meio ao desamparo. A Maria Fernanda, ela sabe o porquê. A Ju, pela liberdade concedida para que eu fizesse minhas escolhas no processo de pesquisa. A Carla e Thamiris, pelos encontros extra-acadêmicos que trouxeram alegria para o solitário percurso investigativo. Ao NEGAH, coordenado pela professora Isabela, por ter me parido academicamente. A todas as pessoas que fizeram parte de minha trajetória na UFSJ, onde aprendi da forma mais linda que psicologia é, antes de tudo, afeto. A Amora, por todo o carinho do mundo. A todas as pessoas que me acolheram nas unidades de saúde e doaram um pouco de seu tempo e de sua gentileza, se abrindo para dizer de um tema muitas vezes desconfortável. Espero contribuir com esse trabalho, ao menos um pouco, para que possamos deixar a vergonha e o desconforto de lado. O amor, a liberdade e o prazer, sobretudo praquelas a quem ele não foi destinado, são revolucionários.

Libido literária!

*Salivo de tesão por sensibilidade analítica.
Lá atrás me despi para a Dissertação¹.
E com bastante intimidade.
Não entreguei tudo, mas fui qualificada.*

Mestra², quantas preliminares conceituais, né?

Escorreu tanto material líquido, das janelas abertas por Sr Windows e Sra Word.

*O celibato acadêmico foi, sim, posfácio.
Agora acabou.*

*Quero orgasmos múltiplos daquela pequena morte, que alimenta os céus de boca
em boca, queimando a língua de quem duvidou se realmente estávamos sabendo.*

*Ela vai dar pra "puta"?!
Putá de uma militante acadêmica.
E quer dar mesmo ponto final.*

Eu consigo aumentar a fonte Atlântica de seus desejos epistêmicos.

Que onda!!

Amar é a única garantia do meu entusiasmo e aprofundamento teórico... (...)

(AKOTIRENE, 2023, n.p).

¹ Tese, no original.

² Doutora, no original. Tomei a liberdade de fazer a adaptação.

RESUMO

Os direitos sexuais consistem em relevante pauta para as políticas públicas em saúde no Brasil, embora encontrem-se reiteradamente violados. Com vistas a investigar esse fenômeno, e compreendendo a concatenação intrínseca entre os direitos sexuais e a saúde sexual, a presente pesquisa objetivou analisar como a saúde sexual atua como dispositivo na articulação entre sexualidade, saúde e direitos na modernidade/colonialidade, a partir da perspectiva teórica e epistemológica do pós-estruturalismo e do feminismo decolonial, no âmbito dos estudos dos processos psicossociais em saúde. Partindo da antropologia da dominação, e empregando a bricolagem como estratégia metodológica em pesquisa qualitativa, o objeto desse estudo consiste nos enunciados sobre saúde sexual nas políticas públicas de saúde; nas concepções de profissionais da atenção básica; nos grupos de Direitos Sexuais e Reprodutivos realizados em três unidades básicas de saúde; e em um episódio do programa *Elas Pautam*, da TV Senado, analisados a partir instrumental analítico da interseccionalidade e da análise do discurso. Nessa pesquisa discute-se a constituição do regime sexual como política da colonialidade, atuante sobre o escopo da saúde pública, e que se sustenta pela cristalização de categorias hierárquicas definidas pelo sexo sob a égide da cisgeneridade, da heterossexualidade e da monogamia enquanto normativas. A anticoncepção, em suas ambiguidades, figura como um elo entre os direitos sexuais e os direitos reprodutivos, atuando na administração do planejamento familiar colonial/moderno como estratégia neocolonial. Nesse escopo, os direitos sexuais e reprodutivos, definidos como um constructo monolítico, angariam a condição de cidadanização das mulheres, desempenhando, por conseguinte, a função de essencialização da mulher enquanto sujeito universalizado. A partir dos sentidos que emergem dos enunciados de saúde sexual do texto das políticas públicas Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo e Cadernos de Atenção Básica: Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva, depreende-se a articulação hegemônica da ideia de bom sexo, administrada no âmbito da governamentalidade e do domínio interpessoal pela saúde sexual enquanto um dispositivo colonial/moderno. No que tange aos enunciados de saúde sexual expressos pelas profissionais da atenção básica, discute-se que esse conceito assume os sentidos de diversidade, bem-estar, controle e prevenção e exercício de direitos. As formações discursivas em torno da sexualidade e da saúde sexual encontradas convergem com o funcionamento do regime político da sexualidade e evidenciam a atuação da saúde sexual como um dispositivo nas políticas públicas. Para quebrar o constructo monolítico dos direitos sexuais e reprodutivos, ancorando na noção de justiça reprodutiva e de *justiça sexual*, é proposta a triangulação dos direitos sexuais, dos

direitos reprodutivos e dos direitos não reprodutivos, a fim de promover a visibilização de demandas que preconizam a desvinculação desse campo à retórica colonial do planejamento familiar. Por fim, aponta-se que a saúde, de maneira semelhante à sexualidade, figura na posição de um campo de disputa política, de modo que permite, nos tentáculos mais capilarizados do regime político da sexualidade, práticas de dissidência, desestabilização política e resistência.

Palavras-chave: Saúde Sexual; Políticas Públicas em Saúde; Direitos Sexuais; Feminismo Decolonial.

ABSTRACT

Sexual rights are an important agenda for public health policies in Brazil, although they are repeatedly violated. In order to investigate this phenomenon, and understanding the intrinsic connection between sexual rights and sexual health, this research aimed to analyze how sexual health acts as a device in the articulation between sexuality, health and rights in modernity/coloniality, from the theoretical and epistemological perspective of post-structuralism and decolonial feminism, in the context of studies of psychosocial processes in health. Based on the anthropology of domination, and employing bricolage as a methodological strategy in qualitative research, the object of this study consists of the statements about sexual health in public health policies; in the conceptions of primary care professionals; in groups on Sexual and Reproductive Rights held in three basic health units; and in an episode of the program *Elas Pautam*, from TV Senado, analyzed from the analytical instruments of intersectionality and discourse analysis. This research discusses the constitution of the sexual regime as a politics of coloniality, acting on the scope of public health, and sustained by the crystallization of hierarchical categories defined by sex under the aegis of cisgenerality, heterosexuality and monogamy as normative. Contraception, in its ambiguities, figures as a link between sexual rights and reproductive rights, acting in the administration of colonial/modern family planning as a neocolonial strategy. In this scope, sexual and reproductive rights, defined as a monolithic construct, garner the condition of women's citizenship, thus performing the function of essentializing women as universalized subjects. From the meanings that emerge from the enunciates of sexual health in the text of the public policies *Sexual Rights and Reproductive Rights*: a government priority and *Basic Health Notebooks: Sexual Health and Reproductive Health*, it is inferred the hegemonic articulation of the idea of good sex, administered within the scope of governmentality and interpersonal domination by sexual health as a colonial/modern device. Regarding the statements of sexual health expressed by primary care professionals, it is discussed that this concept assumes the meanings of diversity, well-being, control and prevention, and exercise of rights. The discursive formations around sexuality and sexual health found converge with the functioning of the political regime of sexuality and highlight the performance of sexual health as a device in public policies. In order to break the monolithic construct of sexual and reproductive rights, anchored in the notion of reproductive justice and *sexual justice*, the triangulation of sexual rights, reproductive rights and non-reproductive rights is proposed in order to promote the visibility of demands that advocate the untying of this field from the colonial rhetoric of family planning. Finally, it is

pointed out that health, in a manner similar to sexuality, figures in the position of a field of political dispute, so that it allows, in the most capillary tentacles of the political regime of sexuality, practices of dissidence, political destabilization and resistance.

Key words: Sexual Health; Public Health Policies; Sexual Rights, Decolonial Feminism.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS: Síndrome da imunodeficiência adquirida

ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária

BEMFAM: Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil

BVS: Biblioteca Virtual em Saúde

CAAE: Certificado de Apresentação de Apreciação Ética

CID: Código Internacional de Doenças

CLADEM: Comitê Latino-Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher

CNS: Conselho Nacional de Saúde

DIU: Dispositivo intrauterino

DSR: Direitos Sexuais e Reprodutivos

HERA: *Health, Empowerment, Rights and Accountability*

HIV: Vírus da imunodeficiência humana

IPEA: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

IPPF: *International Planning Parenthood Federation*

IST: Infecção sexualmente transmissível

LGBTQIAPN+: Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transvestigêneres, Queers, Intersexo, Assexuais, Pansexuais, Não-binários e outras possibilidades

NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS: Organização Mundial da Saúde

ONU: Organização das Nações Unidas

PAISM: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PNAISH: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

PNAISM: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PPS: Núcleo Pesquisas e Práticas em Psicologia Social, Políticas Públicas e Saúde

PT: Partido dos Trabalhadores

SciELO: *Scientific Electronic Library Online*

SUS: Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	UMA INTRODUÇÃO PARA FALAR EM DIREITOS SEXUAIS.....	13
1.1	A história dos direitos sexuais: o lado B da modernidade.....	15
1.2	Sexo, reprodução e família na modernidade/colonialidade.....	23
1.3	Os direitos-sexuais-e-reprodutivos.....	28
1.4	Colonialidade de gênero e o problema da mulher.....	38
1.5	Direitos, saúde e sexualidade: construindo o problema de pesquisa.....	42
2	TRAÇANDO CONTRA-ROTAS: NOTAS METODOLÓGICAS SOBRE O CAMINHO DE PESQUISA.....	44
2.1	Antropologia da dominação: uma metodologia de encruzilhada.....	48
2.2	As estratégias de pesquisa.....	51
2.2.1	O percurso no campo de investigação.....	53
2.3	A análise do discurso e a interseccionalidade como ferramentas de análise decolonial.....	56
3	O REGIME SEXUAL COMO POLÍTICA DA COLONIALIDADE.....	63
3.1	A categoria mulher e seu lugar na política sexual da família	65
3.2	Dissidências de gênero e sexualidade: a função da diversidade na produção de categorias hierárquicas	70
4	ANTICONCEPÇÃO: O ELO DOS DIREITOS – SEXUAIS – E – REPRODUTIVOS.....	80
4.1	A anticoncepção na atenção em saúde.....	83
4.2	O protagonismo da mulher em planejar famílias: um direito feminista?.....	92
4.3	Aborto e o inominável lugar da escolha pela não reprodução.....	99
4.4	A insuficiência dos direitos – sexuais – e – reprodutivos e os binarismos do feminismo hegemônico.....	110
5	SAÚDE SEXUAL: ESCAVANDO UM CONCEITO SOTERRADO.....	115
5.1	Direitos-sexuais-e-direitos-reprodutivos: uma prioridade do governo?.....	117
5.2	A saúde sexual protocolar na atenção básica: o bom sexo, da infância às parafilias.....	124
5.3	Falando de sexo nas unidades básicas: o que muito se faz quando pouco se diz?....	133
5.4	O regime político da sexualidade no domínio interpessoal.....	154

6 ATANDO NÓS E SOLTANDO PONTAS: DO QUE FALAMOS QUANDO FALAMOS EM SEXO?.....	161
6.1 Transformando categorias hierárquicas em políticas desestabilizadoras.....	162
6.2 À guisa de conclusão: notas finais sobre a saúde sexual como um dispositivo colonial/moderno.....	165
6.3 O erótico como política de subversão: ensaio contra-colonial por uma ética promíscua.....	169
REFERÊNCIAS.....	173
ANEXO A – Roteiro de Entrevista.....	184
ANEXO B – Ficha Clínica da Mulher.....	186

1 UMA INTRODUÇÃO PARA FALAR EM DIREITOS SEXUAIS.

Em um trabalho de pesquisa, se trilha o caminho investigativo desde o dia em que se acorda com uma angústia pulsante e curiosa acerca de algo, uma “pulga atrás da orelha”, uma questão insistente que passa a morar em nosso corpo. Nesse caso, vindo de uma trajetória de estudos e complexas vivências no campo das sexualidades, chego à “pulga” que nasce no percurso de pesquisa aqui relatado. De modo geral, me intrigava o que acontece no campo da saúde sexual para que a assistência tenha recorrentes lacunas em seu sistema, ainda que pesquisas científicas, diretrizes normativas e políticas públicas tenham sido vertiginosamente produzidas nessa área. Não me parecia apenas uma questão de “furos” ou falhas na implementação, ainda que o desmonte do Sistema Único de Saúde (SUS) e a ausência de recursos seja um problema incontestável nos últimos anos, sobretudo de agosto de 2016 a janeiro de 2023, período que o país foi governado por uma direita interessada no projeto de desmantelamento da saúde pública. Partindo da mirada pela lente da colonialidade de gênero (LUGONES, 2014), pareceu plausível a hipótese de que os regimes políticos construídos e endossados no campo da saúde apresentavam gargalos e engasgos para a garantia dos direitos sexuais em integralidade e de forma interseccional. Com o rascunho de um mapa investigativo em mãos, transitei pela atenção básica em saúde³, na busca de explorar a atenção em saúde sexual articulada à garantia dos direitos sexuais.

Uma pesquisa se faz com angústia, mapas e caminhos, mas fundamentalmente se faz com pernas e pés. Qualquer pesquisa, de fato, só pode ser realizada encarnada e incorporada por quem a desenvolve. A metodologia viva não pode corresponder a protocolos prontos para engarrafar ideias. Guiada pelo feminismo decolonial, me arrisco a borrar o pretexto da neutralidade moderno-ocidental, sabendo que a empreitada de conjugar academia e decolonialidade se trata de um desafio por excelência. A pesquisadora que aqui se coloca junto a essas palavras constitui um corpo e uma história, com suas próprias marcas do confronto com as normas de gênero e sexualidade, e sem aquelas marcas que foram poupadas pelos privilégios acessados. Sou uma pessoa jovem, socialmente construída como mulher⁴, não heterossexual,

³ O uso do termo atenção básica em saúde acompanha a nomenclatura utilizada nos principais documentos institucionais publicados no escopo da saúde sexual. No que tange ao contraponto entre os termos atenção básica e atenção primária em saúde, Lígia Giovanella (2018) elucida que essa oposição não traduz o embate entre diferentes projetos de SUS, tornando necessário o posicionamento explícito do projeto defendido. Em consonância com as proposições da autora, me alinho à defesa de um projeto SUS situado no contexto latino-americano, territorializado, integral e universal no sentido da ampla garantia dos direitos ao acesso e ao cuidado em saúde.

⁴ Adoto esse modo de apresentação por reconhecer o gênero como uma ficção colonial/moderna, de modo que situar a identidade de mulher de maneira essencialista foge completamente ao meu posicionamento enquanto autora. Contudo, a categoria “mulheres” enquanto categoria política é aquela que me abarca na leitura das relações de gênero ocidentalizadas.

contra-monogâmica e vinda de uma família de cultura rural, predominantemente branca e católica, do interior de Minas Gerais, da qual pertence à primeira geração a frequentar a universidade pública, sendo a primeira pessoa da família a ingressar em um programa de mestrado. Também sou uma pessoa branca, *sudestina*⁵ e de classe média. Invariavelmente, o olhar para as opressões de gênero e sexualidade emerge como o mais afiado. Contudo, no esforço decolonial de identificar a mútua constituição dos eixos de opressão, não é uma opção me furtar de perceber os demais elementos da complexa trama da colonialidade.

A reflexividade (NEVES & NOGUEIRA, 2005), como uma atividade de considerar as relações de poder que perpassam o pesquisar, nos convoca a não apenas elencar traços que nos localizam em hierarquias de poder, mas incluí-los e evidenciá-los naquilo que se enuncia. É preciso ressaltar que enunciar os privilégios acessados, que também participam da narrativa construída, é uma das tarefas às quais se furtam os senhores do saber hegemônico. De uma perspectiva decolonial, apresentar-se é o primeiro passo para contaminar a epistemologia eurocêntrica da neutralidade, contudo “(...) a reflexividade da visão decolonial não é apenas sobre nos autodefinir na produção de conhecimento, mas também sobre produzir um conhecimento que leve em conta a geopolítica, a “raça”, a classe, a sexualidade, o capital social e outros posicionamentos.” (CURIEL, 2020, p. 148).

Sustento que toda pesquisa é incorporada, e não apenas as decoloniais, negras, ativistas, artísticas, indígenas e dissidentes. O afeto cisheterobranco ego(euro)cêntrico pulsa nos saberes hegemônicos. Um exemplo da participação desses afetos na produção do gênero e das sexualidades é encontrado nos debates médico-jurídicos em que homens da ciência se opunham calorosamente à possibilidade de mulheres cisgêneras solteiras, na Europa dos anos 1990, serem mães por inseminação artificial (STRATHERN, 1995). E, no Brasil, nos debates médicos envolvendo a recriminação à laqueadura tubária no início da ginecologia (ROHDEN, 2001). Os argumentos ali tecidos em termos científicos eram banhados de afetos de ojeriza, relutância e hostilidade, emergentes da reação afetiva provocada pelo questionamento das normativas socialmente instituídas que sustentam a suposta superioridade biológica masculina.

A recusa hegemônica em reconhecer as afetações, presentes na própria produção científica, escancara a colonialidade do saber em curso, que rejeita a pluriversalidade da construção de conhecimentos. Não é de se espantar que as tentativas de pesquisa

⁵ O termo *sudestina* é utilizado como estratégia para provincializar as regiões Sul e Sudeste do Brasil, que concentram privilégios no sentido da geopolítica nacional. Seu uso é inspirado em um vídeo do projeto audiovisual Porta dos Fundos (2022), intitulado Sudestino, que emprega o termo de forma jocosa para provocar um deslocamento na percepção sobre a geopolítica do país, na qual a leitura feita a partir do Sul e do Sudeste sobre o Nordeste com frequência interpreta toda a região de maneira homogênea provocando apagamentos.

deliberadamente situadas sejam muitas vezes tachadas pela hegemonia como ingênuas, impuras, manchadas, enviesadas e alegóricas. Ora, reconhecê-las como válidas implicaria reconhecer, igualmente, o cruel *sentipensar*⁶ hegemônico. Em meio a essa cosmovisão academicista, se erguem desafios institucionais, teóricos e estruturais, sobre os quais se arriscam várias pesquisadoras⁷ em investigações incorporadas. Se onde pisamos determina o que vemos, é necessário cuidar das escolhas acerca dos caminhos que fazemos. Levando isso em consideração, o desafio do conhecimento que aqui se coloca pode ser assim traduzido: o que de melhor eu posso ver, estando no lugar onde eu piso, para contribuir com o projeto de expurgo das violências coloniais?

O presente trabalho se inicia tecendo um breve resgate histórico dos direitos sexuais, articulando e problematizando conceitos fundamentais para o desenvolvimento desta investigação, pela ótica da crítica decolonial. A seguir, são traçadas algumas notas que guiaram o percurso metodológico percorrido, fundamentado na antropologia da dominação. Nos capítulos seguintes, há o aprofundamento de análises e reflexões discutindo o regime político da sexualidade que se mostra evidenciado pela articulação entre saúde e sexualidade na modernidade/colonialidade; debatendo o lugar ocupado pela anticoncepção no cenário das estratégias em saúde pública voltadas para a saúde sexual; e analisando o que é enunciado no bojo da saúde sexual no âmbito da atenção básica e no escopo das políticas governamentais. Por fim, estão organizadas algumas notas sobre a saúde sexual como um dispositivo colonial/moderno, no desafio de traçar algumas contra-rotas de fuga, no campo do erótico, sob a égide de uma outra ética promíscua⁸, voltada à autonomia radical.

1.1 A história dos direitos sexuais: o lado B da modernidade.

As propostas decoloniais, em suas diferentes expressões, oferecem um pensamento crítico para entendermos a especificidade histórica e política de nossas sociedades. Partindo de paradigmas não dominantes que mostram a relação entre modernidade ocidental, colonialismo e capitalismo, elas questionam as narrativas da historiografia

⁶ O termo é conceituado por Orlando Fals Borda (2015 citado por DULCI & MALHEIROS, 2021) a partir da cosmologia de povos originários da Colômbia, e expressa a ruptura com o binarismo decorrente da cisão cartesiana entre razão e emoção. *Sentipensar* na prática investigativa evoca o reconhecimento dos afetos na produção do conhecimento, desde uma noção situada da produção de saber. O termo é proposto no âmbito das construções das metodologias decoloniais, mas o trago aqui para provocar a percepção de que o afeto está presente em toda produção de saber, como em qualquer produção humana.

⁷ Escrevo no feminino honorífico, tal como Brigitte Vasallo (2022), como estratégia de torção da linguagem neutra no masculino, porém sem qualquer intenção de feminizar a escrita em uma lógica binária.

⁸ Divergindo e tensionando com o senso comum, utilizo a expressão ética promíscua como uma estratégia de torção no regime político da sexualidade, nos termos de uma estratégia contrassexual que borra as fronteiras da hegemonia (PRECIADO, 2022), com vistas à reapropriação decolonial da “promiscuidade”, cujo sentido pejorativo paga tributos à colonialidade.

oficial e mostram como se configuraram as hierarquias sociais (CURIEL, 2020, p. 137).

Gostaria de iniciar, assim, pelo percurso histórico do campo que investigo. A arena da saúde sexual e dos direitos sexuais se encontra pulverizada no tempo e no espaço, ao mesmo tempo em que institucionalizada por políticas, leis e diretrizes. É uma história complexa e repleta de nuances, que a cada escavação arqueológica pode apresentar novos e diferentes achados. Até o fim deste trabalho, me debruçarei sobre alguns desses vestígios, mas é preciso fazer um primeiro corte. Nesse sentido, acompanho a proposta do pensador francês Michel Foucault (1969/2008) de caminhar na direção de uma arqueologia do saber ao recusar as sucessões lineares que explicam a história, buscando as interrupções e as discontinuidades pelos talhos transversais em profundidade.

Enquanto procedimento, a investigação arqueológica busca escavar um acontecimento na história para expor suas condições de existência. É importante ressaltar que a história frequentemente representada pela narrativa linear de encadeamento dos fatos é a história com “H maiúsculo”, ou seja, a história da civilização e da modernidade. Foucault contribui grandemente com suas pistas metodológicas, mas é preciso ir além. Podemos seguir a direção indicada pela crítica feita à Foucault pela teórica indiana Gayatri Spivak (1985/2010), na qual afirma que o autor se apresenta como transparente em seus escritos, contribuindo para a produção do Outro à sombra de seu *Self* intelectual que não assume sua situacionalidade⁹. Nesse sentido, para Spivak, a condição de existência da intelectualidade moderna que se propõe transparente é a própria produção do Outro.

Esse apontamento nos auxilia também na investigação crítica dos acontecimentos, pois como aponta o sociólogo peruano Aníbal Quijano (2005), a condição de existência da própria história da civilização como um dado linear e da modernidade é a história da colonização, do imperialismo e da colonialidade. De acordo com o pesquisador argentino Walter D. Mignolo (2017), a colonialidade corresponde ao avesso constitutivo do que se denomina como modernidade. Por essa razão, acompanhando as proposições do Grupo Modernidade/Colonialidade, utilizo a grafia modernidade/colonialidade para localizar histórica e temporalmente o contexto social e geopolítico do sistema/mundo colonial/moderno (WALLERSTEIN, 1974), no qual é construída a noção de saúde sexual aqui investigada. Ainda que a colonização iniciada no século XV tenha findado, sua lógica permanece operando pela

⁹ A situacionalidade (ver MOUNTIAN, 2017) reúne pressupostos práticos para a construção de saber a partir da perspectiva parcial e localizada do conhecimento (HARAWAY, 1988/1995). A situacionalidade implica, além de evidenciar o local e o contexto de enunciação, reconhecer e colocar sob investigação as relações de poder que perpassam a própria relação com a produção do conhecimento.

colonialidade. Portanto, a recusa ao mito de origem, ou o trabalho negativo a ser realizado de que fala Foucault (2008), deve pressupor, a partir de um conhecimento situado, a recusa da naturalização da narrativa cronológica da modernidade, usada como artifício para impor uma história linear de suposto desenvolvimento da civilização. É na direção da opção decolonial que o trabalho negativo é proposto como uma ferramenta possível para empreender o giro decolonial. Dito de outra forma, se trata de provocar o giro decolonial para que o trabalho negativo possa ser feito desde uma perspectiva situada de produção de saber.

Sendo assim, escolho dar início à história dos direitos sexuais pelo avesso constitutivo da “História dos Direitos Sexuais” a partir do recorte da propagação da pílula anticoncepcional. O momento de inserção da pílula em contexto brasileiro oferece evidências da articulação de políticas do norte global voltadas para o controle demográfico nos países do sul global. Ao longo da década de 1960, a disseminação do medicamento foi empreendida por iniciativas norte-americanas que visavam conter o avanço populacional na América Latina, temendo que o contingente populacional empobrecido pudesse ser solo fértil para ideais comunistas. Esse temor, avolumado pela Revolução Cubana de 1959, se fortalecia com a amplificação das ideias malthusianas de meados do século passado. Durante a ditadura civil-militar brasileira (1964-1988), não havia aparatos estatais que regimentassem a política reprodutiva. Contudo, a Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM), que distribuía pílula anticoncepcional às camadas mais empobrecidas, era financiada pela *International Planning Parenthood Federation* (IPPF), que possuía amplo espaço de atuação em solo brasileiro.

Medicamentos contraceptivos recém patenteados eram distribuídos por aqui em caráter experimental (PEDRO, 2003). Nas palavras de Tatiane Leal e Bruna Bakker (2017) “O corpo da mulher [cisgênera¹⁰] se tornava um campo de prova de medicamentos recém-fabricados, um objeto de uma arena de batalha que nada tinha a ver com a autonomia feminina” (p. 8). No projeto da BEMFAM, a contracepção era aventada sob a égide do bem-estar da família como base da nação. As mulheres da geração pílula, como afirma Joana Maria Pedro (2003), não a reconhecem como instrumento de autonomia e conquista de direitos. Essas ideias encontram uma ressonância peculiar no momento neoconservador vivido no Brasil nos últimos anos, e retomarei essa discussão adiante.

Durante a década de 1980, o movimento feminista negro passou a entoar as denúncias de esterilização compulsória e violência obstétrica contra mulheres negras. A esterilização em massa tinha caráter eugenista e racista, ocorrendo também, ao longo dos anos 1990, em aldeias

¹⁰ Inserção minha. Adoto o uso o termo para evidenciar a construção sociocultural da cisgeneridade, e não como mero contraponto identitário à transvestigeneridade.

indígenas. Em decorrência desses fatos e das pressões das denúncias, uma Comissão Parlamentar Mista de Inquérito foi instaurada em 1993, culminando na Lei do Planejamento Familiar (Lei N° 9.236/96), principal legislação que orienta as diretrizes em saúde reprodutiva no Brasil (TEIXEIRA & GALLO, 2021). Essa lei, que sofreu algumas alterações em 2022, proíbe o uso de estratégias contraceptivas para controle demográfico e a esterilização involuntária.

É evidente que as políticas natalistas que acompanham o rompante da liberdade sexual via contracepção são desenhadas no sul global, sobretudo para as mulheres não brancas e empobrecidas, como estratégias biopolíticas da colonialidade. Ao olhar para a história resistindo ao hábito civilizatório e recusando a linearidade dos fatos, é preciso desnaturalizar e historicizar a revolução sexual. No âmbito do patriarcado, a chamada revolução é sem sombra de dúvidas um pivô na desarticulação de relações de poder. Contudo, a revolução sexual do norte global não dá conta, enquanto projeto, de se pretender um caminho emancipatório universal. Não se trata de dizer que a revolução foi incompleta, como argumentou a feminista estadunidense Kate Millet (1969) ao escrever sobre esse fenômeno na Europa do século XX. Ou seja, não se trata de defender que o norte global progrida em sua agenda colonialista de receitar meios de resistência ou de dizer que os direitos se encontram violados porque a civilização feminista ainda não chegou nos recôncavos do mundo. Recusar as concepções monorracionais é se lançar ao desafio de evidenciar concomitâncias e complexidades. Sendo a sexualidade um terreno de constantes embates, considero fértil tomá-lo nesse desafio, inspirada pelas provocações decoloniais para a revisitação do feminismo hegemônico em seu projeto que universaliza a categoria mulher.

Situando, também, os acontecimentos da “História com H maiúsculo”, podemos identificar o aparecimento da pauta organizada dos direitos sexuais, em âmbito global, no movimento gay e no movimento lésbico da Europa e dos Estados Unidos dos anos 1990. Posteriormente, foram incorporados movimentos feministas, que ocupam um lugar relevante na visibilização de demandas em políticas de saúde para mulheres cisgêneras no que diz respeito à reprodução, ao corpo e ao direito ao aborto (XAVIER & ROSATO, 2016). Nesse cenário, as Conferências da Organização das Nações Unidas (ONU) destacam-se como eventos históricos que organizam a discussão sobre os direitos sexuais e orientam ações e políticas governamentais em nível transnacional.

Foi na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo em 1994 pela ONU, que o tema da saúde sexual e o da saúde reprodutiva, bem como dos direitos reprodutivos, ocupou espaço no escopo dos acordos voltados à população e às

mulheres. Apesar de a expressão direitos sexuais não constar no documento final da Conferência, este explicita o conceito de saúde sexual, definindo-o segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) como parte integrante da saúde reprodutiva (BRASIL, 2013). Embora enfatizasse a igualdade de direitos entre homens e mulheres como horizonte para as ações em direitos sexuais e direitos reprodutivos, a discussão se restringiu ao âmbito do planejamento familiar e ao enfoque biomédico da saúde sexual e da saúde reprodutiva, searas que ainda dominam o modelo de atenção à saúde sexual. Vale destacar que um ano antes, em 1993, ainda se discutia a aplicabilidade dos direitos humanos às meninas e às mulheres na Conferência de Viena, quando o combate à violência e o acesso a cuidados em saúde e a serviços de planejamento reprodutivo tornaram-se temas de debate (XAVIER & ROSATO, 2016).

Na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Pequim em 1995, houve um avanço na definição dos direitos sexuais, qualificando-os no rol dos direitos humanos (BRASIL, 2013). Tal avanço refletiu as discussões acerca dos esquemas de poder e das normas estruturantes da sociedade que produzem as desigualdades de gênero e a opressão às mulheres. O próprio conceito de gênero enquanto categoria para analisar as opressões, à luz das teorizações da historiadora norte-americana Joan Scott (1995), passou a conduzir as análises e proposições contidas no documento da Conferência. Desse modo, os direitos sexuais incorporaram considerações culturais, sociais e estruturais, ensejando que não fossem mais resumidos ao aspecto biológico e biomédico (XAVIER & ROSATO, 2016). O conceito de direitos sexuais passa a expressar, mais especificamente, o direito à livre expressão sexual, considerando primordialmente a autonomia de decisão sobre o próprio corpo.

Em território brasileiro, a discussão sobre sexo, reprodução e saúde das mulheres foi introduzida de forma pioneira em âmbito governamental, anteriormente às Conferências da ONU, com a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1983, que propunha uma atenção à saúde da mulher para além do ciclo gravídico-puerperal. Esse programa, que resguarda contradições e recebe críticas pelo enfoque materno-infantil, é fruto, em grande medida, da presença de movimentos de mulheres no processo de redemocratização pós-ditadura militar, consistindo em etapa significativa do Movimento Sanitário que acarretaria a criação do SUS (OSIS, 1998). Em consonância com as diretrizes acenadas pelas Conferências da ONU, a política voltada para a saúde das mulheres foi reformulada em 2004 com o lançamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que aborda a garantia de direitos sexuais, de direitos reprodutivos e da promoção da equidade nesse campo. A Política Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos

Reprodutivos entra em cena em 2005, pautando garantias básicas de direitos na escolha reprodutiva, educação sexual e atenção a situações de violência sexual (BRASIL, 2005a).

No escopo da saúde pública brasileira, a atenção básica possui longa relação histórica com a saúde sexual, sendo designada como o nível responsável por acolher demandas e promover saúde na esfera da sexualidade. Em primeiro lugar, a atenção básica constitui-se como a porta de entrada aos serviços de saúde pública no Brasil, consistindo em uma peça-chave para a garantia da saúde como direito universal no seio do SUS. Sustentada sobre os princípios de longitudinalidade, integralidade e territorialidade, a atenção básica volta seu foco para as famílias em suas dinâmicas com a comunidade. Por conseguinte, a estratégia de saúde da família consiste em uma importante ferramenta para a promoção e proteção da saúde na integralidade do cuidado, cujo fortalecimento visou à reorganização da atenção básica no país com vistas à consolidação dos princípios do SUS (BRASIL, 2012). Na esteira desse projeto, foi lançada, pelo Ministério da Saúde, a partir do ano 2000, uma série de cadernos voltados à implementação e consolidação da estratégia de saúde da família.

O objetivo da série Cadernos de Atenção Básica: Programa Saúde da Família consiste em “reunir conteúdos e informações técnicas pertinentes aos protocolos e rotinas de trabalho das Equipes de Saúde de Família, sob os enfoques operacional, gerencial e conceitual” (BRASIL, 2000, p. 2). A edição de número 26, lançada em 2013, é destinada à saúde sexual e à saúde reprodutiva, em consonância com o objetivo de “implementação das diretrizes preconizadas pela Política Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos” (BRASIL, 2013, p. 21). Essa edição dos cadernos consiste na principal referência para a atuação profissional no escopo da saúde sexual no nível da atenção básica, seguida por um documento que reúne informações mais atualizadas sobre algumas temáticas centrais intitulado “Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres”, lançado em 2016 pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2016). É digno de nota que o enfoque dado à saúde sexual como um constructo dá lugar nesse processo a uma política destinada às mulheres cisgêneras.

É nesse contexto que se encontra preconizada a atenção à saúde sexual, orientada pelas conferências internacionais, pautada pela garantia dos direitos sexuais enquanto direitos humanos e pela integralidade do cuidado em saúde para as mulheres com vistas à promoção da equidade (BRASIL, 2013). Essas diretrizes, institucionalizadas nas políticas públicas em saúde, qualificam a atenção básica como campo estratégico para abordar a produção da sexualidade enquanto um dispositivo, visando contribuir para a garantia efetiva de direitos via movimento dialético de crítica e fortalecimento das políticas em saúde.

A realização das Conferências da ONU, bem como a produção dos documentos e das diretrizes ali redigidas, marcam de maneira relevante a inserção da pauta dos direitos sexuais e da busca pela equidade de gênero nos níveis governamental e internacional. Contudo, não se pode perder de vista que essas determinações cumprem o papel de estabelecer normas de conduta a indivíduos e populações, ou seja, “os direitos sexuais e reprodutivos emergem nas conferências da ONU na década de 1990 como a tentativa de governos de estabelecerem relação entre sujeitos e entre esses e os outros, no que tange à sexualidade” (XAVIER & ROSATO, 2016, p. 125).

Ainda que as diretrizes internacionais mencionadas busquem garantir os direitos sexuais, a redução destes aos direitos reprodutivos é marcante na atenção em saúde (BRASIL, 2013). Além disso, o Comitê Latino-Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher (CLADEM) denunciou, acerca do cumprimento dos acordos estabelecidos na Conferência do Cairo, a desigualdade na garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos existente entre zonas urbanas e zonas rurais, e entre as regiões do país. O Comitê denunciou ainda a falta de integralidade na política em saúde existente e a influência de bancadas fundamentalistas e religiosas na legislação sobre os direitos sexuais e os direitos reprodutivos (CLADEM, 2013). Como expressão da atualidade dessas denúncias, o ex-presidente Jair Bolsonaro (2019-2022), incluiu o Brasil no Consenso de Genebra, um pacto internacional assinado em 2020 atestando o compromisso contra a legalização do aborto e favorável ao papel hegemônico e normativo da família. O presidente Luis Inácio Lula da Silva, ao assumir em 2023, retirou formalmente o Brasil desse pacto.

Escapando da argumentação colonial-imperialista, que justifica as inequidades sociais dos países supostamente subdesenvolvidos ou em desenvolvimento pela sua condição enquanto tal, é preciso compreender a dinâmica de funcionamento geopolítica dos direitos sexuais. Bruna Irineu (2014) alerta que:

A inclusão dos direitos sexuais na pauta global de direitos humanos só foi consolidada a partir de propostas nas áreas referentes à população e à mulher, e não em um espaço específico como uma conferência sobre direitos sexuais e reprodutivos. O que nos possibilita inferir que, sem minorizar a relevância dessa inserção, a compreensão de “direitos sexuais” tem, em sua origem, a correlação com o controle populacional e com a saúde reprodutiva da mulher, demonstrando os limites do processo inicial dessa inclusão (p. 160).

As políticas reprodutivas contribuíram para alçar a mulher à condição de cidadã, com as bênçãos do feminismo hegemônico em seu processo de institucionalização. Contudo, como ressalta a pensadora quéchua Norma Mogrovejo (2017), tal cidadania está condicionada sob o regime do Estado em seu funcionamento biopolítico e necropolítico, e não representa

necessariamente uma profunda transformação nas relações de poder sistêmicas que produzem as violências e opressões sexistas, racistas e classistas. Tampouco se traduz em uma ruptura com o sistema de gênero heterossexual colonial/moderno. As lutas pelo direito ao aborto demonstram os limites da cidadania da mulher cisgênera tomada como sujeito universal, ou seja, denunciam que não há real interesse governamental no exercício da autonomia sobre o próprio corpo a partir do título da cidadania. Ser mulher e cidadã a partir das políticas de Estado se tornou fundamental para a garantia de sobrevivência na América Latina pós-colonização. Contudo, é preciso ser radical ao compreender que romper as políticas normativas que subjagam as mulheres e as pessoas de gênero e sexualidade dissidentes é algo diferente de portar o título de cidadania.

Ao considerar o atual momento político brasileiro, torna-se ainda mais evidente e aprofundada a dificuldade de concretização dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos no cenário existente. O fortalecimento do neoconservadorismo no Brasil nos últimos anos, aponta para uma agenda política que se articula em torno das questões reprodutivas, sexuais e sobre a família, cuja mobilização se condensa na reação aos feminismos e à agenda LGBTQIAPN+ (SANTOS, 2020). É digno de nota que a palavra aborto apareceu mais vezes nas falas do ex-presidente (2019-2022) em sua campanha para a reeleição do que nas entrevistas realizadas por mim, entre profissionais de saúde, investigando os enunciados sobre saúde sexual, abordando também a saúde reprodutiva e a não-reprodutiva por contiguidade. Vale reforçar que o aborto inseguro é uma questão de saúde pública, ocupando a posição de quarto lugar entre as causas de morte de gestantes no Brasil, sobretudo entre mulheres negras e empobrecidas (BORSARI *et al.*, 2012).

As questões relativas à sexualidade atuaram e continuam atuando como pivô na articulação neoconservadora, tanto no âmbito institucional da política como na argumentação popular hegemônica. O cenário político em que se debate a garantia dos direitos sexuais hoje é ilustrado pela ideia de ideologia de gênero¹¹, que alcançou visibilidade em 2015 e seguiu fazendo parte do imaginário político conservador, assim como as mobilizações em torno dos direitos LGBTQIAPN+ e da descriminalização do aborto (SANTOS, 2020). Recentemente, no 8 de março de 2023, o deputado federal da direita conservadora Nikolas Ferreira promoveu uma encenação transfóbica e misógina no Congresso Nacional, desqualificando, de maneira

¹¹A noção de ideologia de gênero se refere à apropriação do conceito de gênero por grupos conservadores e alegação de que essa construção teórica, desenvolvida no campo científico feminista e LGBTQIAPN+, seria ideologicamente falsa e ilegítima, atuando supostamente para a desconstrução dos dogmas cristãos (JUNQUEIRA, 2018; ARAGUSUKU, 2020).

ofensiva e hierárquica, pessoas transvestigêneres e mulheres cisgêneras. A atual ofensiva antitrans demarca a reação conservadora à luta por direitos para pessoas de gênero e sexualidade dissidentes, na tentativa de garantir a manutenção das hierarquias de gênero, e a aproximação de algumas vertentes feministas a esses grupos vem se tornando, também, pauta de debate. Aliás, essa aproximação é, no mínimo, curiosa. Nas palavras da escritora e ativista feminista Leonor Silvestri (2015), a respeito do maniqueísmo moral que permeia alguns feminismos: “*el feminismo um día estará en contra del aborto, si sigue por este camino*”.

Esse cenário, de acordo com minhas interlocutoras¹² nesta pesquisa, vem produzindo efeitos nas possibilidades de alcance da atenção em saúde, fortalecendo tabus e relegando importantes questões em saúde sexual ao campo do indizível ou passível de censura.

Olha, sinceramente, hoje em dia tá mais difícil o trabalho. Antigamente, é, a gente conversava com com, com a família, com os pais. Assim, na minha microárea, a maioria aceitava até bem, tá? De boa. Hoje em dia, assim, eu tenho poucos adolescentes, eu não tenho muitos adolescentes mais na minha microárea. Então, assim, as pessoas que eu já conversei, graças a Deus eu não tive problema. Mas a gente vê, né, por aí, com esse tipo de problema de falar sobre sexualidade (Interlocutora 2, entrevista realizada em outubro de 2022).

É importante destacar, ainda, que a moralidade tradicional ocupa um lugar estratégico na lógica político-econômica do neoliberalismo, na medida em que ela evoca e reitera o funcionamento político-afetivo que mantém as posições de poder e os privilégios financeiros familiares (SANTOS, 2020). Defendo aqui, portanto, que gênero e sexualidade na política não devem ser pautas secundárias. Os regimes de gênero e de sexualidade, expressos na *cis-heteromononormatividade*, atuam como amálgama no regime político neoliberal, que por sua vez sustenta as elites ilustradas e locais nos países colonizados e o próprio sistema/mundo colonial/moderno. Sendo assim, sob o prisma do conservadorismo e do neoliberalismo, ao discutir sexualidade e política, torna-se fundamental tecer considerações sobre a função política da família enquanto instituição colonial/moderna.

1.2 Sexo, reprodução e família na modernidade/colonialidade.

A noção de família, que se consolida no espaço-tempo histórico da construção dos Estados burgueses na Europa, estabelece uma articulação particular entre a sexualidade e a reprodução. Essa noção de família, calcada na modernidade/colonialidade, produz importantes

¹² Nomeio como interlocutoras as profissionais da atenção básica que participaram desta pesquisa com suas percepções. A escolha deste termo reflete o caráter dialógico das entrevistas realizadas, de modo que as compreensões aqui apresentadas expressem o que emerge, sob minha ótica, dos discursos sobre a sexualidade no encontro com as profissionais.

e profundos efeitos na medida em que foi proposta como um ideal universal e utilizada como estandarte na catequização de povos colonizados. No que diz respeito à articulação entre família e sexo, a socióloga brasileira Marília Moschkovich (2022) nos aponta que:

A família é uma instituição central em nosso sistema de parentesco. Pensar em família, por isso, significa pensar necessariamente em hierarquia. O critério de possibilidade de sexualização de um relacionamento é agregado nesse sistema de definições e hierarquias também como uma forma de marcar uma importância maior de certas relações sobre as demais, sendo, ao mesmo tempo, aquilo que nos separa de nossas famílias de origem e aquilo que homogeneiza sujeitos com vistas à construção de um novo núcleo familiar. A família só pode existir a partir do sexo e, mais, a partir dessa divisão entre relações potencialmente sexualizadas e relações de impedimento da sexualidade (p. 19).

Em uma pesquisa em psicologia social, sobre as proposições acerca da noção de família brasileira, Juliana Perucchi e Marta Loures Choucair Oliveira constataram que diferentes enfoques e definições sobre família coexistem, suscitando discussões em torno do referencial teórico e metodológico que, nas palavras das autoras: “longe de promoverem a pulverização do campo, proporcionam um crescimento ainda maior das áreas e disciplinas envolvidas, de forma a evitar modelos simplistas de análise” (PERUCCHI E OLIVEIRA, 2011, p. 51). Sabendo, portanto, que a compreensão acerca da noção de família, nos diferentes campos do saber, é complexa e interdisciplinar, esta pesquisa parte do pressuposto de que a família, enquanto poderosa instituição social, opera de modo ativo na produção e na perpetuação de modelos de conduta e de modos de subjetivação, aos quais nenhuma pesquisadora pode ignorar. Portanto, cito aqui um excerto ilustrativo, de um estudo historiográfico sobre a família brasileira, no qual a pesquisadora Marisa Tayra Teruya afirma que o fortalecimento da família patriarcal em solo brasileiro se explica pela própria estrutura colonial constitutiva do país. Nas palavras da autora:

Numa época em que o governo português não conseguia se fazer representar em toda colônia, o proprietário de terras tomou as rédeas do poder local. O sistema de parentesco era a forma pela qual os indivíduos se reconheciam no mundo: ser filho, parente, compadre, cabra, escravo do senhor proprietários, conferia os limites e possibilidades para cada indivíduo. Desta forma o poderio patriarcal foi gestado na ausência do Estado forte (TERUYA, 2000, p.4).

É sabido que a sexualização das relações organiza os papéis sociais de homens e mulheres, organizando o funcionamento patriarcal. Nesse sentido, a filósofa britânica Carole Pateman (1988/2022) aponta a responsabilização das mulheres pelo gerenciamento doméstico da reprodução como uma importante prerrogativa do contrato sexual, que divide as funções sociais com base no sexo dentro do enquadre heterossexual, cisgênero, monogâmico e familiar. Esse contrato, por sua vez, se consolida na medida em que o capitalismo moderno se firma como regime econômico, sustentando sua própria constituição ao lado da hierarquização de

gênero, de raça, de sexualidade, de classe e de território. Toda essa estrutura, na verdade, dá a sustentação necessária para que os homens brancos cisgêneros e heterossexuais do norte global sejam alçados como sujeitos pretensamente liberatórios e sujeitos por excelência da humanidade.

A pesquisadora espanhola Brigitte Vasallo (2022) localiza, ainda, a monogamia como o sistema que organiza a dinâmica que Pateman chama de contrato sexual. De acordo com a autora, no período de transição do feudalismo europeu para o formato burguês de Estado, as organizações sexuais se transformaram sob a imposição da normativa monogâmica. A monogamia como sistema de hierarquização de relações e garantia da propriedade privada passa a ser regulamentada, imposta e sacralizada paulatinamente pela construção do Estado capitalista e clerical.

Foi o capitalismo que precisou garantir e organizar o impulso atávico da reprodução para concretizá-lo em termos de filiação (classe) e de produção de trabalhadores. E para garanti-lo teve também de esclarecer e fixar de forma definitiva o gênero dos sexos e sua imutabilidade. Ficamos definitivamente marcados como homens e mulheres, vinculados pelo desejo heterossexual obrigatório e dependentes em termos de monogamia, já que não seria possível nenhuma outra forma de subsistência: a categórica divisão do trabalho tornaria impossível sobreviver fora da heterossexualidade monogâmica [uma vez que as organizações camponesas vinham sendo desmanteladas para a garantia dos latifúndios e conformação do proletariado¹³]. (VASALLO, 2022, p. 118).

Essas considerações retratam a noção de família moderna/colonial que se consolida com a burguesia ocidentalizada, empenhada no projeto imperialista-colonial europeu. É digno de nota que na relação colonizadora, à medida que a dominação imperialista se instaurava nas colônias, as reverberações da dominação produziam efeitos na própria cultura europeia. A noção de humanidade, por exemplo, passou a ser debatida na Europa a partir do contato com os povos dominados (GROSFOGUEL, 2016). No mesmo sentido, nas palavras de Silvia Federici “a partir de meados do século XVI, ao mesmo tempo que os barcos portugueses retornavam da África com seus primeiros carregamentos humanos, todos os governos europeus começaram a impor penas mais severas à contracepção, ao aborto e ao infanticídio” (2017, p. 174, citada por VASALLO, 2022, p. 115). Ou seja, de modo geral a proposta universalista de civilização foi sendo construída, historicamente, na medida em que eram forjados, a ferro e sangue, os regimes normativos de gênero, raça, sexualidade e família na modernidade.

Não obstante, no que diz respeito à noção de família, é importante ressaltar que se trata de um constructo em disputa na fratura colonial. Resgato o conceito de *locus* fraturado da

¹³ Inserção minha.

diferença colonial, da filósofa argentina María Lugones (2014), para auxiliar na compreensão das contradições e disputas que se encontram em aberto na colonialidade. De acordo com a autora, a fratura exposta da violência colonial representa precisamente o rasgo aberto pela colonização que não fechou. O sabemos aberto pois ele segue produzindo efeitos de colonialidade, mas também porque a colonização falhou em sua empreitada totalizadora de apagamento. Contudo, o que resta hoje nesse *locus* fraturado é a lama dos rastros coloniais e a lama de possibilidades pluriversais para as formas de existir e de ler o mundo.

No Brasil, em 2009, as mulheres correspondiam a 35% das chefias de família. Dessas famílias, quase metade eram monoparentais. Além disso, as mulheres negras e empobrecidas correspondiam à maioria das mulheres chefes de família (PINHEIRO, GALIZA & FONTOURA, 2009). Diante disso, podemos conjecturar que a família na prática disputa com o regime colonial/moderno ao mesmo tempo em que é regulamentada por esse ideal. Os esquemas familiares de sobrevivência escapam à reducionista prerrogativa monogâmico-burguesa, que obtém sucesso ao ser alçada hegemonicamente como um suposto ideal universal, mas fracassa na sua possibilidade de execução de maneira totalizante. As estratégias comunitárias e os vínculos em sua multiplicidade na prática (r)existem. A dissidência e a sobrevivência vazam do enquadre colonialista, e é precisamente no *locus* fraturado da diferença colonial que identificamos os efeitos da colonialidade e as resistências possíveis. Disputar, a partir das dissidências, ou desistir da noção de família são possibilidades no jogo da hegemonia colonial.

Ainda que na prática o ideal normativo para a família não se concretize totalmente, sua capacidade de forjar sujeitos, desejos e estruturas é incontestável. A filósofa estadunidense Judith Butler (2003) sinaliza a força desse ideal ao discutir o desejo pelo matrimônio como pauta do movimento não heterossexual. Para a autora, o casamento homoafetivo ocupa, sem dúvidas, o lugar de importante conquista no campo dos direitos, mas ao mesmo tempo denuncia a tomada do modelo heterossexual burguês para a ascensão social e para o reconhecimento das sexualidades dissidentes. De maneira geral, podemos dizer que a família e toda sua teia regulamentária que amarra, conjuntamente, a norma heterossexual, monogâmica e cisgênera sofre distensões e contrações na prática, mas segue atuando hegemonicamente para a manutenção do *status quo* e se faz presente no funcionamento dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos.

No que tange à noção hegemônica para a sexualidade, os direitos sexuais e os direitos reprodutivos parecem se relacionar de maneira óbvia, na medida em que poder decidir sobre a possibilidade da gravidez é condição para o exercício deliberado da sexualidade, uma vez que

sexo e reprodução se encontram possivelmente concatenados, e amarrados pela noção de família. Contudo, essa relação não é óbvia, e o processo de naturalização da contiguidade entre sexo, reprodução e família, como um mecanismo de apagamento do seu caráter eminentemente cultural, encontra raízes na retórica da ciência moderna. A antropóloga britânica Marilyn Strathern (1995) discute como a suposta naturalização dos papéis sociais na hierarquia de sexo-gênero tentam se fundamentar nas funções reprodutivas. O discurso científico paulatinamente buscou fundamentar a necessidade da existência de diferenças sexuais hierárquicas a partir da suposta universalização da família burguesa ocidentalizada como modelo. Ou seja, as ficções de sexo-gênero que atuam hegemonicamente hoje foram sendo construídas no cerne das ciências ocidentalizadas.

A própria inserção da sexualidade no escopo da ciência hegemônica, que remonta ao chamado período sexológico, na virada do século XIX para o século XX, atua na construção de mecanismos de controle e opressão. Naquele momento, o sexo era concebido como impulsivo, implicando na necessidade de controle. Práticas como a ovariectomia eram realizadas no século XIX sob a alegação da necessidade de silenciar expressões tidas como patológicas, incluindo condutas entendidas como exageradamente sexuais. De modo semelhante, eram realizadas também cirurgias de histerectomia e cliteridectomia pela medicina, e, ainda que tais práticas não sejam reproduzidas nos dias de hoje, essa compreensão da sexualidade da mulher cisgênera ainda apresenta reflexos (ROHDEN, 2001; VIEIRA, 2002). Como fruto desse período, tem-se a ideia de saúde sexual calcada numa suposta normalidade biológica para o sexo, balizada pela norma vigente para as condutas sexuais, dentre as quais se destacam a heteronormatividade e a função social do sexo na instituição familiar (PAIVA, 2008).

Ao analisar o desenvolvimento da ginecologia no Brasil, a cientista social Fabíola Rohden (2001) demonstra como a ciência médico-biológica moderna criou e fundamentou a diferença sexual, explicando-a pelos binarismos moderno/coloniais e justificando as funções sociais criadas por uma suposta diferença natural fundante. Os efeitos dessa ideia discursiva recaem sobre as mulheres sob a forma de dispositivos de tutela dos corpos, orientando normas e práticas em diversos campos, dentre os quais o campo da saúde se destaca. Desnaturalizar essa conexão consiste em um fio axial de argumentação nas lutas feministas pelo direito de decidir sobre o próprio corpo. Desse modo, uma importante estratégia é expor os mecanismos de cristalização da suposta articulação natural entre mulher, sexualidade e reprodução. Contudo, o brado de um feminismo universal, branco e eurocentrado de que o pessoal é político não tem sido e não será suficiente para a efetiva garantia dos direitos sexuais, sobretudo, no sul

global. A partir disso, a proposta que aqui defendo é revisitação dessas questões a partir do giro decolonial.

A colonização do sul global, que sustentou a construção dos Estados modernos, forneceu as bases epistêmicas e culturais para a suposta naturalidade da divisão e da diferença sexual, da hierarquização entre humanos e não humanos, da heterossexualidade e da superioridade da organização familiar monogâmica burguesa. Assim, a manutenção de um contrato sexual burguês-moderno pauta a organização e a hierarquização das funções de homens e de mulheres a partir de um regime sexual forjado nos jogos simbólicos da violência colonial. E ainda, a estratégia de naturalizar essas funções contou e conta, em larga escala, com a ciência moderna. No mesmo compasso em que ela buscou fundamentar o racismo e o sexismo, é sobre estratégias epistemicidas que ela sustenta sua ficção de neutralidade e universalidade. A caça e queima das bruxas, assim como os genocídios indígena e africano, sustentam o saber colonial/moderno que pretende fornecer explicações universais para os processos sociais (GROSFOGUEL, 2016).

É necessário, portanto, localizar a modernidade no tempo histórico, recusando a suposta linearidade civilizatória. E mesmo a normativa hegemônica, nascida na Europa, que rege hoje o regime político da sexualidade, foi fabricada ao longo da história naquele pequeno continente. É digno de nota que essa pretensa linearidade se inscreve, inclusive, nas retóricas discursivas do feminismo branco liberal e hegemônico. Localizar a modernidade é empreender o giro decolonial, provincializando o centro global e tomando a própria hegemonia e sua atuação como objeto de estudo. Nessa direção, considerar a colonialidade de gênero na investigação sobre os direitos sexuais no campo da saúde implica em questionar as operações de naturalização dos fenômenos e sua conexão com a retórica colonial/moderna que fundamenta as hierarquias de opressão.

1.3 Os direitos-sexuais-e-reprodutivos.

Um grande nó nos campos dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos consiste na frequente sobreposição entre estes, identificada na política, na saúde e mesmo entre as produções científicas. A essa dinâmica de sobreposição, eu chamo de “direitos-sexuais-e-reprodutivos”. Considerando os jogos de poder que atravessam as formações discursivas e a produção de enunciados (FOUCAULT, 2008), podemos compreender que a sobreposição entre os direitos sexuais e os direitos reprodutivos não pode se alegar ingênua, mas sim cumpre funções de controle dos corpos. As dinâmicas de reprodução humana são sempre organizadas

e significadas na história por uma trama social e cultural, articulada às dinâmicas hegemônicas de poder. O direito de decisão sobre o próprio corpo implica em uma série de desarticulações de normas já instituídas de subordinação das mulheres e de gêneros dissidentes na sociedade. A tutela sobre o corpo das mulheres – na legislação, na produção de saber, na atenção em saúde e em outras áreas – passa pela naturalização das diferenças e desigualdades de gênero, buscando justificar sua incapacidade para assumir posições de poder e para produzir verdades sobre si. Isso explica porque a autonomia das mulheres sobre seus corpos tanto incomoda (MAYORGA & MAGALHÃES, 2008), e pode sinalizar porque a subordinação dos direitos sexuais aos direitos reprodutivos ocorre com frequência.

Desde o princípio, adoto uma escrita que separa os direitos sexuais dos direitos reprodutivos, e isso não se trata de um mero detalhe para tecer uma gramática repetitiva. Uma das mais fundamentais lutas feministas consiste na disputa teórica, prática, social e biológica pela separação entre sexo e reprodução, entre desejo e procriação. O brado de que o pessoal é político¹⁴ possui raízes no feminismo das décadas de 1960 e 1970 e se tornou um dos principais instrumentos de exposição dos dispositivos de controle das mulheres nas sociedades ocidentais e ocidentalizadas (MAYORGA & MAGALHÃES, 2008). Grosso modo, esses dispositivos eram e são pautados na suposta naturalização da dinâmica “sexual-e-reprodutiva”, na qual sexo e reprodução parecem estar inevitavelmente articulados, organizando uma dinâmica de trabalho doméstico e reprodutivo não remunerado sustentado pelas mulheres na lógica patriarcal-capitalista.

Inspirada pelo trabalho negativo de que fala Michel Foucault, no qual buscamos abdicar das “continuidades irrefletidas pelas quais se organizam, de antemão, os discursos que se pretende analisar” (2008, p. 23), colocamos em questão como se estabelece a combinação entre os direitos sexuais e os direitos reprodutivos, na tarefa de desnudá-la em radicalidade. É notável que a questão sexual está intrinsecamente vinculada à reprodutiva nas políticas e práticas em saúde, e que esses dois campos se voltam majoritariamente para as mulheres. O constructo saúde da mulher com frequência é usado como sinônimo para questões de saúde gestacional-infantil e útero-ovariana-vaginal. Mais recentemente, a violência contra a mulher vem

¹⁴ O lema “o pessoal é político” sintetiza um importante movimento do feminismo que coloca na agenda de discussão política temas historicamente tidos como da esfera privada, como a divisão sexual do trabalho, o aborto, a violência doméstica, a reprodução, entre outros. Ao posicionar essas temáticas como do âmbito político, e que, portanto, deveriam ser discutidas publicamente, o movimento feminista denunciou que a privatização histórica da mulher pelo patriarcado cumpre a função de manter hierarquias e subordinações (MAYORGA & MAGALHÃES, 2008). Contudo, a própria privatização do sexo é um dado histórico e se encontra vinculado à produção da família nuclear moderna. As dinâmicas de reprodução e trabalho na esfera privada, apesar de funcionarem como um ideal hegemônico, se deram de maneira diferente para as fêmeas colonizadas.

ganhando espaço nas discussões em saúde e conquistando seu lugar como questão de saúde pública, uma importante vitória para seu enfrentamento. Assim, incluímos, também, dentre os “problemas da mulher”, a violência. Esse conjunto de temáticas tem muito a dizer sobre a construção de gênero na modernidade/colonialidade.

A revisão da literatura científica no escopo da saúde sexual revela que a produção nesse campo é extensa, e, ainda assim, os direitos sexuais carecem de efetiva garantia. A partir de uma varredura feita nas plataformas *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando os descritores saúde sexual, atenção básica, atenção primária, direitos sexuais, políticas públicas e mulheres combinados entre si, foram levantados mais de 200 trabalhos publicados em revistas e anais no Brasil após 2004 (ano de lançamento da PNAISM, marco nacional do aprofundamento da discussão sobre sexualidade e reprodução nas políticas públicas em saúde no Brasil). Essa busca me conduziu ao que se tornou uma das questões centrais desse trabalho para a investigação da colonialidade de gênero na saúde sexual, qual seja, o lugar e a construção da mulher na modernidade/colonialidade presente nas políticas públicas e na assistência em saúde.

A partir da minha trajetória em pesquisa feminista, fui motivada a investigar o problema da saúde sexual das mulheres, entendendo-a como um constructo carente de independência da saúde reprodutiva. Ao começar a escavação nesse campo, excluí trabalhos que versavam sobre a saúde sexual ou reprodutiva de homens cisgêneros, presentes em quantidade irrisória ao lado da produção sobre a saúde das mulheres cisgêneras. Essa discrepância na ciência encontra fundamento nos processos de medicalização do corpo feminino e nos usos do saber científico para o domínio e controle desse corpo, como endossam Elizabeth Vieira (2002) e Fabíola Rohden (2001). Ainda, havia muitos trabalhos que falavam sobre saúde sexual sem especificar uma categoria de sexo-gênero e que versavam sobre a “população LGBTQIAPN+¹⁵”. É digno de nota que muitas publicações no escopo dos direitos sexuais LGBTQIAPN+ envolviam a reivindicação por direitos básicos de cidadania, evidenciando que a sexualidade enquanto um dispositivo na colonialidade/modernidade funciona como um aparato que ultrapassa, em grande medida, o ato sexual em si. Além disso, o ativismo LGBTQIAPN+ desempenha um importante papel na construção dos direitos sexuais enquanto direitos humanos, de modo que se torna imprescindível considerar as dissidências de gênero e sexualidade nesse escopo.

¹⁵ A sigla LGBTQIAPN+ faz menção ao movimento de pessoas de gênero e sexualidade dissidentes, integrando Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transvestigêneros, Queers, Intersexo, Assexuais, Pansexuais, Não-binárias e outras possibilidades. A denominação “população LGBTQIA+”, por conseguinte, abarca todas as pessoas de gênero e sexualidade dissidentes, entretanto promove a homogeneização de um grupo diverso, opondo-o de forma planificada às pessoas de gênero e sexualidade normativas.

Desta feita, decidi considerar os trabalhos sobre a saúde LGBTQIAPN+ e sobre saúde sexual de forma ampla, uma vez que a mulher enquanto categoria emerge nas discussões no âmbito da saúde sexual sem que eu precise evocá-la. Na minha primeira visita de campo em uma unidade básica de saúde, ao me apresentar para a profissional dizendo que estaria realizando uma pesquisa sobre saúde sexual, a profissional me introduziu na equipe dizendo que eu estaria ali para pesquisar a saúde da mulher, que corresponde, na verdade, à saúde da mulher cisgênera uma vez que as mulheres transvestigêneras têm, com frequência, sua presença considerada exótica nas unidades básicas de saúde. Entendi, portanto, que investigar a colonialidade de gênero nas políticas públicas e na assistência em saúde sexual demandava compreender que lugar ocupa a construção da mulher e que lugares ocupam as dissidências de gênero e sexualidade para avançar na compreensão do funcionamento da sexualidade como um dispositivo na modernidade/colonialidade.

Em uma visão panorâmica, os trabalhos mapeados versam sobre as infecções sexualmente transmissíveis (IST), síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), violência sexual, contracepção e não-reprodução, adolescência, vivência da sexualidade, prazer e disfunções sexuais, direitos sexuais, direitos reprodutivos, políticas públicas, afecções orgânicas, saúde LGBTQIAPN+ e formação em saúde. De modo geral, é possível notar que o teor dos trabalhos acompanha, em certa medida, o que é produzido ao longo da história nas políticas públicas, havendo um diálogo entre os temas presentes nas políticas e as práticas desenvolvidas na ponta da atenção em saúde. Os estudos no campo da AIDS são predominantemente expressivos e consistem em um importante articulador político na garantia de direitos sexuais, sobretudo no que diz respeito ao questionamento da norma cis-heterossexual e à produção social da vulneração.

A perspectiva biomédica é marcante no tocante à abordagem da saúde sexual na atenção básica, sobretudo nos trabalhos epidemiológicos e na própria concepção de sexualidade que emerge na maioria dos artigos. A saúde sexual, definida como a habilidade de vivenciar e expressar a sexualidade sem que haja gestações indesejadas, riscos de infecções sexualmente transmissíveis, coerção, discriminação e violência (CORRÊA, ALVES & JANUZZI, 2006), por vezes é tomada como um constructo óbvio, remetendo à ideia de um suposto completo bem-estar universal e homogêneo. Ainda que a importância de se considerar as determinações sociais em saúde seja frequentemente pontuada, o lugar da consulta médico-ginecológica e a epidemiologia recebem o maior destaque no âmbito da assistência em saúde sexual.

No que tange à violência sexual, as pesquisas alertam para serviços e profissionais despreparados, divergência entre o atendimento realizado e o acolhimento preconizado pelas

políticas públicas, revitimização e desassistência às mulheres (BEZERRA, LARA, NASCIMENTO & BARBIERI, 2018; SILVA *et. al*, 2019; PORTO, BISPO JÚNIOR & LIMA, 2014). Contudo, a discussão conceitual acerca da violência sexual e sua articulação com a noção de saúde sexual como direito parece não acontecer. Além disso, o acolhimento à violência sexual não parece encontrar lugar na atenção primária em saúde, sendo alegado como um evento raro nas unidades que visitei nesta pesquisa e nas visitas feitas em outras unidades no contexto da minha graduação. Evidentemente este é um pequeno recorte, mas o fato chama a atenção uma vez que o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) estima que ocorra dois estupros por minuto no Brasil, totalizando cerca de 882 mil estupros por ano. Desses casos, apenas 8,5% chegam aos serviços policiais e 4,2% são identificados pelos serviços de saúde. As vítimas, na grande maioria das vezes, são mulheres cisgêneras, e a violência é cometida principalmente por parentes, namorados, ex-namorados ou conhecidos (IPEA, 2023).

A adolescência, por sua vez, aparece como pivô articulador da discussão sobre educação sexual, e é identificada como período em que a sexualidade se inicia, devendo, por isso, receber atenção. É nítida a preocupação epidemiológica com as infecções sexualmente transmissíveis enquanto a educação sexual permanece um tabu. A necessidade de controle dos adolescentes, atrelada à suposta dificuldade de lidar com os “impulsos sexuais”, aparecem como desafio na atenção em saúde. Tal fato denuncia o entendimento *bio logicamente*¹⁶ determinista acerca da sexualidade, passível de diferentes tipos de controle, dentre os quais destacam-se os discursos em torno da prevenção da gravidez na adolescência para as adolescentes cisgêneras, frequentemente desassociada dos direitos sexuais e da promoção da autonomia, ou seja, encarado como uma questão meramente epidemiológica de saúde pública. Ainda que haja a defesa pelo entendimento da sexualidade a partir da integralidade, há uma dificuldade tácita de compreendê-la e abordá-la, sobretudo articulando-a ao campo dos direitos. À luz das proposições da teórica nigeriana Oyèrónké Oyewùmí (1997/2021), podemos conjecturar que a insistente predominância *bio-lógica* na integralidade em saúde reflete o próprio modo ocidental-moderno de informar as ciências e o próprio sistema de sexo-gênero.

Embora a saúde sexual se encontre colada à saúde das mulheres, os estudos demonstram que há uma lacuna na atenção à saúde sexual de mulheres, sinalizada pela própria dificuldade

¹⁶ De acordo com Oyèrónké Oyewùmí (2021), “o determinismo biológico é um filtro através do qual todo o conhecimento sobre a sociedade [no Ocidente] funciona” (p. 32), ou seja, fornece uma interpretação e compõe uma lógica que se alega universal a partir da racionalidade eurocêntrica. A diferença social, no pensamento ocidentalizado, é construída sobre a diferença biológica, de modo que a ideia de sexo e de diferença sexual constitui a própria narrativa ocidental de gênero. Desvelar como a *bio-lógica*, conceituada pela autora, compõe os discursos sobre saúde sexual na modernidade é esquadrihar, também, a própria colonialidade.

de abordar a sexualidade nos atendimentos por parte de profissionais da saúde. A sexualidade é ainda vista como um tabu por profissionais e usuárias dos serviços de saúde, e a deficiência na formação profissional é alertada com frequência nas pesquisas empíricas sobre saúde sexual na atenção básica (RODRIGUES *et. al*, 2011). Sampaio e colaboradores (2011) alertam para o teor normatizador e pouco efetivo das intervenções realizadas na atenção à saúde sexual. Meneghel e Andrade (2019) abordam, em seu trabalho, como as consultas ginecológicas são pautadas na heteronormatividade, assumindo como pressuposto que as mulheres precisam cumprir seu papel de fazer sexo para atender a suposta necessidade do marido e as obrigações conjugais.

Os papéis sociais de esposa e mãe emergem como prescrições hegemônicas da cultura, e a categoria mulher é delimitada e naturalizada como lugar de sofrimento e constrangimento. As queixas sobre qualidade sexual são atendidas pela ótica da obrigatoriedade sexual, de forma que o uso de lubrificante é indicado como solução imediata para que a penetração sexual ocorra. De modo geral, a ideia de bom sexo, assim classificado quando se relaciona à reprodução heterossexual a partir do casal monogâmico (CARRARA, 2015), parece estar entranhada na própria noção do que constitui uma sexualidade saudável. O sexo que corresponderia, portanto, a uma conduta saudável é aquele construído sobre os moldes da norma cisgênera, heterossexual, monogâmica e reprodutiva com amplo suporte da epidemiologia.

A título de exemplo, Barbosa e colaboradores (2012) estabelecem em seu estudo a quantidade de quatro parcerias sexuais ao longo da vida como número¹⁷ de corte para categorizar as condutas sexuais. Além de arbitrário, esse número dialoga com a pressuposição de existência de uma única parceria sexual por toda a vida, como apregoa a normativa monogâmica. Afinal, a epidemiologia insiste em se pautar no número de parcerias sexuais como fator de risco para infecções sexualmente transmissíveis de maneira simplista, dado que a educação sexual permanece um tabu e a proteção da saúde sexual é frequentemente incitada aos moldes de sermão, o que pouco contribui com a autonomia sexual. Ainda, é crucial destacar que os índices de contaminação por IST apresentam, atualmente, maior crescimento entre mulheres cisgêneras casadas. Ou seja, número de parcerias sexuais como um fator objetivo pouco contribui para compreender e formular políticas de proteção à saúde sexual que sejam efetivas e pautadas na autonomia sobre a vivência da sexualidade. Nesse mesmo sentido, Pinto e colaboradores (2018) estabelecem como fatores de proteção para contaminação por IST não

¹⁷ A esse respeito, é digno de nota que a Organização Mundial da Saúde (OMS) classifica formalmente, e de maneira arbitrária, como promíscuas as pessoas que mantiveram relação sexual com três ou mais pessoas nos últimos doze meses.

ter relações sexuais com pessoas do mesmo sexo para os homens, e, para as mulheres, ter iniciado a vida sexual com mais de 15 anos de idade e não ter tido parceria casual no último ano. Ainda que esses dados dialoguem com os números epidemiológicos, a escolha dessas categorias constrói a ideia de bom sexo em consonância com a diferença sexual normativa que segue produzindo exclusões, discriminações, violência e vulneração para mulheres cisgêneras e pessoas de gênero e sexualidade dissidentes.

Há um grande problema relacionado a esse tipo de abordagem sobre a sexualidade, uma vez que desconsidera a complexidade de seus aspectos qualitativos (PAIVA, 2008). As prerrogativas da integralidade e territorialidade, caras às políticas públicas em saúde, acabam sofrendo um processo de homogeneização. Não se trata de dizer que pesquisas epidemiológicas não sejam importantes, uma vez que permitem guiar a elaboração de políticas públicas que, em suas contradições biopolíticas, também são ferramentas para ampliar a garantia de direitos. Contudo, quando são realizadas sem uma ótica crítica a respeito da sexualidade como um dispositivo e regime político colonial/moderno, acabam por contribuir com a forja de um regime para a sexualidade que, a partir das normativas cisgêneras, monogâmicas e heterossexuais, aprofundam a não garantia fundamental dos direitos sexuais. A ciência da saúde, sobretudo a médica, pode ser identificada na história como grande contribuinte na criação da diferença sexual. A medicina da mulher é definida por Fabíola Rohden (2001) como uma ciência da diferença, selando com a marca da modernidade/colonialidade as determinações *bio-lógicas* sobre aquilo que foi construído como “homem” e “mulher”. Evidentemente, as ferramentas de criação dessa diferença que hierarquiza seguem atuando de formas explícitas, mas também sutis.

Ao abordar as falhas nos sistemas de notificação de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) no contexto de feminização da AIDS no Brasil, Pires e Meyer (2019) destacam os problemas gerados com o enquadramento de mulheres transvestigêneras como homens nos bancos de informação. As autoras destacam que:

a incorporação da transversalidade de gênero nas políticas analisadas sugere que ela não tem sido garantia de superação da fragilidade de categorias como mulher/mulheres, sexualidade e empoderamento, e indica que o enfrentamento dessas desigualdades precisa colocar em suspenso o par binário homens e mulheres, evidenciando as relações de poder que diferenciam e hierarquizam diferentes grupos de mulheres. A própria noção de transversalidade de gênero precisaria ser retomada e tensionada, na direção de discutirmos, mais extensivamente, quais grupos de mulheres cabem nessa conceituação (PIRES & MEYER, 2019, p. 110).

É digno de nota que parece haver uma centralidade biomédica e genital ao abordar a sexualidade na atenção básica. No que concerne às infecções sexualmente transmissíveis há

uma vigilância, prioritariamente, sobre as mulheres (RODRIGUES *et al.*, 2011), ou então um atrelamento à reprodução e ao planejamento familiar. Nas palavras de Ferreira e colaboradores:

a sexualidade da mulher é reprimida, sendo equiparada ora à reprodução ora ao perigo de IST e gravidez na adolescência, visão que perpetua a repressão do prazer sexual feminino e repercute em violência. Isso se reflete nos serviços de saúde para mulheres, em sua maioria centrados em saúde reprodutiva. Os/as profissionais não são preparados/as para atender às questões relacionadas à sexualidade, fato que se agrava quando o assunto é orientação sexual e identidade de gênero, afastando mulheres LGBTQIA+ dos serviços de saúde (FERREIRA *et al.*, 2020, p. 4).

A centralidade a mulher enquanto sujeita de políticas públicas e intervenções governamentais definitivamente chama a atenção, fato que dialoga com a institucionalização de direitos e com as estratégias biopolíticas simultaneamente. A esse respeito, Yumi Santos (2014) discute a posição das mulheres como pilar da construção de programas sociais, cujo sucesso depende “da atuação dessas mulheres dentro da lógica conservadora da divisão sexual e social do trabalho” (p. 479), ou seja, depende do trabalho implicado no cuidado e gerenciamento da instituição família. O planejamento familiar¹⁸, principal constructo que organiza a garantia de direitos reprodutivos para as mulheres e que frequentemente abarca a saúde sexual como um apêndice, evidencia o atrelamento desses direitos à função social das mulheres na manutenção da instituição família e no trabalho reprodutivo não remunerado. De maneira hegemônica, o constructo direitos-sexuais-e-reprodutivos faz menção, em última instância, a esse complexo sistema de manutenção das funções sociais baseadas na diferença *bio-lógica* que cria o sistema de sexo-gênero colonial/moderno. Frequentemente, o uso desse constructo se dá de maneira irrefletida reproduzindo o próprio sistema de sexo-gênero e suas hierarquias, ao mesmo tempo que tensiona com a luta por conquistas feministas abarcadas pelos direitos sexuais e reprodutivos.

Dentre as principais reivindicações feministas nesse campo, está a luta pela garantia e acesso à contracepção como ferramenta de decisão sobre o corpo e sobre a reprodução, sendo a luta pela descriminalização do aborto uma das pautas mais fundamentais na atualidade. É notável que o número de publicações científicas que abordam a temática da não reprodução ou da contracepção é bastante expressivo, correspondendo a um dos temas que mais aparecem no levantamento bibliográfico, mesmo excluindo trabalhos que se propunham a investigar o

¹⁸ Telo e Witt (2018) alertam para a substituição da terminologia planejamento familiar por planejamento reprodutivo, a fim de ampliar a compreensão acerca do gerenciamento da capacidade reprodutiva para além da instituição família. Uma das razões para o uso predominante da expressão planejamento familiar é sua presença na principal legislação que regulamenta as ações em saúde reprodutiva e contraceptiva, a Lei nº 9.263/1996. No principal documento protocolar voltado à atenção básica nesse escopo, há o uso amplo do termo planejamento familiar, ainda que a sua substituição por planejamento reprodutivo seja sinalizada no próprio documento como adequada (BRASIL, 2013, p. 58).

planejamento familiar e os direitos reprodutivos estritamente, sem qualquer menção à saúde sexual. É digno de nota que existem vários trabalhos que abordam a saúde reprodutiva sem abarcar a saúde sexual, e, por outro lado, os trabalhos que se propõem a abordar a saúde sexual frequentemente interpelam a reprodução, ainda que os direitos-sexuais-e-reprodutivos se destinem a nomear esse campo como um todo. O “sexuais” dentro do “reprodutivos” não goza de certa independência ou atenção especial no campo da saúde, exceto, grosso modo, quando o assunto é IST ou a vivência sexual não heteronormativa. Em suma, parece haver um grande apagamento da sexualidade como prática de prazer e expressão da subjetividade, fundamentalmente para as mulheres, ao passo que a garantia básica do direito à contracepção ainda encontra obstáculos. Muitos profissionais, por exemplo, sequer conhecem a regulamentação para o aborto legal e inclusive o consideram crime (BEZERRA, LARA, NASCIMENTO & BARBIERI, 2018).

De modo geral, a abordagem da saúde sexual no contexto da atenção básica em saúde, como aponta a literatura, é caracterizada pela negligência das demandas no campo da sexualidade e pela conduta profissional voltada à normatização da sexualidade segundo concepções moralistas, amalgamadas pelo cumprimento do regime político da sexualidade em conformidade à normativa cisgênera, heterossexual, monogâmica e familiar (TRINDADE & FERREIRA, 2008; OLIVEIRA & LYRA, 2010). Além disso, a lacuna provocada pela falta de uma educação em saúde sexual efetiva, acarretando a falta de informações básicas acerca de métodos contraceptivos e preventivos contra infecções sexualmente transmissíveis, atua como um grande obstáculo para a garantia de condições elementares para o exercício informado da sexualidade, sobretudo no que se refere ao público jovem e adolescente (SAMPAIO, SANTOS, PAIXÃO & TORRES, 2010).

As demandas no campo da sexualidade na atenção básica normalmente aparecem em segundo plano no relato das queixas de afecções orgânicas, e frequentemente não são entendidas como sendo da alçada do cuidado em saúde, apesar de as políticas públicas preconizarem a sexualidade como um dos focos da atenção básica (MANDÚ, 2005). Além dos problemas identificados no acolhimento dessas demandas, há ainda, usualmente, uma dificuldade em relatá-las nos serviços de saúde por parte das mulheres (BELLENZANI *et. al*, 2012). Quando trazidas à baila, normalmente as necessidades de cuidado no âmbito da sexualidade são medicalizadas ou simplesmente recusadas, mantendo-se o foco no controle epidemiológico das afecções e individualizando o cuidado em saúde a partir do modelo biomédico de atenção (MANDÚ, 2005). Ademais, a organização da atenção em saúde voltada para a sexualidade se dá, na maioria das vezes, a partir do viés reprodutivo. Ou seja, na prática

observa-se uma grande dificuldade em desarticular sexo e reprodução, ou de problematizar essa articulação, o que agrava a problemática da autonomia de decisão sobre a reprodução e sobre o próprio corpo (LE MOS, 2014; BOTTON, CÚNICO & STREY, 2017).

Ao compreender que a sexualidade é afastada ou recusada na atenção em saúde, precisamos nos atentar para as condições de possibilidade para que isso aconteça e para o lugar estrategicamente esquecido do “sexuais” nos direitos-sexuais-e-reprodutivos. Foucault (2011) nos alerta para aquilo que se esconde por trás da hipótese de que a sexualidade é reprimida ou suprimida pelo tabu. Na verdade, a sexualidade é evocada e endossada o tempo todo, revelando aquilo que deve ser dito sobre sexo, explicitamente ou nas entrelinhas, para a manutenção das normativas de sexo-gênero. Ou seja, a sexualidade está sendo reproduzida e produzida a todo tempo como um dispositivo colonial/moderno no campo da saúde. Quando se enuncia sobre a sexualidade, o discurso que circula é aquele que presume, endossa e mantém a normativa cisgênera e heterossexual compulsória, a obrigação monogâmica e matrimonial das mulheres, o dever da reprodução na hora adequada para as classes e raças adequadas e a negativa para a vivência do prazer não normativo – que no fim das contas, é todo aquele que não é experimentado pelo homem cisgênero branco, à imagem semelhança do colonizador.

Na literatura sobre as práticas e políticas de saúde no campo da sexualidade, fica evidente como os conceitos se misturam e prescindem de sustentação teórica na maioria dos trabalhos. Saúde sexual compreende, ainda, um conceito confuso e frequentemente esvaziado de seu conteúdo político e crítico no que diz respeito à garantia de direitos. Tal fato justifica a necessidade de um longo prelúdio e exercício reflexivo para se começar a falar em direitos sexuais, sob o risco de reproduzir o circuito simplista de naturalização da conexão entre sexualidade e reprodução. É curioso como a narrativa dos direitos-sexuais-e-reprodutivos se torna uma espécie de jargão no campo da saúde, ou um termo guarda-chuva para designar uma infinidade de questões como direito à contracepção, acesso ao pré-natal, atendimento no puerpério, infecções sexualmente transmissíveis, tumores ginecológicos, direitos básicos de cidadania para pessoas de gênero e sexualidade dissidentes, direito ao aborto, esterilização voluntária, sintomas do climatério, disfunções sexuais, acesso ao processo transexualizador, entre outras. A despeito do largo uso do termo, pouco se reflete sobre seu significado político, e ainda que historicamente a saúde pública e a saúde coletiva no Brasil se caracterizarem notadamente como campo de política social e luta democrática (FLEURY & OUVÉNEY, 2008), a compreensão radical da saúde como direito parece ser falha de maneira geral, sobretudo no campo da sexualidade.

Colocar sob análise o significado dos direitos-sexuais-e-reprodutivos objetiva provocar uma reflexão sobre como a colonialidade de gênero compõe o campo dos direitos, problematizando a junção entre sexualidade e reprodução para além da separação binária entre esses dois elementos, proposta pelo feminismo hegemônico. É importante que o campo dos direitos sexuais permaneça uma arena aberta à disputa política, evitando que o constructo direitos-sexuais-e-reprodutivos se converta em um enunciado hipostasiado, e assim, admitindo a reprodução de violências coloniais e de gênero sob o manto da retórica generalista da garantia dos direitos humanos. Aliás, todo esse prelúdio aqui aventado é necessário para que se possa tentar começar a falar do sexo contido nos direitos sexuais, demonstrando precisamente o lugar da sexualidade como um dispositivo colonial/moderno, cujos lastros, ao que parece, envolvem a própria construção universalizante da mulher ocidentalizada e a *cis-hetero-mononormatividade*.

1.4 Colonialidade de gênero e o problema da mulher.

Pela lente da colonialidade de gênero, abordar a categoria mulher no campo da saúde e dos direitos sexuais impõe a reflexão sobre sua própria constituição na modernidade/colonialidade. Escrutinar a categoria mulher se apresenta como inescusável na investigação do problema dos direitos sexuais, na medida em que se furtar a essa tarefa pode lubrificar uma engrenagem falida no ofício de garantir esses direitos na prática. Contudo, é crucial compreender para que serve essa manobra teórica. Não se trata de provocar abstrações tautológicas, para que a mulher se desmanche por caprichos conceituais. Podemos retomar as provocações de Adriana Piscitelli (2002) sobre a recriação da categoria mulher, em meio aos estudos de gênero. Tomar a mulher como categoria política é fundamental, dadas as diversas e violentas atrocidades infligidas contra as mulheres nos vários contextos de opressão, e os obstáculos elementares ao acesso material a recursos que instrumentalizam o poder de decisão sobre o próprio corpo. Além disso, uma reflexão teórica que se pretenda descolada dos ativismos e práticas de transformação social não atenderia pelo nome do feminismo decolonial, que é em fundamento, uma práxis.

A operação conceitual aqui proposta cumpre o papel de desnaturalizar um sujeito monolítico, prioritariamente presente nas mobilizações por garantia de direitos: a mulher branca, heterossexual, esposa e mãe produzida pela diferença colonial. A propósito, como pontua Florita Telo (2019), “precisamos questionar: quem é a mulher descrita nos vários documentos internacionais sobre direitos reprodutivos? E já respondo que é aquela definida a

partir da realidade ocidental, ou seja, em função da “família nuclear” heteronormativa eurocêntrica” (p. 202). Assim, criar desdobramentos, como diferentes chaveiros em um molho de chaves único e principal, para abarcar a chamada diversidade, não será suficiente. A partir desse entendimento, a manobra de quebrar a categoria mulher enquanto sujeito monolítico colonial/moderno não pode ser feita recorrendo a acréscimos usados como acessórios para subdividir a mulher em tipos a partir de seus marcadores da diferença. Com efeito, seguindo os passos do feminismo decolonial, é preciso entender como as quase-mulheres – definidas a partir de suas diferenças de classe, raça, território, idade, gênero e sexualidade – participam da produção das mulheres-por-excelência¹⁹.

A necessidade da presença de mulheres na luta política pelos direitos sexuais e pelos direitos reprodutivos é historicamente evidente e fundamental, mas ainda assim é curioso notar como a problemática dos direitos-sexuais-e-reprodutivos no campo da saúde diz respeito, em larga medida, essencialmente às mulheres e, como apêndice, à “população LGBTQIAPN+”. Desse modo, desnaturalizar essa estreiteza passa por compreender como se dá a reiterada produção da colonialidade de gênero. A partir do giro decolonial, podemos identificar como a construção do contrato sexual burguês se articula à própria constituição histórica da mulher colonizada, na medida em que classifica binariamente as mulheres e os homens em humanos e não humanos.

De acordo com a autora que propõe o termo colonialidade de gênero, María Lugones (2014), a própria mulher na modernidade/colonialidade é inventada pelo ocidente. Quando os europeus empreenderam seu violento domínio imperialista sobre as Américas e sobre a África, os próprios povos colonizadores passaram a discutir sobre a condição de humanidade dos povos colonizados, relegando-os à sub-humanidade e inaugurando o argumento das diferenças raciais (GROSFOGUEL, 2016). Essa violenta operação se deu sustentada pelas cisões binárias que produziram o eu supostamente universal, incorporado pelo homem branco, cisgênero, heterossexual e europeu, e o outro em sua oposição. Um traço constitutivo característico desse binarismo é a hierarquização, ou seja, a cisão cumpre o papel de separar e hierarquizar, e assim, de legitimar as subordinações e opressões. Em decorrência dessa operação, o lugar de *outridade*²⁰ é ocupado de acordo com dinâmicas de poder que não são estáticas. Em uma lógica

¹⁹ Mulheres-por-excelência possui o mesmo sentido que Brigitte Vasallo (2022) atribui ao conceito de mulher-de-verdade®, ou seja, mulher marca-registrada, para designar a representação da mulher criada pela modernidade/colonialidade. Essa criação, como nos alerta María Lugones (2014), aconteceu concomitantemente à designação das fêmeas colonizadas enquanto seres animalizados e bestializados. Desse modo, a mulher-por-excelência, ou a mulher-de-verdade®, representa a posição ocupada por mulheres cisgêneras, brancas, heterossexuais, mães e esposas dos países colonizadores.

²⁰ Utilizo esse termo para fazer menção ao lugar do Outro tal como conceituado por Gayatri Spivak (2010).

binária, a mulher colonizadora seria a outra do homem colonizador, ao passo que o macho colonizado, que permanece na sub-humanidade, seria o outro do colonizador e a fêmea colonizada seria a outra da outra²¹.

Lugones (2014) explica que a produção da fêmea colonizada se dá em oposição à mulher (mulher-por-excelência, mulher-de-verdade®). Essa operação, que segue sendo atualizada, reitera a colonialidade do gênero, banhada em contradições. Ao mesmo tempo que a fêmea colonizada não possui condições de ser alçada ao patamar de legitimidade da humanidade, não podendo ocupar o lugar de mulher por excelência, o ideal hegemônico de “mulheridade” ou de feminilidade que vigora sobre ela permanece sendo o ideal da mulher-por-excelência. Assim, a *outridade*, bem como as violências coloniais de gênero, segue sendo reproduzida e atualizada. No campo dos direitos, as contradições e as reproduções de colonialidade de gênero também acontecem. Como exposto anteriormente, o estandarte dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos corresponde às demandas das mulheres-por-excelência, encabeçadas pelas mulheres brancas e de classe média do norte global, a partir de seu contexto cisgênero, heterossexual, monogâmico e familiar (OYEWÙMÍ, 2020). Desse modo, torna-se nítido como o uso dos direitos-sexuais-e-reprodutivos pelo próprio movimento feminista hegemônico encontra coerência, dado que, para suas reivindicações, sexo e reprodução se encontram imediatamente articulados pela normativa heterossexual, cisgênera, monogâmica e familiar.

O clássico discurso de Sojourner Truth (1851), em que a abolicionista e ativista afro-americana questiona “eu não sou uma mulher?”, demonstra os limites das reivindicações das mulheres-por-excelência. Na mesma direção estão os apontamentos do Manifesto do Coletivo Combahee River (1977), uma organização feminista negra e lésbica ativa em Boston na década de 1970. Nesse sentido, vale lembrar que a não-heterossexualidade também ocupa o espectro da *outridade* para a heterossexualidade. Trazendo para a atualidade, é preciso considerar de forma interseccional e decolonial as demandas por direitos sexuais e por direitos reprodutivos, na medida que o direito à maternidade, por exemplo, é reivindicado pelas mães das favelas, que se organizam em importantes organizações sociais contra o genocídio da juventude negra e periférica e contra as políticas carcerárias. Quebrar o constructo monolítico “mulher” das políticas públicas reflete a necessidade de compreender as demandas sexuais e reprodutivas de mulheres negras, de povos originários, de pessoas transvestigêneres e não-binárias, entre tantas outras. Mas, além de ecoar as diversas demandas, se faz necessário também compreender como

²¹ Essa denominação é reconhecidamente utilizada pela artista portuguesa Grada Kilomba (2019) ao se referir à construção das mulheres negras como outro do outro.

o imperativo da mulheridade por excelência reproduz violência colonial de gênero e obstaculiza a garantia efetiva dos direitos sexuais.

No intento de descortinar a construção da mulher como um imperativo supostamente universal e naturalizado, as contribuições de Oyèrónké Oyewùmí (2021) nos alertam para a invenção das mulheres pelo ocidente e sua imposição como categoria a sociedades colonizadas. A partir do processo de colonização imperialista europeu sobre os povos iorubá, a autora analisa e explicita como a categoria mulher fora criada e utilizada para fazer uma leitura da organização iorubá que terminou por incorporar o sistema sexo-gênero branco e europeu nessas sociedades. A partir desse processo epistemicida, assim caracterizado porque visa ao aniquilamento de uma cosmocepção e sua lógica própria de representação da realidade e das relações sociais, o saber hegemônico eurocentrado alega, de maneira tautológica, que as diferenças sexuais hierarquizadas aos moldes eurocêtricos se dão em caráter universal. Ou seja, a partir da imposição de uma lente eurocentrada para a leitura das sociedades subjugadas, intenta-se apagar a multiplicidade de representações humanas para as relações sociais e suas dinâmicas.

Oyewùmí (2021), com o seu trabalho fundamental aos estudos de gênero, recoloca a questão do sistema sexo-gênero, evidenciando os processos sociais e geopolíticos que criaram, em primeiro lugar, as hierarquias binárias ocidentalizadas. De acordo com a autora, o próprio sexo, designado pelas teorias sociais eurocentradas como a base biológica sobre a qual se construiria o gênero, corresponderia, na verdade, precisamente à narrativa e à política de gênero ocidentalizada, que organiza as relações de poder a partir das diferenças anatômicas entre as pessoas. Dessa forma, quando falamos em sistema sexo-gênero, a partir da ótica da colonialidade de gênero, estamos nos referindo ao enquadre ocidentalizado que organiza e hierarquiza as relações de poder de maneira binária a partir das diferenças anatômicas, criando assim homens e mulheres com suas respectivas funções sociais, sob a alegação que tais funções seriam determinadas pela natureza, e, portanto, universais. A colonialidade de gênero, desta feita, corresponde à denúncia da imposição ocidental do sistema sexo-gênero, tal como o conhecemos, na modernidade/colonialidade. A operação de descortinar as opressões de gênero pela ótica da colonialidade requer, por sua vez, o uso do

(...) sistema moderno colonial de gênero como uma lente através da qual aprofundar a teorização da lógica opressiva da modernidade colonial, seu uso de dicotomias hierárquicas e de lógica categorial. Quero enfatizar que a lógica categorial dicotômica e hierárquica é central para o pensamento capitalista e colonial moderno sobre raça, gênero e sexualidade (LUGONES, 2014, p. 935).

O uso da lente da colonialidade de gênero como artifício metodológico para analisar as opressões de maneira interseccional consiste, fundamentalmente, em uma aposta para fazer

evidenciar a complexidade das articulações entre raça, classe, gênero, sexualidade, capacidade e território nas relações de poder no sul global. Essa aposta carrega consigo a denúncia de que as teorias, leituras e propostas ocidentalizadas não darão conta de resolver os problemas deixados e reiterados pela colonialidade. Nas célebres palavras de Audre Lorde, “as ferramentas do mestre nunca irão dismantelar a casa do mestre” (1979). Contudo, é preciso antes esquadrihar como funcionam as ferramentas hegemônicas, presentes inclusive nos movimentos de transformação social, dado que elas se encontram profundamente entranhadas no sul global pela colonialidade que nos constitui.

1.5 Direitos, saúde e sexualidade: construindo o problema de pesquisa.

Na tentativa de investigar a problemática da saúde sexual fugindo dos reducionismos simplistas, que, possivelmente, se encontram entre as razões para a reiterada desassistência nesse campo, é necessário traçar a articulação entre os direitos, a saúde e a sexualidade. Para que se pense em direitos sexuais radicalmente em articulação com a saúde a partir de uma perspectiva decolonial, é preciso que seja feito o exercício de borrar fronteiras. Para dizer sobre saúde sexual, ou saúde sexual das mulheres e pessoas de gênero e sexualidade dissidentes, deve-se pensar para além dos limites da “mulher”, ou melhor, rastrear como se formam essas delimitações que adoecem e subalternizam. É preciso reposicionar o lugar da reprodução e da não reprodução, buscando outras articulações que ultrapassem a cisão binária e burguesa proposta pelo feminismo hegemônico ao desarticular sexo e gravidez. É necessário chamar para esta cena uma profunda reflexão sobre a *cis-hetero-mononormatividade* e a instituição família, tão caras ao pensamento liberal e ao neoconservadorismo, e precisamente por isso, cruciais de serem esquadrihadas.

A partir desses pressupostos teóricos, o objetivo deste trabalho de pesquisa de mestrado foi o de investigar os enunciados de saúde sexual que emergem das políticas públicas e das concepções de profissionais da atenção básica em saúde, a fim de analisar como se organizam os discursos que reiteram a colonialidade de gênero, ou seja, como são constantemente recriadas as categorias hierárquicas e de que maneira elas se articulam para a manutenção das opressões. O campo da saúde representa um palco historicamente importante para a reiteração científica do sistema moderno/colonial de gênero, e, por isso, corresponde a uma arena estratégica para investigar a articulação e os efeitos do sistema sexo-gênero. Ademais, articulando teoria e prática de forma sinérgica, como pedem a interseccionalidade e a decolonialidade, o campo da

saúde consiste, também, em uma relevante esfera de luta política por direitos com vistas ao enfrentamento das violências coloniais de gênero.

A escolha por investigar os enunciados de saúde sexual parte da constatação que os construtos sexualidade, saúde sexual e direitos sexuais no campo da saúde carregam significados muito diversos e frequentemente esvaziados de sentido político ou cristalizados sob a retórica de naturalização dos direitos-sexuais-e-reprodutivos. Desse modo, optei por buscar compreender o que emerge no sentido dado a esses construtos nas políticas e nas práticas em saúde. Com essa estratégia, procurei desvelar de que maneira surgem a mulher, a reprodução, as dissidências de gênero e sexualidade e a própria sexualidade na retórica colonial/moderna da saúde sexual. Nesse sentido, sob um certo distanciamento e em uma perspectiva mais ampla, posso afirmar que o objeto tomado para investigação é a própria modernidade/colonialidade e suas operações no campo da saúde pública e dos direitos sexuais.

2 TRAÇANDO CONTRA-ROTAS: NOTAS METODOLÓGICAS SOBRE O CAMINHO DE PESQUISA.

Metodologia, teoria, análise e práxis não se separam no fazer decolonial. Borrarr essas fronteiras e intencionar a feitura de um trabalho sinérgico entre esses elementos corresponde a uma das ferramentas no esforço decolonial em pesquisa, a partir do qual me arrisco a atravessar o método com a teoria e vice-versa. Assim, ao dedicar algumas páginas à reflexão sobre o caminhar metodológico, almejo situar a metodologia como um problema próprio do esforço decolonial, e não apenas como uma caixa de ferramentas supostamente asséptica. Chamo aqui de esforço, pois como articulam Tereza Dulci e Mariana Malheiros:

Pensar metodologias decoloniais é reconhecer que “*Toda metodología de la investigación es colonizante. Todo investigador es colonizador. La investigación fue asumida en/desde Abya Yala como un proceso deshumanizante, un conjunto de acciones colonizantes que causaron dolor y sufrimiento*” (Ocaña; Lopez & Conedo, 2018, p.174). É colonizante porque as propostas quantitativas e qualitativas de investigação, que emergem do eurocentrismo, apontam o(a) outro(a) como um objeto a ser estudado, e entendido, negando as possibilidades do(a) outro(a) ser e contribuir com esse processo (DULCI & MALHEIROS, 2021, p. 183).

A decolonialidade em pesquisa é, portanto, compreendida em termos de um esforço ético, epistêmico, metodológico e estético. Com isso, não se trata de dizer que estaríamos diante de uma tarefa fadada ao fracasso. Na verdade, encarar o fazer investigativo como esforço provoca uma mudança de perspectiva que desloca a razão cartesiana e a linearidade temporal do saber ocidentalizado, abrindo brechas para a indagação profunda sobre o que se faz com o saber produzido e como se faz o saber acadêmico. Nesse processo, há convite e espaço para que a pesquisadora se veja e se coloque como instrumento no quadro diagramado da pesquisa. A ansiedade de totalização sobre um campo, um enfoque ou um problema de pesquisa é posta de lado, buscando abdicar da arrogância acadêmica aprioristicamente assumida e abrir espaço para ver o mundo com lentes mais condizentes com um projeto decolonial. A partir de um compromisso decolonial radical, abrem-se brechas para repensar o modo de produção de conhecimento na estrutura acadêmica, com suas violentas dinâmicas e seu perverso regime capitalista de produtividade que permeiam o fazer científico.

A ruptura com a tirania da razão ocidentalizada só acontece quando se considera, na produção de saber, a presença da subjetividade que se afeta. Contudo, fazer emergir a subjetividade nos trabalhos de pesquisa não é suficiente para decolonizar o conhecimento. Isso se deve pelo fato de que a colonialidade, enquanto continuidade das dinâmicas de poder forjadas na colonização imperialista, informa e conforma as subjetividades. A colonialidade do ser, como uma das dimensões da colonialidade, denuncia que a dominação colonial atua sobre a

constituição da própria experiência subjetiva (MALDONADO-TORRES, 2008). Todo o aparato fantasmagórico da modernidade, do desenvolvimento, da civilização e dos papéis de gênero, tomado como hipostasia universal, informa de maneira visceral as subjetividades e o modo de estabelecer relações consigo e com o mundo. Ou seja, *sentipensar* o fazer investigativo é uma tarefa ainda mais arduosa do que apenas evocar os afetos. É preciso se questionar sobre o que fazer com eles, ou melhor, o que eles dizem sobre a relação com a colonialidade. Desse modo, as operações que buscam decolonizar a produção de conhecimento, buscam, em última instância, decolonizar a própria existência.

Produzir um saber radicado na América Latina, sobre suas próprias práticas epistemológicas, é um desafio necessário ao giro decolonial, e coloca-se no lugar de uma tentativa ou esforço, na medida em que a subjetividade colonizada que produz conhecimento precisa frequentemente rever seu próprio processo de forja. Essa autorrevisão crítica é ainda mais necessária quando se acumulam acessos a privilégios e há maior aproximação com as elites locais, que tentam com ainda mais afinco se parecer com o colonizador. As universidades, hegemonicamente, empreendem o projeto universalista e segmentário do conhecimento, reproduzindo a proposta ocidentalizada e epistemicida de que só haja um tipo de saber válido (GROSGOUEL, 2016). Mundialmente, cria-se um sistema global de garantia de verdades produzidas à imagem e semelhança do saber nortecentrado, em uma verdadeira economia política do conhecimento (CUSICANQUI, 2010 citada por CURIEL, 2013).

Quando a teórica indiana Gayatri Spivak (2010), em seu clássico texto *Pode o subalterno falar?*, discute a possibilidade de enunciação e compreensão do discurso da subalternidade, ela faz emergir uma importante dinâmica da lógica de representação do Outro colonizado na produção de conhecimento. A autora situa o entre-lugar na geopolítica do poder, ou seja, o lugar que os grupos nativos dominantes regionais e locais ocupam. Esses grupos, chamados de elite intermediária, são responsáveis por traduzir a representação da subalternidade colonizada para o norte global nos termos estabelecidos pelos colonizadores. Ou seja, é um grupo social teoricamente representativo das sociedades colonizadas subalternas, mas que, no seu exercício de tradução – que é uma traição aos enunciados subalternos – impossibilita, por excelência e por sua própria característica, que a subalternidade possa falar e ser compreendida em seus próprios termos. Trata-se de uma representação sobre a subalternidade feita a partir do entre-lugar, e é precisamente essa a dinâmica que percebemos como hegemônica no contexto acadêmico.

Caminhando na direção acenada pela autora, podemos conjecturar que a academia, bem como, os espaços que a denominam, a saber, as universidades, enquanto instituição produtora

de discursos, opera por meio de um registro análogo ao entre-lugar ao acessar a linguagem ocidentalizada para produzir conhecimento. Logo, torna-se necessário compreender o entre-lugar enquanto campo de possibilidade de enunciação e de compreensão na economia política do conhecimento. As condições de enunciação e compreensão da academia, por sua vez, se encontram ainda pautadas nos regimes e limites de inteligibilidade nortecentrados. Ou seja, ainda que produzamos desde a América Latina, é esperado que o façamos em termos, métodos, linguagens, teorias e normas do saber colonizador a partir do entre-lugar. No desafio decolonial, se faz necessário compreender as dinâmicas de tradução/traição operadas pelo entre-lugar e trabalhar levando-as em consideração. O curioso é que, paradoxalmente, usamos o mesmo aparato investigativo ocidentalizado para fazer essa crítica em um gesto de desobediência epistêmica.

Neste sentido, aprender a representar a nós mesmas enquanto produtoras de conhecimento na complexa dinâmica da colonialidade pede que examinemos com cautela, em primeiro lugar, a colonialidade que nos habita, topando o empreendimento da desconstrução de si para descolonizar o próprio olhar analítico. Não se trata, contudo, de propor um retorno ingênuo à pré-colonização, algo ainda mais descabido para pesquisadoras que se aproximam em maior medida das elites nativas ou intermediárias. Trata-se, de fato, de fazer algo a respeito e operar a partir dessa exata “lama”, recusando um pretense sujeito liberatório nos moldes civilizados do colonizador, como se fosse possível uma ruptura completa ou a total assepsia da colonialidade no nível subjetivo. A antropóloga paquistanesa Saba Mahmood (2006) tece importantes reflexões nesse sentido, ao conceituar a agência como movimento de resistência e de existência a partir da própria subjetividade informada pela norma opressiva, e nunca fora dela.

A partir do exposto, é potente e pertinente recuperamos a imagem da encruzilhada presente nas culturas afrodiaspóricas, exímias em agenciar resistência e existência a partir da “lama” colonial. O fazemos em um gesto de identificação dos arsenais teórico-práticos efetivamente capazes de contribuir com a crítica à colonialidade, em consonância com o aceno feito por Ochy Curiel (2020) para decolonizar a pesquisa. Ancorado em uma complexidade não-ocidental, esse arsenal permite e convida as contradições para também comporem a leitura do mundo, na medida em que a noção de encruzilhada evoca um campo de batalha simbólico

no qual não vigora apenas uma única lógica. Nas palavras de Luiz Rufino, um projeto político de encruzilhada²² é tecido:

como uma tática de guerrilha do conhecimento. Essa estratégia de luta tem como principal meta atacar a supremacia das razões brancas e denunciar seus privilégios, fragilidades e apresentar outros caminhos a partir de referenciais subalternos e do *cruzo* desses com os historicamente dominantes (RUFINO, 2019, p. 10).

A noção de encruzilhada pode ser aproximada do que Maria Lugones (2014) chamou de *lócus* fraturado da diferença colonial, a fratura exposta da violência colonial. Em outras palavras, podemos dizer que resta no *lócus* fraturado a encruzilhada, e é a partir dela que se torna possível produzir saberes decoloniais. Não se pode defender a continuidade da devastação monológica empreendida pela colonialidade, que pretende perpetuar a narrativa ocidental como universal e única. Entretanto, não se pleiteia um retorno ingênuo ao que havia antes da colonização. Aposta-se, complexamente, na construção de algo a partir desse “barro” fértil a novas coproduções, na direção da ruptura das violências coloniais. Algo há de ser produzido a partir desse barro, pois “(...) a encruzilhada é o lugar onde se engole de um jeito para cuspir de maneira transformada” (RUFINO, 2019, p. 69).

Se reconhecer em encruzilhada no trabalho acadêmico e enquanto pesquisadora, leva à recusa da ingenuidade de não se considerar a colonialidade do ser na própria sujeita que pesquisa e em seu olhar investigativo. Em um movimento não linear, uma “ginga investigativa”, talvez seja possível produzir conhecimento a partir desse local paradoxal, instável e complexo, uma vez que não é possível habitar outro lugar. Trata-se de olhar em volta e produzir sobre a própria lama que nos constitui, mas que sempre deixa brechas. Assim, o *lócus* fraturado, ou a “ferida colonial”, nas palavras de Lugones (2014), permanece aberto. A colonização como movimento totalizador não logrou sucesso e o pluriverso resiste, pois, a diferença é contraditoriamente necessária para a afirmação da norma. A partir dessa diferença, em meio à lama, é possível produzir sem recorrer à tentativa de limpeza das contradições. Essa é a prática de encruzilhada feita na trincheira do conhecimento, e que só pode ser executada por uma metodologia incorporada.

²² A noção de encruzilhada se encontra ancorada no simbolismo evocado por Exu, presente nas cosmopercepções afrodiaspóricas, que floresceram no Brasil. O arcabouço simbólico que emerge dessa cosmopercepção rompe, epistemicamente, com as noções de linearidade, limpeza e neutralidade, uma vez que acolhe as contradições e atua por uma racionalidade incorporada radicalmente diferente da lógica cartesiana e iluminista, fundada sobre epistemicídios. O uso de categorias contra-coloniais como fundamento do fazer investigativo corresponde ao esforço para empreender o giro decolonial na intenção de romper com a colonialidade do saber, como adverte Ochy Curiel (2020).

2.1 Antropologia da dominação: uma metodologia de encruzilhada.

A relação entre quem pesquisa e quem é pesquisada certamente ocupa um lugar central de discussão na tentativa de decolonizar o trabalho de pesquisa. Nesse sentido, Tereza Dulci e Mariana Malheiros (2021) apontam para a interculturalidade como um horizonte possível e desejável em pesquisa. Isso significa que, ao reconhecer que a prática investigativa se assenta sobre a lógica colonial de dominação – conhecer para controlar e controlar para dominar –, é preciso rever a maneira pela qual são elaborados os objetivos nas pesquisas decoloniais. Com o compromisso decolonial radical de produzir saber sobre a realidade de outras pessoas, o objetivo do que se investiga deve partir necessariamente dessas pessoas que resistem às opressões. As subalternidades pesquisadas seriam, portanto, as únicas capazes de expor sua própria realidade e suas necessidades, em um formato investigativo nomeado como antropologia por demanda. Assim, a capacidade de corresponder às representações culturais das pessoas pesquisadas funcionaria como crivo para uma pesquisa que se propõe comprometida com a decolonialidade.

Esses apontamentos, expostos aqui de maneira resumida, iluminam as possibilidades de uma metodologia decolonial, mas há ainda outros caminhos a serem explorados para além da relação pesquisadora-pesquisada. Realizar o giro decolonial envolve inverter o tabuleiro do jogo geopolítico. Esse tabuleiro, o sistema/mundo colonial/moderno (WALLERSTEIN, 1974), pressupõe a criação de um centro geopolítico concomitantemente à criação da periferia do mundo. Para esse sistema/mundo colonial/moderno, é como se houvesse línguas eurocentradas e dialetos na periferia; o modo civilizado de viver nortecentrado e os costumes no terceiro mundo; um saber verdadeiro no mundo ocidental e crenças populares nas províncias colonizadas. Assim, realizar o giro decolonial, ou seja, inverter o tabuleiro, passa pela imposição de provincializar o centro desde a periferia (BOZZANO, 2019), ou seja, identificar o artifício que desqualifica saberes não ocidentalizados e, a partir disso, reconhecer a narrativa nortecentrada como apenas uma (violenta) versão da história.

Nesse sentido, a antropologia da dominação articulada pela antropóloga dominicana Ochy Curiel (2013) emerge como mais uma tentativa de decolonizar a pesquisa e a antropologia. Para ela, é preciso ir a fundo no reconhecimento de que qualquer estratégia metodológica que pressuponha a *outridade*, reproduz a colonialidade em seu cerne epistêmico. Afinal, o próprio exercício acadêmico é um exercício de colonialidade do saber e do ser. Não é suficiente, portanto, encarar a *outridade* como si mesma, ou semelhante, sob a justificativa de que são compartilhadas algumas marcas de subordinação. Não basta, por conseguinte,

reconhecer-se enquanto a outra latino-americana na economia política do conhecimento e utilizar metodologias participativas para decolonizar a pesquisa. Esse reconhecimento é absolutamente necessário e, além disso, decolonizar a pesquisa é posto no lugar de um esforço, de modo que diferentes caminhos possíveis coexistem na brilhante e extensa produção situada latino-americana. Pretendo, com efeito, chamar a atenção para o fato de que a produção acadêmica nas universidades ocidentalizadas já nos lança ao entre-lugar, capaz de fabricar uma autoridade discursiva específica submetida aos regimes de inteligibilidade nortecentrados.

Em outros termos, a crítica de Curiel (2013) à antropologia, extensiva aos métodos investigativos nas ciências sociais, busca trazer ao centro um debate honesto sobre a situacionalidade em pesquisa. Com isso, a vivência branca, *sudestina*, acadêmica e de classe média é trazida à baila não como mero obstáculo para o acesso à *outridade*. Se assim o fosse, poderíamos pressupor que a vivência não heterossexual seria capaz, por si só, de produzir um saber fora do registro da colonialidade da (hetero)sexualidade, o que não condiz com a realidade. As marcas da dominação sofridas pela pesquisadora produzem, sem dúvida, um olhar específico para a realidade. Mas não são, por si só, capazes de produzir um saber cabal sobre a experiência. Aliás, como nos recorda Joan Scott (1999), a experiência em pesquisa nunca deve se reduzir à substância em si capaz de atestar, como prova, a realidade. A experiência, de fato, oferece vestígios para se entender quais são as condições de possibilidade para a existência daquilo que se enuncia e se percebe enquanto sujeita da experiência vivida. Contudo, logo no início de seu texto, Joan Scott adverte para o risco em se considerar a experiência como auto evidente e destaca:

Quando a experiência é considerada como a origem do conhecimento, a visão do sujeito individual (a pessoa que teve a experiência ou o/a historiador/a que a relata torna-se o alicerce da evidência sobre o qual se ergue a explicação). Questões acerca da natureza construída da experiência, acerca de como os sujeitos são, desde o início, construídos de maneiras diferentes, acerca de como a visão de um sujeito é estruturada - acerca da linguagem (ou discurso) e história - são postas de lado. A evidência da experiência, então, torna-se evidência do fato da diferença, ao invés de uma maneira de explorar como se estabelece a diferença, como ela opera, como e de que forma ela constitui sujeitos que veem e agem no mundo (SCOTT, 1999, p. 4).

Este é um campo aberto e em disputa, e é importante que assim permaneça para que seja possível a pluriversalidade do conhecimento. Entretanto, as colocações de Ochy Curiel (2013) provocam um exercício de autorrevisão crítica em pesquisa totalmente profícuo. Nessa encruzilhada, ela aponta um caminho possível, qual seja, a antropologia da dominação, que “*consiste en develar las formas, maneras, estrategias, discursos que van definiendo a ciertos grupos sociales como “otros” y “otras” desde lugares de poder y dominación*” (CURIEL, 2013, p. 29). Essa estratégia investigativa consiste em colocar sob análise exatamente os

esquemas que produzem exclusões, subordinações e opressões a partir da violência colonial, ou seja, consiste em “fazer uma etnografia do Norte e do Norte que existe no Sul” (CURIEL, 2020, p. 153). Assim, Ochy Curiel (2013) propõe um caminho no qual o próprio exercício de produção da violência colonial é tomado como objeto, subvertendo a origem eurocêntrica da antropologia que se funda sobre a cisão entre o “eu civilizado” e “o outro bestial”.

Na esteira da crítica à antropologia, se encontra também a antropologia da modernidade, na qual Curiel se inspira. A antropologia da modernidade é conceituada pelo antropólogo colombiano Arturo Escobar (1996) como “*una investigación general acerca de la modernidad occidental como fenómeno cultural e histórico específico*” (p. 32). Nesse sentido, tomam-se os produtos do ocidente como exóticos e como objetos para investigá-los como são: construções historicamente fabricadas.

Necesitamos antropologizar a Occidente: mostrar lo exótico de su construcción de la realidad; poner énfasis en aquellos ámbitos tomados más comúnmente como universales (esto incluye a la epistemología y la economía); hacerlos ver tan peculiares historicamente como sea posible; mostrar cómo sus pretensiones de verdad están ligadas a prácticas sociales y por tanto se han convertido en fuerzas efectivas dentro del mundo social (RABINOW, 1986, p. 241 citado por ESCOBAR, 1996, p. 32).

Colocando de maneira metafórica²³, as metodologias e referências eurocêntricas são como molduras para enquadrar a investigação social. Essas molduras carregam conceitos que organizam o quadro em termos estruturantes coloniais/modernos. Ainda que haja um esforço para a leitura do contexto social latino-americano desde seu próprio território, o uso dessa moldura ainda se faz frequentemente presente, reproduzindo a colonialidade do saber. O exercício da antropologia da modernidade e da antropologia da dominação consiste em afastar a perspectiva e reconhecer a presença e os efeitos da própria moldura no processo de construção do conhecimento. Não o fazer, inclusive, é o que sustenta o delírio eurocêntrico da neutralidade. Com esse esforço de mudança de perspectiva, torna-se possível tomar como objeto de estudo a própria moldura, a história de sua construção e sua relação com as dinâmicas sociais. De um olhar decolonial, interessa especialmente investigar como a utilização da moldura ocidental para ler os fenômenos sociais reproduz violências, exclusões e opressões.

A partir da consciência de se saber no entre-lugar acadêmico e da necessidade do diálogo honesto com os privilégios acessados, podemos então nos questionar: o que é possível fazer no

²³ Essa metáfora faz menção às proposições de Oyèrónké Oyewùmí ao problematizar o enquadre ocidental para pesquisar os povos iorubá, utilizado inclusive por pensadores africanos. Em sua obra *A invenção das mulheres* (1997/2021), Oyewùmí denuncia que a utilização desse enquadre produziu gênero nas representações da cultura iorubá desde uma perspectiva ocidental que não correspondia à organização daquela sociedade. Ao evidenciar esse processo de construção do gênero e da própria mulher na cultura iorubá pela utilização da moldura ocidental, a autora denuncia e coloca sob análise o funcionamento da própria moldura.

entre-lugar? Ou ainda, como produzir saberes comprometidos com a tarefa decolonial a partir do entre-lugar? Não há uma resposta pronta ou uma possibilidade única, afinal a prática acadêmica decolonial é um fazer-tentativa por excelência. A partir das reflexões tecidas, a aposta aqui feita é a do uso da antropologia da dominação como método investigativo de circulação pela encruzilhada, uma vez que permite enxergar a violência colonial a partir do *locus* fraturado. Percebendo-me no entre-lugar, é possível investigar e tomar como objeto a própria modernidade em suas operações de violência colonial, a partir de uma mirada que não pretende limpar, para fins ético-estéticos, as contradições que emergem da encruzilhada.

2.2 As estratégias da pesquisa.

Ao olhar para um campo já tão escrutinado pela modernidade, a forma como a modernidade encara esse campo torna-se o próprio “barro fértil” da pesquisa. O que se revela como (re)produção da colonialidade no campo dos direitos sexuais em saúde? O que revelam os discursos que emergem desse campo sobre o olhar moderno/colonial para a saúde sexual? É possível encontrar pistas para a efetiva garantia de direitos, ao investigar como esses direitos estão sendo construídos na prática? E de que maneiras a antropologia da dominação nos permite tomar como objeto a própria construção colonial/moderna das práticas e políticas em saúde, em sua complexa articulação com a economia política dos direitos humanos? Essas questões nos remetem à aposta de que o entre-lugar não funciona apenas como um alerta para os limites da produção acadêmica, mas também e sobretudo, como possibilidade para buscar compreender as contradições que emergem da ferida colonial. Neste sentido, pensando o campo desta pesquisa em termos históricos, sociais e políticos que reverberam nos processos de produção de subjetividades, os relatos das interlocutoras apresentam-se como objeto possível e legítimo para uma investigação em psicologia social que se proponha a uma postura crítica, não somente no intuito da escuta apurada, mas, sobretudo, no diálogo e na coprodução do conhecimento científico.

Vale destacar também que a aproximação com essa temática não se dá de forma despretensiosa e isenta. Habitamos a norma e somos por ela marcadas. A heterossexualidade, como regime político, atravessou compulsoriamente a existência, tanto de quem pesquisa quanto de quem é pesquisada, com seu arsenal de dispositivos de saber-poder usados para conformar e forjar um funcionamento sexual alinhado à normativa colonial/moderna, que se traduz na instituição família. Nesse atravessamento, vivenciado também por mim, feridas foram

abertas levando a perceber os modos de funcionamento dos regimes de opressão de gênero e sexualidade. Sabemos, acerca do gênero e da subjetividade, que:

a complexidade da categoria analítica gênero é fundamental à compreensão dos processos de produção das subjetividades, que não podem ser reduzidas a identidades sexuadas estabilizadas no que se convencionou chamar homens e mulheres, masculino e feminino. As subjetividades são complexas, singulares, heterogêneas e se constituem a partir de diversas marcações da diferença que excedem à diferença sexual. Há, portanto, que se desnaturalizar e problematizar tais categorias, o que não implica negar a existência de homens e de mulheres enquanto sujeitos empíricos concretos (NARVAZ, 2010, pp. 180-181).

Por já habitar a norma, a conheço bem para enxergar, instrumentalizada pelo olhar investigativo, algumas de suas arapucas. Em um gesto de escolha existencial e política, a saída da heteronormatividade e da mononormatividade fornece uma ótica que enxerga mais de um mundo. Dito de outro modo, é possível enxergar aquilo que a norma propõe como natural, imposto a nós, e algumas possibilidades para além dela. Em suma, as feridas vivenciadas na própria sexualidade permitem, na encruzilhada, que se produza algo a partir disso. Com o olhar investigativo, munido da experiência, me interessa compreender as condições de possibilidade para que as violências coloniais aconteçam.

Desse modo, tracei como objetivo de pesquisa investigar os enunciados de saúde sexual que emergem das políticas públicas em saúde e das concepções de profissionais da atenção básica, a fim de analisar como se organizam os discursos que reiteram a colonialidade de gênero, ou seja, como são constantemente recriadas as categorias hierárquicas e de que maneira elas se articulam para a manutenção das opressões. Para percorrer esse objetivo, o especifiquei entre as tarefas de analisar os enunciados de saúde sexual que compõem os textos das políticas públicas em saúde e os enunciados que emergem das concepções de profissionais da atenção básica acerca de suas práticas no cotidiano de trabalho em unidade básica de saúde. Sintetizando, objetivei compreender de que modo a saúde sexual atua como dispositivo na articulação entre sexualidade, saúde e direitos na modernidade/colonialidade.

Partindo da perspectiva qualitativa nas ciências sociais, que se situa, historicamente, em um movimento de questionamento dos pressupostos positivistas para a produção de saber, sobretudo no que tange à neutralidade teórica e epistêmica (GONZÁLES REY, 2010), tracei o caminho de uma pesquisa comprometida com o feminismo decolonial enquanto práxis. Situada, também, no campo da psicologia social crítica, adoto um ponto de vista que considera os processos subjetivos e coletivos, que se encontram indissociados, como construídos por

(in)formações sociais e culturais. Não obstante, partindo de uma opção decolonial²⁴ que propõe a ruptura das fronteiras do conhecimento, transito entre diferentes áreas e autorias do pensamento social crítico. Nesse tráfego, a estratégia de pesquisa que utilizo para articular todos os elementos evocados para essa pesquisa consiste na bricolagem, um trabalho interpretativo de cunho fundamentalmente político, calcado em um arcabouço teórico-prático para a leitura da realidade, que, neste percurso, corresponde ao feminismo decolonial. Desta feita, este trabalho se aproxima de

(...) uma *bricolage* complexa (que lembra uma colcha), uma colagem ou uma montagem reflexiva — um conjunto de imagens e de representações mutáveis, interligadas. Essa estrutura interpretativa é como uma colcha, um texto de performance, uma seqüência de representações que ligam as partes ao todo (DENZIN & LINCOLN, 2006, p. 20).

2.2.1 O percurso no campo de investigação.

Para costurar a colcha de retalhos desta pesquisa, circulei por textos, grupos e unidades básicas de saúde. Com o mapa de pesquisa em mãos, persegui o que procurava, mas, percorri por onde o próprio campo apontava, dentro dos limites das possibilidades de pesquisa. A organização do mapa para circular nesse campo envolveu a submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora²⁵, de acordo com os princípios estabelecidos pela Resolução 466/12 e pela Norma Operacional N°001/2013 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Nesta etapa, o roteiro de entrevista, que se encontra anexo ao final do trabalho, foi construído e revisado.

O contato com a primeira unidade básica de saúde, localizada em um bairro periférico de Juiz de Fora²⁶, se deu viabilizado por um canal de comunicação previamente aberto pelo Núcleo Pesquisas e Práticas em Psicologia Social, Políticas Públicas e Saúde (PPS), coordenado pela professora orientadora desta pesquisa. Essa unidade possui expressiva atuação, dado que realiza a cobertura de uma ampla área pela estratégia de saúde da família, sendo selecionada, durante a pandemia de Covid-19, como um dos polos de referência para a vacinação no município. Minha inserção no campo se deu logo após a ampla vacinação da terceira dose contra

²⁴ A opção decolonial é sinalizada por Ochy Curiel (2017) como uma postura epistemológica, ética e política assumida para realizar a leitura de problemáticas construídas acerca do mundo pós-colonização, a partir de uma perspectiva situada geopoliticamente.

²⁵ A presente pesquisa obteve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Universidade Federal de Juiz de Fora, cujo número de identificação do Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) é 48302821.8.0000.5147, para o parecer 4.995.191.

²⁶ A utilização do nome do município foi abalizada pela Secretaria Municipal de Saúde, órgão responsável por autorizar a execução da pesquisa.

o coronavírus, o que possibilitou o contato presencial com as profissionais²⁷, mas também apresentou uma realidade de retomada das funções de prevenção e promoção de saúde na atenção básica, além de um quadro profissional bastante desgastado com a sobrecarga de trabalho gerada pelo enfrentamento da pandemia. Sendo assim, para além das recomendações éticas de proteção da saúde e de confidencialidade dos dados, adotei uma postura ética de compreensão e escuta do momento vivenciado pelas profissionais.

Ao realizar os primeiros contatos em caráter exploratório, fui informada da realização de grupos de Direitos Sexuais e Reprodutivos periodicamente na unidade, os quais foram identificados como o principal contexto em que a temática da saúde sexual era trabalhada no serviço. Os grupos consistem em uma iniciativa do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, correspondendo à atividade prática da disciplina que aborda a saúde da mulher. Com a autorização da docente responsável pelos grupos, os incluí em meu trajeto de pesquisa. Sendo assim, acompanhei três grupos de Direitos Sexuais e Reprodutivos, em três unidades de saúde diferentes, e um grupo de Climatério e Menopausa em uma unidade em que já havia participado do primeiro grupo. Realizei, portanto, observações participantes com o consentimento de todas as pessoas presentes nestes grupos. A realização desses grupos não consiste em uma prática protocolar nas unidades básicas de saúde no município, de modo que a iniciativa do Departamento de Enfermagem abrange apenas algumas das unidades.

Acompanhando os grupos, decidi, portanto, realizar as entrevistas individuais com profissionais de saúde em duas unidades da rede municipal que os recebiam, que se localizam em territórios distintos. Uma delas abrange uma área periférica e populosa, atendendo bairros mais empobrecidos. A segunda abrange uma área predominantemente residencial e variada no que diz respeito à classe social, atendendo zonas de classe média e zonas mais empobrecidas. Entrevistei, ao todo, onze profissionais de saúde, distribuídas entre quatro equipes diferentes de estratégia de saúde da família, em duas unidades básicas de saúde. Foram entrevistadas 3 agentes comunitárias de saúde, 3 enfermeiras, 2 técnicas de enfermagem, 2 médicas e 1 médico, abarcando, desse modo, as categorias profissionais obrigatórias de uma equipe de saúde da família. Dentre essas profissionais, todas cisgêneras, 6 são brancas e 5 são negras (pretas ou pardas). O tempo de trabalho das profissionais na unidade de saúde variou de 2 meses a 24

²⁷ Quase a totalidade das interlocutoras dessa pesquisa são mulheres, em consonância com o perfil nacional do quadro profissional atuante no SUS, de acordo com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS).

anos. As entrevistas foram feitas em profundidade, no formato de uma conversa, e tiveram uma configuração semi-estruturada. As profissionais foram convidadas a participar do estudo de acordo com a disponibilidade de horário na unidade para agendar a entrevista. O encerramento das entrevistas acompanhou uma perspectiva crítica do critério de saturação (MINAYO, 2017), a partir do qual identifiquei ter alcançado amplitude e a abrangência das informações já produzidas, permitindo cumprir os objetivos propostos.

É importante ressaltar que não havia a pretensão de traçar o perfil de atendimento em saúde sexual no município, de modo que um pequeno recorte das unidades básicas de saúde seria suficiente para investigar, em profundidade, alguns traços constitutivos da saúde sexual na atenção básica. Contudo, cabe evidenciar que, de acordo com o Plano Diretor da Atenção Primária em Saúde em vigência, o município possui 39 unidades básicas de saúde que contam com equipes da estratégia de saúde da família, distribuídas em doze regiões sanitárias. A estratégia de saúde da família foi implementada entre os anos de 1994 e 1995 no município de Juiz de Fora, sob forte influência da II Conferência Municipal de Saúde e marcada atuação do controle social em saúde, na esteira das políticas de fortalecimento e reorganização da atenção básica (BARRA, 2013). O plano diretor supracitado, contudo, não faz menção a diretrizes relacionadas à saúde sexual, aos direitos sexuais ou aos direitos reprodutivos (PREFEITURA DE JUIZ DE FORA, 2014), o que aponta para a pertinência de investigar a possível lacuna existente entre as políticas em saúde sexual e as práticas em saúde, bem como a desarticulação, de modo geral, entre saúde sexual e os direitos sexuais, entendida, radicalmente, como a desarticulação da compreensão da saúde como direito. Ainda, é válido destacar que o município não conta com a cobertura do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), fato destacado como prejudicial ao trabalho na atenção básica por algumas interlocutoras.

Para além do percurso nas unidades básicas de saúde, transitei também pelas políticas públicas no campo da saúde sexual, que orientam as práticas em saúde e representam a institucionalização de direitos nesse escopo. Trata-se, portanto, de uma etapa de análise documental (CELLARD, 2012), de documentos públicos de domínio aberto. Foram selecionados os documentos Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo (BRASIL, 2005a) e Cadernos de Atenção Básica: saúde sexual e saúde reprodutiva (BRASIL, 2013). Para a análise, a compreensão das políticas públicas ultrapassa a leitura tecnicista de suas prerrogativas, ou seja, uma leitura que entende as políticas unicamente como manuais de formalização de práticas, condutas, técnicas e teorias. A propósito, a produção desses documentos não escapa às dinâmicas de saber-poder e às estratégias de governamentalidade (FOUCAULT, 2006). Trabalhei, portanto, com a dimensão simbólica e

discursiva inerente às políticas públicas, concebidas como dispositivos de biopolítica (FOUCAULT, 1997) do Estado colonial/moderno. Desta feita, investiguei como as formações discursivas presentes nas políticas públicas constroem normas, posições de sujeito e a colonialidade de gênero, observando como as políticas dialogam com a garantia de direitos e com as práticas em saúde.

Por fim, ao longo do trajeto de pesquisa, tramitou pelo Senado Nacional a Lei Nº 14.443, de 2022, sancionada pelo presidente em setembro do mesmo ano, que revisa a Lei do Planejamento Familiar (Lei Nº 9.263, de 1996). A nova lei promove mudanças na idade mínima para realização da esterilização voluntária e dispensa a anuência da parceria conjugal para autorizar o procedimento. Esse fato provocou movimentações e debates no campo dos direitos reprodutivos, frequentemente vinculado aos direitos sexuais. Devido à importância dessa legislação para regulamentar o funcionamento da atenção à saúde sexual, verificada no contato com o campo de pesquisa, incluí no material para análise o debate sobre a nova Lei do Planejamento Familiar no programa *Elas Pautam: Mulheres na Política*, da TV Câmara, exibido no dia 3 de junho de 2022 (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2022). Optei pela inclusão deste debate na pesquisa, uma vez que nele emergem importantes elementos que evidenciam os atravessamentos da participação conservadora em pautas feministas, oferecendo possibilidades analíticas valiosas para este trabalho.

Muitos elementos do trajeto metodológico estão, com efeito, espalhados por todo o texto, acompanhando a compreensão de que teoria e método não se separam na construção do conhecimento. Todavia, após narrar o caminho percorrido e as principais ferramentas de investigação, de maneira sintética, apresento o arquivo analisado nesta pesquisa: (1) transcrições das entrevistas realizadas com profissionais da atenção básica; (2) gravações de áudio e anotações dos grupos de Direitos Sexuais e Reprodutivos e do grupo de Climatério e Menopausa²⁸; (3) diário de campo; (4) textos dos documentos *Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo* (BRASIL, 2005a) e *Cadernos de Atenção Básica: saúde sexual e saúde reprodutiva* (BRASIL, 2013); e (5) transcrição do programa *Elas Pautam: Mulheres na Política*, da TV Câmara, exibido no dia 3 de junho de 2022. Esses são os principais retalhos da colcha costurada pela bricolagem e organizada pela análise nesta pesquisa.

2.3 A análise do discurso e a interseccionalidade como ferramentas de análise decolonial.

²⁸ Os grupos mencionados se encontram representados no Fluxograma 1 a seguir como Grupos de DSR (Direitos Sexuais e Reprodutivos).

Como um último enlace que amarra o caminho metodológico, temos as ferramentas de análise propriamente ditas. Metodologias decoloniais pedem desobediência epistêmica, o que frequentemente acarreta um mosaico de instrumentos e métodos que precisa fazer sentido, além de ser personalizado para dar conta de um campo de pesquisa que é sempre singular na relação com a pesquisadora. Sendo assim, um dos importantes desafios das estratégias decoloniais de investigação e de produção de conhecimento consiste em questionar os silêncios epistemológicos das ciências ocidentais. A opção decolonial, portanto, corresponde a um posicionamento político e epistêmico diante das violências coloniais obnubiladas pela ciência ocidentalizada em um gesto de confronto aos que tomam a falácia da neutralidade como critério para o julgamento de mérito da produção científica.

A proposta de tomar a metodologia decolonial como encruzilhada acompanha a noção de transmodernidade do filósofo argentino Enrique Dussel (2009). Para o autor, a pós-modernidade é uma crítica incompleta à modernidade, pois é feita no registro de inteligibilidade da própria modernidade a partir da retórica do norte global. A transmodernidade, por outro lado, propõe que aquilo que foi e é produzido a partir da modernidade compõe a produção de saber contemporânea, e seria ingênuo simplesmente desconsiderá-la. Desse modo, a “(...) encruzilhada não é aqui reivindicada para negar a presença da modernidade ocidental, mas para desencadeirá-la do seu trono e desnudá-la, evidenciando o fato de que ela é tão parcial e contaminada quanto as outras formas que julga.” (RUFINO, 2019, p. 18). A transmodernidade pauta o fluxo e o “cruzo” da pluralidade epistemológica, levando em consideração a economia política do conhecimento e a necessidade inerente de decolonizar a produção de saber.

Nesse sentido, um dos resgates transmodernos profícuos para a tarefa decolonial é o da genealogia do poder de Michel Foucault. Na esteira desta afirmativa, a filósofa afro-caribenha Yuderkys Espinosa Miñoso discute as possibilidades de um uso decolonial da genealogia do poder como método para “(...) que nos afastemos do presente para observar as condições de possibilidade que nos constituem. Observar esses a priori para problematizá-los e desnaturalizá-los.” (MIÑOSO, 2020, p. 115). De acordo com a autora:

Considerando que o método genealógico coloca em questão os feitos do presente de modo a identificar os interesses e os condicionamentos históricos e culturais que o determinam e a vontade de poder que o produz, ele pode ser eficaz na produção de um pensamento crítico atento a desvendar a economia política da verdade que legitima a rede de significações e práticas do presente (MIÑOSO, 2020, p. 114).

De modo semelhante, a arqueologia do saber como parte do instrumentário foucaultiano, busca escavar um acontecimento na história para expor suas condições de existência: “(...) como apareceu um determinado enunciado, e não outro em seu lugar?” (FOUCAULT, 2008, p. 30).

Dessa forma, tratar os acontecimentos em seu jogo de instâncias, em suas articulações com outros acontecimentos enunciativos e em sua condição de possibilidade embebida nas dinâmicas de poder é a tarefa a que me proponho.

A recusa ao mito de origem, à lógica da continuidade e à limpeza da linha temporal se torna, assim, um pressuposto. Essa recusa da continuidade consiste no trabalho negativo que há de ser realizado antes de tudo (FOUCAULT, 2008). Dessa maneira, interessa a investigação em profundidade para que se faça evidenciar tudo aquilo que pode ser visto e possui efeito de verdade: os acontecimentos e suas condições de possibilidade aqui e agora. Assim, a partir do esforço decolonial, recusar o mito de origem e a lógica da continuidade envolve, também, recusar a naturalização da narrativa cronológica da modernidade, usada como artifício para impor uma história linear de suposto desenvolvimento da civilização (MIGNOLO, 2017). O trabalho negativo se torna uma ferramenta possível para empreender o giro decolonial, ou, dito de outro modo, é necessário provocar o giro decolonial para que o trabalho negativo possa ser feito desde uma perspectiva situada de produção de saber.

A análise do discurso emerge como um instrumento para o exercício da arqueologia do saber e da genealogia do poder desde a perspectiva feminista decolonial, uma vez que seus procedimentos permitem analisar as técnicas, as estratégias, as formas de exercício de poder e a instituição de regimes de verdade que produzem a realidade que enunciam, normalizam as condutas e fabricam sujeitos (PERUCCHI, 2008). A análise do discurso como ferramenta consiste em “compreender o enunciado na estreiteza e singularidade de sua situação” (FOUCAULT, 2008, p. 31) e ao descrever os enunciados que acontecem discursivamente em alguma materialidade, permite identificar qual singular existência é esta, de determinados enunciados, que podem operar como dispositivos de fabricação da realidade. A estratégia foucaultiana é aqui utilizada para contribuir com a instrumentação do uso da interseccionalidade como ferramenta de análise crítica e decolonial. A análise do discurso consiste, portanto, em um instrumento possível que aproxima a arqueologia do saber e a genealogia do poder da interseccionalidade como prática investigativa. Esse maquinário analítico é azeitado e ajustado pelo feminismo decolonial como fio balizador.

A escolha da interseccionalidade como ferramenta de análise crítica e decolonial se encontra alinhada ao arcabouço teórico e prático do pensamento feminista negro como teoria social crítica, conforme conceitua a socióloga afro-americana Patricia Hill Collins (2019). O pensamento feminista negro, que se encontra em íntimo diálogo histórico com o pensamento feminista decolonial, evoca um potente acervo teórico calcado na produção de um saber situado. Com isso, as categorias e as elaborações que emergem desse campo possibilitam uma leitura

social mais sensível dos eixos de dominação interconectados que atuam na atualização e manutenção das violências racistas, sexistas, classistas e coloniais. Na condição de teoria social crítica, o pensamento feminista negro oferece, de maneira diversa e profunda, importantes conceituações para o estudo das organizações sociais e de suas hierarquias de opressão. A interseccionalidade emerge, nesse sentido, como uma ferramenta chave alicerçada na produção situada de saber desde os feminismos negro, lésbico, autônomo, chicano e latino-americano enquanto teoria e práxis (COLLINS & BILGE, 2021).

Tentar definir a interseccionalidade poderia soar incoerente com as proposições de Patricia Hill Collins e Sirma Bilge (2021). A interseccionalidade alcança espaço enquanto conceito acadêmico, sobretudo com os escritos de Kimberlé Crenshaw, no início dos anos 1990 nos Estados Unidos. Esse alcance dialoga intimamente com a presença institucional dos estudos de raça, classe e gênero, que não se deu sem resistência e tentativa de descrédito. Desse modo, a interseccionalidade assumiu o lugar de nomear algumas ferramentas práticas e analíticas do feminismo negro e chicano no enquadre acadêmico. Contudo, a perspectiva histórica linear frequentemente resgata a gênese da interseccionalidade em Crenshaw, afinal, apenas a história institucional e acadêmica costuma ser levada em consideração no escopo do cânone das teorias.

A interseccionalidade como ferramenta, na verdade, não possui uma origem única e sua própria escalada à posição acadêmica se deveu a ativistas feministas antirracistas que produziam a partir das universidades norte-americanas naquele período. A interseccionalidade nasce precisamente nos movimentos sociais anteriores à década de 1990, e sua presença na academia junto às produções teóricas corresponde a parte de um projeto político por justiça social. É junto às práticas e aos ativismos de feministas negras lésbicas, feministas originárias, feministas chicanas e feministas autônomas latino-americanas que a interseccionalidade emerge como meio de considerar os eixos de opressão interconectados e mutuamente constitutivos. Apesar de algumas reivindicações ou apropriações do feminismo branco hegemônico de que a interseccionalidade integra os estudos de gênero para complexificá-lo com outros atravessamentos, a práxis interseccional nasce efetivamente nas dissidências feministas do feminismo hegemônico (COLLINS & BILGE, 2021).

A interseccionalidade é um conceito que tem ganhado expressividade, sendo muitas vezes utilizado de maneira acrítica ou descompromissada em uma lógica de cooptação neoliberal e branca do termo (UTT, 2017). Logo, algumas considerações sobre seu uso se fazem necessárias antes de retomar suas contribuições. Uma importante crítica ao uso da interseccionalidade é tecida por Ochy Curiel (2017) desde a perspectiva feminista decolonial, na qual a autora denuncia que a interseccionalidade como proposta de interseccionar diferentes

recortes opressivos estaria considerando as opressões como independentes umas das outras, ou seja, seccionadas e constitutivamente fechadas em si mesmas. Essa é uma leitura liberal das opressões, de acordo com Curiel, e abalizada por uma compreensão de interseccionalidade que não procura evidenciar como esses eixos de opressão e dominação foram construídos na história, o que constitui uma contribuição importante dos estudos decoloniais.

María Lugones (2014) nos adverte, a esse respeito, que as categorias coloniais/modernas foram forjadas de forma interconectada durante a colonização imperialista que construiu o sistema/mundo colonial/moderno ao categorizar e hierarquizar, sob o argumento racial, humanos e não-humanos, machos e fêmeas, homens e mulheres. Desse modo, considerar a interseccionalidade como uma opção para criar junções entre os eixos de dominação deixa subentender que seria possível analisar as opressões de maneira seccionada, como marcadores sociais da diferença independentes que se somam de forma identitária, o que de fato não seria uma análise efetivamente crítica. Todavia, é necessário considerar que a leitura liberal da interseccionalidade é forjada junto ao seu processo de institucionalização no enquadre acadêmico, que produziu, por sua vez, tensões no próprio uso do conceito (COLLINS & BILGE, 2021).

Quando Collins (2019) conceitua a matriz de dominação, ela evoca a imagem de uma trama complexa e interconectada entre os eixos de opressão como raça, classe, gênero, sexualidade, capacidade, localização, idade, entre outros. Essa interconexão não se dá de maneira estática, movimentando-se conforme o contexto. A interseccionalidade como investigação e práxis crítica funciona, dessa forma, como ferramenta para visualizar e analisar os eixos de opressão em seu contexto entremeado na matriz de dominação. A interseccionalidade, portanto, é sempre relacional e pretende desvelar a complexidade inerente ao funcionamento dos eixos de dominação, recusando olhares simplistas ou reducionistas. Além disso, possui como traço fundamental o compromisso crítico com a justiça social, ou seja, é uma ferramenta que articula de forma sinérgica a investigação e a práxis sob o evidente compromisso social de combate às opressões de forma radical. Ainda que a interseccionalidade seja ampla e múltipla, não admitindo um protocolo prévio para aplicá-la, é seguro dizer que os usos da interseccionalidade que não coadunam com esse compromisso não poderiam se nomear interseccionais de fato.

Partindo do feminismo decolonial, tomo a interseccionalidade como uma estratégia de visualização da complexidade do funcionamento dos eixos de dominação a fim de evidenciar o funcionamento da colonialidade de gênero. Considero que o resgate da conjunção histórica da matriz de dominação colonial/moderna, ainda presente, é fundamental para afastar as leituras

liberais sobre a interseccionalidade, que compreendem os diferentes eixos de opressão como mônadas recortadas da realidade social. Assim, a interseccionalidade como investigação e práxis crítica não se traduz pela consideração dos marcadores da diferença como simples variáveis sobrepostas, nem pelo número de fatores de opressão que se utiliza em uma pesquisa, mas pauta-se na capacidade de compreender as profundas interconexões entre diferentes eixos em uma matriz de dominação. Na intenção de realizar essa tarefa sobre a sexualidade como um eixo de opressão situado em uma matriz de dominação colonial/moderna, que aqui nomeio como regime político da sexualidade, resgato da obra de Collins (2019) um quadro conceitual, alinhado à perspectiva interseccional, que fornece quatro categorias analíticas para a leitura dos eixos de dominação:

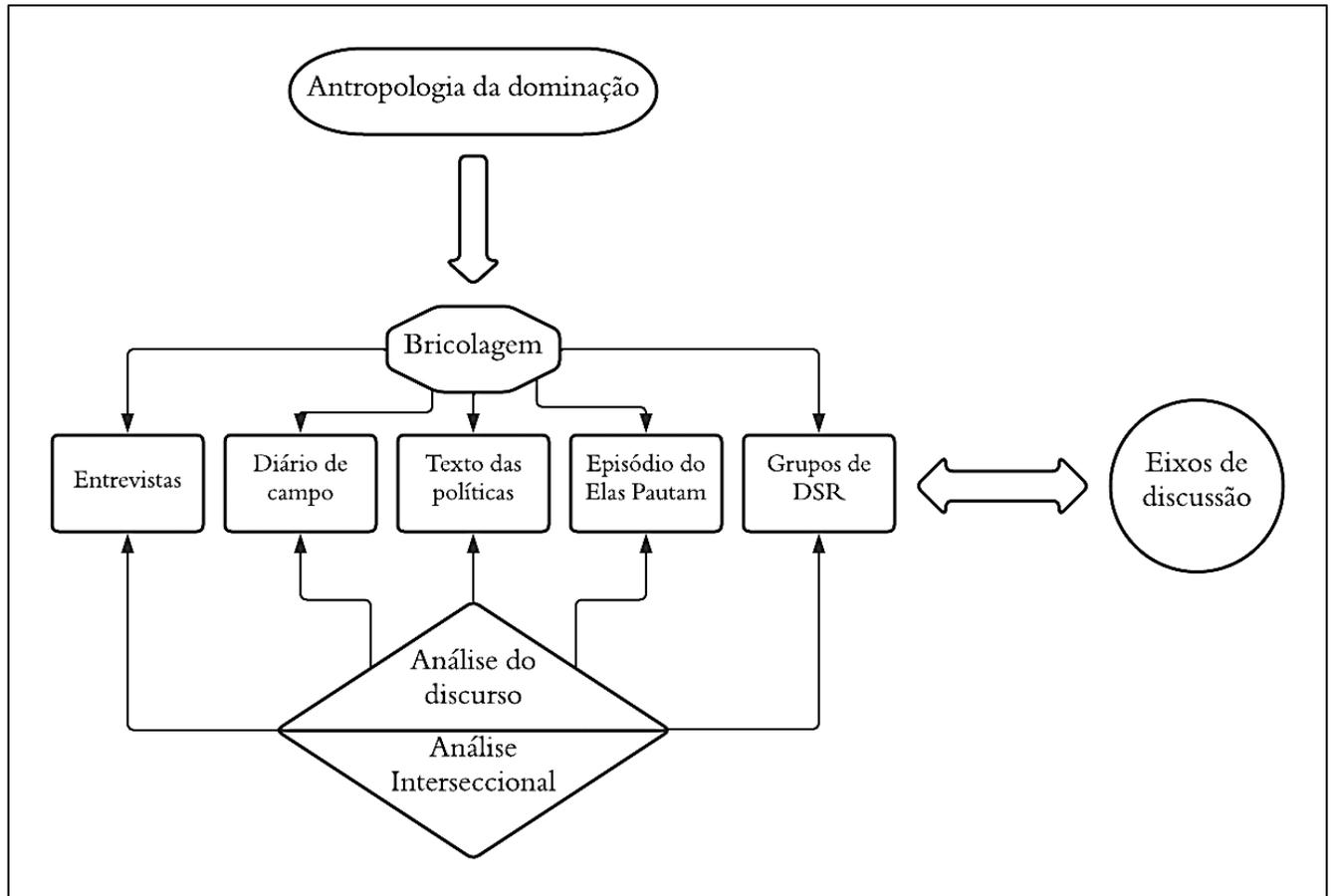
Qualquer matriz específica de dominação, quer seja vista pelas lentes de um sistema único de poder, quer seja considerada à luz das opressões interseccionais, é organizada por quatro domínios de poder inter-relacionados: o estrutural, o disciplinar, o hegemônico e o interpessoal. Cada domínio cumpre um propósito específico. O domínio estrutural organiza a opressão, enquanto o disciplinar a administra. O domínio hegemônico justifica a opressão, e o interpessoal influencia a experiência cotidiana e a consciência individual dela decorrente (COLLINS, 2019, p. 437).

Os domínios de poder consistem em um artifício para fazer enxergar a organização e a articulação das opressões a partir da interseccionalidade, indicando os núcleos mais estáveis no tempo e no espaço que sustentam as subordinações. O domínio estrutural diz respeito à distribuição de recursos e às estruturas materiais que organizam as hierarquias; o domínio hegemônico faz menção às representações culturais hegemônicas que permeiam os eixos de dominação; o domínio disciplinar estabelece as práticas direcionadas a si e às outras pessoas que administram a manutenção das hierarquias; e o domínio interpessoal é o modo cotidiano de vivenciar as matrizes de dominação na micropolítica das relações, traduzindo-as em experiências. Utilizo, de maneira análoga a Yarlenis Mestre Malfrán (2021) em sua análise das políticas públicas cubanas de saúde trans-específica, os quatro domínios propostos por Collins (2019) como categorias analíticas interseccionais, ajustadas pelo olhar decolonial, para analisar como se organizam os discursos que reiteram a colonialidade de gênero nas políticas e práticas em saúde sexual.

Sintetizando o quadro metodológico de forma esquemática, como ilustrado pelo Fluxograma¹, parto do problema de pesquisa iluminada pela antropologia da dominação como direcionamento. Utilizo a bricolagem como técnica de produção de dados no contato com o campo, valendo-me de diferentes ferramentas (entrevista semi-estruturada, observação participante, análise documental e diário de campo), resultando no arquivo a ser analisado. O esquadramento analítico, em consonância com os pressupostos teórico-metodológicos

definidos, consiste no uso da interseccionalidade, a partir dos domínios de poder como categorias analíticas, paramentado pela análise do discurso como instrumento. Os eixos de discussão que emergem dessa análise compreendem os tópicos nos quais estão organizadas as reflexões desse trabalho investigativo, e que constituem as seções a seguir.

Fluxograma 1 – Quadro metodológico.



Fonte: Produção da autora (2023).

3 O REGIME SEXUAL COMO POLÍTICA DA COLONIALIDADE.

Gostaria de iniciar a discussão trazendo algumas considerações sobre o regime político da sexualidade. Em primeiro lugar, é preciso elucidar do que se trata um regime afinal. Nesse sentido, sigo a proposta de Ochy Curiel (2013), que toma o conceito de regime político de Monique Wittig (1992/2022):

(...) entiendo la heterosexualidad a partir de los aportes de la norteamericana Adrienne Rich (1980) y la francesa Monique Wittig (1982), quienes señalaron que es una institución y un régimen político que atraviesa las relaciones sociales, afectando fundamentalmente a las mujeres y a las lesbianas. En ese sentido, no se trata de una práctica sexual dentro de una diversidad, sino de una compleja institución obligatoria, desde la propuesta de Rich, o un régimen político, desde la propuesta de Wittig, que descansa en la ideología de la diferencia sexual que crea dos clases de sexos (hombres y mujeres), los primeros se apropian de la fuerza de trabajo material, emocional, sexual y simbólico de las segundas (CURIEL, 2013, p. 28).

Ochy Curiel (2013) resgata a concepção de regime político para pensar a heterossexualidade em termos de um regime, ou seja, um conjunto de determinações políticas normativas que incidem sobre as relações produzindo categorias hierárquicas. Aqui, considero não apenas a heterossexualidade, mas também a cisgeneridade e a monogamia como elementos que sustentam o regime político da sexualidade, e, portanto, regulam os corpos, o sexo e as relações. A sexualidade enquanto um regime político se encontra entremeada a outros eixos interconectados na matriz de dominação colonial/moderna, como gênero, raça, classe, território, etnia, capacidade e outros. Ainda que todos esses eixos se constituam mutuamente, não podendo ser separados, penso ser fundamental reconhecer a sexualidade como um eixo estruturante dessa matriz de dominação. Entendo que a sexualidade não corresponde a um dispositivo no interior dos demais eixos. Tampouco corresponde a uma gama de possibilidades de escolhas sexuais, dentre as quais aquelas estigmatizadas recebem as marcas da subordinação.

Quando reduzida, ou mal definida, a sexualidade permanece num estranho limbo de ser algo que sempre se faz, mas nunca se sabe do que se está falando. Em uma trajetória de intensas batalhas no mundo ocidentalizado, pessoas de gênero e sexualidade dissidentes provocaram o reconhecimento de sua existência, o que ocasiona, por conseguinte, no questionamento da própria norma. Contudo, a sexualidade enquanto um regime normativo na colonialidade/modernidade carece de uma caracterização própria enquanto tal, que efetivamente destrinche a complexidade dos seus elementos. Pouco se fala sobre a função do sexo na organização hierárquica das relações, sobre a pressuposição do sexo na conjugalidade que forja a entidade casal, sobre a estrutura monogâmica e sobre a pedagogia afetiva da cis-hetero-sexualidade que incide como norma regimentar.

A sexualidade ocupa o estratégico lugar da intimidade por excelência, e ainda que participe, ao lado dos demais eixos, dos domínios estrutural e hegemônico²⁹, é no domínio disciplinar e interpessoal que a política sexual possui os tentáculos mais atuantes, e me arrisco a dizer, os mais inquestionados. A construção subjetiva é forjada num contexto social e cultural, e assim também o é a construção afetiva (AHMED, 2014; SRNIVASAN, 2022), ainda que os discursos em torno da sexualidade promovam, com frequência, a narrativa de que o desejo e a sexualidade correspondem a algo natural, permanente e imutável. Um regime político da sexualidade, principalmente em seu âmbito disciplinar e interpessoal, desempenha a sutil e potente regulação moral, política, afetiva e comportamental dos sujeitos. Nesse regime, a saúde sexual, que ganhou expressiva força após o período sexológico do século XX, ocupa o lugar de um potente dispositivo colonial/moderno. Pelo espectro medicalizante, a saúde sexual atua como um preciso equipamento para administrar o regime político da sexualidade, e o faz valendo-se não apenas de intervenções enfáticas, mas principalmente por meio daquilo que é dito e daquilo que não é dito no domínio interpessoal das pedagogias afetivas e comportamentais.

Em uma versão refinada e neoliberal, o regime político da sexualidade atua de maneira sutil em sua função disciplinar, relegando ao domínio interpessoal seu palco principal de atuação. Concordando com Sérgio Carrara (2015), o regime político da sexualidade assume uma forte característica de responsabilização dos sujeitos pela boa conduta sexual. Ainda que a retórica dos direitos sexuais tenha aventado a narrativa da liberdade, o que se observa é o aprofundamento da individualização da sexualidade, apagando sua caracterização enquanto um regime político que segue administrando a heterossexualidade, a cisgeneridade, a genitalidade e a monogamia enquanto reguladores que organizam hierarquicamente a vida social. Afinal, falava-se de liberalismo nos direitos sexuais universalizantes, não de liberdade, e o liberalismo depende da organização familiar e da economia do cuidado para sustentar a falácia dos sujeitos homens pretensamente liberatórios, que ironicamente são alçados como modelo para as categorias subalternizadas.

Fernanda Bragato (2014) discute a sustentação eurocêntrica e liberal-burguesa que ampara os direitos humanos universais, cuja história é parcial e localizada. Além de desconsiderar estrategicamente as relações de poder na colonialidade, o outro lado da moeda da modernidade, os direitos humanos universais carregam consigo a construção discursiva do

²⁹ A heterossexualidade enquanto um regime, como demonstra Ochy Curiel (2013), possui papel fundamental na própria constituição da nação, conjugada à monogamia, exercendo efeitos políticos profundamente estruturantes como acesso à propriedade privada, à herança, à moradia, à saúde, entre outros.

indivíduo liberal. Ora, é precisamente esse indivíduo que se encontra endossado pelos direitos sexuais universalizantes, e responsabilizado pela administração íntima do regime político da sexualidade.

Nesse escopo, discutir autonomia e liberdade é uma tarefa a ser feita com cautela. Sem o reconhecimento da colonialidade no campo dos direitos, nas construções hegemônicas e na própria construção da intimidade, corremos o risco de endossar o sujeito pretensamente liberatório, responsável último por seu bem-estar ao realizar suas escolhas. Em uma organização hierárquica de poder, em que a livre escolha muitas vezes e para muitas pessoas não passa de uma falácia, corremos o risco de acabar defendendo, em última instância, o direito ao sexo concedido aos homens cisgêneros brancos ou branqueados à imagem semelhança do colonizador. Não se trata, portanto, de distribuir e ampliar o leque de escolhas para a sexualidade tal como um grande e virtual catálogo capitalista para o sexo, o que seria incapaz de romper as violências coloniais. Trata-se, por outro lado, de desmanchar toda essa narrativa e fazer ver o que a sustenta.

3.1 A categoria mulher e seu lugar na política sexual da família.

Iniciei este trabalho de pesquisa intrigada, a princípio, pela insistente desassistência em saúde sexual que as mulheres cisgêneras enfrentam, ainda que sejam elas as principais sujeitas-alvo das políticas públicas nesse campo. Não há uma política robusta dessa maneira voltada para os homens cisgêneros, tampouco para as pessoas de gênero e sexualidade dissidentes. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), lançada em 2008 (BRASIL, 2008), por exemplo, nasce como uma política da doença, ou seja, esvaziada de sentido político. À época, alguns conflitos institucionais fizeram com que fossem retiradas partes textuais demasiado politizadas, uma vez que não desejavam que a política do homem fosse uma política de gênero (GUIMARÃES, 2018). Ora, por outro lado, as políticas para as mulheres e para as pessoas de gênero e sexualidade dissidentes são sempre políticas de gênero. Gênero, como raça por exemplo, são categorias coloniais/modernas usadas, com frequência, para denunciar as fissuras das violências coloniais. Contudo, certas categorias hierárquicas carecem de ser gentrificadas ou racializadas, como os homens e as pessoas brancas, ou seja, reconhecidas como produtos ficcionais da colonialidade/modernidade. E quando digo ficcionais quero dizer fabricadas no tempo e na história em meio às relações de poder, pois seus efeitos são contundentemente concretos.

Percebi que não seria possível olhar para a saúde sexual da mulher cisgênera lançando a repetida cartada de que a desassistência se dá pelos entraves do patriarcado, e o que nos falta para romper as inequidades e as violências seria apenas insistir no importante, mas restrito projeto antipatriarcal. Efetivamente, os efeitos patriarcais atravessam em enorme medida, aliás, descrevem muito bem muitas desassistências que observamos. Contudo, esse pequeno recorte faz perder o próprio enquadre das políticas sexuais e reprodutivas voltadas para as mulheres. E repito, ainda que a saúde sexual esteja colada à saúde da mulher, as inequidades permanecem dilacerantes. Foi preciso, portanto, questionar por que falar de saúde sexual é falar de saúde da mulher e como isso se dá, uma vez que essa vinculação não tem logrado sucesso no desmantelamento dos efeitos de subordinação das mulheres.

Em primeiro lugar, é preciso localizar que falar sobre saúde sexual não é falar sobre qualquer mulher, ou sobre uma categoria política antipatriarcal chamada mulheres, mas significa dizer sobre uma mulher específica, frequentemente esvaziada de seu sentido político e referenciada pela *bio-lógica*. Não resta dúvidas quanto à essencialização da categoria mulher nas políticas públicas, que se refere à mulher cisgênera, heterossexual, branca ou branqueada, reprodutora e vinculada à instituição família. Ou seja, a mulher que emerge na modernidade/colonialidade como a mulher-por-excelência, com sua função precisamente definida pela divisão sexual do trabalho na família nuclear burguesa. Qualquer mulher ou pessoa que não corresponda a esse essencialismo, é alçada ao lugar de outra. Aliás, resgatando as proposições de María Lugones (2014), a outra é forjada em conjunto com a mulher-por-excelência, uma vez que as fêmeas colonizadas não ocupavam o lugar de civilizadas, não podendo, por conseguinte, responder pela categoria mulheres. Ao mesmo tempo, as mulheres brancas do norte global consolidavam-se enquanto mulheres-por-excelência no seio da família nuclear patriarcal burguesa e civilizada, tornando-se responsáveis, inclusive, por definir as maneiras de subverter esse sistema de poder em seus próprios termos. Oyèrónké Oyewùmí, ao discutir o caráter histórico e ocidentalizado do próprio conceito de gênero, afirma:

Estou inclinada a crer que os conceitos feministas estão enraizados na família nuclear. Essa instituição social constitui a base da teoria feminista e representa o meio através do qual os valores feministas se articulam. E isso apesar da crença generalizada entre as feministas de que seu objetivo é subverter essa instituição dominada pelos homens e a crença entre os detratores do feminismo de que o movimento é anti família. Ainda que o feminismo tenha se tornado global, é a família nuclear ocidental que fornece o fundamento para grande parte da teoria feminista. Assim, os três conceitos centrais que têm sido os pilares do feminismo, mulher, gênero e sororidade, só podem ser compreendidos se analisarmos cautelosamente a família nuclear da qual eles emergem (OYEWÙMÍ, 2020, p. 97).

É importante destacar que as discussões feministas ao longo da história são profundamente importantes e úteis, uma vez que o modelo burguês colonial/moderno passou a

ocupar o lugar de alvo civilizado a ser alcançado graças à colonização. Ou seja, mesmo entre as sociedades que foram colonizadas, esse modelo se encontra entronizado por séculos de violência, imperialismo e catequização. Ainda que esse processo não tenha sido totalizante, o ideal universalizante ocidental alcançou o lugar de modelo a ser perseguido com vistas a atingir a civilidade. Portanto, a colonialidade de gênero, a branquitude e o regime político da sexualidade funcionam como um sistema que normatiza o mundo colonizado. Aliás, a procura por alçar condição de civilizados-por-excelência (homens-por-excelência e mulheres-por-excelência) converge muito bem com a administração individual da própria sexualidade nos termos do bom sexo.

Desse modo, o regime ocidentalizado reverbera fortes efeitos mesmo, e sobretudo, sobre aquelas pessoas que jamais alcançarão o posto de civilizados-por-excelência. Assim, o projeto emancipatório ocidentalizado pode fazer sentido até certo ponto. No entanto, fracassa ao desconsiderar sua própria historicidade e a pluriversalidade que jorra da ferida colonial. A essencialização da categoria mulher ocidentalizada em seu posto de esposa e mãe corresponde a uma estratégia colonizadora. Traçar saídas ocidentalizadas a partir desse lugar é também importante, no entanto é insuficiente. Penso que o grande risco que corremos ao não historicizar a ocidentalização do sistema/mundo colonial/moderno consiste precisamente na incapacidade de romper com a essencialização da categoria mulher, tropeçando sempre em novos essencialismos que seguirão reproduzindo as categorias hierárquicas binárias que sustentam as violências coloniais. Seguiremos, assim, produzindo outras subalternizadas em uma lógica de atualização que, por definição, seguirá falhando na efetiva garantia dos direitos sexuais.

A institucionalização das demandas feministas no campo dos direitos reprodutivos ilustra o processo de manutenção da categoria mulher essencializada a serviço do projeto colonial. O Estado, enquanto uma das principais empresas coloniais/modernas, organiza e determina aquelas pessoas que podem alcançar o título de cidadãs e portadoras de direitos. Ao incorporar os direitos reprodutivos, o Estado determina a cidadanização da mulher (MOGROVEJO, 2017), mas não qualquer mulher. A mulher-por-excelência, a mulher essencializada no seio do planejamento familiar. Afinal, o efetivo direito à escolha fora desse registro é obstado estruturalmente e hegemonicamente. Torna-se institucionalmente difícil sobreviver, acessar direitos, acessar saúde e se subjetivar fora do escopo familiar, da heterossexualidade, da cisgeneridade, da monogamia e da reprodução. Desse modo, precisamos nos questionar quanto ao argumento de que as políticas são feitas para as demandas que existem materialmente. Efetivamente, em grande medida essas demandas urgem em ser observadas. Todavia, as políticas de Estado e as normas hegemônicas determinam quais corpos e quais

subjetividades sobrevivem, alcançam validade e acessam a saúde. Portanto, quase de maneira tautológica, o principal alvo das políticas públicas coincide com a principal sujeita fabricada reiteradamente pelo Estado colonial/moderno.

E não se trata aqui de fazer especulações teóricas, mas observar a materialidade com a lente da colonialidade. Quantas mulheres que não desejam gestar conseguem acessar os serviços de saúde e serem lidas nos termos em que elas significam as próprias escolhas? Quantas mulheres transvestigêneres acessam os serviços de saúde para acolhimento e cuidado no que tange a demandas básicas? Quantos homens trans recebem atenção em saúde adequada e são considerados enquanto pessoas que podem desejar a gestação? Quantas mulheres negras periféricas têm seus próprios sentidos para a maternidade levados em consideração? Quantas mulheres usuárias de drogas são ouvidas com relação aos seus desejos de maternar? Quantas pessoas tidas como promíscuas conseguem acessar um acolhimento em saúde não normatizador? Quantas pessoas não heterossexuais e não cisgêneras são efetivamente compreendidas em suas demandas particulares? É necessário e urgente reconhecer as estratégias de visibilização e invisibilização da colonialidade, pois nunca se tratou da inexistência de pessoas que escapam das normas. É fundamental, portanto, considerar que o avesso constitutivo desse processo de invisibilização consiste precisamente na reprodução de categorias hierárquicas essencializadas que fazem parecer que a norma é fundamentalmente imutável e, portanto, o único caminho de subjetivação a ser considerado. Nesse sentido, a reiterada reprodução de categorias hierárquicas essencializadas consiste em um dos grandes obstáculos para a efetiva garantia dos direitos sexuais na prática.

Vale considerar que essa valorização central da maternidade³⁰ acaba por produzir, mais uma vez, uma hierarquização entre as mulheres no próprio feminismo e no acesso aos direitos. Tlostanova (2014) aponta que o processo de colonização que ocorreu no Cáucaso e na Ásia Central, assim como o que ocorreu nas américas e no continente africano, produziu uma discriminação heterogênea contra as mulheres, onde ao longo da vida a mulher gozaria de níveis distintos de respeito e participação política, sendo que jovens esposas sem filhos não seriam beneficiárias de direitos garantidos exclusivamente às mulheres mães de família com esposa e netos (GONZAGA & MAYORGA, 2019, p. 66).

No que tange às desassistências no campo da saúde sexual, ainda que as violências normatizadoras atinjam, em diferentes níveis, todas as pessoas socializadas enquanto mulheres, é preciso reconhecer que as principais lacunas e violências estão alocadas entre as mulheres que não ocupam lugares hierarquicamente superiores no sistema da branquitude, da cisgeneridade,

³⁰ E acrescento, como argumenta Oyewùmí, o lugar de esposa. “Como a categoria “esposa” está enraizada na família nuclear, essa identidade é absolutamente determinante; outros relacionamentos são, na melhor das hipóteses, secundários” (OYEWÚMÍ, 2020, p. 99).

da heterossexualidade e da monogamia familiar-burguesa. Logo, defender o projeto de expansão da cidadanização das mulheres-por-excelência é no mínimo contraproducente para a efetiva garantia dos direitos sexuais, mesmo para as mulheres que supostamente ocupam esse lugar, uma vez que as violências que se desenrolam pelo desajuste a esse ideal não poderiam alcançar legitimidade no escopo hegemônico para a saúde. Nas políticas públicas e na assistência em saúde, a mulher vem colada ao constructo da saúde sexual, e ainda assim, o resultado não é o privilégio de uma vida sexual autônoma e saudável. Vale lembrar que:

O caráter fictício da categoria mulher e como a construção desta foi fundamental para o sucesso do estado colonial (Lugones, 2014) nos levam a examinar como ser mãe é uma identidade ficcional a partir da qual naturalizamos as mulheres no âmbito do cuidado e da abnegação (GONZAGA & MAYORGA, 2019, p. 61).

A criação da condição de mulher-por-excelência serve, ao fim e ao cabo, à economia colonial/moderna do capitalismo, que sustenta a categoria menos questionada e interpelada pelas políticas públicas: os homens cisgêneros heterossexuais e brancos do norte global, ou suas caricaturas ocidentalizadas no sul global. É no mínimo curioso que os direitos sexuais, desde o princípio, se sustentam pela retórica da interpelação da violência e da inequidade no escopo da sexualidade e da reprodução. Em suma, os direitos sexuais apregoam como horizonte a possibilidade de vivenciar a sexualidade livre de violências e coerções. Contudo, o sistema que reproduz incessantemente tais violências, nos domínios estrutural, hegemônico, disciplinar e interpessoal, carece de qualquer interpelação significativa. A violência enquanto uma categoria a ser considerada na saúde sexual, cujo principal alvo de intervenção no escopo das políticas públicas seriam os homens cisgêneros, não logra suficiente reconhecimento, discussão ou investimento. As mulheres-por-excelência, por sua vez, se encontram perfeitamente esquadrihadas como avesso constitutivo dos homens-por-excelência que podem descansar no apagamento da suposta neutralidade. Nas palavras de Norma Mogrovejo, “*quizás el concepto más paradigmático fue el de Monique Wittig, cuando afirmó que las lesbianas no son mujeres, ya que “mujer” es una construcción cultural hecha por los hombres y para su servicio*” (MOGROVEJO, 2017, p. 252).

Finalmente, não é de se estranhar que as mulheres e as dissidências de gênero e sexualidade ocupem a função de preencher o bojo da saúde sexual enquanto um dispositivo colonial/moderno. O processo de forja de categorias hierárquicas binárias como um dos principais empreendimentos da colonialidade que sustentam a norma hegemônica segue se reproduzindo pela essencialização da *outridade*. A mulher como a outra do homem, a colonizada como a outra da civilizada, a não branca como a outra da branca, a trabalhadora como a outra da burguesa, a transvestigênera como a outra da cisgênera, a intersexo como a

outra da endossejo, a assexual como a outra da “sexualmente funcional”, a não heterossexual como a outra da heterossexual. Esse sistema de fabricação de categorias hierárquicas produz, em seu topo, os sujeitos que gozam do direito ao sexo e ao acesso ao corpo da *outridade*, descansando sobre o apagamento neutralizador da discussão sobre a masculinidade hegemônica e a produção dos homens-por-excelência nas políticas e na atenção em saúde sexual. Finalmente, a essencialização da categoria mulher no interior da política sexual da família cristaliza esse sistema de criação de *outridades*, bem como essencializa aqueles que gozam de seu topo. Na corda bamba da garantia de acesso aos direitos e à saúde, qualquer pessoa de gênero e sexualidade dissidente, assim como qualquer mulher que se desencaixe da prerrogativa de mulher-por-excelência, não corresponderá ao sujeito cristalizado pelas políticas públicas a quem se destinam hegemonicamente os direitos de cidadania, e o grande dever de manutenção da norma. Por fim, as palavras de minha interlocutora que não deseja uma parceria conjugal, e tampouco a maternidade, ilustram esse processo de fabricação de categorias hierárquicas a partir das diferenças:

Eu estou dentro dessa grande rede sexual que não se encaixa na saúde reprodutiva, que não se encaixa em... Assim, “ah ela não tem uma pessoa”. Não. É... Eu, eu, eu, eu sou, eu acho que eu que eu sou... deve ter uma letrinha para mim porque é diferente, entendeu? (Interlocutora 1, entrevista realizada em setembro de 2022).

3.2 Dissidências de gênero e sexualidade: a função da diversidade na produção de categorias hierárquicas.

No Cadernos de Atenção Básica – Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva, o Cadernos 26, (BRASIL, 2013), cuja análise aprofundada de sua extensão se encontra nas seções seguintes, há um capítulo, que trago agora para a discussão, dentre os treze que compõem o documento, destinado à promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva na diversidade. A um primeiro olhar, pode parecer interessante que um documento governamental se dedique a abordar diferentes populações subalternizadas, nomeando-as. Efetivamente esse gesto protocolar tem grande relevância, pois abre caminhos institucionais para o enfrentamento de violências e disparidades. Contudo, o modo como algumas categorias são alocadas em um grande bojo chamado diversidade tem muito a dizer sobre a construção hierárquica da norma. Trata-se de uma ambiguidade complexa que carece de análise refinada, uma vez que a nomeação de categorias subalternizadas possibilita a concretização da equidade enquanto um princípio do SUS, mas, por outro lado, define com exatidão quem ocupa o lugar da *outridade*, delimitando, por sua vez, quem são os sujeitos por excelência na modernidade/colonialidade.

O conceito de equidade implica que pessoas e coletivos que se encontram em circunstâncias especiais ou que sejam considerados “diferentes” sejam tratados de forma que suas particularidades sejam respeitadas, observando-se os critérios de justiça e igualdade. Assim, o tratamento equitativo requer uma adequação das práticas e serviços, em conformidade com as especificidades (BRASIL, 2013, p. 63).

O reconhecimento de que a abordagem normativa não consegue acolher todas as pessoas é algo fundamental na atenção em saúde, e implica na busca por estratégias mais adequadas e respeitadas para atender às diferentes demandas das pessoas que acessam os serviços. Contudo, a retórica da diferença baliza a incorporação da diversidade na saúde enquanto um constructo geral, no qual a diferença parece ocupar o lugar de um apêndice, um tópico específico. Ora, se não tomarmos a norma enquanto objeto de estudo, tornar a diversidade um apêndice da saúde geral se assemelha à reiterada construção da *outridade*. Efetivamente, o Cadernos 26 denomina de forma direta e indireta, ao longo de todo o documento, homens e mulheres enquanto os sujeitos a quem se destinam as políticas de saúde sexual e saúde reprodutiva, sobretudo as mulheres. É necessário evidenciar que os homens e as mulheres dos quais o Cadernos 26 fala correspondem aos homens-por-excelência e às mulheres-por-excelência, pressupondo que tais sujeitos se encontram em conformidade com a cisgeneridade, com a heterossexualidade, com a monogamia e com a reprodução familiar. Entretanto, tais marcadores não são evidenciados ou nomeados, afinal os sujeitos-por-excelência gozam da prerrogativa da suposta neutralidade. Portanto, compreender o modo como se aborda a “diversidade” pode nos ajudar a esquadrihar essa problemática. De maneira sintética, os grupos que correspondem às categorias da diferença no Cadernos 26 são: adolescentes e jovens, população idosa, população negra, população LGBT, população indígena, pessoas com deficiência, prostitutas e pessoas que exercem a prostituição e pessoas em situação de prisão.

Para além de discutir as especificidades importantes a serem consideradas para cada um desses grupos na atenção em saúde sexual pela perspectiva decolonial e interseccional, o que ultrapassaria o escopo deste trabalho, quero discutir a maneira como eles são alocados no bojo da diferença ou da diversidade. Em primeiro lugar, adolescentes e jovens correspondem a uma importante categoria no que tange à saúde sexual, uma vez que correspondem ao grupo ao qual se destina grande preocupação com relação à educação sexual e ao controle da sexualidade. De modo geral, a adolescência é tomada como a etapa em que há o aparecimento da capacidade reprodutiva, que caracteriza tanto a fase adulta no ciclo hegemônico do desenvolvimento quanto a identidade de mulheres e homens-por-excelência. Por conseguinte, a adolescência e juventude inauguram o exercício da monogamia enquanto horizonte e norma a ser observada. “A prática do “ficar” parece expressiva desse comportamento. Na ética adolescente, “ficar” significa não

ficar, não ter compromisso com amanhã, não criar vínculos definitivos. É, pois, não ficando quando “ficam” que eles ensaiam (...)” (BRASIL, 2013, p. 64). Desse modo, a adolescência é vista como uma espécie de ensaio da vida adulta sexual-e-reprodutiva, devendo ser controlada e tutelada sob a égide do ideal adulto, até que possa ser enfim superada. Na condição de diferença, a adolescência e a juventude denunciam os traços normativos do que se espera para esses sujeitos-por-excelência que atingem, hegemonicamente, seu ápice na vida adulta, o preeminente momento produtivo e reprodutivo no capitalismo colonial/moderno.

Na esteira da distinção hierárquica de categorias pautadas na idade, a população idosa ocupa, por sua vez, a função de delimitar como e quando o sexo é esperado no ciclo hegemônico do desenvolvimento humano. Em suma, o documento busca chamar a atenção para a existência e a importância do exercício do sexo e da sexualidade na fase idosa, quando, hegemonicamente, a vida sexual não costuma ser levada em consideração. De maneira similar à adolescência, que corresponde a apenas um ensaio da vida sexual por excelência, ou seja, a vida sexual-reprodutiva, o sexo na velhice também corresponde ao sexo recreativo e não reprodutivo, recebendo descrédito no domínio hegemônico da sexualidade. O documento sinaliza, ainda, que “(...) é a incapacidade de ter uma vida sexual satisfatória (o que inclui, mas não se restringe à capacidade de ter relações sexuais), que deve ser considerada anormal e para a qual deve ser oferecido tratamento, em qualquer idade que se manifeste” (BRASIL, 2013, p. 69). Ou seja, abordar o descrédito dado à sexualidade na velhice denuncia, na verdade, o caráter obrigatório do sexo nas conjugalidades. E não qualquer sexo, trata-se, de fato, do sexo pautado na genitalidade. A esse respeito, é um fato no mínimo curioso que o documento dedica algumas páginas para abordar a perda da ereção peniana e apenas três curtos parágrafos para discorrer sobre a dispareunia (dor sentida na vagina durante o sexo). Todavia, a discussão da vivência do sexo na velhice, bem como por pessoas com deficiência, corresponde a um dos poucos momentos em que a sexualidade é tratada como uma dimensão importante na existência humana pelo enfoque do prazer.

No que tange à sexualidade das pessoas com deficiência, há a denúncia sobre seu equivocado apagamento na atenção em saúde.

A vivência da sexualidade é um direito próprio da condição humana e deve ser vista sem preconceitos, incluindo a possibilidade das pessoas com deficiência exercerem seu direito a ter uma vida afetiva e sexual ativa, constituindo suas famílias e planejando a vinda de seus filhos. A concepção ampliada de sexualidade, que não se limita ao ato sexual em si, traz à tona a inegável complexidade da afetividade humana, nos processos que envolvem a escolha de parceiros que correspondam às expectativas emocionais e sexuais de cada pessoa (BRASIL, 2013, p. 94).

O texto do Cadernos 26 chama a atenção para o exercício dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos por pessoas com deficiência, alertando para a ausência de informações sobre a sexualidade fornecidas a essas pessoas. Contudo, é notável a pressuposição de uma pedagogia sexual pautada nas expectativas normativas para o exercício da sexualidade sob a égide do sexo tido como adequado e atrelado à lógica familiar. As pessoas em situação de prisão também são abordadas no sentido de considerar a necessidade de garantia básica de direitos elementares para o exercício da sexualidade.

No caso da população negra, o documento destaca as desigualdades no acesso a recursos básicos e à saúde devido à condição de vulneração causada pelo empobrecimento e pelo racismo. São elencados uma série de dados que ilustram a disparidade racial, extremamente relevantes para visibilizar as condições de acesso a saúde pela população negra. No entanto, não há uma discussão mais aprofundada sobre a questão racial e a maneira como o racismo produz efeitos no Brasil. Patricia Hill Collins (2019) adverte que, com frequência, o debate sobre a questão racial se resume à apresentação de dados que indicam a gravidade das violações para com as pessoas negras em tom ilustrativo, o que cumpre um papel importante, porém não constitui uma prática efetivamente antirracista. No que tange à questão reprodutiva, o documento destaca os índices superiores de mortalidade infantil e mortalidade materna entre as pessoas negras. Evidentemente, tais informações consistem em um movimento elementar de denúncia sobre os efeitos do racismo, e mesmo que compreenda um debate básico, parece ser ainda fundamental na atenção básica. O mito da democracia racial ainda se faz extremamente presente entre as profissionais, o que pude constatar em uma das visitas a uma unidade básica na qual presenciei, em uma conversa informal, as profissionais afirmarem não haver brancos no Brasil.

Uma vez que me interessa a percepção da norma por meio do bojo das diferenças, destaco que a invisibilidade da branquitude permeia as noções e as práticas em saúde. Isso também se faz evidente nos enunciados presentes na abordagem da população indígena.

As mulheres indígenas de diferentes etnias têm discutido as situações de vulnerabilidades que afligem as suas comunidades e que trazem consequências diretas para a sua saúde, tais como os processos violentos que essas comunidades sofreram ao longo de sua história de contato com o “branco”, ou seja, com a sociedade envolvente (BRASIL, 2013, p. 86).

Nessa passagem fica explícito como os brancos não são tomados enquanto uma categoria, mas sim, correspondem à sociedade como um todo, sob a égide da suposta neutralidade pautada na noção de desenvolvimento da civilização. Nessa sociedade geral, há os grupos diferentes, evidenciados pelo documento nas diversas categorias elencadas. Nessa

direção, a atenção à população indígena deve ser ofertada considerando sua diversidade, seus processos de vulneração e suas particularidades para o acesso a serviços de saúde, pautando o respeito ao contexto cultural. Evidentemente, a atenção à população indígena deve ser pensada em seus próprios termos, respeitando as práticas dissidentes da norma. Todavia, quero destacar que aquilo que é entendido como diferente ou exótico, é assim compreendido quando se toma como referencial a normativa branca colonial/moderna, que não é enunciada enquanto uma categoria. Nesse sentido, há o apagamento, por exemplo, dos violentos processos de catequização e subalternização dos povos originários que incidiam em grande medida sobre a sexualidade. As práticas e construções culturais não normativas são, assim, traduzidas pela branquitude como míticas, exóticas ou primitivas.

Em um sentido político, portanto, torna-se fundamental resgatar a construção histórica das categorias hierarquizadas na modernidade/colonialidade que estabelecem a branquitude e a *outridade*. Essa visibilização funciona como estratégia de descortinamento da construção social e cultural do que se entende por sexualidade, questionando o violento engodo da naturalidade e da neutralidade. Nesse sentido, o documento interessantemente aponta de maneira destoante do restante de seu texto:

Segundo esse enfoque, as expressões da sexualidade são construídas no contexto cultural de cada sociedade humana e, nessa construção, adquirem sentido e significação para toda a vida. Aliás, é esse posicionamento polissêmico frente à vida, aparentemente pragmática e imediata, que se rompe com a tradição de abordagens que naturalizam a sexualidade, sejam as determinadas por modelos biológicos, sejam as que acentuam a importância do comportamento (BRASIL, 2013, p. 87).

Já a maneira como a prostituição é abordada, evidencia as compreensões subjacentes que se tem sobre o bom sexo no domínio hegemônico. Em termos pragmáticos, o documento salienta o cuidado na atenção a pessoas que exercem a prostituição, observando os processos de vulneração no acesso à saúde e a problemática da discriminação. Em alguma medida, ao abordar a prostituição, o documento problematiza o lugar sacralizado da mulher na sociedade. Contudo, a discussão se dá de forma rasa, alocando o sexo não normativo no bojo daquilo que diverge do sexo descrito em todo o restante do documento. É curioso como a discussão política e econômica da prostituição não logra espaço para além da demanda, sinalizada pelo documento, de regulamentação da profissão. Na verdade, “a prostituição é, assim, um campo de liberação de desejos e fantasias. Esse cenário inclui como profissionais mulheres, homens, travestis e transexuais, e como clientes homens e mulheres hetero ou homossexuais” (BRASIL, 2013, p. 99). Cabe indagar “liberação de desejos e fantasias” para quem, uma vez que travestis e transexuais são categorias explicitamente alocadas na condição de pessoas que exercem a prostituição, frequentemente compulsória, mas não na condição de clientes no país que mais

consome pornografia trans e que mais assassina pessoas trans e travestis no mundo (ANTRA, 2023).

E assim, após evidenciar e discutir a presença de diversas categorias da diferença, chegamos àquela frequentemente identificada como diversidade por excelência no campo da sexualidade: o grupo LGBT³¹. Depreendemos, portanto, que a categoria normativa para a sexualidade compreende o grupo em idade adulta e reprodutiva, branco, sem deficiência, fora do encarceramento, que não exerce sexo profissionalmente, monogâmico, cisgênero e heterossexual: esses são os homens e as mulheres-por-excelência na modernidade/colonialidade. Assim, o regime político da sexualidade se encontra calcado na produção normativa desses sujeitos.

No que tange aos enunciados acerca do grupo LGBT no Cadernos 26, é preciso destacar que são elencadas informações extremamente básicas e elementares com relação à garantia de direitos e à sensibilidade profissional para acolher as dissidências de gênero e sexualidade. O documento destaca a importância dos movimentos sociais em torno do enfrentamento à AIDS, que alçou a pauta LGBT ao âmbito governamental e demarcou a produção de vulneração pelas práticas discriminatórias de forma explícita. Todavia, o documento reproduz definições extremamente problemáticas sobretudo para as pessoas transvestigêneres. Novamente, compreender a multiplicidade de demandas no campo da saúde sexual é fundamental para uma atenção compatível com as diferentes necessidades. Contudo, os binarismos hierárquicos que costumam os documentos protocolares e as práticas em saúde parecem não permitir a efetiva validade de vivências dissidentes do regime político da sexualidade. Nas diretrizes elencadas para o cuidado com a população LGBT, por exemplo, o documento sinaliza práticas extremamente elementares em saúde e o faz pautando-se na genitalidade e nas categorias *biológicas* para o sexo:

Em relação à população de gays, homens bissexuais e travestis, as equipes de saúde devem orientar sobre a importância da realização do exame proctológico regularmente, para prevenir câncer de próstata e problemas no ânus e reto, ressaltando também a importância do uso de gel lubrificante à base de água, durante as relações sexuais anais. É imprescindível incentivar o exame urológico e a higienização do pênis, para evitar infecções e câncer de pênis e testículos. Assim como lésbicas e mulheres bissexuais devem realizar regularmente o exame preventivo do câncer de colo de útero e o exame das mamas (BRASIL, 2013, p. 83).

Evidenciando a insuficiência desse tipo de abordagem, podemos notar que mesmo uma década após a publicação desse documento, o acesso de pessoas de gênero e sexualidade dissidente aos serviços de saúde é precário. É no mínimo frustrante que as mulheres cisgêneras

³¹ Utilizo a sigla LGBT neste capítulo uma vez que essa é a nomenclatura enunciada pelo Cadernos 26.

recebam, ainda, uma atenção em saúde sexual extremamente normatizadora e as pessoas de gênero e sexualidade dissidentes, bem como pessoas não brancas, com deficiência, encarceradas e trabalhadoras do sexo, enfrentem obstáculos tão básicos para o acesso e o acolhimento em saúde. Essa frustração move o questionamento sobre o que tem contribuído para a manutenção de um acolhimento em saúde tão normatizador e descuidado. À luz do feminismo decolonial, conjecturo que parte do problema seja a incessante e refinada (re)produção de categorias hierárquicas binárias que mantêm a norma intocável no suposto lugar de neutralidade. A vulneração parece estar sempre vinculada à condição da diferença no bojo da diversidade, e quase nunca é atribuída ao regime normativo que organiza sistematicamente as categorias hierarquicamente subalternizadas. Nesse cenário, o acesso à informação sobre sexualidade e sobre reprodução, ainda que seja um elemento fundamental, aparece como a grande solução para interromper violências na esfera sexual. Contudo, é uma saída demasiadamente simplória, uma vez que não leva em consideração como as informações científicas são produzidas e administradas, e ainda atua no refinamento da responsabilização dos sujeitos pela gerência do próprio sexo conforme a norma estabelecida hegemonicamente.

Norma Mogrovejo, ao discutir desde uma perspectiva decolonial a problemática do conceito diversidade sexual aponta:

La emergencia de este concepto, afirma Núñez Noriega, se debe fundamentalmente al trabajo de cientos de organizaciones de gubernamentales y algunas gubernamentales. Este autor encuentra três usos problemáticos en el concepto de “diversidad sexual”: 1) su uso como eufemismo o forma “decente para referirse públicamente a individuos o grupos estigmatizados con palabras vulgares”; 2) su uso como término “sombriña”, para agrupar a esos individuos o grupos estigmatizados por sus prácticas sexuales o su identidad sexo-genérica; y 3) su uso para referirse a la otredad de la trilogía de prestigio “macho-masculino-heterosexual” (MOGROVEJO, 2017, p. 243).

Observo, de acordo com a crítica aventada por Norma Mogrovejo, que o constructo diversidade sexual na atenção básica e nas políticas públicas em saúde tem sido usado problematicamente tanto como eufemismo, quanto como termo sombrinha para pessoas estigmatizadas e como mecanismo de construção da *outridade*. Com relação ao seu uso enquanto termo sombrinha, uma anedota curiosa que ouvi traduz esse fenômeno quase literalmente. Quando indagada sobre o conhecimento e a familiaridade com a sigla LGBTQ+, uma de minhas interlocutoras me contou:

A sigla LGBTQ+? Eu tenho uma sombrinha da LGBTQ+! O dia que eu comprei, gente, eu fui assim... Eu, quando eu vi que era sombrinha assim ó, que saiu as cores da LGBTQ+, falei “nossa, que sombrinha linda! Vou ser a primeira a comprar.” Olhei assim, ninguém quer aquela sombrinha, tava perto... Eu falei assim, “discriminação com a sombrinha, sombrinha linda dessa”. Quando eu cheguei, falei assim “eu quero uma sombrinha dessa, moço”. Ele falou “25 reais”. Eu falei “é essa mesmo”. Estou vendo todo mundo me olhar com sombrinha aberta, cantando (...). Assim, eu estou andando

com a sombrinha, todo mundo me olhando, falei “tem alguma coisa diferente com a minha sombrinha?” Aí a minha amiga é da LGBT, falou “ah, para, isso é preconceito desse povo, não pode andar nem com a sombrinha, e daí, qual o preconceito dos viados?”. Pra mim tudo, tudo é uma coisa só, mulher com mulher, homem com homem, cada um com a sua vida sexual. Cada um tem aquilo que ele quer, porque ele escolheu. Nada, que tem nada a ver uma coisa com a outra? Eu vou julgar uma pessoa ali que tá beijando um...? Eu adoro ver filme homem com homem beijando, mulher com mulher, isso pra mim tudo é normal (Interlocutora 6, entrevista realizada em setembro de 2022).

A despeito da linguagem estética que aproxima a discussão LGBTQIAPN+ das pessoas e do caráter curioso do relato, quero chamar a atenção, primordialmente, para o esvaziamento do sentido político das identidades dissidentes de gênero e sexualidade. A retórica eufemista do respeito, que se assemelha em grande medida, na verdade, à prática da tolerância, mantém intacto o sistema que organiza as categorias hierárquicas de gênero e sexualidade, bem como a norma em seu pedestal da suposta neutralidade. Mogrovejo (2017) nos alerta para o fenômeno da incorporação da diversidade na agenda das políticas públicas sob o manto da inclusão, que reflete a reivindicação de direitos básicos completamente fundamentais, mas institucionaliza a norma, obstaculizando uma profunda transformação no regime político da sexualidade, que segue dilacerando grupos e subjetividades dissidentes.

La aparición de la nueva agenda de derechos humanos, sexuales y reproductivos en el escenario internacional dio lugar a la emergencia de nuevas identidades que exigían reconocimiento como “minorías sexuales”, con el fin de encajar en las posibilidades financieras de las agendas estatales e internacionales. Así, se reagruparon bajo la denominación de “diversidad sexual”, integrándose incluso a la heterosexualidad y perdiendo el sentido crítico sobre la sobredeterminación del poder político de la heterosexualidad obligatoria (MOGROVEJO, 2017, p. 255).

A inclusão de identidades heterossexuais no bojo da diversidade sexual é observada no Cadernos 26 pela criação de categorias da diferença para localizar pessoas com deficiência, pessoas que exercem a prostituição e pessoas encarceradas, por exemplo. Um dos grandes problemas da diversidade enquanto uma sombrinha é a inclusão da heterossexualidade como uma das opções, o que a princípio parece englobar algumas demandas feministas, como as reivindicações por contraceptivos ou pelo exercício de maternidades dissidentes, por exemplo. Contudo, as categorias a diferença vão se multiplicando em uma infinita cascata que adiciona chaveiros em um molho de chaves principal que segue imune a um profundo questionamento. Esse molho de chaves, na modernidade/colonialidade, compreende a heterossexualidade, a cisgeneridade, a monogamia e a reprodução familiar. Nesse sentido, a crítica decolonial à diversidade não se aproxima de forma alguma ao estabelecimento de um projeto único de resistência, pelo contrário. A estratégia aqui aventada consiste na identificação desse molho de chaves principal como um sistema, como um regime político (CURIEL, 2013) que normatiza, regulamenta e coloniza práticas, instituições, dispositivos, aparelhos governamentais,

subjetividades e relações. Ou seja, o regime político da sexualidade funciona como uma matriz de dominação em seus domínios hegemônico, estrutural, disciplinar e interpessoal (COLLINS, 2019), e apenas possui sólida sustentação na modernidade/colonialidade pois atua entremeadado aos eixos de dominação da raça, da classe, do território, da nacionalidade, da capacidade e outros.

Desse modo, a heterossexualidade enquanto uma opção dentre outras não foi e não será capaz de garantir direitos fundamentais às mulheres em suas reivindicações, uma vez que a heterossexualidade enquanto um sistema define a própria divisão sexual do trabalho e cristaliza, historicamente, a identidade da mulher-por-excelência enquanto mãe, esposa e trabalhadora, ou seja, enquanto responsável pela economia do cuidado. Ademais, a institucionalização das reivindicações feministas hegemônicas se deu, historicamente, atrelada à violência colonial, convertendo contundentes críticas ao sistema patriarcal em condições para a cidadanização das mulheres enquanto sujeitas do Estado colonial/moderno. Assim, o profundo reconhecimento das demandas singulares no campo dos direitos sexuais só poderá alcançar efetiva validade sobre as ruínas do *cistema* hetero-patriarcal monogâmico, inclusive (e talvez, principalmente), para aquelas construídas enquanto mulheres na modernidade/colonialidade. Nas palavras da filósofa feminista francesa Monique Wittig, acerca da necessidade da *outridade*, ocupando a condição de diferença, como aspecto basilar para a sociedade hétero colonial/moderna:

Mas o que é o diferente/outro senão o dominado? Pois a sociedade heterossexual é a sociedade que não oprime somente lésbicas e gays, mas também oprime muitos diferentes/outros, oprime todas as mulheres e muitas categorias de homens, todos os que estão em posição de serem dominados. Constituir uma diferença e controlá-la é um “ato de poder, já que é essencialmente um ato normativo.” (WITTIG, 2022, p. 63).

Entremeadada à heterossexualidade como um regime político da colonialidade, está, de modo semelhante, a cisgeneridade, como afirma a pesquisadora transfeminista brasileira Viviane Vergueiro:

Pode-se notar, por exemplo, como “a heterossexualização do desejo requer e institui a produção de oposições discriminadas e assimétricas entre ‘feminino’ e ‘masculino’, em que estes são compreendidos como atributos expressivos de ‘macho’ e de ‘fêmea’”. Pensar possibilidades decoloniais diante de cisnormatividades implica em proposições críticas de “matrizes rivais e subversivas de desordem do gênero”, bem como na problematização e desnaturalização desta mesma “matriz de inteligibilidade” (BUTLER, 2003, p. 38-39) cisnormativa binária (VERGUEIRO, 2016, pp. 259-260).

É importante destacar que a ausência da nomeação da cisgeneridade como um sistema da colonialidade se dá, em grande medida, pela ausência histórica de pessoas transvestigêneres nas produções acadêmicas (VERGUEIRO, 2016). O apagamento da cisgeneridade caminha ao lado da construção de perspectivas medicalizantes que produzem corpos e subjetividade transvestigêneres como a *outridade*. Assim, localizar a cisgeneridade como uma identidade que

faz um par binário e hierárquico com as identidades trans é insuficiente e problemático, tal como localizar a heterossexualidade como uma opção no bojo da diversidade. “Todos corpos e gêneros têm uma história, e a binariedade como uma normatividade sociocultural eurocêntrica define e restringe os destinos de muitos deles pelo mundo” (VERGUEIRO, 2016, p. 259). A cisgeneridade, portanto, precisa ser encarada enquanto um *cistema* que administra o regime político da sexualidade na modernidade/colonialidade, apregoando, delimitando, genitalizando e hierarquizando os homens e as mulheres-por-excelência.

Quando nomeamos a heterossexualidade e a cisgeneridade como sistemas que organizam o violento regime político da sexualidade, percebemos que a antropologia da dominação enquanto prática investigativa ultrapassa em grande medida a função de um método de pesquisa ou de um escopo metodológico. Entendo a antropologia da dominação, como conceitua Ochy Curiel (2013), enquanto uma ferramenta da práxis decolonial para a visibilização dos regimes políticos que controlam, normatizam e regulam as estruturas, as instituições, as subjetividades e as relações na modernidade/colonialidade. Essa ferramenta, é, com efeito, uma lupa para fazer enxergar a própria colonialidade nos processos sociais e culturais, e com isso, possibilitar o vislumbre de outros mundos possíveis e pluriversais no rasgo da ferida colonial. Portanto,

Seguir hablando desde la disidencia sexual, y no desde la “diversidad sexual”, expresa un posicionamiento político de resistencia a todo intento de “normalización” o integración a una sociedad donde los financiamientos pueden transformar el sentido real de los problemas sociales y modificar las metodologías de trabajo y, en consecuencia, también los discursos (MOGROVEJO, 2017, p. 255).

Em suma, descortinar a colonialidade nos principais termos, constructos, categorias e sujeitos torna-se uma tarefa necessária para empreender o giro decolonial sobre nossas questões enquanto sul global. Parto, portanto, do princípio da desconstrução dos essencialismos da sujeita mulher, definida segundo o regime de sexo-gênero e de sexualidade colonial/moderno, assim como dos essencialismos das categorias alçadas ao lugar de *outridade*. Ainda, busco a seguir identificar e analisar como essas categorias hierárquicas foram e são constantemente reproduzidas no escopo da saúde, no desafio de pensar a colonialidade de gênero como lente analítica.

4 ANTICONCEPÇÃO: O ELO DOS DIREITOS-SEXUAIS-E-REPRODUTIVOS.

A história da institucionalização dos direitos sexuais e da saúde sexual se encontra embrenhada às políticas reprodutivas e contraceptivas, de modo que o movimento feminista reivindicou e reivindica insistentemente a separação conceitual entre a saúde sexual e a saúde reprodutiva. O advento dos contraceptivos hormonais, por exemplo, se deu graças a iniciativas independentes de ativistas norte-americanas pelo direito à contracepção (MORAIS & QUEIROZ, 2021). A chamada revolução sexual do século XX no norte global se encontra diretamente conectada ao acesso e aos discursos feministas em torno da contracepção. Contudo, quando inserida no quadro da geopolítica do sistema/mundo colonial/moderno, essa revolução sexual assume sentidos muito distintos no sul global. A família, instituição fundamental para a constituição dos Estados-nação após a colonização, consiste no principal pivô articulador da disseminação de métodos contraceptivos. Como nos alerta Ochy Curiel (2013), a heterossexualidade enquanto regime político, amalgamada pela instituição família enquanto base da nação, consiste em um importante fio condutor das constituições federais na América Latina. Nesse sentido, o compromisso do Estado com a garantia de recursos para o acesso à contracepção se encontra amparado na família e no casal enquanto instituições basilares. De acordo com a Constituição Federal, no Capítulo VII, art. 226, § 7º:

Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas (BRASIL, 1988).

O governo da sexualidade no sul global é gestado nas políticas voltadas ao planejamento familiar, cujo braço estrutural primordial consiste na distribuição de métodos contraceptivos, ação que foi efetivada enquanto política pública de ampla abrangência apenas na década de 2000. Desse modo, a anticoncepção consiste no principal elo que conecta a saúde sexual à saúde reprodutiva, e isso pode ser percebido nas políticas públicas, na atenção em saúde, na percepção de profissionais de saúde e mesmo nas reivindicações feministas. Em um recorte mais amplo, o que podemos observar é que a retórica da liberdade sexual do norte global é traduzida para o sul global no interior do projeto colonizador da família enquanto instituição ocidentalizada que sustenta o funcionamento político dos Estados em uma lógica conservadora e neoliberal global, e, portanto, neocolonial. Somente observamos, na prática, a separação efetiva entre os constructos saúde sexual e saúde reprodutiva quando o sexo homoerótico entra em cena, predominantemente alicerçado, no contexto da saúde, nas infecções sexualmente transmissíveis. Por sua vez, a fertilização via reprodução assistida é, ainda, um tópico de

pequena expressão nas políticas públicas e sequer é mencionada nos documentos analisados como um direito de pessoas não heterossexuais ou não cisgêneras que desejam gestar.

A princípio, pensava que a postura feminista que defende a independência da saúde sexual frente à saúde reprodutiva me levaria a desconsiderar aquilo que se referia à reprodução, a fim de compreender do que se tratava a saúde sexual pura e simplesmente. Contudo, não existe saúde sexual pura e simplesmente, essa separação é impossível. As políticas públicas, o campo dos direitos e as unidades básicas de saúde trabalham sempre com o pacote saúde-sexual-e-saúde-reprodutiva, que, na enorme maioria das vezes, se insere ou se iguala ao pacote da saúde da mulher. Ainda que eu tenha recortado o objeto de pesquisa, excluindo o que se referia unicamente à saúde reprodutiva, ao procurar pela saúde sexual, a saúde reprodutiva quase sempre vinha colada. Ao investigar os direitos-sexuais-e-reprodutivos eu precisaria, portanto, investigar como se dá essa conexão. Defender a separação a qualquer custo entre sexo e reprodução como anseiam muitas feministas não me parecia viável, e, por outro lado, recorrer às explicações essencialistas e *bio-lógicas* de que sexo e reprodução se encontram vinculados porque um leva necessariamente ao outro também me parecia um engodo. Marilyn Strathern já nos alertava, em 1995, para o fato de que a retórica de naturalização das funções reprodutivas produz a essencialização do sistema sócio-cultural de sexo-gênero, sob o manto da *bio-lógica*. Nas palavras da autora, a essencialização das funções reprodutivas traduzia-se no engodo da “necessidade de pais e necessidade de mães” enquanto papéis estritamente delimitados pelo casal heterossexual monogâmico (STRATHERN, 1995).

A separação categórica e hierárquica entre sexo e reprodução parecia, na verdade, mais um binarismo ocidentalizado que não dá conta da complexidade dos processos sociais na colonialidade. Para exemplificar essa afirmativa, podemos evocar os discursos de mulheres que desqualificam, de forma essencializada, a criação de crianças, como se o trabalho de cuidar de crianças apenas pudesse ser um fardo, em um contraponto binário à concepção hegemônica e patriarcal de que gerar filhos corresponde à fonte de realização máxima para a feminilidade. Não quero, com isso, questionar a validade da escolha por não gestar, não parir e não criar crianças. A imposição da maternidade às mulheres, vinda da branquitude, consiste, ainda, em um poderoso dispositivo, ao lado da imposição romântica, que conforma as subjetividades e produz violentos cerceamentos (ZANELLO, 2018). Ademais, a denúncia da sobrecarga e do desamparo vivenciados na maternidade, silenciados pela romantização das mães, fundamenta as críticas ao funcionamento patriarcal do gerenciamento doméstico da reprodução como um trabalho não reconhecido, não remunerado e exaustivo. Todavia, quero chamar a atenção para o fato de que todos esses elementos compõem cenas de um mesmo eixo de dominação, e

considerar a não gestação, ou mesmo a demonização crianças em último nível, como meio único de resistência à imposição da maternidade é insuficiente e demasiado branco. Além disso, a demonização e subalternização de crianças na modernidade/colonialidade acompanha a lógica hierárquica que alça os homens-por-excelência adultos ao topo da hierarquia, representando o símbolo máximo da racionalidade, frequentemente contraposta, de forma violenta, à noção de infantilidade em um sentido pejorativo.

É preciso pontuar que a maternidade é, ainda, negada a muitas mulheres periféricas que têm seus filhos estruturalmente assassinados por uma política de genocídio da juventude negra; a mulheres encarceradas; a mulheres usuárias de drogas; a mulheres diagnosticadas com transtornos mentais; a mulheres imigrantes; e a mulheres em situação de rua. O regime da reprodução durante a colonização atuou diferentemente para mulheres escravizadas, que eram sistematicamente estupradas para que gerassem novos escravizados como propriedade dos senhores. Sojourner Truth, em seu clássico discurso, enuncia: “Eu pari treze filhos e vi a maioria deles ser vendida para a escravidão, e quando eu clamei com a minha dor de mãe, ninguém a não ser Jesus me ouviu! E não sou uma mulher?” (TRUTH, 1851, n.p). Logo, é fundamental localizar a imposição da maternidade como parte do contrato sexual na branquitude enquanto um sistema de poder que, com a continuidade da lógica colonial, atua de forma hegemônica apregoando a maternidade enquanto meio de realização máxima para as mulheres ao mesmo tempo que nega esse lugar a muitas delas, demarcando, em um registro tanto simbólico quanto concreto, quem pode ser mulher-por-excelência e quem não pode.

Em suma, a separação binária entre sexo e reprodução não funciona como horizonte político desde uma perspectiva decolonial e interseccional, ainda que cumpra uma importante função de denúncia ao patriarcado. Desse modo, a anticoncepção não atua somente como um elemento de disputa política pelo direito das mulheres ao controle sobre sua capacidade reprodutiva, que influencia suas escolhas sexuais. A anticoncepção corresponde precisamente ao elo que amarra a saúde sexual à saúde reprodutiva, atuando como uma espécie de veículo que tanto permite a reivindicação da liberdade sexual quanto o governo da sexualidade, sobretudo para as mulheres cisgêneras. Ao abordar essas temáticas no escopo da saúde coletiva, com vistas à integralidade enquanto princípio que nos leva a considerar as questões de saúde como um quadro complexo e interligado, parece incoerente promover a cisão binária entre saúde sexual e saúde reprodutiva. Entretanto, abordar a saúde sexual sob a égide da saúde-sexual-e-reprodutiva, na retórica do planejamento familiar, tem se mostrado normatizador e ineficiente para a garantia dos direitos sexuais nos mais diversos territórios e contextos.

4.1 A anticoncepção na atenção em saúde.

O que tem sido nomeado, no âmbito das políticas públicas, frequentemente como planejamento familiar, refere-se, na verdade, ao planejamento reprodutivo, que tem na atenção em concepção, na atenção em infertilidade e na atenção em anticoncepção suas principais áreas de intervenção. No que concerne à atenção protocolar à anticoncepção, o Cadernos 26 evidencia que ela:

(...) pressupõe a oferta de informações, de aconselhamento, de acompanhamento clínico e de um leque de métodos e técnicas anticoncepcionais, cientificamente aceitos, que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, para homens, mulheres, adultos(as) e adolescentes, num contexto de escolha livre e informada. Na atenção em anticoncepção, é muito importante oferecer diferentes opções de métodos anticoncepcionais para todas as etapas da vida reprodutiva, de modo que as pessoas tenham a possibilidade de escolher o método mais apropriado às suas necessidades e circunstâncias de vida (BRASIL, 2013, p. 111)

De acordo com a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) de 2006, o percentual de mulheres cisgêneras em uso de algum método contraceptivo é extremamente alto, chegando a mais de 80% entre as mulheres “unidas” (BRASIL, 2013). Os métodos mais utilizados eram, em primeiro lugar, a esterilização (29%), seguida pelo uso de pílulas anticoncepcionais (21%) e camisinha (6%). É curioso como o uso de métodos contraceptivos por mulheres leva em consideração se essas mulheres se encontram “unidas”, quer dizer, em um relacionamento heterossexual. Para aquelas que não se encontram “unidas”, o enunciado “não unidas” é seguido de “sexualmente ativas”. Ora, observando essa construção discursiva podemos inferir, em primeiro lugar, como a união em um relacionamento heterossexual pressupõe a ocorrência sistemática de relações sexuais. Para aquelas que não se encontram “unidas”, é necessário afirmar que a vida sexual pode estar acontecendo fora desse formato. Afinal, pelo domínio hegemônico da sexualidade, pressupõe-se que a existência de relações sexuais sistemáticas entre um homem e uma mulher configura um tipo específico de relacionamento normativo: o casal heterossexual monogâmico.

Desnaturalizando essa construção, podemos reconhecer a sua formação na modernidade/colonialidade como uma instituição que organiza a família normativa na branquitude enquanto um sistema hegemônico que garante a manutenção do capital restrito em certas linhagens. Assim, não é algo óbvio ou dado pela natureza que a reprodução e a sexualidade sejam fenômenos essencialmente adscritos às instituições “casal” e “família”, como o domínio hegemônico e a Constituição Federal apregoam. Contudo, com a ampla profusão da retórica da livre escolha, a pressuposição da contiguidade entre sexo, casal heterossexual, família e reprodução enquanto normativa se torna mais sutil e refinada.

É de suma importância desnaturalizar essas construções, uma vez que as intervenções em saúde sexual são predominantemente feitas objetivando o alcance de um ato sexual “completo”, ou seja, o intercursos vaginal-peniano. O sexo precisa ser intimamente governado para que não aconteça fora do que é considerado bom sexo, mas também, e fundamentalmente, para que aconteça e ponto final, exceto para as pessoas sobre quem se pressupõe a inexistência da sexualidade, como pessoas com deficiência e pessoas idosas. Desse modo, a existência de uma vida sexual plena não dialoga apenas com a importância que o prazer e bem-estar vêm alcançando na compreensão de saúde, mas dialoga também com a vigilância para que o sexo esteja acontecendo e siga definindo uma relação heterossexual de casal que define, por sua vez, uma mulher unida.

A possibilidade da escolha por não vivenciar o sexo, em seus mais diversos sentidos, não é considerada, o que apaga as vivências de pessoas assexuais e dificulta as discussões sobre estupro conjugal. Afinal, o discurso da escolha livre e informada sobre a sexualidade, num novo regime sexual (CARRARA, 2015), transfere de forma cada vez mais refinada o governo da própria sexualidade segundo a norma do bom sexo para os sujeitos individualizados e profundamente responsáveis por si próprios. É fundamental considerar que as discussões sobre consentimento, sobre estupro conjugal e sobre escolhas no que tange à vivência da própria sexualidade solicitam um cuidado analítico igualmente refinado para considerar a capilaridade do regime sexual na própria colonialidade do ser.

Muito pode e precisa ser discutido sobre a anticoncepção em uma perspectiva feminista decolonial que leve em consideração o funcionamento dos direitos-sexuais-e-reprodutivos. Em sua análise do Cadernos 26, Marina Guimarães (2018) chama a atenção para a inegável virada institucional que o documento promoveu ao abordar a saúde sexual e destacá-la frente à saúde reprodutiva, mas aponta que a maior parte do documento se destina às recomendações protocolares sobre a prescrição de métodos contraceptivos. A esse respeito, uma de suas entrevistadas que participou do processo de elaboração do Cadernos 26 comentou:

Os materiais que a gente tinha no início, da saúde da mulher, eram muito voltados para métodos (contraceptivos). Era como se saúde sexual e saúde reprodutiva se resumissem a métodos anticoncepcionais e para a mulher. Então, a gente foi buscar o que os materiais do Ministério (MS), até para que a gente não jogasse fora o que já tinha sido produzido, aproveitasse o que tinha sido produzido e.... Então, assim, eu acho que o Ministério da Saúde ele, os cadernos, eles procuram trazer os protocolos atuais e os protocolos remetem muito a essa coisa da assistência, sabe? (Interlocutora em entrevista a GUIMARÃES, 2018, p. 67).

A anticoncepção é uma das temáticas que define a saúde sexual enquanto um termo guarda-chuva, e ao mesmo tempo, corresponde à principal zona de interseção entre os direitos sexuais e direitos reprodutivos. Na busca por entender do que se falava nas unidades básicas de

saúde quando se enunciava saúde sexual, essa foi precisamente uma das primeiras coisas que encontrei. O grupo de Direitos Sexuais e Reprodutivos, conduzido por uma docente do curso de enfermagem, era o local e o momento destinado à discussão da saúde sexual, que não existia sozinha, mas dentro do constructo sexual-e-reprodutivo. Esse grupo, que tinha o formato de uma roda educativa, era conduzido pela docente, seus acadêmicos e suas acadêmicas uma vez no mês na unidade básica. Outras unidades também recebiam esse grupo, no mesmo formato. O grupo se encontra vinculado à disciplina que versava sobre a saúde da mulher, no curso de enfermagem, e dialoga explicitamente com as prerrogativas das políticas públicas, atuantes como domínio disciplinar sobre a conduta de profissionais e acadêmicas em formação. De acordo com o Cadernos 26, “As ações educativas, preferencialmente realizadas em grupo, devem ser sempre reforçadas pela ação educativa individual” (BRASIL, 2013, p. 108). O protocolo complementa:

Nesse sentido, o primeiro passo para provocar o debate com o usuário é entender que todos estão fortemente afetados por esse assunto e que não é possível implementar diálogo pedagógico efetivo a partir de propostas que se baseiem unicamente em estratégias pedagógicas tradicionais, tais como “palestras sobre métodos de planejamento familiar”, planejadas pelos trabalhadores do serviço, onde o usuário é obrigado a participar para ter acesso ao método de planejamento familiar (BRASIL, 2013, p. 109).

Na prática, o que pude observar do grupo demonstra que ele se insere na unidade básica de saúde como dispositivo por meio do qual se realizam encaminhamentos para o acesso a métodos contraceptivos, sobretudo para o dispositivo intrauterino (DIU) e a esterilização voluntária. As profissionais da unidade encaminham usuárias e usuários que poderiam se beneficiar do propósito informativo do grupo (como adolescentes que engravidaram), que desejam ter acesso a informações para decidir qual método contraceptivo utilizar e aqueles e aquelas que desejam receber encaminhamento para solicitação de DIU ou esterilização voluntária. Desse modo, o propósito educativo da atenção básica no que tange à saúde sexual e o acesso à informação para a escolha contraceptiva se encontra condensado neste grupo, em uma tarde do mês. Outro contexto em que pude verificar o acesso a informações e prescrições de contraceptivos consiste nas consultas individuais, principalmente com profissionais da medicina, o que corresponde a uma das principais demandas em saúde sexual nas unidades básicas.

O primeiro elemento que chama a atenção é o uso da terminologia direitos no próprio nome do grupo, que, na prática, estabelece um evidente diálogo com a retórica dos direitos-sexuais-e-reprodutivos nas políticas públicas. Grosso modo, o enunciado “direitos” faz menção à legislação vigente para o acesso a métodos contraceptivos, sobretudo os critérios para realizar

a esterilização voluntária e o conhecimento do cardápio de métodos contraceptivos para a escolha livre e informada. Ou seja, a proposta do grupo para que as usuárias do serviço conheçam seus direitos caminha nesse sentido, em estreita conexão com a Lei N° 9.263/1996, a Lei do Planejamento Familiar. Assim, ainda que o grupo se dedique a abordar a saúde sexual dentro da saúde-sexual-e-reprodutiva, vinculada aos direitos-sexuais-e-reprodutivos, a lógica protocolar de oferecer todas as informações científicas sobre o funcionamento do sistema genital, chamado de sistema reprodutor, e sobre o funcionamento dos métodos contraceptivos, rege a prática educativa. Evidentemente, o grupo do qual participei corresponde a um pequeno recorte das práticas educativas em saúde, visto que o modo como essas ações são desenvolvidas na ponta das unidades básicas depende de cada contexto específico no território e de quem são os atores envolvidos nas ações em saúde. Contudo, os protocolos atuam amplamente segundo o domínio disciplinar sobre as condutas em saúde sexual.

De modo geral, a preocupação em fornecer informações acuradas cientificamente, sobretudo no que tange ao funcionamento dos métodos contraceptivos, atravessa o propósito do grupo. Todavia, a preocupação com a participação ativa das usuárias estava presente. Esse foi o único contexto nesta pesquisa em que estive em contato direto com as falas das usuárias dos serviços, sobretudo por meio da maneira como elas se posicionavam no grupo. O objetivo da minha investigação teve como foco, desde o princípio, analisar a colonialidade nas práticas, diretrizes e condutas protocolares, mas o contato com as usuárias, ainda que breve e em um contexto muito específico, provocou questões e aguçou sensibilidades analíticas. Em primeiro lugar, me chamou a atenção a participação de homens: foram apenas dois, cisgêneros, e ambos buscavam a vasectomia. Um deles compareceu ao grupo na condição de casal, acompanhado da esposa. Era nítido o desconforto de ambos, como se aquele espaço para falar sobre sexualidade, sistema reprodutor, genitálias científicas e contracepção não fosse um espaço para eles, pelo menos não na presença de tantas mulheres. O tom de congratulação pela presença deles aparecia nas falas da docente e das acadêmicas, que enfatizavam a necessidade da responsabilização dos homens pela contracepção. O momento de explicar o funcionamento do pênis e do escroto nas ilustrações educativas era destinado a acadêmicos homens presentes no dia, bem como a demonstração do uso correto do preservativo externo (chamado de preservativo masculino a todo momento). “*A camisinha tem que ser o homem*”, dizia a docente.

No que diz respeito às manifestações das mulheres presentes, a maioria entre 20 e 35 anos, algumas estavam mais caladas e outras se manifestavam mais. Esse fator teve uma evidente marca racial, pois pude perceber que as usuárias brancas, via de regra, se manifestavam com menos timidez e as usuárias negras permaneciam mais caladas. De modo geral, surgiam

dúvidas sobre o funcionamento de alguns métodos, relatos sobre acontecimentos excêntricos de ocorrência de gravidez durante o uso de contraceptivo, falas sobre o desejo e o não desejo da maternidade e alguns comentários muito pontuais sobre a vivência do prazer. Aliás, mesmo o prazer é abordado de forma biologizante por meio da explicação científica sobre a existência e o funcionamento do clitóris³², e os únicos momentos em que o prazer foi pautado como demanda pelas usuárias ocorreram em função de um relato sobre vaginismo e das queixas de ressecamento vaginal durante o climatério e a menopausa. As falas no grupo de climatério e menopausa ilustram de forma curiosa como o diálogo sobre a contracepção dá lugar ao prazer como pauta para as mulheres na faixa dos 50 anos, quando a reprodução já não está mais em jogo. Contudo, as narrativas sobre o envelhecimento demonstram como o corpo jovem e em plena função reprodutiva é tomado como parâmetro, uma vez que a menopausa é descrita como “falha” do sistema reprodutor e das “funções femininas”. A vivência da sexualidade e a valorização da libido sexual nessa fase da vida foi destacada pelas usuárias como uma maneira de não se abandonar enquanto mulher, sendo que, em vários relatos a vivência de um novo relacionamento heterossexual após a viuvez ou divórcio é destacado como possibilidade de experimentar a sexualidade de forma inédita.

A dimensão dos relacionamentos fornece o enquadramento para a vivência da sexualidade desde o princípio, havendo a pressuposição implícita da heterossexualidade, da monogamia e do desejo pela reprodução. Portanto, não me espantou, quando perguntei à docente que conduz o grupo, sobre a participação de pessoas LGBTQIAPN+ nos encontros, que foi qualificada como extremamente rara. Na verdade, essa resposta se repete entre todas as profissionais que entrevistei a respeito do acesso dessas pessoas às unidades básicas de saúde. A estratégia para dar início ao grupo e permitir a apresentação das usuárias, bem como de suas demandas, segue o modelo proposto pela docente, que se apresenta dizendo sua idade, condição de relacionamento (se namora, se é noiva ou se é casada e há quanto tempo), método contraceptivo utilizado, se deseja buscar outro método e o desejo de ter filhos. Todas as pessoas, inclusive as acadêmicas, se apresentavam, então, nesses termos que pressupõem a cis-heterossexualidade, a monogamia e o desejo pela reprodução. Ora, uma vez que a anticoncepção domina a atenção em saúde-sexual-e-reprodutiva, é esperado que o perfil dessas pessoas atendam ao pressuposto cis-hetero-monogâmico.

³² Ainda que a anatomia do clitóris tenha sido historicamente negligenciada pela ciência, de modo que seu resgate cumpre uma importante função política, me chama atenção a apropriação colonial/moderna da vivência do prazer por mulheres cisgêneras precisamente, e restritamente, sob a ótica *bio-lógica* e genitalista. Ou seja, a mesma ótica colonial/moderna ocidentalizada que organiza os discursos de subordinação das mulheres.

Quanto à minha apresentação, fui a única a me nomear enquanto uma pessoa não heterossexual e não monogâmica e minha participação nos grupos sempre era incluída no que dizia respeito ao uso do DIU, pois meu relato pessoal interessava às participantes. Nesse contato, era evidente que minha posição ali era de pesquisadora e de psicóloga, ou seja, eu não ocupava a mesma posição que as usuárias. Contudo, eu ainda me sentia constrangida em me nomear como não heterossexual e não monogâmica, percebendo que aquele tipo de espaço correspondia a algumas de minhas demandas, mas definitivamente não atendia à minha saúde sexual. Deslocando da pessoalidade, em um caráter investigativo, penso que essas percepções traduzem em alguma medida como o enfoque contraceptivo dado à saúde sexual, enquanto elo com a saúde reprodutiva, delimita o bom sexo dentro da normativa cisgênera, heterossexual, monogâmica, não promíscua e que dialogue como desejo pela reprodução, e isso acontece de forma sutil, polida e capilarizada, ainda que continue sendo um poderoso dispositivo da sexualidade. E não quero dizer com isso que as ações com vistas à ampla garantia de acesso à contracepção devidamente informada não seja completamente fundamental. O acesso à contracepção, enquanto uma dimensão do domínio estrutural da sexualidade, é condição básica para o direito ao planejamento reprodutivo e ao planejamento não reprodutivo. O questionamento que coloco é sobre o modo como esse domínio se organiza, articulado por um domínio hegemônico da sexualidade, que pressupõe um bom sexo, e administrado pelo domínio disciplinar do campo da saúde.

O anseio para conseguir acessar o método desejado era, na verdade, a afetação mais evidente entre as participantes do grupo, pois a busca por esse acesso significaria um trânsito burocrático por outros serviços de saúde, sobretudo da atenção secundária. O tempo de espera até o acesso ao método desejado³³ era fonte de preocupação, e em alguns casos significaria um tempo maior permanecendo no uso de algum método que já estava causando significativos desconfortos. A dificuldade e as burocracias envolvidas no acesso a diferentes métodos é um velho problema, sendo identificado por Maria Luiza Heilborn e colaboradoras (2009) há mais de dez anos. Evidentemente, o acesso a recursos básicos garantidos pelo Estado apresenta sérias lacunas, haja vista todo o debate acerca da dignidade menstrual, por exemplo. No entanto, para além do domínio estrutural que dispõe dos recursos materiais, a relação estabelecida entre as usuárias e as políticas de planejamento reprodutivo também merece significativa atenção.

Nesse sentido, é importante questionar qual a função da detalhada explicação científica sobre o funcionamento dos métodos, e se essa explicação dialoga de fato com as demandas em

³³ Com a alteração da Lei N° 9.263/1996 pela Lei N° 14.443/2022, que entrou em vigor em março de 2023, ficou estabelecido que o prazo máximo para o acesso ao método solicitado é de 30 dias.

saúde sexual dessas usuárias, ou seja, com os desconfortos, os prazeres e desprazeres, as relações de poder implicadas nos relacionamentos afetivos, a relação com o uso do método contraceptivo e a relação com o desejo pela contracepção. Me mantive em contato com algumas usuárias para receber notícias sobre o sucesso do acesso ao método desejado e uma delas entrou em contato comigo profundamente frustrada por não ter conseguido passar pela inserção do DIU. Essa mulher cisgênera, de 40 anos, foi a única nos grupos, além de mim, a expressar o desejo de não gestar e não ter filhos em nenhum momento de sua vida, relato que veio acompanhado da defesa de que seu desejo não representava frieza emocional. Ao conversar com ela após o insucesso no acesso ao DIU, expus que também não havia me adaptado ao método, me decidindo por retirar o DIU e solicitar a laqueadura. Me chamou a atenção o questionamento que recebi, se era possível solicitar a laqueadura sem ter tido filhos, uma vez que essa é uma informação básica presente na Lei do Planejamento Familiar, uma das principais informações expostas no grupo³⁴. Ou seja, me parece que há uma distância importante entre a informação legal e científica acerca dos métodos contraceptivos e como o uso e a escolha de anticoncepcionais acompanha um imaginário povoado pelo domínio hegemônico da sexualidade.

A busca e a realização da esterilização voluntária por mulheres cisgêneras congrega importantes formações discursivas sobre o domínio hegemônico da sexualidade. A própria história médica das primeiras laqueaduras realizadas no Brasil ilustra como as contradições atribuídas a esse procedimento marcaram profundamente a institucionalização científica da diferença sexual. De acordo com Fabíola Rohden (2001), na época em que a ginecologia disputava por reconhecimento na ciência médica para que não fosse tomada como uma área menor na medicina por se dedicar às questões relativas às mulheres cisgêneras, o procedimento de esterilização provocou calorosos debates entre os médicos. Em suma, discutia-se a legitimidade do procedimento dado que ele provocava alterações naquilo que essencializava as mulheres: a capacidade reprodutiva útero-ovariana. O procedimento, a princípio, foi duramente rechaçado pelos ginecologistas pioneiros no Brasil, sendo associado ao aborto e ao infanticídio, bem como ao adoecimento psíquico de mulheres esterilizadas. Esse debate contribuiu em grande medida para a consolidação da ginecologia enquanto uma ciência da diferença, capaz de definir, cientificamente, parâmetros completamente arbitrários, cristalizando a mulher enquanto uma sujeita essencializada pela *bio-lógica*.

³⁴ Apesar de apresentar todos os critérios pautados pela Lei do Planejamento Familiar, estava presente na condução do grupo a retórica tutelar do aparato legislativo em enunciados como: “*Vamos descobrir então se você tem direito a esse método.*” Desconfio que a apropriação da lei enquanto ferramenta de acesso ficava soterrada sob seu caráter tutelar, interferindo na maneira de apreender informações cruciais pelas usuárias.

No que tange ao domínio estrutural que organiza o acesso ao procedimento da laqueadura hoje, a própria legislação apregoa que a realização precoce da cirurgia deve ser desencorajada por profissionais de saúde, indicando que as profissionais se certifiquem que os métodos reversíveis foram apresentados. Contudo, na prática, o desencorajamento ganha importantes contornos do domínio hegemônico da sexualidade. Uma de minhas interlocutoras, uma agente comunitária de saúde, relatou a recorrência da frustração de muitas usuárias do serviço com relação ao acesso à laqueadura, cujo trâmite burocrático parece nebuloso e desconhecido, o que é significado por ela como uma negação do direito de escolha pelo Estado e pelos serviços de saúde. A respeito da busca pela laqueadura, ela comenta: *“Eu vejo como um não de cara. De qualquer maneira, a mulher se não tem filho no auge dos seus 26 anos, ela tem que engravidar. Pelo menos são as reclamações que a gente escuta, tá?”* (Interlocutora 7, entrevista realizada em julho de 2022). De modo geral, o desejo pela vasectomia passa por menos desencorajamento do que a laqueadura, e as pesquisas científicas sustentam essa conduta, como enuncia a docente que conduz o grupo, na medida que as taxas de arrependimento pela cirurgia de esterilização são mais altas entre as mulheres cisgêneras do que entre os homens cisgêneros.

O principal recurso discursivo evocado para explicar o maior arrependimento pela cirurgia entre as mulheres cisgêneras é a possibilidade de término do relacionamento monogâmico atual e o encontro de um novo parceiro, para quem ela pode “querer dar um filho” e, portanto, se arrepender da cirurgia, além da não cobertura pelo SUS da cirurgia de reversão. Além disso, um dos acadêmicos ao comentar sobre a alteração da lei do planejamento familiar, que reduz a idade mínima para realização do procedimento de 25 para 21 anos, fala que *“21 anos é muito nova pra fazer laqueadura”*. É curioso como a idade parece deixar de ser um problema quando o assunto é o acesso à laqueadura para mulheres jovens e empobrecidas que já tiveram alguns filhos, mulheres usuárias de drogas e mulheres que convivem com algum transtorno psíquico, se enquadrando, portanto, entre aquelas que precisam controlar sua capacidade de reprodução. Em suma, a laqueadura parece ser entendida como um recurso para o controle reprodutivo e como uma opção contraceptiva apenas em caso de gigantesca certeza, que precisa ser testada³⁵, sobre a escolha da não maternidade. Se torna evidente, neste momento,

³⁵ Na minha experiência pessoal, ao buscar pela laqueadura aos 26 anos e sem nenhuma gestação, pude perceber nitidamente a suposição de heterossexualidade monogâmica. O desconforto com a realização do procedimento foi evidente e verbalizado pela profissional, ainda que o discurso do respeito à minha decisão estivesse presente. Na intenção de me proteger de violências, justifiquei a sanidade da minha escolha usando a “carta na manga” de que trabalho, academicamente, com os direitos sexuais e os direitos reprodutivos. Nesse momento, o “respeito” à minha decisão ganhou maior consistência e pude perceber que o entre-lugar acadêmico evidencia uma relativa posição

como a retórica da livre escolha a respeito do exercício da sexualidade e da reprodução coaduna com a noção de sujeito liberal capaz de se autodeterminar, podendo ser responsabilizado e penalizado individualmente pelo não cumprimento das expectativas hegemônicas. Com isso, o questionamento da norma hegemônica e de suas estratégias disciplinares para a sexualidade acaba cedendo espaço para a responsabilização individual de gestão da vida sexual.

Com relação à contracepção na adolescência e na juventude, o sentido da atenção em saúde sexual como controle aparece de forma complexa. Do mesmo modo que a normativa da maternidade é apregoada para as mulheres cisgêneras, bem como a obrigatoriedade de cumprir com o ato sexual na conjugalidade, a prevenção da gravidez até que se alcance uma certa idade é igualmente prescrita. Essas prerrogativas acompanham a dinâmica de capilarização do regime político da sexualidade, transferindo cada vez mais para o âmbito individual a obrigatoriedade de gerir a própria vida sexual desde a adolescência de acordo com o bom sexo e correspondendo às expectativas a respeito da reprodução. Nas palavras de uma das interlocutoras:

Interlocutora 6: Até na escola mesmo, não é? Quando a gente era criança na escola não se falava tanto. Hoje em dia já se fala, então assim, tá tudo mais aberto mesmo, assim, é, as orientações, entendeu? São mais, são muito maiores. Eu falo que hoje em dia, assim, quem engravida jovem é porque quer, porque na escola já tem orientação, aqui no posto tem a hora que quiser, entendeu? Então não tem esse negócio, “ah, não sabia”. Antigamente até tinha, mas hoje em dia não.

Pesquisadora: E você acha que essas pessoas elas conseguem ter acesso a essas informações ou ainda é difícil de chegar?

Interlocutora 6: Consegue, basta querer (Interlocutora 6, entrevista realizada em setembro de 2022).

A intensificação das discussões a respeito dos direitos reprodutivos e dos direitos sexuais na década de 1990, consolidada pelas políticas públicas que acompanham as diretrizes transnacionais, de fato trouxe para a cena pública o debate sobre o direito à escolha acerca da vida sexual e da vida reprodutiva, bem como o debate sobre o acesso aos recursos materiais que viabilizem essa escolha. Contudo, embebida em uma lógica neoliberal, os sujeitos são disciplinados a assumir, cada vez mais, a responsabilidade cabal pelo acesso e pela administração dos recursos que se destinam ao manejo das escolhas reprodutivas e sexuais. Nesse cenário, formações discursivas como “basta querer” passam a ser aplicadas à população como um todo, sem qualquer discussão sobre o caráter normativo e biomédico da saúde, como se a função dos serviços de saúde pudesse se resumir à apresentação de um catálogo de opções, desconsiderando, inclusive, as dificuldades e as burocracias envolvidas nos

de privilégio ou de credibilidade para autorizar a autonomia. Destaco, ainda, que escolhi suprimir a minha não heterossexualidade e não monogamia para me proteger de violências e da criação de entraves ao acesso à cirurgia. Obviamente, fui indagada se meu suposto parceiro estava de acordo com a decisão, embora a nova Lei do Planejamento Familiar dispense a necessidade do consentimento do(a) cônjuge, informação sabida pela profissional.

trâmites para o acesso aos métodos contraceptivos. O acesso à educação sexual por si só tem se tornado uma realidade ainda mais complexa no contexto neoconservador que atravessamos. Ademais, a sexualidade biomédica não é a sexualidade exercida pelas pessoas em seus territórios e em suas relações. Há uma profunda lacuna entre a saúde sexual científicista que logra espaço nos serviços de saúde e a sexualidade encarnada e vivenciada pelas pessoas. A retórica do sujeito liberal parece buscar responsabilizar usuárias e usuários dos serviços pela injusta e colonizada tarefa de reduzir essa lacuna na prática, ou seja, trata-se de uma refinada estratégia de colonialidade do ser, do gênero e do sexo.

4.2 O protagonismo da mulher em planejar famílias: um direito feminista?

A Lei do Planejamento Familiar (Lei N° 9.263/1996) é um elemento importante no contexto de institucionalização dos direitos reprodutivos e se insere em um cenário maior de controle transnacional das populações dos países do sul global. A própria retórica do planejamento familiar nasce, em nível institucional, na década de 1950 em um berço contraditório. A Federação Internacional de Planejamento Familiar (IPPF, na sigla em inglês), é fundada em Londres, nesse período, por Margaret Sanger, uma figura controversa no seio do movimento feminista hegemônico. Ela foi uma das responsáveis por liderar e financiar os ativismos pelo direito à contracepção nos Estados Unidos e o próprio processo de criação da pílula anticoncepcional, em que o medicamento foi testado, sem o consentimento, em mulheres asiladas e em mulheres empobrecidas porto-riquenhas (MORAIS & QUEIROZ, 2021). Após esse processo, a expressividade alçada pela promoção da contracepção, sob o manto do planejamento familiar, aconteceu devido ao interesse de países do norte global em efetivar iniciativas de controle populacional sob a alegação do desenvolvimentismo. De acordo com Alcione Costa e colaboradoras (2013), na década de 1990, a política demográfica do Brasil se tornou alvo exposto das entidades internacionais que propunham a adoção de políticas controladoras da natalidade sob o argumento da proteção do meio ambiente e da busca pelo desenvolvimento econômico. Ao fim e ao cabo, a retórica do desenvolvimento ensejava e enseja o acobertamento discursivo dos reais responsáveis pela degradação ambiental em larga escala e culmina em um veículo de estratégias de controle de populações empobrecidas, dentre as quais se encontra o planejamento familiar.

Ao mesmo tempo, o movimento feminista negro vinha, desde a década de 1980, denunciando o emprego da contracepção como estratégia de controle sobre mulheres negras, originárias, periféricas e empobrecidas, principalmente via esterilização compulsória. A

Comissão Parlamentar de Inquérito que se dedicou a investigar essas violências, em 1993, também influenciou diretamente a criação da Lei do Planejamento Familiar, que passou a proibir a utilização de métodos contraceptivos para controle demográfico, bem como a retirada do útero e dos ovários nas cirurgias de esterilização, e a realização da laqueadura na ocasião do parto (TEIXEIRA & GALLO, 2021). Desse modo, a Lei representa a convergência de diferentes forças políticas e consiste, hoje, no principal mecanismo de garantia dos direitos reprodutivos e não reprodutivos, que influenciam a maneira como são administrados os direitos sexuais. Contudo, a Lei não é conhecida por muitas profissionais de saúde e por muitas usuárias dos serviços de saúde. Sua inserção nas unidades básicas em que estive presente se dava, primordialmente, pelo Grupo de Direitos Sexuais e Reprodutivos.

Ao longo da trajetória da pesquisa, tramitou no Congresso Nacional e no Senado a Lei Nº 14.443/2022, que se destinou a alterar a Lei do Planejamento Familiar. As principais mudanças dizem respeito à redução da idade para realização da cirurgia de esterilização de 25 para 21 anos (caso haja dois filhos vivos, não é necessário observar o limite de idade, conforme a Lei já apregoava), à revogação da necessidade da anuência do cônjuge e à revogação da proibição da realização da laqueadura no parto. Além disso, ficou estabelecido que o prazo de 30 dias para disponibilização do método contraceptivo solicitado deve ser respeitado por qualquer serviço de saúde. Com a tramitação dessa lei, as discussões sobre a Lei do Planejamento Familiar se intensificaram, movimentadas no campo feminista em grande medida pela defesa do direito ao acesso sem obstáculos à cirurgia de esterilização, entendida como um direito que dialoga com a validação da escolha pela não maternidade. Um dos obstáculos profundamente criticados era a necessidade de autorização do cônjuge.

A alteração da Lei do Planejamento Familiar tramitou precisamente no último ano do governo de Jair Bolsonaro, sendo por ele sancionada. Na ocasião, o programa da TV Senado *Elas Pautam*, inaugurado em setembro de 2021 com a proposta de discutir temas de interesse das mulheres de forma unificada a despeito da chamada polarização política, abordou a tramitação da lei com duas deputadas alinhadas a vertentes conservadoras, Maria Rosas (Republicanos – SP) e Soraya Manato (PTB – ES). Soraya é médica ginecologista, se nomeia conservadora e é apoiadora explícita do ex-presidente Jair Bolsonaro em suas redes sociais. Maria Rosas é professora e possui uma atuação voltada a algumas demandas das mulheres, como o combate à violência. Em sua página situa entre suas bandeiras a defesa da família em uma perspectiva religiosa:

Sou cristã e defendo os direitos da família. Acredito que a vida social vem atravessando momentos difíceis. Muitos atacam os valores da família e justificam alguns crimes contra a vida em nome dos direitos da liberdade individual, muitos

atentam contra a dignidade do ser humano. A família, “patrimônio da humanidade”, constitui um dos tesouros mais importantes dos povos latino-americanos.³⁶

As formações discursivas observadas no programa apontam e ilustram o processo de institucionalização de direitos para as mulheres no âmbito estatal que, com frequência, coopta discursivamente os direitos das dissidências sob a ordem hegemônica na disputa política. Desse modo, podemos observar um recorte da incorporação dos direitos feministas enquanto direitos da mulher, que define, por conseguinte a própria sujeita mulher universalizada, no singular, a quem se destinam tais direitos. Chamo de direitos feministas as reivindicações políticas dos movimentos sociais, que surgem predominantemente das lutas feministas organizadas, e pretendo com essa distinção demarcar as contradições e deformações nas pautas que visam a transformação na ordem de poder que subordina as mulheres quando elas são alçadas ao nível governamental. A maneira como pautas feministas são enunciadas enquanto pautas da mulher pelas deputadas conservadoras permite evidenciar alguns desses mecanismos discursivos.

O mote do programa *Elas Pautam* que se destina a discutir a Lei do Planejamento Familiar se volta à problemática da gravidez indesejada, sobretudo na adolescência, e à dificuldade no acesso a métodos contraceptivos e a informações adequadas. O número de abortos realizados no Brasil é citado para enfatizar o papel das leis e das políticas públicas na distribuição de contraceptivos, e situar a questão do planejamento familiar como um assunto de saúde pública. O programa se inicia com o vídeo de um ginecologista explicando as consequências de uma gravidez não planejada, sobretudo na adolescência, e o debate que se segue entre as deputadas e a apresentadora revela o olhar conservador, no âmbito institucional, sobre o planejamento reprodutivo, chamado a todo tempo de planejamento familiar.

A necessidade de modernizar a lei, na narrativa das deputadas, acompanha a modernização do lugar que a mulher ocupa hoje na sociedade com a ampla inserção no mercado de trabalho. O avanço nos direitos e no acesso à contracepção é abalizado, portanto, pela importância do trabalho na vida da mulher, entendido como sinal de modernização. É evidente que as condições materiais de subsistência são influenciadas indiscutivelmente pela criação de crianças, tornando dever do Estado observar essas condições sobretudo para mulheres em situação de vulnerabilidade socioeconômica. Mas quero chamar a atenção para o principal recurso discursivo acionado para defesa do avanço do controle reprodutivo, qual seja, a importância da manutenção da mulher na geração de capital. Além disso, situar a presença das mulheres no mercado de trabalho como sinal de modernização reflete a retórica do

³⁶ Disponível em <https://www.mariarosas.com.br/atuacao>. Acesso em 30 de março de 2023.

desenvolvimento, atuando amplamente sob a égide da branquitude, uma vez que o imperativo do trabalho sempre esteve presente na vida das mulheres negras.

A ampliação do direito ao acesso à contracepção é comemorada na retórica conservadora, também, como uma maneira de “modernizar” o lugar da mulher na família nuclear normativa. Nas palavras da deputada Soraya, a respeito da revogação da anuência do marido para realização da laqueadura:

Hoje em dia, com essa remodelação dessa lei, você dá oportunidade dela escolher quantos filhos ela quer, e não quantos filhos o marido quer. Mas a gente sempre frisa isso: é importante esse diálogo, porque é um casal. E o objetivo nosso, que somos conservadores, é que esse relacionamento se perdue, né? Então esse diálogo é importante, mas dar essa autonomia pra mulher que nove meses, ela leva essa gravidez, e 80% dos cuidados são vindos dela, então ela que tem que ser... ter o protagonismo de definir se ela quer mais filhos ou não (Excerto retirado do episódio Elas Pautam: Mulheres na Política, da TV Câmara, exibido no dia 3 de junho de 2022).

Ao justificar o direito da mulher ao controle da reprodução, a deputada o faz reconhecendo a divisão sexual do trabalho, que delega às mulheres o gerenciamento dos cuidados domésticos, esvaziando o sentido político das críticas feministas à sobrecarga gerada por esse gerenciamento. A responsabilidade dos homens nos assuntos reprodutivos acaba sendo, na verdade, lembrada pela apresentadora nos momentos finais do programa. Ou seja, manter os assuntos reprodutivos na alçada dos assuntos da mulher parece manter a clássica divisão sexual do trabalho e pode atuar na consolidação de uma normativa que requer um alto rendimento das mulheres “modernas” que precisam atingir o sucesso profissional e manter funcionando o gerenciamento doméstico sob a constante vigilância social para ser uma exímia mulher moderna: boa esposa, boa mãe, boa gerenciadora doméstica e boa profissional.

Desse modo, os direitos feministas se deformam no domínio hegemônico, atuando pela manutenção da ordem socioeconômica capitalista e atualizando as prerrogativas do que significa ser uma mulher-por-excelência, que deve gerir sua vida e sexualidade enquanto uma sujeita supostamente liberal e autossuficiente. Nesse sentido, o registro de inteligibilidade em que as demandas das mulheres são ouvidas conforma a mulher-por-excelência, definida hegemonicamente como a mulher cisgênera heterossexual monogâmica e definida em função da família. Em última instância, definida nos termos do binarismo de sexo-gênero. “*Conforme a Soraya falou, nós somos conservadores. Sabemos a importância da mulher e sabemos a importância do homem, mas nós não podemos deixar de ouvir essa mulher*” (Excerto retirado do episódio Elas Pautam: Mulheres na Política, da TV Câmara, exibido no dia 3 de junho de 2022), complementa Maria Rosas. Questiono, então, que tipo de demandas poderiam caber nos enunciados dessa mulher específica, tomada enquanto universal.

Chama a atenção como simplesmente não é considerada uma opção a escolha pela não maternidade, ou a vivência reprodutiva fora do escopo do casal. A defesa pela não gestação e pela não maternidade é aventada apenas quando as deputadas se referem à gravidez na adolescência. Um dos argumentos utilizados é que as jovens não estariam prontas para receber uma criança, e poderíamos questionar o que significa estar pronta para receber uma criança no imaginário hegemônico. O desejo pela maternidade por parte das adolescentes é desqualificado e desautorizado, homogeneizando esse grupo sob a nomenclatura de mães precoces. Ainda que esse debate seja amplo, escapando às possibilidades analíticas deste trabalho, a ideia de precocidade no que diz respeito ao controle reprodutivo merece atenção, pois a maternidade precoce é condenada e, ao mesmo tempo, a escolha pela esterilização chamada de precoce deve ser desencorajada, de acordo com a própria legislação. Podemos depreender disso a existência de uma normativa hegemônica de que mulheres-por-excelência precisam cumprir com a maternidade, mas precisam fazê-lo no momento e formato adequados, em um número de filhos que não comprometa sua capacidade produtiva para o capitalismo, sendo a própria mulher a responsável cabal por gerenciar a própria vida conforme essa normativa. Como afirma a deputada Soraya sobre a Lei original do Planejamento Familiar:

A lei já é boa, porque você tem que ter uma idade mínima, pelo menos 25 anos, pelo menos dois filhos, você não pode fazer o procedimento durante um ato por exemplo um pós-parto imediato ou uma cesariana, exceto se ela tem uma indicação específica (...). Então ela é uma lei muito boa, só tá assim, realmente, dando esse protagonismo à mulher, eu acho isso muito importante (Excerto retirado do episódio Elas Pautam: Mulheres na Política, da TV Câmara, exibido no dia 3 de junho de 2022).

Desse modo, não há discordância no que tange ao papel do Estado como regulador das escolhas reprodutivas das mulheres. Em outras palavras, no olhar conservador, é ótimo que a mulher possa ter um protagonismo de escolha, desde que essa escolha seja feita entre as opções que o enquadre hegemônico fornece. Resgatando as pontuações de Carrara (2015), identificamos a concomitância do regime que entende a sexualidade como um impulso passível de controle e domesticação nos discursos sobre a adolescência, e do regime atual, que transfere cada vez mais, sob o discurso da liberdade de escolha, a responsabilidade pelo governo da própria sexualidade conforme o bom sexo, que para as mulheres cisgêneras e heterossexuais, dialoga estreitamente com o gerenciamento da reprodução. Se torna evidente, portanto, como o discurso liberal da autodeterminação convive em harmonia com um regime político para a sexualidade que mantém a normativa hegemônica do planejamento e manutenção familiar, refinando e capilarizando as estratégias de governamentalidade. Ao que parece, o refinamento dos domínios hegemônico e interpessoal sob a prerrogativa do sujeito liberal que se autodetermina em conformidade com a norma (afinal, ele precisa ser moderno e desenvolvido),

permite a flexibilização do domínio estrutural no que tange às regulações legais. Na contradição da luta política no âmbito governamental do Estado, a conquista de direitos reflete as reivindicações dos movimentos sociais e possibilita materialmente algumas mobilidades nas relações de poder, mas acaba não sendo capaz de dismantelar o funcionamento hegemônico que mantém as relações de poder consolidadas na modernidade/colonialidade. Com isso, não quero questionar o quão significativas são as conquistas dos movimentos sociais no âmbito da política governamental, mas quero chamar a atenção para o papel fundamental dos domínios hegemônico e interpessoal no regime político da sexualidade.

É evidente que a noção liberal de autodeterminação dialoga intimamente com o novo regime da sexualidade, nascido no berço dos direitos internacionais universais, que destina o governo da sexualidade aos indivíduos, tidos como autossuficientes, com vistas à plena realização. No terreno político, caracterizado pelas concomitâncias e contradições, esse sujeito liberal é aventado por Tess Mendes e Giorge Lando (2020) para defender a inconstitucionalidade das regulações estatais sobre a decisão pela esterilização voluntária. A liberdade e o direito à autodeterminação, depreendidos da Constituição Federal, embasam a argumentação sobre a Lei do Planejamento Familiar de 1996:

Verifica-se, pelo menos, quatro exigências desproporcionais, que lesam o conteúdo nuclear de tal direito. Quais sejam: idade mínima de 25 anos, em afronta à capacidade civil plena atingida aos dezoito anos (ou antes disso, em condições excepcionais); ou prole mínima de dois filhos, quantidade cuja justificativa se desconhece e tampouco se deduz; anuência do cônjuge, como se o corpo fizesse parte do regime de bens dos consortes, e submissão a uma equipe multidisciplinar que visa desencorajar a esterilização precoce, para o que se desconhece o interesse Público em manter as pessoas férteis, bem como não se conhece o parâmetro para o termo “precoce” (MENDES & LANDO, 2020, p. 11).

Com a alteração da lei, a única mudança significativa de acordo com a crítica mencionada corresponde à retirada da anuência do cônjuge. A idade superior aos 18 anos, o número de filhos como critério e a indicação de desencorajamento da esterilização precoce permanecem. A argumentação de Mendes e Lando (2020) denuncia o caráter controlista do Estado sobre a reprodução pela obstaculização da esterilização voluntária imposta às cidadãs e aos cidadãos que a desejam. Contudo, essa crítica é conciliada com a manutenção da família enquanto instituição normativa, localizando a superioridade do direito de escolha individual em relação ao cônjuge e ao Estado, mas referenciando-a sempre à ideia de planejamento familiar. Ou seja, é como se não houvesse planejamento reprodutivo para além dos registros da família que baliza a constituição, qual seja, a família nuclear monogâmica construída pelo casal heterossexual. “Vale evidenciar que, planejamento familiar é, inequivocamente, arbítrio único

da família, mas, antes disso, se funda nos princípios da dignidade humana e da paternidade responsável” (MENDES & LANDO, 2020, p. 11).

A paternidade responsável, constructo presente na constituição, fundamenta a defesa pela liberdade de escolha sobre a reprodução na medida que situa como primordial a responsabilidade e a capacidade para criar adequadamente as crianças, filhas da nação e futuras cidadãs. Ou seja, há um evidente esvaziamento político dos direitos reprodutivos que são capazes de serem institucionalizados apagando sua dimensão enquanto direitos feministas. Explorando a contradição inerente à defesa dos direitos pelo viés neoliberal e individualista, podemos perceber com esses exemplos que os direitos feministas institucionalizados se tornam direitos da mulher enquanto uma sujeita política universal e definida em termos da normativa cisgênera, heterossexual, monogâmica e familiar. Em última instância, em consonância com o regime sexual estabelecido pela necessidade da autodeterminação liberal, são reinscritos os termos de subordinação das mulheres, que para alcançarem o desejável lugar de mulheres-por-excelência precisam ser boas mães-esposas-profissionais capazes de gerir o lar e gerar capital com vistas à autorrealização plena. Assim, completamente esvaziados de seu sentido feminista:

Os direitos reprodutivos estão em visível fase de amadurecimento, deixando de ser um bem jurídico relevante apenas às mulheres para se tornar um direito social, interessante à comunidade civil como um todo, que vem percebendo a importância estrutural do exercício de tais direitos, de modo que seu gozo pleno poderá resultar em uma sociedade mais justa, equilibrada e desenvolvida, já que esse direito está intimamente vinculado ao bem jurídico mais caro ao nosso ordenamento: a vida que está por vir (MENDES & LANDO, 2020 p. 7).

Ao fim e ao cabo, os direitos reprodutivos como pivô de desarticulação da ordem de poder patriarcal se tornam direito da mulher-por-excelência, (re)produzindo-a enquanto sujeito basilar que sustenta o Estado pelo gerenciamento da reprodução. Evidenciando esse esvaziamento de forma ainda mais profunda, podemos perceber que mesmo a mulher-por-excelência é apagada dos direitos reprodutivos, que passam a regulamentar, no domínio hegemônico, a reprodução do “bem jurídico mais caro” à nação: a vida que está por vir. Nas palavras de Sonia Corrêa (2006):

A invenção dos direitos sexuais guarda um vínculo estreito com a longa trajetória de reconstrução de leis nacionais e do próprio paradigma dos direitos humanos a partir da perspectiva das mulheres. Mas quando se considera a multiplicidade de sujeitos que hoje demandam prerrogativas no campo da sexualidade, é preciso dizer que sua aproximação com a lei e o direito foi mais tardia, e tem sido construída a partir de parâmetros que nem sempre coincidem com a perspectiva feminista (CORRÊA, 2006, p. 110).

Em suma, levando em consideração a tradição do direito da família no ordenamento do Estado, a aproximação conservadora e governamental dos direitos “da mulher” precisa ser analisada com cautela, uma vez que parece se relacionar com o apregoamento essencialista da

mulher enquanto sujeita universal em sua versão modernizada, ou seja, a mulher cisgênera, heterossexual, monogâmica, mãe, esposa e reprodutora do capital. A fixação dessa sujeita, por fim, não guarda relação com a garantia de direitos feministas e se mostra, na verdade, como a atualização de violentas estratégias neocoloniais que não se relacionam com o interesse concreto pela garantia dos direitos sexuais em radicalidade.

4.3 Aborto e o inominável lugar da escolha pela não reprodução.

A palavra aborto, dentre todas as entrevistas que realizei, apareceu em apenas três momentos: para ilustrar quais informações eram recolhidas na anamnese durante o exame preventivo de colo de útero, como algo a ser desencorajado em caso de gravidez indesejada por uma agente comunitária de saúde e como uma temática a ser deliberadamente debatida no nível da garantia dos direitos por uma profissional engajada em pautas feministas. Essa última interlocutora, ao me responder sobre a inexistência de formação acadêmica e profissional para abordar a saúde sexual, me contou:

(...) no curso, não tem. A gente vê muito picado algumas coisas na faculdade, mas sem nenhuma discussão ética, específica disso. Acho que o momento que eu tive uma discussão ética, foi, é, foi... Eu fiz um ciclo de ética no, no sétimo, no sexto período, a gente teve disciplina de ética médica e aí a gente podia escolher o tema que a gente queria abordar para ter, tipo, um seminário lá. Aí eu fui e escolhi falar de aborto né, porque é óbvio, tive que falar disso. E foi um escarcéu, assim, porque eu fui atacada pelos meus colegas, sabe? Aí eu e meus dois outros amigos, assim, a gente defendendo a bandeira de que tinha que legalizar, a gente apresentando dados numéricos de onde tinha em legalização de aborto as mulheres até abortavam menos, então... E era mais... Era, enfim, mil motivos e tal. Foi um momento que eu tinha discussão, mas porque a gente quis levar, porque se não fosse isso, nem ia ter, não tem discussão. A gente vê muita violência, né, durante a faculdade eu me lembro quando eu estava na no estágio, que a gente passa pela... A gente tem os, os estágios, eles duram dois meses, né? (...) Aí tinha o, o estágio de obstetrícia, a gente ia para as maternidades ficar de plantão com médico, ficava lá. Eu já vi, eu vi tanta violência obstétrica, você fica assim, você aprende a não fazer né, porque aprender a fazer certo, não aprendi. (...) Nós tínhamos entre nós a discussão feminista, mas o que eu tive acesso foi externo. A gente chegou a fundar um grupo feminista, (...) a gente tinha discussão feminista ali, mas na faculdade não tinha não. Discussão de gênero, sexualidade e saúde sexual e reprodutiva, a gente aprendeu assim, ó: disciplina de infectologia, como que trata sífilis? Como que faz diagnóstico e trata clamídia, gonorreia... Assim, aprende assim (Interlocutora 10, entrevista realizada em setembro de 2022).

A insuficiência da formação médica para compreender o debate sobre o direito ao aborto, bem como as técnicas e práticas envolvidas nos serviços de abortamento legal previsto na legislação brasileira desde 1940, foi destacada por Margareth Almeida e colaboradores (2012). A completa ausência dessa discussão na maioria esmagadora dos contextos por onde circulei na atenção básica ilustra as dificuldades de abordar a temática e as lacunas na formação política e assistencial de profissionais de saúde. Nos grupos de Direitos Sexuais e Reprodutivos

que acompanhei, o serviço de abortamento legal não foi mencionado sequer uma única vez, mesmo quando a contracepção de emergência era explicitada como método anticonceptivo em caso de estupro. A docente que conduzia o grupo apenas caracterizou o aborto espontâneo, considerado perda natural antes das 22 semanas de gestação. Nas palavras dela, “*ovulou, teve o ato, a gente espera que nasça saudável e forte*”. Na esteira dessa mesma compreensão acerca da gestação, uma das interlocutoras me relatou:

(...) assim, isso há muito tempo atrás, né? É, uma mulher já, não era, não era adolescente, é... Usando o método anticoncepcional, engravidou. Tá? Então, o auge do desespero porque ela realmente não queria, e com medo de falar com o parceiro e tudo mais. Ai eu procurei orientação, né, da, da, da equipe. E o que me orientaram a fazer as perguntas: se ela tinha usado algum tipo de medicação em conjunto com o contraceptivo. E ela tinha usado um corticoide que realmente cortava o efeito do, do, da medicação. Foi difícil, né? Trabalhar a cabecinha dela, porque a mulher quando tá disposta a não ter mais filhos, se aparece é mais complicado. Então, é, acho que a intercorrência maior foi fazer com que essa pessoa aceitasse. A não ter que procurar algum tipo de aborto (Interlocutora 7, entrevista realizada em julho de 2022).

A mesma interlocutora expõe em outro momento a respeito dos obstáculos observados para o acesso às cirurgias de esterilização voluntária:

Porque geralmente a pessoa quer uma laqueadura de barriga aberta³⁷. “Ah não, só se você estiver gestando, depois de tantos filhos”. Então causa uma certa frustração na pessoa. A vasectomia, a gente sabe que é mais fácil, mas também é mais difícil porque tem a questão daquele tabu do homem em dizer que não vai ter mais a ereção. Então, é, é o que eu percebo, é questão de rede. O básico se tem, tá? Que é o DIU, que é a distribuição do, do, dos anticoncepcionais, e tudo. Agora, quando é uma coisa já definitiva, é meio frustrante porque você tem que ter uma certa idade, número de filhos e às vezes você não tem condições, a pessoa, não tem condições de manter nem um filho. Entendeu? Engravidou no susto. E não ter direito, né? De decidir não ter (Interlocutora 7, entrevista realizada em julho de 2022).

Evidentemente, devido à ilegalidade da prática do aborto voluntário (quando não se trata de estupro, risco de morte à pessoa gestante ou anencefalia fetal), existe um cuidado por parte de profissionais de saúde ao abordar a temática, ainda que informar e discutir sobre o abortamento não seja considerado crime. Esse cuidado, que esconde o debate sobre o aborto, pode revelar, na verdade, diversas facetas sobre o regime hegemônico para a sexualidade e para a reprodução. O imperativo da maternidade, vindo da branquitude hegemônica moderna/colonial, que apregoa a família nuclear pautada na divisão sexual do trabalho, suprime

³⁷ O procedimento chamado de laqueadura de barriga aberta se refere ao procedimento de esterilização tubária realizado por uma incisão transversal na barriga, empregado quando a laqueadura é efetuada durante um parto por cesariana, por exemplo. Grande parte das cirurgias de laqueadura hoje em dia são realizadas por laparoscopia, o que, no relato da interlocutora, desperta desconfiância por parte das usuárias se o procedimento foi efetivamente realizado. Além disso, pude perceber o desconhecimento a respeito da legislação vigente, de modo que os saberes que circulam sobre a possibilidade de realizar a cirurgia de esterilização voluntária são aqueles endossados por profissionais de saúde, sobretudo médicos, na condição de produtores de verdade. Contudo, essas supostas verdades produzidas frequentemente não estão em concordância com a legislação e se fundamentam em práticas preconceituosas e até criminosas. Durante as entrevistas recebi um relato, por exemplo, de um médico que, atuando no SUS, teria cobrado de uma usuária o valor de dois mil reais para realizar a cirurgia de esterilização.

tanto a discussão acerca das maternidades não hegemônicas quanto o debate acerca da escolha pela não reprodução. A necessidade do convencimento e da aceitação da maternidade parece caminhar de mãos dadas com a negação do efetivo direito de escolha por não gestar.

Todo esse enredamento sutil, mas muito bem costurado, estabelece as bordas para o controle da sexualidade, da intimidade e das práticas não hegemônicas. Dentre elas, se encontra o sexo na adolescência, período no qual se pressupõe a precocidade, uma vez que o sexo não se dá em um contexto conjugal adulto, devendo, portanto, não ser reprodutivo. Ora, se o sexo na adolescência não deve ser reprodutivo, trata-se de um sexo recreativo em linhas gerais, ou seja, aquele sobre o qual deve incidir maior controle e vigilância³⁸. Como afirmam Renata Bellenzani e colaboradoras (2012), há ainda profundos obstáculos para o acesso de adolescentes e jovens aos serviços de atenção básica, e a absorção das diferentes demandas ocorre dentro do enquadre clássico e restrito para a saúde sexual, que a vincula ao circuito materno-infantil. Desse modo, as adolescentes e jovens alcançam visibilidade inédita nos serviços de saúde quando os acessam na condição de gestante, e os meninos encontram grandes dificuldades para expressar suas demandas com relação à sexualidade. Na corda bamba em que se escapa da norma hegemônica a todo tempo, por diversas razões, há sempre um elemento normativo para significar e reenquadrar a sexualidade, como ocorre com a gestação para as adolescentes. E nessa dinâmica, a perspectiva do exercício dos direitos e do protagonismo caem em um abismo no campo hegemônico da saúde.

Então assim, você vê um adolescente que não usa preservativo, vou ter que orientar: usa o preservativo junto com o método contraceptivo pra dar início a uma não possível gestação. Primordial pra gente é o uso do preservativo pra prevenção das DSTs né? É o que a gente fala, gravidez se vier é uma coisa, talvez não planejada, não desejada, mas a gente explica e com o tempo a pessoa vai aceitando. Agora uma doença não, né? Veio, tem que ser tratada. Algumas têm cura e outras não, então o que a gente explica e frisa bem pras pessoas, né? (Interlocutora 9, entrevista realizada em outubro de 2022).

O cuidado em oferecer recursos para o exercício do bom sexo, aparentemente a função primordial da saúde hegemônica, resvala em estratégias de cerceamento do protagonismo das pessoas que exercem a sexualidade encarnada nas suas diversas formas. A um primeiro olhar, o protagonismo é tido como sinônimo de escolha de algum, ou alguns métodos contraceptivos dentre uma cartela de opções oferecida pelos serviços de saúde. Contudo, a relação com o

³⁸ É curioso perceber como o sexo recreativo na menopausa é visto sob um prisma diferente, principalmente pelas mulheres cisgêneras. Como pude observar no grupo sobre Climatério e Menopausa, a sexualidade nesse período parece ser enxergada por essas mulheres como uma possibilidade de experimentação voluntária do prazer com um novo parceiro, uma vez que o imperativo da conjugalidade para a reprodução não se faz mais presente. Contudo, a conduta chamada de promíscua entre mulheres mais velhas é ainda profundamente recriminada, e percebemos com isso que escapa uma possibilidade de sexo recreativo para mulheres mais velhas, mas ainda muito bem delimitada e controlada.

acesso aos métodos se dá perpassada pelo domínio hegemônico da sexualidade, que implica em estratégias disciplinares e dinâmicas interpessoais que administram a hegemonia. Ao mesmo tempo, torna-se função das pessoas gerirem a própria sexualidade de acordo com a norma do bom sexo e ainda nomearem esse processo como liberdade, que nesse escopo significa assumir a posição de um sujeito pretensamente liberatório e autossuficiente. Evidentemente essa liberdade neoliberal, pautada na condição de cidadania, exclui a liberdade efetiva de decisão sobre a não reprodução, sobre o próprio corpo e sobre a própria sexualidade, uma vez que o direito ao aborto se encontra fora de questão no âmbito em que a saúde é administrada na ponta e nas políticas públicas.

Foi possível perceber como o domínio disciplinar incide sobre as profissionais de saúde administrando o domínio hegemônico para a sexualidade e para a reprodução. Em um dos grupos de Direitos Sexuais e Reprodutivos, ocorreu uma cena bastante emblemática na qual a temática do aborto surgiu por meio de uma das usuárias que trouxe o debate sobre o mecanismo de funcionamento do DIU. Essa usuária que participava do grupo era uma mulher branca adulta e estava presente com um bebê de poucos meses e o marido, que buscava o acesso à vasectomia e vestia uma camisa do ministério dos casais, de alguma igreja católica do território, e que continha grafado os dizeres “somos um”³⁹. Durante a explicação sobre o mecanismo de ação do DIU, a usuária questionou se ele não seria um método abortivo, uma vez que dificultava a implantação do embrião no endométrio uterino. O que me chamou a atenção nessa cena foi que, imediatamente, a docente que conduzia o grupo, as acadêmicas e os acadêmicos e as profissionais do serviço que participavam do encontro se prontificaram, de maneira embaraçosa e exaltada, a defender o argumento de que o DIU não seria abortivo. O argumento angariado para o debate foi a explicação científica de que o DIU dificultava, a princípio, a fecundação, de modo que sua ação impeditiva da implantação do embrião não seria o principal mecanismo do método. As e os estudantes trouxeram, ainda, o debate em aberto que ocorre no interior da ciência sobre o que pode ser ou não considerado vida nesse caso quando a participante do grupo questionou “*o que a ciência considera vida?*”. O clima defensivo das profissionais e estudantes de saúde tornou-se nítido, sob o argumento de que, naquele contexto, elas deveriam atender como profissionais, não emitindo opiniões.

³⁹ Essa cena, que parece um detalhe, pode revelar na verdade o lugar pré-concebido para que os homens cisgêneros assumam alguma responsabilidade na lógica reprodutiva na modernidade: na condição de um casal heterossexual monogâmico que já possui filhos. Trata-se de um pequeno recorte; contudo, ainda que as políticas e as narrativas em saúde busquem convocar a responsabilidade dos homens nesse cenário, a condição supracitada foi a única na qual presenciei a participação de homens cisgêneros nos grupos de Direitos Sexuais e Reprodutivos, cujo público principal eram as mulheres cisgêneras em idade reprodutiva.

A urgência em suprimir a temática do aborto no único momento em que ela aparece explicitamente nos grupos se insere em um contexto de ofensivas neoconservadoras pelo rechaço do direito ao aborto no Brasil, e esse fato não pode ser desconsiderado. É notável uma preocupação generalizada das profissionais em proteger suas condutas, embasadas na ciência e nos protocolos, ocasionando em um esvaziamento do caráter político da temática dos direitos reprodutivos e dos direitos sexuais. Penso que o afastamento da temática do aborto representa esse fenômeno de forma emblemática, sofrendo tensionamentos também no âmbito das políticas públicas.

A conduta profissional preconizada para acolher situações de abortamento se encontra descrita, originalmente, em um documento de 2001 intitulado “Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher” (BRASIL, 2001). Neste documento, há menção ao Plano de Ação da Conferência do Cairo, que caracteriza o aborto inseguro como questão de saúde pública, preconizando aos governos signatários, dos quais o Brasil faz parte, “o compromisso de implementar serviços, melhorar a qualidade da assistência e reduzir a mortalidade e morbidade decorrente do aborto em seus países” (BRASIL, 2001, p. 145). O documento do Ministério da Saúde se encontra estreitamente vinculado à área médica da ginecologia, e indica as condutas de administração do misoprostol (principal medicação utilizada para o abortamento seguro) para os casos de aborto legal⁴⁰. No percurso institucional das políticas públicas voltadas para a saúde sexual e para a saúde reprodutiva no âmbito da atenção básica, a temática do aborto aparece no documento inaugural do Ministério da Saúde, que estabelece as diretrizes para a atenção à saúde sexual, “Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo” (BRASIL, 2005a), discutido nos capítulos anteriores. Nesse documento, fica demarcado que:

Com relação ao aborto, o Governo brasileiro é signatário de documentos de Conferências das Nações Unidas que o consideram grave problema de saúde pública (Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, em 1994) e recomendam que os países revisem as leis que penalizam a prática do aborto considerado inseguro, isto é, que traz riscos para a vida e a saúde da mulher (Plano de Ação da Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Beijing, em 1995).

Nesse sentido, é necessário garantir a qualidade e a ampliação dos serviços de referência para a realização do aborto previsto em lei e assegurar que as mulheres que chegam aos serviços de saúde em processo de abortamento sejam atendidas de forma humanizada e com tecnologia adequada, evitando assim o risco de adoecimento e morte (BRASIL, 2005a).

Já no Cadernos 26, os enunciados em torno do tema do aborto sinalizam para a gravidade inerente à discussão, uma vez que o texto localiza o aborto inseguro como uma das principais

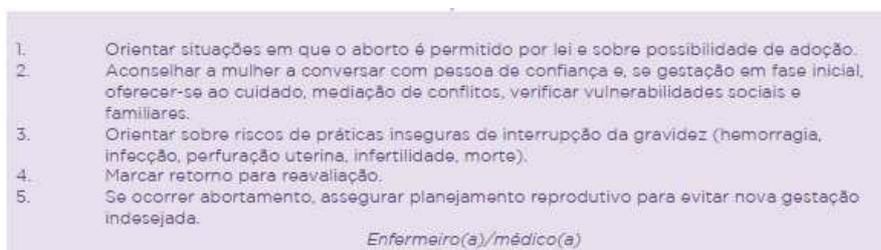
⁴⁰ O Ministério da Saúde publicou, posteriormente, um novo documento de que organiza a conduta protocolar nos casos de abortamento, intitulado “Atenção Humanizada ao Abortamento: Norma Técnica”, lançado em 2005 na sua primeira edição, e em 2011 na sua segunda edição (BRASIL, 2005b; BRASIL, 2011).

causas de morte materna. Contudo, para além dessas pontuais considerações, a palavra aborto aparece com maior frequência no detalhamento de condutas para a prescrição dos diferentes métodos contraceptivos, sinalizando quais métodos podem ser administrados após a ocorrência de um aborto, sem distingui-lo entre induzido ou espontâneo. Por fim, no tópico destinado a elucidar os aspectos éticos e legais a respeito das condutas relativas aos direitos reprodutivos, há a seguinte explicação sobre o aborto previsto em lei:

Aborto previsto em lei: de acordo com o art. 128, inciso II, do Código Penal, o aborto é permitido quando a gravidez resulta de estupro (aborto sentimental) e em caso de risco de vida para a mulher⁴¹ (aborto terapêutico). Nesses casos, exige-se o consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal. O Código Penal não exige qualquer documento – Boletim de Ocorrência Policial, laudo do Instituto Médico Legal ou autorização judicial – para a prática do abortamento no caso de estupro, a não ser o consentimento da mulher (BRASIL, 2013, p. 259).

Resgato neste momento o documento “Protocolos de Atenção Básica: Saúde das Mulheres” (BRASIL, 2016) para identificar como as condutas de acolhimento em situações de abortamento transitaram pelas políticas mais atuais. Esse documento reúne diretrizes protocolares atualizadas voltadas para o acolhimento de mulheres cisgêneras na atenção básica, e nele, de forma semelhante ao Cadernos 26, a discussão a respeito do aborto é pautada de maneira bastante pontual. Contudo, a conduta protocolar a respeito do acolhimento às gestações indesejadas encontra-se explicitada em um fluxograma que orienta o atendimento nos casos de atraso menstrual. Nas situações de gravidez indesejada, o documento preconiza o diálogo aberto acerca da “intenção de abortar sem julgamento ou intimidação” (BRASIL, 2016, p. 27), com a finalidade de orientação a respeito dos riscos, como podemos verificar na imagem 1, que reproduz um fragmento do fluxograma:

Imagem 1 – Fragmento do fluxograma “Atraso menstrual e amenorreias”.



Fonte: BRASIL (2016, p. 27).

Ainda que os documentos supracitados enunciem de forma explícita as condutas protocolares de acolhimento humanizado em situações de abortamento, a temática parece ser

⁴¹ Os casos de anencefalia fetal comprovados por laudo médico também foram incluídos no rol de situações que permitem o acesso ao abortamento legal, após decisão do Supremo Tribunal Federal, em abril de 2012.

evitada e apagada na atenção em saúde. Além disso, ainda que as denúncias por profissionais de medicina sejam vedadas pelo código de ética médica, grande parte das denúncias de aborto são realizadas por serviços de saúde⁴², e não há qualquer menção nesses documentos ao impedimento da realização de denúncia por profissionais. Na prática, embora os documentos protocolares sejam explícitos com relação ao acolhimento humanizado e à caracterização do aborto como uma questão de saúde pública, abordar essa temática parece algo nebuloso, suspeito e passível de esquivar na atenção básica em saúde a despeito do fato de que o perfil de mulheres que abortam no Brasil corresponde em grande medida ao perfil de usuárias dos serviços de atenção básica.

Em 2009, foi apresentado um estudo financiado pelo Ministério da Saúde, “20 anos de pesquisa sobre o aborto no Brasil”, coordenado por Débora Diniz e Marilena Corrêa, em que se revela o perfil das mulheres que realizam o aborto no Brasil, concluindo-se que são, predominantemente, mulheres entre 20 e 29 anos, em união estável, com até oito anos de estudo, trabalhadoras e católicas (FREIRE, 2012).

O apagamento do debate sobre o aborto pode ser aproximado, dentre os complexos e múltiplos fatores que tensionam com essa pauta, ao descrédito da escolha pela não reprodução e pelo não exercício da maternidade hegemônica em seus parâmetros branqueados e colonizados. Durante um dos grupos de Direitos Sexuais e Reprodutivos que participei, duas participantes relataram de maneira explícita o arrependimento pela maternidade não desejada e o desejo de não ter tido os filhos que tiveram, salientando a importância do acesso às informações sobre o planejamento reprodutivo. Esse foi o único momento em que o arrependimento pela maternidade foi abordado explicitamente como um fenômeno concreto que merece atenção, e, de modo geral, a possibilidade de não ter filhos parece apagada nos discursos que circulam sobre o planejamento reprodutivo. Afinal, ainda que o planejamento familiar seja apontado no grupo como um direito para pessoas solteiras ou casadas, planejar famílias no domínio hegemônico se refere à decisão de quando ocorrerá a gestação, e quantas serão, no escopo da conjugalidade matrimonial.

Qualquer situação fora desse formato hegemônico é lida como uma família *desplanejada*, com todas as marcas de marginalização que esse constructo pode carregar, que se aproxima, por sua vez, da problemática ideia de “família desestruturada”. Logo, o planejamento familiar consiste em um dispositivo de normatização da instituição familiar colonial/moderna, que administra o acesso a recursos para o manejo da sexualidade, da

⁴² Um relatório apresentado pela Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, em novembro de 2017, apontou que o principal denunciante nos casos de aborto no estado corresponde aos serviços de saúde. O relatório se encontra disponível em: https://caterinas.info/wp-content/uploads/2018/04/Relatorio_Final_Processo_Aborto.pdf (acesso em abr. 2023).

reprodução e da não reprodução. Todavia, a decisão pela não reprodução não logra espaço de legitimidade no planejamento reprodutivo, sendo frequentemente alinhada, quando reconhecida, à preconização do lugar das mulheres no capitalismo atual, ou seja, à opção pela carreira profissional em detrimento da maternidade, enquanto sujeitas pretensamente liberatórias na escalada supostamente meritocrática pelo sucesso financeiro. Desse modo, a possibilidade de legitimação da escolha pela não reprodução se encontra atravessada pelos eixos da raça, da classe, do território, da idade e da capacidade na matriz de dominação que tutela e abaliza as escolhas individuais.

Ao mesmo tempo, as maternidades dissidentes da norma hegemônica são duramente tuteladas ou negadas, como é o caso das mães negras, indígenas e periféricas. O genocídio e o encarceramento da juventude negra periférica, o genocídio de povos originários, bem como as violências e desassistências no acesso à saúde reprodutiva e à saúde sexual para mulheres negras e indígenas denunciam o funcionamento necropolítico do Estado. Alessandra Teixeira e Mel Bleil Gallo (2021) apontam que as reivindicações hegemônicas pela legalização do aborto e pelo direito à decisão pela não reprodução carecem de racialização e de reconhecimento da colonialidade implicada nos direitos sexuais e nos direitos reprodutivos. Trazendo os apontamentos da filósofa feminista afro-americana Angela Davis:

As ativistas pelo direito ao aborto do início dos anos 1970 deveriam ter analisado a história de seu movimento. Se tivessem feito isso, talvez houvessem compreendido por que tantas de suas irmãs negras adotaram uma postura de suspeita em relação à causa. Elas teriam entendido o quanto era importante desfazer os atos racistas de suas antecessoras, que defenderam o controle de natalidade e a esterilização compulsória como formas de eliminar os setores “inaptos” da população. Conseqüentemente, as jovens feministas brancas poderiam ter sido mais receptivas à sugestão de que sua campanha pelo direito ao aborto incluísse uma enérgica condenação da prática abusiva da esterilização, agora mais disseminada do que nunca. (DAVIS, 2016, p. 217, citada por TEIXEIRA & GALLO, 2021, p. 53).

A colonialidade enquanto dinâmica de poder no sistema/mundo colonial/moderno emprega sua marca inclusive sobre o processo de ampliação do direito e do acesso ao aborto. O misoprostol, um dos principais medicamentos recomendados no mundo para o abortamento seguro, teve sua função abortiva descoberta por brasileiras na década de 1980. Desde então, o acesso ao medicamento veio sofrendo paulatinas restrições, até ser enquadrado enquanto crime contra a saúde pública, a partir de uma portaria da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) de 1998, a despeito das alegações médicas nacionais e internacionais de que o acesso à medicação reduziria a mortalidade e a morbidade em decorrência do aborto inseguro. O misoprostol atualmente se encontra na lista de medicamentos essenciais da OMS, e, embora tenha sua função abortiva descoberta no Brasil, seu acesso é duramente obstado inclusive nos casos de abortamento legal. Enquanto alguns países do norte global oferecem o acesso à

medicação, no Brasil seu acesso se encontra viabilizado de forma ampla, embora clandestina, apenas para as classes média, alta e branca (TEIXEIRA & GALLO, 2021). Assim, mesmo com relação ao acesso ao aborto, a necropolítica se faz presente:

O racismo institucional dificulta ainda mais o acesso de mulheres negras ao aborto (legal ou clandestino): mulheres pretas interrompem a gravidez mais tardiamente, sofrem mais violência obstétrica, esperam mais tempo por leitos hospitalares e são as que têm mais chances de desenvolver complicações graves pós-aborto (GOES, 2018, citada por TEIXEIRA & GALLO, 2021, p. 57).

Nessa direção, o conceito de justiça reprodutiva é aventado para denunciar a colonialidade nos direitos reprodutivos e apontar para a insuficiência das reivindicações que se dão sob a redoma da branquitude. Ao trazer esse conceito, Teixeira e Gallo (2021) apontam para a aproximação entre a reivindicação pelo direito ao aborto seguro⁴³, e a exigência do direito à maternidade pelas mães vítimas da necropolítica do Estado. Desse modo, desconsiderar a colonialidade historicamente inerente aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos significa oportunizar a reprodução de violência necropolítica.

A chave decolonial vincula, inequivocamente, as lutas por direitos sexuais e reprodutivos aos processos de resistência travados por mulheres, homens e pessoas não binárias expostos aos diversos mecanismos de expropriação e exploração neoliberais. Assim, quando importamos o debate da justiça reprodutiva para nossa região, o dispositivo da colonialidade nos permite elaborar sobre as formas de poder (neo)coloniais que se sobrepõem ao biopoder para incidir sobre aqueles territórios às margens do capitalismo. São mecanismos de expropriação que atuam sobre nós e nossas comunidades em geral, mas que visam de forma especialmente perversa e letal aos territórios e às populações empobrecidas, genderizadas e racializadas (TEIXEIRA & GALLO, 2021, pp. 60-61).

A partir da chave decolonial, no exercício da antropologia da dominação, podemos identificar o ideal hegemônico e moderno de maternidade como avesso constitutivo das violências coloniais. No bojo da branquitude enquanto um sistema de opressão, o ideal burguês de maternidade participa da matriz de dominação que atravessa o campo dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos em seus domínios estrutural, hegemônico, disciplinar e interpessoal. De acordo com as psicólogas sociais brasileiras Paula Bacellar Gonzaga e Cláudia Mayorga (2019), o ideal hegemônico da maternidade pode ser condensado na figura cristã da Virgem Maria, que veiculou e consolidou no mundo colonizado a norma para a figura da mãe, e por conseguinte, da mulher-por-excelência. “A maternidade é o destino possível para que se

⁴³ A figura de resistência que encampa a luta pelo direito ao aborto consiste nas acompanhantes feministas que, em um gesto voluntário de guerrilha, auxiliam e viabilizam a administração do misoprostol de forma clandestina, facilitando o acesso ao aborto seguro. “Ao reivindicar o aborto, no caso das acompanhantes, e a maternidade, no caso das Mães, como locais de uma enunciação política que ressignifica e ultrapassa a dor e o sofrimento, essas sujeitas em luta estabelecem uma ruptura discursiva com seu lugar de oprimidas na dinâmica colonial e contribuem, assim, para a caminhada rumo à concretização de um projeto de justiça reprodutiva decolonial, feminista e antirracista” (TEIXEIRA & GALLO, 2021, p. 61).

justifique a existência desses corpos não fálicos em uma sociedade patriarcal; é o que confere às mulheres algum valor. Nessa equação, a mulher é o meio para um fim: a descendência” (GONZAGA & MAYORGA, 2019, p. 61). Contudo, a condição de sub-humanidade atribuída às mulheres negras e indígenas, justificando estupros e trabalhos forçados (dentre deles, a maternagem compulsória das crianças brancas), foi forjada ao mesmo tempo que o ideal colonizado de maternidade se fundamenta na figura casta e glorificada da mãe-e-esposa branca, presente, inclusive, nas apropriações conservadoras e institucionais dos direitos reprodutivos sob a égide do planejamento familiar.

Como argumenta María Lugones (2014), o processo de criação da figura da mulher moderna/colonial se dá sobre o avesso constitutivo da atribuição de sub-humanidade às fêmeas colonizadas. Nesse sentido, acredito ser importante desvencilhar o direito à reprodução do direito à maternidade, que se encontram concatenados precisamente pela retórica colonial/moderna ocidental que organiza culturalmente os sistemas humanos de reprodução sob o formato da família nuclear cis-heterossexual monogâmica e branca. Sendo assim, é necessário compreender o que querem dizer as pessoas que não se enquadram totalmente nesse formato quando reivindicam e quando negam a maternidade, e quando reivindicam o acesso à contracepção.

Problematizando, ainda, como o ideal hegemônico da maternidade é imposto no sul global, podemos constatar que ao mesmo tempo em que ele é endossado como objetivo a ser alcançado, sua execução na prática é negada às mulheres negras, indígenas e periféricas. Portanto, a operação de separação entre direito à reprodução e direito à maternidade se faz essencial para compreender as especificidades das demandas e desejos de mulheres à margem da norma hegemônica com relação à contracepção, à reprodução, à maternidade e à escolha pelo não exercício da maternidade. Afinal, o registro de inteligibilidade para essas decisões se encontra pautado nos direitos da mulher-por-excelência, fruto do diálogo institucional entre o feminismo hegemônico do norte global e o Estado. Nesse sentido:

É instigante observar como, ao se posicionarem enquanto mães que resistem à violência e à necropolítica do Estado, tais mulheres [mães de jovens assassinados pelo Estado] reapropriam-se do biopoder, que sobre elas incide na expressão de uma maternidade essencializada, não para negar a maternidade, mas, ao contrário, para reivindicar o protagonismo de sua luta pelo direito à verdade sobre a morte dos filhos que elas pariram (TEIXEIRA & GALLO, 2021, p. 56).

Compreender como essas dinâmicas se atualizam e se capilarizam no regime político da sexualidade faz parte da tarefa de resistência decolonial, bem como trazer para a cena da legitimidade o exercício das maternidades e parentalidades dissidentes, como a criação de crianças por homens e mulheres transvestigêneres e por comunidades que não se enquadram

nas normas conjugais monogâmicas e branqueadas. Aliás, são precisamente as discussões sobre parentalidades dissidentes da norma familiar moderna/colonial que vêm alimentando rotas de fuga para a problemática concreta da tutela e sobrecarga implicada na criação de crianças segundo a patriarcal divisão sexual do trabalho. No seio da discussão decolonial por justiça reprodutiva, esses elementos se encontram necessariamente entremeados às reivindicações pela legitimidade da escolha pela não maternidade, imposta enquanto instituição moderna/colonial colada à própria constituição da mulher cisgênera e mulher-por-excelência, essencializada pela ciência sob a égide da *bio-lógica*.

É necessário, no entanto, identificar que por mais que uma mulher nunca tenha sido mãe, a maternidade, enquanto instituição, faz parte da constituição de sua subjetividade. A maternidade é uma instituição que nos antecede e para qual a sociedade nos molda. Por mais que não se tenha vivido a maternidade ela é estranhamente próxima, mesmo quando a negamos; ao mesmo tempo que ela impõe uma hierarquia entre as mulheres: não ser mãe é estar a margem de um conjunto de atribuições, preocupações, prazeres e compromissos que a tal experiência implica. Nesse sentido, corpos femininos são socialmente lidos como mães em potencial, mesmo que não desejem a maternidade. É uma posição paradoxal: mesmo recusando a maternidade, as mulheres continuam sendo definidas por ela, ou pela sua ausência (GONZAGA & MAYORGA, 2019, p. 62).

Portanto, recusar as implicações do ideal da maternidade na constituição dos direitos sexuais, que se encontram entremeados aos direitos reprodutivos na modernidade/colonialidade, seria ingênuo e contraproducente. Sexo, reprodução e família estão concatenados na narrativa colonial/moderna, de modo que arriscar pensar nos direitos sexuais para fora dessa caixa histórica pressupõe que saibamos lidar com seus efeitos de poder. Nesse sentido, trago o relato de uma das minhas interlocutoras, no qual podemos observar de perto os efeitos da escolha pela não maternidade no contexto da saúde:

Quando eu cheguei aqui [na unidade básica de saúde], por exemplo: “você é casada?”. “Não, não”. “Você não tem filho?”. “Não”. “Ai todo mundo já, tipo assim, “o que tem de errado com você?”. “A gente fica meio assim, quê que aconteceu? Ai gente, é o que tem. [...] Ai as pessoas chegavam aqui, “ai, ah lá, bonitinho, por que que você não... tipo assim dá uma ideia?”. Não sei o que eu falo. Gente, vocês não estão entendendo, eu estou bem do jeito que eu tô, o dia que eu quiser um namorado, um marido, um tico tico no fubá, pode deixar que eu arrumo, mas eu não quero, sabe. Então é um negócio assim, se você sai um pouquinho... Agora todo mundo já sossegou comigo né, todo mundo já sabe como é que eu sou, como é que é meu jeito, tal... Assim, se você sai um pontinho as pessoas ficam tentando te corrigir pra você entrar naquele molde, sabe? E a saúde sexual para mim é tudo isso, né. Uma pessoa igual eu que não quis casar, nem quis ter filho, quis ter 7 cachorros né, é o que eu escolhi para mim, eu sou feliz assim, posso dizer de verdade (Interlocutora 1, entrevista realizada em setembro de 2022).

A relação da saúde sexual com a reprodução acaba sendo frequentemente simbiótica, funcionando como uma verdadeira tecnologia de manutenção da norma familiar moderna/colonial. A retórica da livre escolha, tão pautada no campo dos direitos sexuais, na prática caminha amalgamada a um sistema de vigilância que ocorre no domínio interpessoal

que desqualifica decisões não hegemônicas. Isso demonstra que embora muitas conquistas tenham sido alcançadas nos domínios estrutural, com a ampla disponibilização de métodos contraceptivos pelo SUS e com a institucionalização da Lei do Planejamento Familiar, o domínio hegemônico da sexualidade segue pautando a norma cisgênera, heterossexual, embranquecida, monogâmica e familiar colonial/moderna. Os domínios disciplinar e interpessoal, por sua vez, seguem administrando de maneira eficaz e capilarizada a manutenção dessa normativa que conforma sujeitos e subjetividades, bem como exclui as dissidências de gênero e sexualidade do campo do reconhecimento e da validade, reproduzindo opressões concretas e simbólicas. E é no domínio interpessoal que as tecnologias sutis e potentes no campo da saúde normativa ganham vida:

Pesquisadora: E você na condição de paciente, assim né, quando você foi atendida, você sofreu de alguma forma por essa opção?
Interlocutora 1: Assim, quando eu vou nas... Por exemplo, se eu for na ginecologista, pergunta: “vida sexual?”. Falo: “não, atualmente eu não tenho vida sexual ativa”. Aí a pessoa fica querendo, é, te convencer de alguma coisa, de que isso seria assim, fazer... “Nossa, mas você não sente falta?”, ou sei lá, sabe? Não. Tá tudo bem, sabe? Tipo assim, é meio que eu sei porque eu sofro ao contrário, assim, eu sou não sou da, eu não sou, eu sou hétero. Eu até falo que, ah gente, é uma pena, que eu acho que se eu fosse lésbica, eu ia ser mais feliz. É, mas é verdade. Mas é, eu falo, sou hétero, mas eu sofro um certo preconceito por pelas minhas opções de não querer casar, de não querer ter filhos de não querer ter ninguém e que a minha vida está boa desse jeito que ela tá, eu, eu sou completa. Assim, completo ninguém é, mas eu sou feliz desse jeito, né? (Interlocutora 1, entrevista realizada em setembro de 2022).

A vida sexual dentro da *cis-hetero-mononormatividade* é tutelada de perto nas práticas em saúde, escopo destinado a abordar o sexo de forma tanto medicalizante quanto arbitrária do ponto de vista científico. Sob essa ótica, a saúde sexual se apresenta, com frequência, como um dispositivo colonial/moderno de tutela dos corpos e das sexualidades para a manutenção da norma. No bojo da escolha pela não reprodução, ao lado do espinhoso debate que ronda o aborto, inclui a decisão pela não maternidade enquanto uma dissidência do *hetero-cis-tema* de gênero e sexualidade, uma vez que essa posição rompe com a normativa da cisgeneridade que configura a maternidade como um dos atributos que essencializam a sujeita mulher-por-excelência. Afinal, “enquanto aborto for crime moral e penal, enquanto a recusa pela maternidade for considerada um sintoma de perturbação ou de deficiência, a maternidade continuará sendo uma função prescrita para as mulheres e da qual estamos constantemente sendo impelidas a exercer” (GONZAGA & MAYORGA, 2019, p. 62).

4.4 A insuficiência dos direitos-sexuais-e-reprodutivos e os binarismos do feminismo hegemônico.

Iniciei o percurso desta pesquisa ensejando falar sobre saúde sexual e não sobre saúde reprodutiva, uma vez que a questão reprodutiva frequentemente suprime a questão sexual no debate sobre saúde e direitos. Contudo, desconsiderar como a questão reprodutiva se conecta à questão sexual levaria ao apagamento da complexidade dessa discussão. Desse modo, topando o projeto decolonial e interseccional, me debrucei sobre a complexidade inerente à matriz de dominação que organiza e normatiza a sexualidade. Ao fim e ao cabo, é insuficiente vincular sexo e reprodução de maneira simplista, como se fosse um dado óbvio da *bio-lógica* que o sexo leva à reprodução, ou a reprodução depende do sexo. Em primeiro lugar, pressupor que essa retórica seja verdadeira implica na prerrogativa da heterossexualidade como algo universal e “natural”. Aliás, o engodo hegemônico de apregoar a norma como algo natural tem uma simples função: sua manutenção social como-se-fosse-natural. Vasallo (2022) ironiza a respeito da monogamia, mas podemos estender seu raciocínio à cadeia de normas para a sexualidade e para a reprodução:

Será natural, então, essa tal monogamia? Ou estamos sendo anti-naturais, nós que estamos todas em harmonia com o universo usando nossos carros, cochilando em nossas casas de tijolo e cimento, trabalhando em nossas fábricas e bombardeando países vizinhos com nossos mísseis? Alguém já se propôs a estudar se o capitalismo é natural e quais hormônios regem a compra/venda ou as bolhas imobiliárias? (VASALLO, 2022, p. 47).

Por outro lado, separar radicalmente sexo e reprodução, embora tenha funcionado como uma importante ferramenta política para o feminismo hegemônico, também parece insuficiente. Essa simples cisão incorre em um risco enorme de pré-moldar projetos de resistência que sejam universais, o que é algo, na verdade, bastante parecido com a própria colonização. Além disso, quando racializamos o feminismo e o tensionamos com a dinâmicas de poder geopolíticas, cindir sexo e reprodução pode deixar de fora importantes pautas dos feminismos dissidentes, localizados, negros, originários e autônomos. O campo da anticoncepção enquanto principal elo histórico entre os direitos sexuais e os direitos reprodutivos carece de discussões aprofundadas que levem em consideração a matriz de opressão na modernidade/colonialidade. Aliás, a cisão binária entre sexo e reprodução acompanha o velho vício cartesiano em criar categorias binárias para hierarquizar, apagando estrategicamente a complexidade das opressões em uma matriz de dominação.

Quando pensamos em políticas públicas, saúde e atenção básica, essa separação entre sexo e reprodução, a princípio estratégica, falha, ainda, na tarefa de abarcar a integralidade do cuidado em saúde. Não se trata, portanto, de dizer se o sexo e a reprodução se encontram ou não concatenados, mas se trata de compreender como essas dimensões se encontram interligadas e como isso se relaciona com a manutenção de relações de poder que subalternizam

certas pessoas, certos corpos e certas escolhas. Trata-se de trazer esse enlace para o centro do debate, recusando ao mesmo tempo a naturalização dos eixos de opressão e a prescrição de um projeto pronto de resistência no campo dos direitos feministas. Nesse sentido, precisamos reconhecer que a luta pelo direito ao aborto, a imposição da maternidade hegemônica, a cis-hetero-monogamia compulsória e a reivindicação de mulheres negras e periféricas pelo direito à vida e ao vínculo com seus filhos fazem parte de uma mesma matriz de dominação complexa. Desse modo, urge que encontremos maneiras efetivamente interseccionais e decoloniais para pensar e agir no campo dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos na esfera da saúde.

A insistente preponderância do planejamento familiar como formação discursiva que organiza os direitos sexuais e os direitos reprodutivos serve à manutenção da matriz de dominação que normatiza a sexualidade, e precisa ser profundamente questionada e desmantelada. A retórica do planejamento familiar segue articulando um poderoso dispositivo colonial/moderno que, de forma afiada, possibilita o controle e a vigilância do sexo e da reprodução nas camadas empobrecidas e dissidentes da sociedade. A insistência em administrar o ideal de família moderno-burguesa no escopo da saúde ao mesmo tempo que o Estado retira essa possibilidade concreta pelas estratégias necropolíticas pode parecer contraditória a uma primeira mirada. Contudo, esse mecanismo derivado da colonialidade se presta a produzir e reproduzir as categorias hierárquicas, no escopo do domínio hegemônico, que justificam as opressões. Ou seja, dizer às mulheres periféricas que elas devem se reproduzir para se forjarem mulheres-por-excelência ao molde colonial/moderno, mas não excessivamente e nem de forma promíscua, e ainda dizer-lhes que sua maternidade deve ser tutelada caso ela não possa corresponder ao ideal de boa mãe, enquanto o projeto necropolítico está em curso, serve como avesso constitutivo do ideal hegemônico da maternidade virginal. Ao mesmo tempo, reforçar esse ideal hegemônico, forjando o que seria a boa mãe-esposa branqueada, justifica a tutela da sexualidade, da reprodução, das escolhas e dos corpos das mulheres, sobretudo daquelas que estruturalmente não correspondem a esse ideal.

Na direção da defesa pela efetiva garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos a todas as pessoas, torna-se insustentável falar em planejamento reprodutivo descolado da noção de justiça reprodutiva em uma perspectiva interseccional. Torna-se insustentável, também, manter o regime político da sexualidade imune a profundos questionamentos. Faço a proposta de que poderíamos pensar, de forma análoga, na noção de *justiça sexual* em uma perspectiva interseccional que se aprofunde para além do importante, mas simples e capitalista, projeto de ampliação de vendas de vibradores para mulheres cisgêneras. Os vibradores são revolucionários no contexto atual, sem sombra de dúvidas,

contudo são perigosos dispositivos que podem ser acoplados aos corpos, levando-os a picos dopaminérgicos, tornando o sexo normativo heterossexual suportável e as estruturas que mantêm os sistemas de subordinação, intactas. A reivindicação do prazer pelas mulheres cisgêneras consiste em uma pauta fundamental no regime político da sexualidade, organizado pela obrigatoriedade conjugal do ato sexual e pela condenação da promiscuidade. Contudo, é necessário aprofundar no que poderíamos chamar de *justiça sexual*, considerando as reivindicações nem sempre bem aceitas pelo feminismo branco hegemônico e universalista das trabalhadoras do sexo, das mulheres religiosas, das pessoas transvestigêneras, das pessoas contra-monogâmicas, das mulheres negras e originárias com sua história ancestral de estupro e abusos, das pessoas soropositivas, das pessoas usuárias de drogas, das pessoas fetichistas, das pessoas assexuais e tantas outras possibilidades. Pensar em *justiça sexual* envolve questionar o direito ao sexo (SRINIVASAN, 2021) para além dos direitos sexuais, reconhecendo e visibilizando a categoria que goza do direito de acesso ao corpo e à sexualidade da *outridade*: os homens-por-excelência do norte global ou branqueados à sua imagem e semelhança.

A ideia de *justiça sexual* acompanha, também, as proposições da antropóloga estadunidense Gayle Rubin (2006) acerca da radicalização das políticas sexuais em suas estratégias de resistência. A autora resgata as perseguições efetuadas em meados do século XX com base na hierarquia sexual, ou seja, as perseguições realizadas contra as pessoas consideradas promíscuas por um regime sexual pautado na negatividade do sexo. Nas palavras da teórica:

Uma teoria radical do sexo deve identificar, descrever, explicar e denunciar a injustiça erótica e a opressão sexual. Tal teoria necessita de ferramentas conceituais refinadas com as quais se possa compreender o sujeito e mantê-lo visível. Deve produzir descrições ricas da sexualidade na forma como ela existe na sociedade e na história. Requer uma linguagem crítica convincente que possa transmitir a barbárie da perseguição sexual (RUBIN, 2006, p. 11).

Pautar a saúde sexual fora da sombra da saúde reprodutiva implica em considerar a complexidade dos efeitos do regime político da sexualidade, em seus termos compulsórios no que diz respeito à cisgeneridade (e genitalidade, por conseguinte), à heterossexualidade e à monogamia como norma, dourada pelo aparentemente inocente dispositivo do amor romântico (ZANELLO, 2018) que hierarquiza relações, acessos e, sobretudo, as mulheres. Implica em questionar quem detém o direito ao sexo e sob que circunstâncias, para que o campo dos direitos sexuais se organize nos termos de uma *justiça sexual* que consiga pautar a autonomia, em suas diversas formas, sob uma perspectiva interseccional e decolonial. Requer a indagação sobre o apagamento da escolha pela não reprodução e pelo não exercício da maternidade, que se encontra obnubilada mesmo sob o elo da anticoncepção. A escolha pela não reprodução por

mulheres cisgêneras bem como as dissidências de gênero e sexualidade colocam em voga o sexo recreativo na vivência de pessoas que, hegemônica e historicamente, não deveriam acessá-lo. Desse modo, como uma operação estratégica para quebrar a estrutura binária dos direitos-sexuais-e-reprodutivos que mantém a saúde sexual apagada, medicalizada e/ou tutelada, penso ser necessária a inserção de um terceiro elemento: os direitos não reprodutivos.

De maneira geral, a pauta anticonceptiva é alocada nos direitos reprodutivos assumindo historicamente, na prática, a função de administrar e planejar famílias segundo a hegemonia colonial/moderna. Desse modo, a justiça reprodutiva e o questionamento da maternidade hegemônica ficam em segundo plano, bem como as reivindicações por saúde sexual das dissidências de gênero e sexualidade, afinal, aventar de fato essas demandas implica na espinhosa e necessária tarefa de questionar o regime político colonial/moderno para a sexualidade e para a reprodução. Ora, a separação binária e simplista entre sexo e reprodução também não serve ao complexo projeto político de garantia de direitos numa perspectiva decolonial e interseccional. Enfim, a possibilidade de triangular direitos reprodutivos, direitos sexuais e direitos não reprodutivos surge como uma proposta para romper com o binarismo hegemônico dos direitos-sexuais-e-reprodutivos, aventando a visibilização da justiça reprodutiva e abrindo espaço para que se discuta a *justiça sexual* como um projeto de garantia de agência autônoma para sexualidades dissidentes. Logo, pensar em direitos sexuais, direitos reprodutivos e direitos não reprodutivos deve implicar no questionamento do regime político da sexualidade e seus efeitos de violência colonial e de (re)produção de categorias hierárquicas que justificam as opressões no domínio hegemônico da sexualidade.

5 SAÚDE SEXUAL: ESCAVANDO UM CONCEITO SOTERRADO.

A sensação de estar perdida em meio aos vestígios da sexualidade permeou toda essa investigação. Falo de sexualidade o tempo todo, e ao mesmo tempo me pego percebendo esse constructo escapular por entre os dedos a todo momento. Acredito que tomar a sexualidade como um campo aberto de disputa política traga essa sensação quando nos recusamos a adotar definições previamente formatadas, e ainda desconfiar delas. Falamos de identidade? Falamos de contato genital? Falamos de prazer? Falamos de direitos? Falamos de reprodução? Certamente falamos de muitas coisas quando evocamos a saúde sexual, e me aventuro na tentativa de escavar esse conceito perseguindo os escombros das violências coloniais de gênero. Os temas que emergiram ao falar de saúde sexual são os vestígios dos quais lanço mão para tentar compreender quais efeitos são produzidos pela colonialidade de gênero nesse escopo.

Ao eleger a atenção básica como recorte para escavar a saúde sexual, é preciso localizar as normativas e os protocolos que regem a atenção em saúde no âmbito da sexualidade. Os principais documentos nesse caso são a série de cadernos Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (BRASIL, 2005a) e o número 26 da série Cadernos de Atenção Básica, intitulado Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva (BRASIL, 2013), ao qual me refiro como Cadernos 26. São um conjunto de documentos centrais promovidos e assinados pelo Ministério da Saúde e que se propõem a protocolar diretrizes, condutas, abordagens e leituras para as questões de sexualidade na saúde. São esses os documentos que demarcam a responsabilidade da atenção básica em acolher e administrar as demandas no âmbito da saúde sexual, e eles foram construídos socialmente em um certo contexto histórico.

A década de 2000 ficou marcada por uma intensa produção e publicação de documentos pelo Ministério da Saúde, responsável pela elaboração das principais diretrizes em saúde voltadas para o SUS. Nesse período, o governo do Partido dos Trabalhadores (PT) se tornou um terreno fértil para o diálogo com os movimentos sociais, como o movimento de mulheres, o movimento negro e o movimento LGBTQIAPN+. Além disso, os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, estabelecidos em 2000 na Cúpula do Milênio, e assinados por 189 países membros da ONU, alçavam a questão sexual e reprodutiva, bem como o fortalecimento da atenção básica em saúde, entre as prioridades de ação dos países signatários. Como aponta o Cadernos 26:

entre os oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio definidos na Conferência do Milênio, realizada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em setembro de 2000, quatro possuem relação direta com a saúde sexual e com a saúde reprodutiva: a promoção da igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres; a melhoria da

saúde materna; o combate ao HIV/Aids, malária e outras doenças; e a redução da mortalidade infantil (BRASIL, 2013, p. 9).

Nesse contexto nascem os documentos supracitados, sendo o Cadernos 26 o principal produto que se propunha a protocolar as condutas na atenção básica na direção da garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos, em consonância com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e com o Pacto pela Saúde, estabelecido entre gestores do SUS em 2006. O Brasil, naquele momento, tinha forte interesse em se destacar e ascender na geopolítica mundial, de modo que as pactuações internacionais desempenhavam grande influência na construção das políticas públicas nacionais (GUIMARÃES, 2018).

Pouco tempo depois, com a crescente proeminência de grupos deliberadamente conservadores na esfera política, esse cenário se alteraria, tornando o processo de elaboração de documentos governamentais, sobretudo os que tangenciariam temáticas de gênero e sexualidade, mais delicado e conflituoso. Contudo, de acordo com Marina Guimarães (2018), a elaboração do Cadernos 26 não se deu livre de conflitos, disputas e divergências. Aliás, a pesquisadora nos alerta para a operação de apagamento das dinâmicas que compõem a autoria desses documentos que acabam se tornando protocolos prescritivos abalizados pelo grande e vago autor “BRASIL”. Em sua análise do Cadernos 26, Guimarães identifica o caráter protocolar do documento, ou seja, sua função como uma política de padronização para o entendimento e para as condutas de intervenção no âmbito da sexualidade. Desse modo, o primeiro corpo sobre o qual a política protocolar atua é precisamente o das profissionais de saúde, que passam a responder a uma determinada ética politicamente correta (literalmente). Os protocolos passam a estabelecer uma série de verdades pacíficas em seus conteúdos diretivos para as condutas em atenção à saúde. Isso aparece nitidamente nas entrevistas realizadas por mim, e discutirei esse tópico adiante.

O que quero destacar é a existência de uma noção de sexualidade e de saúde sexual, que oscila entre o explícito e o implícito, presente nos protocolos de saúde. Como Guimarães (2018) nos alerta, as contradições estão presentes nesses documentos, e, no que tange ao Cadernos 26, é possível identificar a coexistência de um paradigma mais atual, libertário e individualizado para o exercício da sexualidade e de um outro paradigma anterior que compreende a sexualidade sob o prisma biomédico dos instintos sexuais que precisariam ser regulamentados para a função reprodutiva heterossexual e monogâmica. Seriam dois regimes para a sexualidade, que se ancoram em diferentes momentos históricos e diferentes contextos científico-econômicos, mas que reverberam no entendimento da sexualidade no Cadernos 26 de maneira simultânea.

Todavia, como afirma Guimarães, a leitura libertária da sexualidade predomina no documento, em estreito diálogo com as pautas identitárias e com a retórica dos direitos sexuais.

A tensão política permeia o campo em disputa da sexualidade, sendo possível observar as contradições e as concomitâncias a partir da tentativa de promoção de direitos por meio dos protocolos de saúde e, ao mesmo tempo, da padronização de condutas e entendimentos sobre a sexualidade que se ancoram em uma construção colonial/moderna de gênero. Aliás, os efeitos da colonialidade podem ser evidentemente percebidos na escolha dos temas e do viés pelo qual se deve abordá-los nas conferências internacionais, nas quais o poder político, econômico e epistêmico se encontra, sem dúvidas, nas mãos dos representantes do norte global. Na complexa arena dos direitos, o politicamente correto passa a normatizar a retórica da não discriminação com base na escolha reprodutiva e sexual, mas é preciso questionar: em que medida essa retórica promove uma ruptura no entendimento normativo da sexualidade?

Irrevogavelmente, todo marco institucional que condena discriminações de qualquer natureza instaura uma referência importante para a nomeação de opressões que precisam ser combatidas. Esse gesto político pavimenta possibilidades de discussões aprofundadas sobre os regimes de opressão. Contudo, a inclusão das dissidências no âmbito da cidadania opera em um complicado sistema de regulamentação do Estado. Aciono, então, o olhar interseccional para compreender essas dinâmicas. Os documentos protocolares sobre a atenção em saúde na esfera da sexualidade atuam como domínio disciplinar sobre as condutas de profissionais de saúde. Tais documentos dialogam estreitamente com o domínio hegemônico sobre a sexualidade na modernidade/colonialidade, como evidenciarei a seguir. Todavia, o domínio interpessoal desempenha um papel fundamental na manutenção da sexualidade hegemônica como um dispositivo, e não recebe tanto destaque quanto deveria. O apagamento das dinâmicas de autoria e dos conflitos na elaboração dos documentos do grande autor “BRASIL” fazem desaparecer o funcionamento do domínio interpessoal na manutenção da normativa hegemônica para a sexualidade, que se mostra incompatível com a efetiva garantia dos direitos sexuais, dado que naturaliza e cristaliza o funcionamento cisgênero, heterossexual, monogâmico e reprodutivo para a sexualidade. Para escavar esse conceito soterrado que é a saúde sexual, trago para a cena o que dizem os documentos protocolares por detrás do que enunciam.

5.1 Direitos-sexuais-e-direitos-reprodutivos: uma prioridade do governo?

A saúde sexual enquanto conceito raramente é definida, demarcada e delimitada. Esse constructo opera como uma espécie de balaio conceitual que promove a conexão entre a

discussão internacional sobre os direitos humanos e a atenção em saúde. Desse modo, o conceito de saúde sexual é evocado de forma vaga e quase sempre adjacente ao conceito de saúde reprodutiva, ou de direitos reprodutivos. O documento Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo (BRASIL, 2005a), que dá o pontapé inicial nas políticas voltadas à saúde sexual no contexto do governo do PT, localiza a função dessas políticas em um escopo internacional que pleiteia as diretrizes a serem seguidas para os países atingirem o desenvolvimento. Nesse sentido, a definição presente na Plataforma de Ação do Cairo, elaborada na Conferência Internacional da ONU sobre População e Desenvolvimento, em 1994, é evocada para definir do que se tratam os direitos reprodutivos no escopo dos direitos humanos:

Os direitos reprodutivos abrangem certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais, em documentos internacionais sobre direitos humanos, em outros documentos consensuais. Esses direitos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsabilmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva (BRASIL, 2005a, p. 7).

No próprio documento é explicitado logo a seguir que na Conferência da ONU subsequente, a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Pequim no ano seguinte, avançou-se na proposta de separação entre os direitos sexuais e os direitos reprodutivos, sob a ótica feminista e sob influência do movimento LGBTQIAPN+. O lugar da mulher nessas proposições e nas políticas é um ponto crucial que demanda atenção, e certamente as movimentações mais enfáticas no sentido da garantia de direitos se encontram permeadas pela participação feminista nas agendas governamentais. Contudo, retornando ao documento, é curioso perceber como o conceito de saúde sexual não apresenta definição alguma, e no primeiro aceno de conceituação, a saúde sexual é alçada à vaga caracterização como algo possível de ser gozado em elevado padrão. Considerando que gozar é algo que muitas mulheres infelizmente ainda desconhecem, a dificuldade que muitas mulheres apresentam para abordar suas queixas quanto à qualidade sexual na atenção em saúde, e considerando ainda que as mulheres enquanto categoria social figuram como elemento central nas políticas de saúde sexual, é uma escolha de palavras no mínimo intrigante. É possível perceber que a mulher está contida, inicialmente, no casal quando o assunto é saúde sexual, e, ainda, que a saúde sexual não parece existir independentemente da saúde reprodutiva, ocupando apenas o lugar de poder “ter filhos” por meio de um “elevado padrão de saúde sexual”. A pressuposição cisgênera e heterossexual é gritante em todo o documento, que não faz menção, em uma linha sequer, à possibilidade de qualquer vivência que extrapole o casal heterossexual com vistas à reprodução.

Nesse sentido, adotei o uso do hífen para nomear o documento no escopo dos direitos-sexuais-e-direitos-reprodutivos uma vez que, ainda que a nomenclatura acompanhe a discussão feminista no campo dos direitos, propondo que os direitos sexuais e os direitos reprodutivos sejam desvinculados conceitualmente em sua grafia, essa desvinculação não acontece discursivamente no documento, que “apresenta as diretrizes do Governo para garantir os direitos de homens e mulheres, adultos(as) e adolescentes, em relação à saúde sexual e à saúde reprodutiva, enfocando, principalmente, o planejamento familiar” (BRASIL, 2005a, p. 5). Ou seja, as políticas voltadas à sexualidade nascem no seio da família, instituição que precisa do sexo normativo e monogâmico para se firmar em seu molde burguês ocidentalizado, como explica Marília Moschkovich (2022). Normativamente, pela *monorracionalidade* colonial/moderna veiculada pelas diretrizes internacionais para o desenvolvimento, não há saúde sexual sem a família e não há família sem sexo. E mais, não haveria, em princípio, família sem homem e sem mulher, que são sujeitos políticos evocados e (re)produzidos para costurar as diretrizes do planejamento familiar. A esse respeito, é digno de nota que nos apontamentos sobre a fertilização artificial como um direito reprodutivo, são enunciados como sujeitos para esses procedimentos os “casais com infertilidade conjugal e (...) os casais que convivem com o HIV, que desejem ter filhos” (BRASIL, 2005a, p. 17). Ou seja, qualquer possibilidade reprodutiva fora do escopo cisgênero e heterossexual não é sequer considerada.

Falar de saúde sexual nas políticas e na assistência à saúde se torna uma experiência de abrir uma caixa de pandora, na medida em que esse conceito é definido de maneira extremamente vaga e ao mesmo tempo é necessariamente invocado para costurar toda uma tecitura normativa para a família, para a reprodução, para os adoecimentos infecciosos e para a delimitação do que é ser homem e do que é ser mulher. Nas palavras do grande autor “BRASIL”, “esse Documento tem como fundamentação o conceito de saúde sexual e reprodutiva como componente dos Direitos Humanos e propõe o desenvolvimento de políticas comuns que contemplem as necessidades de mulheres e homens” (BRASIL, 2005a, pp. 18-19), sujeitos sustentados pela pressuposição da neutralidade que atravessa a cisgeneridade enquanto um sistema de sexo-gênero. Organizar todos os elementos que pulam dessa caixa de pandora e se enquadram no escopo do sexual sem defini-lo precisamente é um trabalho genealógico desafiador. Trabalhar com os discursos sobre saúde sexual extrapola os enunciados de saúde sexual, que são rasos, vagos e imprecisos. Desconfio, portanto, que a recusa em nomear e descrever o que é sexual no âmbito da saúde desempenha um papel importante na manutenção do funcionamento de um dispositivo colonial/moderno da sexualidade.

A série de cadernos Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos nasce da Área Técnica da Saúde da Mulher, do Ministério da Saúde, em um evidente aceno à promoção da equidade entre homens e mulheres cisgêneras na esfera reprodutiva. Os homens, enquanto categoria, aparecem no documento na posição de serem convocados a participar das responsabilidades reprodutivas e contraceptivas. Algo similar acontece nos Cadernos de Atenção Básica: Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva (BRASIL, 2013). Todavia, de acordo com Guimarães (2018), a categoria homem se encontra discursivamente alçada à condição de sujeito alvo de intervenções apenas quando se refere aos homens adolescentes, que não ocupariam a mesma posição social que os homens, ou homens-por-excelência. Aliás, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem foi lançada apenas em 2008, abordando sobretudo o âmbito das doenças, em uma tentativa deliberada de afastamento do homem das questões de gênero (GUIMARÃES, 2018). Ao mesmo tempo, as mulheres em idade reprodutiva correspondem explicitamente à população-alvo das políticas:

Tomou-se por base, para definir a população-alvo, a população de mulheres em idade reprodutiva, de 10 a 49 anos (que, segundo o IBGE, está estimada em 58.623.425 mulheres para o ano de 2004), que sejam usuárias de métodos anticoncepcionais modernos (cerca de 70% deste universo, segundo dados da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde – PND/1996), e que sejam atendidas, na rede SUS (cerca de 74% da população, segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD/1998) (BRASIL, 2005a, p. 14).

A escolha das mulheres como população-alvo das políticas de planejamento familiar dialoga diretamente com a questão da disponibilidade e acesso aos métodos contraceptivos. De acordo com o documento (BRASIL, 2005a), os métodos anticoncepcionais começaram a ser distribuídos pelo Ministério da Saúde na década de 1980, com a implementação do PAISM. Contudo, essa distribuição se deu de maneira descontínua e tímida. A partir do ano 2000, o Ministério da Saúde rearticulou as estratégias e compra e distribuição de anticoncepcionais reversíveis no SUS, que sofreu reajustes e adaptações a partir desse momento, ampliando, gradualmente, o acesso à contracepção. Apenas em 2002 a pílula contraceptiva de emergência passou a ser distribuída nos serviços de atenção à violência sexual, e foi em 2005, com as pactuações para a implementação de uma política no âmbito da saúde sexual, que os métodos contraceptivos foram incluídos no rol de insumos dos serviços de atenção básica.

Toda essa dinâmica de distribuição e disponibilização de métodos contraceptivos corresponde a um elemento central do domínio estrutural que organiza a sexualidade enquanto um dispositivo. De maneira ambígua, corresponde à garantia de direitos básicos e de acesso material aos recursos necessários para o planejamento reprodutivo, e ao mesmo tempo administra como e sob que circunstâncias esses recursos estarão ao alcance das pessoas. O

aparato protocolar das políticas públicas funciona, por sua vez, como o domínio disciplinar em exercício sobre profissionais de saúde, que regulamenta condutas sob a égide de uma noção hegemônica de saúde sexual. Guimarães (2018) discute o uso dos protocolos padronizados por profissionais de saúde como forma de garantir a segurança sobre a prática assistencial em saúde, sobretudo no que tange à fiscalização por parte das entidades empregadoras, ou seja, as entidades governamentais.

A esse respeito, uma das profissionais entrevistadas alertou para o uso de estratégias normatizadoras para a disponibilização de contraceptivos hormonais injetáveis, que por vezes obstaculizava o acesso ao contraceptivo devido ao atraso de alguns dias na data de reaplicação. Pelo protocolo, a usuária deveria realizar um exame de gravidez e solicitar o início das injeções contraceptivas novamente, acarretando um tempo de espera sem acesso ao contraceptivo. A conduta observa à risca as advertências farmacêuticas da empresa fabricante do contraceptivo, que devem ser consideradas para a saúde e segurança das usuárias. Contudo, quero chamar a atenção para o enfoque dado à proteção da conduta profissional pelo protocolo em detrimento do enfoque dado às possibilidades de acesso das usuárias do serviço ao contraceptivo em seu contexto singular. Desse modo, é possível perceber que todo o aparato governamental para o acesso à contracepção é organizado pelos domínios estrutural (distribuição de insumos e legislações vigentes), disciplinar (protocolos), hegemônico (discurso hegemônico de saúde sexual) e interpessoal (contato direto das usuárias com profissionais de saúde), que funcionam simultaneamente.

No que tange à dinâmica de oferta de insumos contraceptivos, é digno de nota que a ampla distribuição da pílula anticoncepcional em território brasileiro, patrocinada por entidades internacionais, não acompanhou o discurso da autonomia das mulheres sobre a reprodução, se inserindo predominantemente em um contexto de gerenciamento familiar, sobretudo para as camadas mais empobrecidas (PEDRO, 2003). Quando o acesso à contracepção se torna foco das políticas públicas de saúde, é um fato interessante que os métodos hormonais correspondem ao carro chefe das ofertas contraceptivas. A esse respeito, é válido lembrar que “a contracepção, atualmente, é uma indústria comandada pelos interesses econômicos das companhias farmacêuticas multinacionais, da rede hospitalar privada, da medicina de grupo e das instituições de planejamento familiar” (COSTA, ROSADO, FLORÊNCIO & XAVIER, 2013, p. 76).

É notável a preocupação com a defesa da não utilização de políticas contraceptivas para o controle populacional deliberado, pauta alçada à condição de lei federal, em 1996, a partir de denúncias do movimento feminista negro no Brasil. Esse é um discurso que passou a ser

endossado nas conferências internacionais e na retórica hegemônica sobre as políticas contraceptivas.

Nessas Conferências, os governos de vários países, entre os quais se inclui o Brasil, assumiram o compromisso de basear nos direitos sexuais e nos direitos reprodutivos todas as políticas e os programas nacionais dedicados à população e ao desenvolvimento, inclusive os programas de planejamento familiar. Os princípios de Cairo e Pequim opõem-se radicalmente à imposição de metas populacionais, conceptivas e contraceptivas (BRASIL, 2005a, p. 7).

A retórica do desenvolvimento atravessa todo o processo de institucionalização das políticas voltadas para os direitos sexuais e para os direitos reprodutivos. Desde uma perspectiva decolonial, esse fato não pode passar despercebido, uma vez que a naturalização do desenvolvimento como destino para as nações corresponde a uma narrativa hegemônica que mantém a economia política do sistema/mundo colonial/moderno. A esse respeito, a própria ideia de antropologia da dominação, cunhada originalmente por Arturo Escobar (1996), foi utilizada como método para tomar como objeto de investigação a noção de desenvolvimento na modernidade/colonialidade e sua função na invenção do terceiro mundo. O discurso do desenvolvimento consiste na principal força motriz das políticas públicas em solo latino-americano, profundamente influenciado pelas políticas presidenciais transnacionais dos Estados Unidos, que alçaram legitimação ao discurso do desenvolvimento com as falas do presidente Harry Truman, em 1949 (CUESTAS-CAZA, 2019). Nas palavras do autor equatoriano Javier Cuestas-Caza:

La idea de millones de personas respecto de que el desarrollo define una norma universal de la buena vida (Good Life), principalmente en su versión euro-norteamericana, ya no es una ilusión, sino que ha sido naturalizada dentro de sus subjetividades, se ha vuelto una obsesión que tiene un soporte sólido en instituciones internacionales, bancos, universidades, ONG's y por su puesto gobiernos. Para estas personas, ya no importa cuánto experimenten las consecuencias del desarrollo: a) el inmenso precio a pagar en términos de decencia, alegría, libertad y humanidad; b) la imposibilidad radical de extenderlo a todas las personas en la Tierra; c) la medida en que pone en peligro la supervivencia de la vida en el planeta (Esteve & Escobar, 2017), sino que la meta, la obsesión, es alcanzarlo a como dé lugar (2019, p. 56).

A crítica contundente à noção ocidentalizada de desenvolvimento não se destina a negar ou recusar os avanços no campo progressista e na esfera da ciência. A fundamental importância da vacina contra a Covid-19 é uma prova recente dessa afirmativa. Contudo, valendo-me do mesmo exemplo, a lógica de distribuição e acesso à vacina, na geopolítica mundial, acompanhou as disparidades entre as nações, alimentadas pela noção hegemônica de desenvolvimento que atua diretamente sobre os domínios estruturais e disciplinares de distribuição de poder e de recursos. Em suma, de acordo com Cuestas-Caza, a noção hegemônica de desenvolvimento funciona como um “*lema utilizado por el capital para facilitar la implementación de una empresa neocolonial*” (2019, p. 57).

Quando aproximamos essa discussão das políticas sexuais-e-reprodutivas, podemos conjecturar que a noção de desenvolvimento costura uma versão mais aprazível e capilarizada do dispositivo colonial/moderno da sexualidade, forjado sob a égide da colonialidade de gênero que coroou a família heterossexual, cisgênera, burguesa e branca como modelo normativo. Afinal, pressupõe-se que todas as pessoas dos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento desejariam “gozar do mais elevado padrão de saúde sexual” no bom estilo *good life*. A indefinição do que seria uma saúde sexual permanece intrigantemente atrelada à família e ao desenvolvimento. A presença da noção de desenvolvimento nas políticas públicas e nos programas sociais por sua vez, dialoga estreitamente com o lugar ocupado pelas mulheres na economia sexual do trabalho, como afirma Yumi Santos (2014), sendo elas precisamente o alvo de políticas para o desenvolvimento, uma vez que são tidas como as responsáveis pelo gerenciamento doméstico que sustenta o funcionamento capitalista. As mulheres ocupam, dessa forma, os principais objetos de intervenção dos programas sociais em uma dinâmica ambígua que reconhece o tamanho das demandas das mulheres por suporte governamental, mas as mantém como sujeitas responsáveis por incrementar os índices que atestam o desenvolvimento das nações frente à geopolítica global. Nesse contexto, as políticas sexuais-e-reprodutivas constituem o braço governamental que chega mais perto da intimidade cotidiana das mulheres.

Ao mesmo tempo que os documentos normativos fazem questão de explicitar a ilegalidade das políticas deliberadamente voltadas ao controle populacional e reprodutivo das camadas empobrecidas, a desigualdade de renda e sua relação com a taxa de fecundidade é demarcada no texto dos Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos:

O Ministério da Saúde entende que o controle da natalidade, que implica imposições do Governo sobre a vida reprodutiva de homens e mulheres, não é estratégia adequada para a superação da situação de pobreza existente no País e contraria os princípios dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos. A superação dessa situação passa pela implementação de políticas que promovam desenvolvimento sustentável e distribuição mais igualitária da riqueza, diminuindo dessa forma as enormes desigualdades existentes (BRASIL, 2005a, p. 8).

A partir da inserção dessa temática no documento, que se repete nos Cadernos de Atenção Básica 26 (BRASIL, 2013), é possível perceber a relevância dos movimentos sociais, sobretudo o feminismo negro, no processo de denúncia das estratégias de controle populacional. Percebemos, também, pela necessidade de tal afirmação, que as políticas sexuais-e-reprodutivas são entendidas hegemonicamente na história como a esfera destinada às intervenções rumo ao desenvolvimento, caso contrário, não seria necessário demarcar que o controle reprodutivo não constitui a estratégia governamental adequada para administrar a pobreza. Intervir na reprodução com vistas ao desenvolvimento não é algo novo no Brasil, e remonta ao processo

imperialista de colonização que resultou no imperativo da mestiçagem para a construção de uma identidade nacional calcada no branqueamento (MUNANGA, 1999). Logo, demarcar que o campo do planejamento familiar não é a arena onde se deve discutir a desigualdade social denuncia que, hegemonicamente, essa é precisamente a esfera estratégica para o controle sobre certos grupos sociais. Aliás, a queda generalizada na taxa de fecundidade ao longa das últimas décadas não acarretou redução na concentração de renda. Ao que parece, a noção de desenvolvimento acompanha o refinamento das estratégias neocoloniais sobre a reprodução, que mantém intacta *cis-hetero-mononormatividade* branca para a família, amarrada por protocolos politicamente polidos pela ciência e escusos em suas definições para os direitos-sexuais-e-reprodutivos.

Em suma, na tentativa de responder à provocação com a qual iniciei essa seção, podemos perceber que os direitos-sexuais-e-reprodutivos se tornam uma prioridade do governo na medida em que se encontram intimamente atrelados aos indicativos de desenvolvimento no sistema/mundo colonial/moderno, constructo que na realidade opera como um dispositivo neocolonial. Homens e mulheres são sujeitos-por-excelência (re)produzidos nas e pelas prioridades do governo, cuja definição permanece obnubilada pela suposta neutralidade que engendra a cisgeneridade, a heterossexualidade e a família monogâmica reprodutiva na fabricação desses sujeitos cidadãos-por-excelência. Aliás, são esses os sujeitos, organizados pela *cis-hetero-mononormatividade*, que sustentam os Estados nacionais forjados no mundo colonizado (CURIEL, 2013). Igualmente carente de definição, de forma estratégica, se encontram os conceitos coloniais/modernos de saúde sexual e direitos sexuais, sempre acoplados à prioridade reprodutiva enquanto dirigente da ideia de desenvolvimento, que cria e mantém o primeiro mundo no sistema/mundo colonial/moderno. Resta à anticoncepção, nesse cenário, o papel de articular os direitos sexuais aos direitos reprodutivos. No entanto, essa articulação é extremamente frágil no que tange à reivindicação radical por direitos, uma vez que, no seio dos direitos reprodutivos clássicos, a anticoncepção apenas alça validade efetiva no escopo do planejamento familiar colonial/moderno.

5.2 A saúde sexual protocolar na atenção básica: o bom sexo, da infância às parafilias.

Na esteira das produções documentais do Ministério da Saúde com vistas à institucionalização e padronização da atenção dada à saúde sexual no âmbito da garantia dos direitos-sexuais-e-reprodutivos, foi publicado em 2013 a edição de número 26 dos Cadernos de

Atenção Básica, intitulado Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva (BRASIL, 2013). Esse documento, o Cadernos 26, consiste em um protocolo robusto de 302 folhas que se propõe a:

(...) oferecer orientações técnicas para a atuação dos profissionais da Atenção Básica na atenção à saúde sexual e à saúde reprodutiva, tendo por princípio a abordagem integral e a promoção dos direitos humanos, entre os quais se incluem os direitos sexuais e os direitos reprodutivos (BRASIL, 2013, p. 10).

Trazendo uma visão panorâmica do documento, ele se debruça sobre a contextualização internacional da pauta sexual-e-reprodutiva, que abaliza, com as bençãos da retórica do desenvolvimento, a inserção dessa temática no escopo das políticas públicas em diálogo com os direitos humanos. O Cadernos 26 atravessa as temáticas da saúde de adolescentes, das abordagens para a sexualidade, do papel da atenção básica, da diversidade, da anticoncepção, da fertilidade e da violência. Também, neste documento, podemos perceber como falar sobre saúde sexual nas políticas públicas torna-se possível na medida em que este é um assunto colado à reprodução primordialmente, às infecções sexualmente transmissíveis e às dissidências de gênero e sexualidade. Além disso, a saúde sexual parece ser definida pela multiplicidade de temas que ela abarca, de modo que a escolha dessas temáticas que compõem esse termo guarda-chuva possui intensa relevância política. A proximidade com as temáticas voltadas às mulheres cisgêneras é notável, e a esse respeito, Guimarães (2018), em sua investigação sobre o processo de elaboração dos Cadernos 26, nos conta que a demanda inicial do Departamento de Atenção Básica era por um documento sobre a saúde da mulher em interface com a saúde sexual e reprodutiva. Conforme o relato de uma membra da comissão organizadora, durante o processo de elaboração do documento o foco foi se expandindo para além da saúde da mulher, e essa proposta foi acatada pelo Departamento.

Já no início do texto dos Cadernos, há o reconhecimento de que:

que as ações voltadas para a saúde sexual e a saúde reprodutiva, em sua maioria, têm sido focadas mais na saúde reprodutiva, tendo como alvo a mulher adulta, com poucas iniciativas para o envolvimento dos homens. E, mesmo nas ações direcionadas para as mulheres, predominam aquelas voltadas ao ciclo gravídico-puerperal e à prevenção do câncer de colo de útero e de mama (BRASIL, 2013, p. 9-10).

E, para introduzir a discussão sobre a saúde sexual, os direitos são evocados em um evidente aceno à necessidade de pontuar que falar sobre sexualidade e reprodução está em conformidade com os direitos humanos. “Direito é direito, está na declaração...” é o enunciado que aparece em destaque no primeiro subtítulo. O documento narra a história internacional dos direitos sexuais-e-reprodutivos, pontuando a necessidade de separação entre a saúde sexual e a saúde reprodutiva, apontada por movimentos sociais gays e lésbicos e por movimentos feministas, e abalizada pelo discurso do direito à livre escolha individual sobre o exercício da sexualidade e da reprodução. Nesse sentido, a definição de saúde sexual é tomada de

empréstimo de uma organização internacional de mulheres, a *Health, Empowerment, Rights and Accountability* – Saúde, Empoderamento, Direitos e Responsabilidade (HERA):

A saúde sexual é a habilidade de mulheres e homens para desfrutar e expressar sua sexualidade, sem riscos de doenças sexualmente transmissíveis, gestações não desejadas, coerção, violência e discriminação. A saúde sexual possibilita experimentar uma vida sexual informada, agradável e segura, baseada na autoestima, que implica abordagem positiva da sexualidade humana e respeito mútuo nas relações sexuais. A saúde sexual valoriza a vida, as relações pessoais e a expressão da identidade própria da pessoa. Ela é enriquecedora, inclui o prazer e estimula a determinação pessoal, a comunicação e as relações (HERA, 1999 apud CORRÊA; ALVES; JANUZZI, 2006, p. 45, citado por BRASIL, 2013, p. 15).

A presença de alguns discursos feministas⁴⁴ é notória no documento, que oscila em seu tom teórico-político ao longo dos capítulos, mas apresenta, de forma geral, uma noção de saúde sexual pautada nos direitos das mulheres, na equidade de gênero enquanto horizonte para a saúde pública e na vivência erótica como fonte de prazer. A sexualidade é considerada como uma dimensão importante da vida para além dos aspectos biológicos, envolvendo também fatores psíquicos, sociais, culturais e históricos. Além disso, “não se restringe à meta reprodutiva, sendo constitutiva das relações amorosas e do laço afetivo entre as pessoas” (BRASIL, 2013, p. 16). A retórica dos direitos sexuais costura, ao longo de todo o documento, a necessidade de assistência à saúde sexual e a importância da atenção básica na sua promoção. A presença da sexualidade nas políticas públicas está intrinsecamente vinculada ao discurso dos direitos sexuais em âmbito internacional, que se encontra no seio dos direitos-sexuais-e-reprodutivos. Portanto, a articulação da saúde sexual com o campo dos direitos pode ser entendida como fundamental para o combate às discriminações e violências e para o efetivo acesso à atenção em saúde. Contudo, ainda que a saúde sexual tenha nascido no berço dos direitos sexuais, sua concretização se encontra repleta de entraves.

Entre os recursos teóricos acionados para conceituar a saúde sexual no Cadernos 26, podemos identificar quatro eixos principais para além da colagem da saúde sexual à questão reprodutiva e contraceptiva. Esses eixos são a infância, o ciclo de respostas aos estímulos sexuais, as disfunções sexuais e as parafilias. A perspectiva psicanalítica fundamentada na obra do médico austríaco Sigmund Freud é utilizada para conceituar a sexualidade como um conjunto de características humanas que constituiriam uma forma de energia vital chamada libido. Esse arcabouço teórico é utilizado para enfatizar que a sexualidade não se restringe ao ato sexual, nem ao funcionamento genital e nem à fase reprodutiva do ciclo vital. Seu uso na construção do Cadernos 26 está relacionado à perspectiva teórica adotada por algumas pessoas

⁴⁴ A inserção feminista nas políticas públicas voltadas para as mulheres é notadamente reconhecida como feito histórico na produção do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), de 1984.

da área da psicologia que trabalharam na elaboração do documento (GUIMARÃES, 2018), e se faz preponderante no capítulo que se destina a abordar a sexualidade na infância.

De acordo com Guimarães (2018), a inclusão da infância num documento que se destinava a discutir saúde sexual e saúde reprodutiva não se deu sem polêmica. Essa parte do Cadernos possui um tom mais teórico, no sentido de promover informação para profissionais de saúde sobre alguns aspectos do desenvolvimento da sexualidade na concepção psicanalítica. Para o que nos interessa sobre os sentidos dos enunciados sobre saúde sexual, a inclusão da infância na conceituação da saúde sexual e da sexualidade promove o descolamento da vivência da sexualidade da função reprodutiva, ampliando o escopo de abrangência da própria saúde sexual e considerando a masturbação como prática saudável de relação com o prazer. Contudo, a ideia de desenvolvimento e evolução da sexualidade para atingir o patamar adulto, cujo sexo heterossexual envolve o prazer, mas também a reprodução, perpassa as formações discursivas do documento. A abordagem da sexualidade na adolescência apresenta proeminência precisamente nesse sentido de representar uma fase do ciclo vital no qual o amadurecimento sexual atinge um nível crucial para a conformação ao funcionamento sexual adulto, pressuposto, normativamente, como cisgênero, heterossexual e monogâmico.

A plasticidade da sexualidade na infância é destacada diversas vezes, salientando o processo de construção cultural e social da expressão da sexualidade e dos papéis de gênero. No entanto, constata-se que tal plasticidade da sexualidade infantil refere-se recorrentemente a um “ensaio” daquilo que carregaria em seu âmago o germe da sexualidade “normal” adulta. Aliás, vale destacar aqui que não é incomum ou raro encontrar, nas diversas teorias da psicologia, por exemplo, pressupostos que estabelecem uma relação direta entre a sexualidade da criança e a do adulto, recorrendo à ideia falaciosa de que as experiências do passado infantil determinam direta e inexoravelmente e de forma linear a vida do adulto. A psicologia tem frequentemente feito, sem maior pudor, o “trabalho sujo” de determinação subjetiva de muitas (e falsas) “profecias auto-realizáveis”, estabelecendo como “destino” aquilo que, nada mais é do que um dos muitos desfechos possíveis na vida adulta, desfechos construídos a partir das contingências históricas dos sujeitos. O excerto a seguir, nos permite problematizar isso:

Nessa idade, é natural as crianças brincarem ou fantasiarem, podendo expressar ser de outro sexo. Ao brincar, a criança demonstra sua compreensão sobre os papéis das pessoas a sua volta e, embora se perceba menino ou menina e tenha conhecimento de seus órgãos sexuais, pode vir a experimentar diferentes papéis, por meio da dramatização.

As expectativas e atitudes dos pais, nem sempre conscientes, em relação à sexualidade de seus filhos, influenciam na construção da identidade sexual. Em suas atitudes, os pais, muitas vezes, demonstram desejos, reservas e inquietações em relação aos sexos masculino e feminino. A escolha ou não de determinados

brinquedos e vestuário carregam as ideias que os pais têm sobre o que pode ser conveniente para meninos ou meninas (BRASIL, 2013, p. 45).

A escolha discursiva chama atenção, uma vez que ao longo de todo o documento, a sexualidade é encarada a partir do binarismo “homem” e “mulher”. Ao enunciar sobre a infância, o documento torna explícito o processo de fabricação cultural da sexualidade e do que é nomeado como identidade sexual. Contudo, essa construção se dá amarrada ao binarismo de sexo-gênero, sem que haja qualquer brecha no documento para considerar as vivências de gênero e sexualidade dissidentes já na infância e na adolescência. Pelo contrário, as “diversidades” têm um capítulo à parte especialmente destinado a elas, enquanto todo o documento se pauta no binarismo de sexo-gênero e na pressuposição da cis-heterossexualidade. Aliás, o documento apresenta discursivamente a construção da sexualidade sem qualquer menção à possibilidade de fuga da normativa cisgênera e heterossexual como algo do espectro saudável, abrindo brechas para o risco de que se entenda como viável uma educação corretiva para crianças de gênero e sexualidade dissidentes, uma vez que a sexualidade e a identidade são postas como plásticas nessa fase da vida. Guimarães (2018) alerta, ainda, sobre os discursos acerca da sexualidade na infância, para os riscos da afirmação imprecisa sobre a existência de um ego pré-natal. A inclusão desse tipo de assertiva de forma vaga em um documento governamental sobre direitos sexuais e direitos reprodutivos é extremamente complicada no que tange à luta pela descriminalização do aborto como uma das principais pautas feministas.

Avançando na conceituação da saúde sexual pelo Cadernos 26, as célebres proposições de Alfred Kinsey sobre o comportamento sexual, e de Virginia Johnson e William Masters acerca do modelo de ciclo de resposta sexual são trazidas à baila como uma possibilidade de entender a sexualidade para além do espectro da normalidade e do patológico. Se distanciar da categorização da sexualidade em termos de normalidade e anormalidade é uma preocupação explícita do documento, contudo a sexualidade saudável é ainda definida sobre um entendimento padronizado do ciclo de resposta sexual definido em termos biofisiológicos. O desempenho e a satisfação são elencados como critérios para identificar problemas sexuais, geralmente percebidos por meio da incapacidade de concluir um ato sexual ou concluí-lo fora do que se considera o bom sexo. Ou seja, ainda que seja proposto que a sexualidade escape do critério de normal *versus* patológico, há uma perspectiva de ajuste para o bom funcionamento do sexo em termos biofisiológicos que pressupõem o intercuro vaginal-peniano.

Considerar a satisfação e a vivência do prazer ao abordar a sexualidade é tão fundamental quanto raro na atenção em saúde. Sem dúvida, esse aspecto é negligenciado em detrimento do cumprimento do compromisso sexual em relações que pressupõem o contato

sexual, sobretudo o matrimônio, e em detrimento do compromisso contraceptivo para que não haja gestações indesejadas. Desse modo, considero que incorporar o conhecimento sobre o funcionamento sexual atua como uma maneira de trazer para o campo da atenção à saúde o cuidado com o prazer. Entretanto, a sexualidade nas políticas públicas em saúde se encontra enredada em normatividade, o que pode levar ao questionamento de qual prazer pode ser considerado saudável no cuidado em saúde. Evidentemente, falar sobre sexo nas políticas públicas e na atenção em saúde é fundamental, e ainda hoje enfrenta resistências. Mas, como se enuncia a saúde sexual e quais discursos são construídos e evocados sobre a sexualidade é profundamente relevante se há o projeto radical de garantia dos direitos sexuais.

Assim, na esteira da saúde sexual protocolar, são definidas as disfunções sexuais, que permitem profissionais de saúde identificarem algumas experiências sexuais como da alçada do cuidado em saúde, o que possui extrema relevância. Destaco, nesse sentido, o elenco do vaginismo e da dispareunia entre as disfunções, que compreendem experiências de dor e desconforto durante a penetração vaginal. Muitas queixas de desconforto durante a relação sexual apresentadas por mulheres cisgêneras são frequentemente negligenciadas, e as intervenções se dão objetivando a completude do ato sexual, que hegemonicamente significa o intercurso sexual entre pênis e vagina.

Dito de outro modo, o bom sexo faz menção, efetivamente, à concretização sem intercorrências do sexo heterossexual entre um casal monogâmico, e as disfunções sexuais são definidas em termos de déficits e irregularidades no funcionamento sexual hegemônico. Não quero dizer com isso que abordar os desconfortos e sofrimentos nas vivências sexuais não seja completamente fundamental na atenção em saúde. Quero enfatizar, na verdade, que a escolha do referencial teórico e do conjunto de temáticas que definem a saúde sexual costumam a sexualidade enquanto um dispositivo no âmbito do domínio hegemônico que regimenta a cis-heterossexualidade como eixo de dominação interseccional. Como afirma Collins (2019), o domínio hegemônico dos eixos de dominação possui o propósito de justificar opressões, o que torna fundamental investigar sua construção nas políticas públicas, ainda que de forma sutil.

Por último, entre as temáticas que são acionadas para descrever o sexo saudável, ou bom sexo como conceitua Carrara (2015), se encontram as parafilias. São elencadas, de forma objetiva, uma série de condições chamadas de parafilias, que se destinariam a categorizar as práticas sexuais. São elas: exibicionismo, fetichismo, pedofilia, masoquismo, sadismo, zoofilia, frotteurismo e voyerismo. Ainda que no documento haja o esforço para retirar o entendimento da sexualidade do hábito classificatório entre o normal e o patológico, as parafilias são evocadas como uma área da vivência sexual em que o normal e o patológico têm suas fronteiras borradas.

Se pode ler dessas formações discursivas que as práticas sexuais não normativas podem ser toleradas, desde que não ultrapassem a vaga fronteira da patologia. De todo modo, qualquer experiência sexual dissidente e não normativa não faz parte do bom sexo para as políticas protocolares de saúde. Quero destacar que a maneira generalista de abordar as parafilias mistura experiências sexuais dissidentes e práticas que produzem violações, como pedofilia e zoofilia. Essa mistura não pode ser ingênua, uma vez que ao longo de toda a conceituação protocolar do sexo saudável, ou do bom sexo, não são levados em consideração traços importantes da construção normativa da sexualidade que impactam diretamente a produção de violências que afetam a saúde sexual como a cultura do estupro, a cotidianidade dos assédios sexuais, o estupro conjugal e a hiperssexualização de mulheres negras e de mulheres transvestigêneres. Toda a discussão sobre o consentimento, amplamente debatido nas searas feministas, por exemplo, sequer é mencionada, e a maneira como são alocadas as parafilias no documento dificulta o entendimento de que é possível a vivência de sexualidades não normativas que sejam éticas.

Em suma, todos esses elementos devem ser considerados ao descascar os sentidos de uma saúde sexual como um estado de completo bem-estar, como apregoa o Cadernos 26 abalizado pela Organização Mundial de Saúde, que:

define saúde sexual como um estado físico, emocional, mental e social de bem-estar em relação à sexualidade; não é meramente ausência de doenças, disfunções ou debilidades. A saúde sexual requer abordagem positiva e respeitosa da sexualidade, das relações sexuais, tanto quanto a possibilidade de ter experiências prazerosas e sexo seguro, livre de coerção, discriminação e violência (BRASIL, 2013, p. 49).

Sem o intuito de fazer qualquer digressão histórica acerca da origem da noção, quero destacar apenas que o conceito de saúde sexual se situa precisamente no encontro – nem sempre harmonioso – de duas tradições do pensamento colonial/moderno, a saber, a tradição do conceito de saúde e a tradição do conceito de sexualidade. Essas tradições tiveram histórias paralelas ao longo da modernidade/colonialidade recente e em suas origens trazem o debate mais amplo acerca da noção de saúde, que pode ser evidenciado explicitamente no excerto acima, traduzido pelo tão falado estado de bem-estar físico, mental e social completo e não apenas a ausência da enfermidade. Avançando para além desta perspectiva, as conquistas feministas e LGBTQIAPN+ promoveram importantes avanços ao alçar à condição de direitos humanos as experiências da sexualidade que sejam seguras, sem coerção, discriminação e violência, ampliando significativamente o alcance do conceito e sua envergadura epistêmica. Contudo, na dinâmica de institucionalização e negociação desses direitos, a caracterização ocidentalizada para a saúde como completo bem-estar coloniza a compreensão de saúde sexual, embaçando a normativa hegemônica para o bom sexo que sustenta essa noção.

Aliás, entendo que generalizar e esmaecer a definição de saúde sexual como um suposto completo bem-estar seja precisamente uma das operações que permitem o funcionamento do domínio hegemônico para a sexualidade, sustentando opressões contra mulheres e pessoas de gênero e sexualidade dissidentes de forma cada vez mais polida e sutil na atenção em saúde. Num contexto em que muitas pautas contra-hegemônicas são cooptadas pelo neoliberalismo, podemos nos questionar por que o discurso da liberdade de escolha, dentro de um paradigma individual, logra reconhecimento na arena de embate político pela legitimidade dos direitos para as vivências dissidentes.

Em sua análise do Cadernos 26, Guimarães afirma:

Concordo com Carrara (2015) quando afirma que emerge na sociedade brasileira um novo modelo de gestão da sexualidade, em que valores como autonomia, liberdade de escolha, consentimento etc. preponderam quando se trata de separar o bom e o mau sexo. O bom exercício da sexualidade é permeado por valores relacionados à boa saúde, o que aponta para escolhas orientadas pelo que a medicina apregoa como *saudável*. O CAB 26 assume esse tipo de abordagem da sexualidade. Os ideais de liberdade e a autonomia estão presentes nos mais diversos capítulos (...) (GUIMARÃES, 2018, p. 127-128).

Carrara (2015) defende que o regime da sexualidade passou por transformações nos últimos dois séculos, passando de um estilo de regulação moral pautado na condenação cristã sobre o sexo não reprodutivo, responsável por entronizar o casal heterossexual monogâmico como norma, para uma gestão secular da sexualidade pautada nos discursos científicos sobre o instinto sexual em termos fisiológicos e biomédicos. Evidentemente, esses dois regimes se conectam no que tange ao domínio hegemônico para o controle da sexualidade, alterando as estratégias biopolíticas da sexualidade enquanto um dispositivo. O autor aponta que, recentemente, com a ampliação do discurso dos direitos sexuais, surge um novo regime para a sexualidade que dialoga com a normativa intrínseca aos anteriores, mas organiza uma nova lógica de gestão da sexualidade e do erótico. Esse novo regime é pautado na ideia de bem-estar individual. “Em suma, o exercício da sexualidade desloca-se em relação à lógica das obrigações conjugais ou cívicas, para ancorar-se na busca da realização pessoal, da felicidade, da saúde ou do bem-estar” (CARRARA, 2015, p. 330).

Assim, novos embates políticos passam a caracterizar o regime da sexualidade, como o efeito do pânico moral sobre a pedofilia e sobre o aborto, bem como a ideia de proteção das crianças, que em última instância, é utilizada por setores conservadores da sociedade para antagonizar o reconhecimento da cidadanização das dissidências de gênero e sexualidade. Ou seja, o regime da sexualidade se altera, em grande medida em função das conquistas dos movimentos sociais, mas as estratégias para condenar o mau sexo também se atualizam. A condenação de comportamentos individuais que encarnam o mau sexo passa a funcionar como

uma espécie de ponte entre os regimes, sofisticando e refinando o dispositivo colonial/moderno da sexualidade, em consonância com o ideário neoliberal de autossuficiência e responsabilização individual sobre a conquista de uma realização sexual que se afaste da conduta sexual má e condenável, entendida como promíscua.

Aliás, é importante ressaltar como a “promiscuidade sexual” apresenta-se hoje como forte candidata a ser uma espécie de “categoria-ponte” entre formulações da moral sexual cristã e o “novo” regime secular da sexualidade, em cujos termos ela pode aparecer como uma das figuras do descontrole sobre si (CARRARA, 2015, p. 334).

A mistura dos fetiches como práticas sexuais não normativas, frequentemente enquadradas como promíscuas, com condutas sexuais especialmente condenáveis pelo novo regime, como a pedofilia e a zoofilia, é capaz de exemplificar como a promiscuidade surge como categoria-ponte entre os regimes para a gestão da sexualidade e do erótico. Nunca se falou tanto em sexo, e a pauta dos direitos sexuais alterou profundamente os discursos sobre a sexualidade nas políticas públicas. Contudo, seguindo o raciocínio ensejado por Carrara (2015), afirmo que a gestão da sexualidade e do erótico se apresenta de maneira mais capilarizada e polida, politicamente correta, e se utiliza em larga escala das estratégias de governamentalidade⁴⁵ para que cada pessoa se torne profundamente responsável por gerir sua própria vivência sexual de acordo com a normativa do bom sexo.

Nunca se falou tanto em sexo, e as práticas de si no campo sexual passam a funcionar em sinergia com a lógica neoliberal e capitalista do mercado erótico e da noção de saúde como completo bem-estar. A liberdade nas escolhas, paradoxalmente defendida pelo movimento feminista e pelo movimento LGBTQIAPN+, endossa um paradigma individualista para a vivência do erótico e da sexualidade, que dialoga intensamente com a dimensão da atenção em saúde, disciplinada pelos protocolos. Contudo, não se pode perder de vista a que se presta essa tecnológica atualização das estratégias de controle da sexualidade, uma vez que o controle da sexualidade e da reprodução seguem vinculados à vigilância sobre a cidadania e sobre a construção nacionalidade. Aliás, o controle sobre a imigração e a exacerbação da xenofobia ilustram esse argumento, pontuado por Carrara (2015). De acordo com Vasallo (2022), a maioria dos países europeus fez uso da esterilização forçada no século XX para “limpar” suas identidades nacionais e hoje as políticas que administram a identidade nacional se voltam predominantemente para o controle da imigração e dos casamentos, e para a recriminação da promiscuidade de grupos cuja reprodução é indesejada.

⁴⁵ A governamentalidade, de acordo com Foucault (1994/2006) se refere a um conjunto de estratégias, calcadas na biopolítica, voltadas ao governo íntimo de si e dos outros na esfera da micropolítica. Esse conceito pode ser aproximado do domínio interpessoal dos eixos de dominação, desenvolvido por Collins (2019).

Todo o aparato de gestão da sexualidade se insere em um quadro geopolítico que insiste em ser negligenciado nos estudos ocidentalizados que não consideram o violento processo de forja da colonialidade/modernidade. Muito se transformou e se atualizou no regime da sexualidade, mas alguns elementos permanecem e valem ser resgatados, como o papel do Estado clerical na cristalização do casal cis-heterossexual monogâmico para o controle das classes sociais e das identidades nacionais, que encontra sustentação na distinção racial e de sexo-gênero. Pela ótica da colonialidade de gênero, não é possível enxergar esses elementos separadamente, sob o risco de reprodução da violência colonial, que também se atualiza, refina e individualiza. A secularização do regime da sexualidade não altera a geopolítica do sistema/mundo colonial/moderno, e tampouco rompe com a principal função da colonialidade, qual seja, a produção de categorias hierárquicas para manutenção da ordem de poder.

Nesse caso, a hierarquia do bom sexo se altera, mas não se desmantela enquanto dispositivo colonial/moderno. E, no topo dessa hierarquia, segue inquestionável e livre de intervenções das políticas públicas, o direito de acesso ao prazer e ao controle dos corpos pela masculinidade enquanto construção hegemônica à imagem semelhança do colonizador branco cis-heterossexual. Os direitos sexuais, enquanto categoria de luta política das mulheres e pessoas de gênero e sexualidade dissidentes, apresenta-se sob outra leitura semântica para os homens-por-excelência. Para esses, o direito ao sexo significa o direito à manutenção das categorias hierárquicas de poder e o direito de acesso ao corpo e aos recursos da *outridade*.

5.3 Falando de sexo nas unidades básicas: o que muito se faz quando pouco se diz?

Toda a organização protocolar da saúde sexual nas políticas públicas brasileiras, que corresponde, predominantemente, aos domínios estrutural, disciplinar e hegemônico, dialoga com a capilarização da atenção em saúde sexual na ponta, ou seja, com as unidades básicas de saúde. Para analisar o que emergia enquanto enunciados ao evocar a saúde sexual, busquei compreender a percepção de onze profissionais de saúde da atenção básica⁴⁶, a quem nomeio minhas interlocutoras. A estrutura da entrevista conduzia a conversa de maneira bastante ampla, sem delimitar sujeito para as políticas em saúde sexual, e sem delimitar temáticas, ainda que tais construções se encontrem fortemente demarcadas nas políticas. Busquei aprofundar nas

⁴⁶ Assumo a escolha por não discriminar a categoria profissional de cada interlocutora na tentativa de resguardar maior sigilo, exceto quando a especificidade da categoria dialoga diretamente com a análise realizada. Ademais, considero a produção discursiva sobre a saúde sexual na atenção básica como uma construção coletiva que permeia as equipes de saúde da família, ainda que a formação profissional acrescente elementos particulares à abordagem da temática.

percepções trazidas à tona nessas entrevistas, buscando compreender como se articulavam elementos chave como as mulheres, a contracepção, as dissidências de gênero e sexualidade, a violência e a reprodução. Dessa forma, pude evidenciar o que emergia, enquanto acontecimento discursivo (FOUCAULT, 2008) da percepção de cada profissional ao relatar suas experiências de trabalho em saúde, no que concerne à saúde sexual e à sexualidade, percorrendo os enunciados à medida em que emergiam nos relatos. Tais conteúdos remetem às percepções que essas profissionais possuem e consistem em indicativos de como atua o regime político da sexualidade no domínio interpessoal dos trabalhos em saúde pública, na atenção básica.

Entendo que alguns elementos discursivos não-verbais constituíram aspectos fundamentais para se compreender como se processam práticas e saberes em saúde sexual e sexualidade nas unidades básicas de saúde, enquanto equipamentos de acesso inicial às políticas públicas do município. Neste sentido, em um primeiro momento, o constrangimento perante o assunto era, muitas vezes, evidente junto às interlocutoras da pesquisa. O típico constrangimento ao qual temas referentes às sexualidades são atravessados, no âmbito dos atendimentos em saúde, talvez, esteja relacionado às formas patologizantes com as quais o campo da saúde sexual tem sido recorrentemente tratado pelo Estado brasileiro ao longo da história recente do país e na trajetória da saúde pública brasileira. Dito de outro modo, não é incomum, na atualidade, vermos estabelecer, por parte das políticas públicas, recortes temáticos e de “públicos-alvo prioritários” para as ações em saúde elencadas pelo próprio Ministério da Saúde como prioridades, tendo como critério, muitas vezes exclusivo, a significativa expressão epidemiológica do problema em questão. Temas como as doenças sexualmente transmissíveis (dentre elas, sobretudo, o HIV/AIDS), o câncer de colo uterino, o câncer de mama e o de próstata, impotência sexual, dentre outras patologias e problemas, acabam por guiar as ações.

Não é de se estranhar, portanto, que aspectos da saúde sexual mais voltados ao que Michel Foucault (1984) denominou de uso dos prazeres, ou aspectos saudáveis, porém, que implicam vulnerabilidades, sejam tratados com certo constrangimento. A questão que proponho como linha de argumento aqui é a de que, diante da simplificação e do recorte estabelecido pelas políticas públicas em saúde no que concerne às sexualidades, simplificação que orienta e organiza as políticas públicas de cuidados, o solo se torna fértil para que o assunto seja sempre muito velado e trazido com vergonha e timidez, quando deveria ser tratado como mais um dos muitos aspectos da saúde humana, a partir de preocupações epidemiológicas, sim, mas não apenas. Ou seja, contempladas no âmbito da proteção social e da promoção da saúde de modo integral, e não somente limitada a seus aspectos restritos de morbidades, disfunções e

patologias, ampliando efetivamente a arena de atendimento a tais necessidades mais amplas e complexas em saúde.

Na verdade, o constructo saúde sexual, a princípio, parece disfarçar que estamos falando de sexo, talvez, pelo seu nascimento siamês com os direitos reprodutivos nas políticas públicas, que, em última instância, no nível institucional, diz respeito à família sob a égide do planejamento familiar. À medida que a conversa se aprofundava no contexto das entrevistas e “o sexo” contido nos direitos sexuais começava a vir à tona, o constrangimento aparecia de maneira sutil. Exceto para as agentes comunitárias de saúde, discussão que retomarei adiante. De maneira geral, havia uma preocupação em enunciar o politicamente correto, sobretudo quando o assunto eram as dissidências de gênero e da sexualidade, sendo que, essa preocupação parecia diretamente proporcional ao grau de escolaridade da profissional. Nas palavras de uma das interlocutoras, *“nem sempre a pessoa que é preconceituosa vai assumir, porque as pessoas não assumem mais, porque já sabe que é feio (...)”* (Interlocutora 1, entrevista realizada em setembro de 2022). Contemporaneamente às minhas idas às unidades, estavam ocorrendo algumas reuniões no município para trazer questões LGBTQIAPN+ a profissionais de saúde. Algumas interlocutoras me relataram o clima tenso dessas reuniões, com oposições e deboches de alguns profissionais, o que ilustra em alguma medida como essa temática circula pela ponta em saúde. Não pretendo aqui pressupor que as pessoas entrevistadas tenham uma prática efetivamente preconceituosa, mas sim, evidenciar e analisar a posição político-subjetiva de profissionais de saúde ao abordar a sexualidade e seu diálogo com a matriz de dominação que atravessa o regime da sexualidade.⁴⁷

Curiosamente, o tema da saúde sexual circula muito pouco entre as profissionais. Não se discute sobre o tema, não foram oferecidas formações e não há menção a um protocolo oficial para abordar a sexualidade na atenção básica. Poucas profissionais conheciam o conteúdo do Cadernos 26, e as que disseram conhecer, julgaram-no desatualizado ou muito extenso. O único documento protocolar que encontrei durante as entrevistas foi uma Ficha Clínica da Mulher, que se encontra em anexo, fornecida pela Secretaria Municipal de Saúde, contendo o selo da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Essa ficha é destinada à consulta realizada na ocasião do exame preventivo de colo de útero, feito pelas

⁴⁷ É fundamental compreender que as posições político-subjetivas são forjadas estrutural e simbolicamente, bem como colonizadas, e se articulam como condições de possibilidade para que certos fenômenos se constituam. Desse modo, me oponho com veemência às posturas investigativas que essencializam ou culpabilizam profissionais de saúde em uma perspectiva individualista no que diz respeito às suas condutas. A análise da matriz de dominação que marca o regime da sexualidade intenta, precisamente, compreender as condições que viabilizam que a sexualidade seja abordada em saúde de maneira normativa. É fundamental considerar esse elemento, sobretudo em um contexto de precarização do SUS, e de sobrecarga e desvalorização das trabalhadoras nos serviços de saúde.

enfermeiras nas unidades básicas de saúde e sinalizado por quase todas as interlocutoras como o principal mote de atendimento em saúde sexual na atenção básica. Vale destacar que o planejamento, a construção e a implementação de procedimentos e protocolos constitui parte importante da tarefa de efetivação de ações em saúde voltadas para a atenção integral que, no âmbito do Sistema Único de Saúde, constitui uma condição imprescindível, sem a qual não se processa a concretização da saúde como um direito e como dever do Estado. Neste sentido, como já afirmou Maria Luiza Heilborn, há mais de uma década, em seu clássico estudo acerca da assistência em contracepção e planejamento reprodutivo na perspectiva de usuárias de três unidades do Sistema Único de Saúde no estado do Rio de Janeiro:

O processo de consolidação da atenção integral à saúde da mulher tem desafios: o delineamento de estratégias para captar a mulher adulta não grávida, a capacitação de profissionais para abordarem a sexualidade juvenil, o respeito aos direitos sexuais e reprodutivos no âmbito de outros programas de alcance nacional como PSF e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (HEILBORN *et al.*, 2009, p. 276).

Em consonância com a literatura, é precisamente no momento do exame preventivo de colo de útero que as principais queixas ocultas com relação à sexualidade costumam vir à tona nas unidades básicas. Há algumas perguntas na ficha que dizem respeito às práticas sexuais, e elas se referem ao número de parceiros, 1º coito, coito anal e orgasmo. É digno de nota que a ficha não pressupõe a possibilidade da não-heterossexualidade, e abordar o sexo como assunto nos consultórios de enfermagem parece delicado.

Pesquisadora: Tô vendo aqui, tem até orgasmo.

Interlocutora 1: Sim, a gente pergunta, as mulher morre. Tem umas que dá vontade de esconder debaixo da mesa, né?! Mas eu tento perguntar com a cara mais de porta que eu consigo fazer, entendeu? (Interlocutora 1, entrevista realizada em setembro de 2022).

Pude constatar que a atenção em saúde sexual, na percepção das interlocutoras, é algo extremamente recorrente nas unidades. “*Sempre, todo dia a gente, é... acaba lidando com uma questão em relação à sexualidade*”, comenta a profissional (Interlocutora 6, entrevista realizada em setembro de 2022). A literatura especializada nos temas acerca das sexualidades e suas interfaces com a atenção primária em saúde já nos apontam reflexões pertinentes que devem ser incorporadas às análises aqui realizadas a partir do trabalho de campo empreendido. Neste sentido, um estudo acerca da expressão de necessidades no campo de atenção básica voltadas à saúde sexual, afirma que:

O espaço da consulta médica, o da visita domiciliar, o do atendimento formal e informal no interior da unidade básica, assim como o espaço das práticas educativas grupais, dentre outros, são ricos em manifestações pertinentes à vivência de diversas necessidades. Contudo, nem todas as necessidades vividas por homens e mulheres, em diferentes fases de suas vidas, exprimem-se nos serviços de saúde, ou nem sempre

necessidades são manifestas, nestes, de forma explícita, como demandas de cuidado (MANDÚ, 2005, p. 704).

A atenção em saúde sexual é também aqui um termo “guarda-chuva” que abarca diversas temáticas como realização de exame preventivo, anticoncepção, infecções sexualmente transmissíveis e gestação, predominantemente. O público que mais acessa a atenção em saúde sexual converge com a principal sujeita das políticas públicas: mulheres cisgêneras, em idade reprodutiva, em um relacionamento heterossexual, com filhos e trabalhadoras⁴⁸. O acesso dessas mulheres aos serviços de saúde pública corresponde a importante conquista da saúde coletiva, a partir de reivindicações para a atenção integral à saúde das mulheres. Os esforços do movimento sanitário e de movimentos feministas, ao longo da década de 1980, repercutiram diretamente na incorporação de políticas públicas voltadas às mulheres, alçando-as, pela via da saúde, à condição de cidadanização (HEILBORN *et al.*, 2009). Apesar da inegável e fundamental conquista no acesso a recursos para o planejamento reprodutivo, o que corresponde ao domínio estrutural do regime político da sexualidade, é necessário problematizar as condições implicadas para a cidadanização de mulheres no sul global. Além disso, o acesso a contracepção atua como pivô nesse contexto, apresentando, ainda, profundas falhas no que tange à autonomia das mulheres frente à sexualidade e à reprodução. Ou seja, embora se trate de uma conquista histórica, há um arranjo biopolítico que a organiza e, por conseguinte, a determina. Nesse sentido, as demandas do público majoritário, ao qual se destinam prioritariamente as políticas públicas em saúde no escopo da sexualidade, evidentemente convergem com as principais temáticas associadas à saúde sexual.

O campo da saúde é uma exímia arena de disputa política por direitos, acesso e cidadania, de modo que o funcionamento normativo da atenção em saúde sexual caminha entremeadado às conquistas da saúde pública. As políticas da saúde, portanto, desempenham papel fundamental no domínio estrutural que organiza o regime político da sexualidade, uma vez que elas resguardam as diretrizes para a distribuição de recursos materiais que delimitam as maneiras de se relacionar com a sexualidade no nível micropolítico. Portanto, estabelecer bases de intervenção em saúde pública mais próximas das reais necessidades das pessoas, no intuito de adotar medidas efetivas para o atendimento e a atenção a tais demandas, garantindo

⁴⁸ Uma das profissionais acrescentou, ainda, que são em sua maioria mulheres negras, perfil que também pude observar como majoritário entre as usuárias que participaram dos grupos que acompanhei. Essas observações convergem com o perfil de usuários do SUS traçado pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2003, que consiste em pessoas negras, de baixa escolaridade e baixa renda, e em sua maioria, mulheres (RIBEIRO *et al.*, 2006).

o respeito às idiossincrasias, parece um desafio incontornável para profissionais de saúde comprometidos com a garantia do princípio da integralidade no cuidado à saúde da população brasileira (CECÍLIO, 2001).

Nas palavras de uma das interlocutoras:

Acaba que a, a saúde ela virou um campo de batalha muito, super importante, né? Talvez o mais. Você tem outros campos polêmicos, mas para acesso mesmo a, a, a ter acesso a coisas, a ter acesso a recursos do Estado, onde o Estado pode investir, onde você pode, é, alcançar algum benefício para você e tal, eu acho que a saúde é um grande... a grande porta (Interlocutora 10, entrevista realizada em setembro de 2022).

Desse modo, as reivindicações no campo da saúde têm uma imensa potência política. Contudo, a escolha pelas reivindicações e pela maneira com que são acolhidas e devolvidas pelo Estado na forma de políticas públicas dialoga intimamente com as estratégias biopolíticas governamentais. No nível interpessoal, essas tensões se traduzem em experiências vivenciais observadas na ponta dos serviços públicos de saúde. E, nesta perspectiva, no que concerne, por exemplo, ao princípio da integralidade em saúde pública, “o modo político-ético de o profissional colocar-se diante dessas questões pode, ou não, significar um diferencial para o projeto de integralidade” (MANDÚ, 2005, p. 704).

Atribuir sentido à saúde sexual foi uma tarefa desafiadora para todas as interlocutoras, e constrangedora para muitas. Ainda que muito se discorra sobre a presença da saúde sexual na atenção básica, seu sentido parece escorregadio. Identifiquei enunciados (FOUCAULT, 2008) que condensam os elementos discursivos acerca do que se entende sobre o conceito de saúde sexual, quais sejam: o entendimento da saúde sexual como (1) diversidade, como (2) bem-estar, como (3) controle e prevenção e como (4) exercício de direitos. Esses enunciados, por sua vez, emergem das entrevistas de forma dinâmica e se encontram articulados e associados entre si nos diferentes relatos das entrevistadas, que tecem a definição da saúde sexual por meio da conjunção de temáticas que orbitam em torno desses enunciados.

A temática da diversidade surge como um enunciado recorrente no bojo da saúde sexual, como um “guarda-chuva” de temas. Ainda que o considere repleto de problemas sob a ótica decolonial, adoto, neste momento, o termo diversidade pois esse é o léxico presente nas políticas e nas entrevistas. Aliás, seu emprego reflete precisamente aquilo que Norma Mogrovejo (2017) critica ao defender o conceito de dissidência de gênero e sexualidade, ou seja, o uso da diversidade como eufemismo para categorias subalternizadas e como conceito homogeneizador da *outridade* enquanto tal. Respondendo à questão sobre o que é entendido por saúde sexual, as interlocutoras que associaram o termo à diversidade sexual elaboraram suas narrativas com certo embaraço:

Interlocutora 8: Acredito que abordar a sexualidade como um todo, não é? As várias diversidades, a forma como que a gente vai conduzir a situação, tratar as diversidades né? Então eu entendo que seria isso, né, respeitando a situação de cada um, entendeu? Eu entendo que seria isso.

Pesquisadora: E o que você entende por sexualidade?

Interlocutora 8: Sexualidade, eu acho que é a forma com que a pessoa, ela assim, porque... como é que eu posso te dizer? É uma coisa complicada. A forma com que a pessoa ela se expressa, ela sente, ela expõe a forma dela de ser, entendeu? Acho que seria mais ou menos isso (Interlocutora 8, entrevista realizada em outubro de 2022).

Então, acho que aqui, aqui não, mas, saúde sexual como sendo a saúde, é, pra cada... não sei se eu estou certa, porque já ouvi falar, é a saúde destinada para cada tipo de orientação, né? Assim, as especificidades de cada é, é, pessoa que se auto identifica, se identifica como algo, uma saúde específica para gays, uma saúde específica para lésbica, porque acaba que o SUS coloca né? É... dar aos iguais o que precisa, e os diferentes a equidade. Seria mais ou menos no sentido de equidade (Interlocutora 1, entrevista realizada em setembro de 2022).

A incerteza acerca da resposta permeia as falas e ainda que eu não estivesse buscando respostas prontas e fechadas, quando o assunto era a diversidade sexual, o cuidado com o que seria relatado aparecia em maior intensidade. Em uma das entrevistas, diante da questão sobre o que seria sexualidade, a interlocutora solicitou a interrupção da gravação propondo que eu a auxiliasse a elaborar sua resposta. Evidentemente, a definição de sexualidade e de saúde sexual se encontra em disputa política e se coloca como um campo em aberto. Eu, tampouco, seria capaz de oferecer uma definição cabal para a sexualidade, o que em grande medida, motiva toda essa investigação. Contudo, ocupando o lugar de uma jovem psicóloga e pesquisadora da sexualidade, pairava uma certa expectativa de que eu poderia fornecer respostas “verdadeiras”, ou, ao menos, avaliar e validar as respostas recebidas como corretas ou equivocadas. Não se pode deixar de citar o quanto a genealogia da sexualidade produzida por Michel Foucault nos permite refletir aqui acerca de como a hegemonia dos chamados discursos de verdade, e seus modos de classificação das condutas sexuais, condicionam o que se pode ou não proferir acerca da sexualidade e dos usos dos prazeres. Portanto, vale lembrar que, nas palavras do autor, a sexualidade pode ser concebida como:

o nome que se pode dar a um dispositivo histórico: não à realidade subterrânea que se apreende com dificuldade, mas à grande rede da superfície em que a estimulação dos corpos, a intensificação dos prazeres, a incitação ao discurso, a formação dos conhecimentos, o reforço dos controles e das resistências, encadeiam-se uns aos outros, segundo algumas estratégias de saber e de poder (FOUCAULT, 2011, p. 115).

Ademais, a sexualidade esbarra no nível da individualidade íntima, de modo que defini-la parece também algo da ordem de uma particularidade bastante singular, por vezes esvaziada de sua construção política.

Sexualidade para mim é a opção, é, que cada um, cada um faz de sexualidade... Se é, se é, se é homem com homem, mulher com mulher, o que ela deseja ser, que ela quer ter. Se é uma mulher e um homem, e... É. Entendeu? Isso (Interlocutora 3, entrevista realizada em setembro de 2022).

Nas conversas realizadas, a diversidade sexual era lida tanto nos termos daquilo que diverge da heterossexualidade bem como da cisgeneridade. Em suma, poderia dizer que a saúde sexual quando entendida enquanto diversidade, é alçada ao lugar de área da saúde que se destina às questões das dissidências de gênero e sexualidade. No escopo de uma concepção de saúde pautada no entendimento biomédico e referenciado nas doenças e transtornos, uma área da saúde que se destina a atender as pessoas de gênero e sexualidade dissidentes, ou seja, as diversidades, carrega implícita a prerrogativa de oferecer tratamento para o corpo biológico.

Isso eu acho que assim, eu entendo saúde sexual é quando está, quando a pessoa está feliz com sexo que ela deseja ter, quando o corpo dela tá sadio, né, seja ela, para escolha que ela fez e quando ela tem acesso ao tratamento (Interlocutora 3, setembro de 2022).

Não pretendo, de forma alguma, me opor ao fornecimento de recursos para modificação corporal de pessoas não cisgêneras, afinal esse acesso é ainda muito precarizado gerando inequidades na assistência em saúde. Contudo, quero chamar a atenção para a incorporação das dissidências de gênero e sexualidade na atenção em saúde pela via medicalizante. A história da homossexualidade e da transexualidade no escopo da ciência biomédica e da saúde se deu completamente amarrada à perspectiva medicalizante de corpos e pessoas dissidentes, a partir do fio arbitrário e normativo que separa o normal e o patológico. Vale lembrar que a homossexualidade foi retirada do Código Internacional de Doenças (CID), organizado pela Organização Mundial de Saúde, em 1990, e a transexualidade só foi retirada do rol das doenças em 2019, permanecendo ainda enquanto incongruência de gênero entre as condições relacionadas à saúde sexual. Lourenço Pereira e Ana Cláudia Chazan (2019) apontam que as barreiras no acesso à atenção primária em saúde por pessoas trans e travestis são múltiplas, englobando obstáculos sócio-econômicos, simbólicos, políticos, sociais e técnicos. Nesse sentido, demandas específicas do processo transexualizador são dificilmente correspondidas pelos serviços de saúde, e demandas básicas no campo do cuidado em saúde são obstaculizadas, sobretudo, pela violência simbólica que atravessa o acesso de pessoas transvestigêneres à atenção em saúde.

A respeito das diversidades no campo da saúde, pude notar como a problemática do nome social para pessoas transvestigêneres lidera a pauta sobre as dissidências. Quando interrogadas sobre o acesso da população LGBTQIAPN+ à unidade de saúde, todas as interlocutoras disseram ser raro ou pouco comum. No que diz respeito à dissidência da heterossexualidade, é possível que a identidade das pessoas que utilizam o serviço não seja evidenciada. Quando essa identidade é acessada por profissionais, isso ocorre em consultas de exame preventivo ou em consultas médicas, nas quais essas temáticas são abordadas de forma

sutil, ou quando a pessoa atendida a declara voluntariamente. Contudo, as identidades transvestigêneres aparecem, com frequência, na performance de gênero, de modo que o primeiro contato com as unidades de saúde já se dá atravessado por olhares, comentários e pela problemática do nome social. Entre as diferentes barreiras enfrentadas pelas pessoas transvestigêneres, a não observação do nome social figura entre um dos principais obstáculos.

É, quando foi feito troca do formulário, que tem aquele formulário de cadastro do, dos, dos usuários. Isso no governo da Dilma já, isso já foi Dilma, que começou a se colocar campos para você, para, para poder, é, trazer marcadores sociais aí, com aquela questão do gênero, e aí vem lá questão do, da transexualidade, orientação sexual, isso aparece aí (Interlocutora 10, entrevista realizada em setembro de 2022).

O acesso de pessoas transvestigêneres à atenção básica parece ser ainda extremamente precário, raro e constrangedor, ainda que existam amplas ações voltadas para o reconhecimento do nome social. Tal achado, que se insere em uma perspectiva mais ampla de problemáticas com relação à atenção em saúde para pessoas trans e travestis, se encontra em consonância com a literatura, como apontam Pereira e Chazan. A respeito do nome social, sua não observação reflete:

a incapacidade em manejar questões próprias do universo LGBT, somado ao modelo médico hegemônico, paternalista, que não compartilha o projeto terapêutico, que prioriza o seu saber científico em detrimento da necessidade de saúde das trans, são exemplos de ações que levam ao constrangimento e insegurança das pessoas trans quando procuram os serviços de saúde (PEREIRA & CHAZAN, 2019, p. 10).

Durante a vacinação contra a Covid-19, as unidades básicas foram visitadas por muitas pessoas que habitam o território abrangido por elas, mas que não as acessam no cotidiano. Com a vacinação, tornou-se evidente para algumas interlocutoras como essas pessoas existem no território em uma proporção muito diferente daquela que efetivamente acessa o serviço. E, pelos relatos que escutei, quando esse acesso ocorre, há o constrangimento pelos comentários de outras usuárias do serviço e pelos olhares de algumas profissionais. Em uma das entrevistas, à medida que a conversa avançava, a percepção da interlocutora se transformava sobre esse assunto:

E principalmente, a gente nem fala disso aqui, né? A gente comenta, a gente, quando aparece um casal, não é toda... Aparece, aí você até comenta, daí vêm os comentários preconceituoso, vêm os comentários que entendem tudo. Mas assim, não existe uma discussão sobre isso, um modo mais adequado de atender, sabe? Uma coisa mais confortável pelo paciente, não é? Um... Não tem... E se aparecer, se tiver que atender, a gente faz do jeito que a gente já sabe, que a gente pensa ser o melhor, que às vezes não é o melhor pra eles, mas existe na nossa cabeça, a gente acha que tá fazendo o melhor. E não está, né? Que eu estou pensando com a minha cabeça de hétero, eu não estou na cabeça do trans pra saber o quê que... Pra saber. Seria bacana isso, não é? A gente ter essa, é... Às vezes é uma coisa que igual você tá falando várias coisas aí também, tá acendendo uma luz aqui que eu nunca tinha pensado, sabe? (Interlocutora 1, entrevista realizada em setembro de 2022).

A princípio, as outras pessoas que utilizam o serviço eram apontadas como principais vetores de preconceito, afinal, a conduta profissional pressupõe que o atendimento seja igualitário para todas as pessoas. “Trato igual” foi uma frase que muito escutei quando interrogava se havia diferença na maneira de abordar as demandas em saúde sexual a depender das características de quem procurava o serviço. Abordar as dissidências de gênero e sexualidade no âmbito da atenção básica em saúde perpassa a ambiguidade de considerar a “saúde LGBT” como uma especialidade e, ao mesmo tempo, apagar as especificidades das dissidências sob o imperativo da igualdade como um horizonte. Ou seja, ao mesmo tempo que as diversidades delimitam um campo específico, elas são apagadas ou homogeneizadas pela retórica da igualdade de acesso, afinal, nos serviços, a população LGBTQIAPN+ é supostamente atendida como qualquer população, tratada “normalmente”. Evidentemente, nenhuma dessas óticas consegue articular um cuidado em saúde efetivamente coerente, crítico e ético.

Responder às demandas clínicas de pessoas transvestigêneres, como a hormonização, envolve saberes básicos do escopo médico, que deveriam figurar entre o rol de conhecimentos e habilidades clínicas bem fundamentadas na educação em saúde, como afirmam Pereira e Chazan (2019). Além disso, a insuficiência da abordagem ambígua às pessoas transvestigêneres, que oscila entre a retórica da igualdade e da especificidade, produz um fenômeno que obstaculiza o cuidado em saúde para demandas básicas: o que Pereira e Chazan (2019) chamam de “síndrome do braço quebrado trans”. Qualquer demanda em saúde de pessoas transvestigêneres são consideradas da ordem da especificidade da dissidência de gênero, mesmo aquelas que pedem por cuidados biomédicos relativamente simples. Esse fenômeno, em conjunto com as violências simbólicas contra pessoas trans e travestis e com os obstáculos sócio-econômicos, obstrui gravemente o acesso aos serviços de saúde. A formação em saúde, portanto, tem muito a avançar. Contudo, é preciso adotar uma postura crítica a respeito da incorporação das diversidades como um tema apêndice nas formações em saúde, que mantém as dissidências e gênero e sexualidade na condição de *outridade*, condição por excelência a que se destina o tratamento “específico” ou “igualitário” que não responde às demandas concretas por saúde e direitos.

Incorporar o estudo das diversidades, como é frequentemente apontado por trabalhos que investigam as iniquidades em saúde envolvendo pessoas de gênero e sexualidade dissidentes, não necessariamente rompe com a problemática ambiguidade do tratamento “específico” ou “igualitário”. É necessário, antes, considerar a atuação do pensamento hétero, como conceitua Monique Wittig (2022), na construção das diversidades enquanto apêndice da

“saúde geral”, mantendo a condição colonial/moderna das categorias hierárquicas que subalternizam certos corpos e certas subjetividades.

Sim, a sociedade hétero é baseada na necessidade do diferente/outro em todos os níveis. Ela não funciona econômica, simbólica, linguística ou politicamente sem esse conceito. Essa necessidade do diferente/outro é ontológica para todo o conglomerado de ciências e disciplinas que chamo de pensamento hétero (WITTIG, 2022 p. 63).

Depreendemos das considerações de Monique Wittig (2022) e do que foi observado no campo de pesquisa, que o pensamento hétero perpassa as concepções de saúde sexual enquanto um conceito que abarca e organiza as diversidades, mantendo a própria norma hegemônica imune a profundas problematizações. Possivelmente, a falta de palavras para definir a sexualidade e a saúde sexual esbarra precisamente na invisibilidade do regime político da sexualidade, organizado hegemonicamente e imposto sob a égide do pensamento hétero que nomeia a *outridade*, poupando a nomeação de suas próprias estruturas. Nesse sentido, ainda sobre o significado de saúde sexual atrelado à diversidade, um interlocutor comenta:

É, sem definição... Complicado [risos]. Porque assim, eu acho muito amplo, eu acho que não é só questão assim é, não é só questão física, tem a parte psicológica, tem a parte emocional, de identidade, então assim, é muito amplo, eu vejo assim como uma coisa necessária de estar conversando, de estar atuando, se trabalhando. Vejo assim que há hoje em dia muitos ramos a serem abordados e muito pouco conhecimento, assim, geral das pessoas com relação a todos esses, todas essas áreas. Então assim, às vezes há o preconceito, há uma nova abordagem por falta de conhecimento com relação às várias formas de identificação de gênero hoje, por exemplo, então assim, eu acho que é muito, muito difícil assim falar o quê que eu entendo por isso, mas eu sei que é uma coisa muito ampla hoje em dia e que demanda assim, constante estudo, constante especialização, pra tá conseguindo abordar todos sem gerar nenhuma diferenciação, nenhuma abordagem errônea, às vezes, por causa da identificação (Interlocutor 4, entrevista realizada em setembro de 2022).

De maneira geral, a discussão sobre o acesso e o atendimento em saúde para pessoas de gênero e sexualidade dissidentes é extremamente escassa e rasa nos serviços de saúde. Quando alçada ao lugar de área específica da saúde, a abordagem das dissidências de gênero e sexualidade passa a corresponder a uma especialidade sobre a qual é preciso se formar e informar no escopo do saber profissional e científico, o que pode esbarrar nos perigos de uma postura medicalizante. Ainda que algumas interlocutoras localizem a diversidade sexual e de gênero como traço constitutivo da saúde sexual, as dissidências parecem ocupar um lugar de anexo ou apêndice da saúde em geral, de modo que a própria norma cisgênera e heterossexual seguem imunes ao questionamento.

Como aponta Sonia Corrêa (2006), o próprio apagamento dos direitos sexuais, originalmente reivindicados por movimentos não heterossexuais, no interior dos direitos reprodutivos, parece demonstrar a rejeição da saúde sexual de pessoas de gênero e sexualidade dissidentes à condição de apêndice. A partir disso, podemos conjecturar que o domínio

hegemônico da sexualidade enquanto um regime político atua tanto pela maneira como organiza e dispõe as diferentes categorias identitárias em torno da norma, quanto pelos discursos que produz e endossa sobre o sexo. Afinal, parece ser necessário controlar a sexualidade normativa para assegurar o pertencimento à categoria do bom sexo. Nessa direção, a saúde sexual também é definida nos termos da prevenção e do controle:

Interlocutora 6: Saúde sexual é, perá... É tanta coisa a saúde sexual para mim, eu acho que ela é prevenir, não é? Estar sempre prevenidos, usar sempre camisinha, não é? Os contraceptivos e tudo, e mais alguma coisa, tá gente?

Pesquisadora: E sexualidade, o quê que é sexualidade pra você?

Interlocutora 6: Ai, não sei te responder sexualidade...

Pesquisadora: Parece simples, mas ao mesmo tempo é complexa né?

Interlocutora 6: Parece simples... Ah, é super importante, não é? É a nossa saúde, né, então assim, tem que ter os métodos. Igual a gente fala, por exemplo, não adianta tomar só anticoncepcional, é, hormonal injetável, oral, ou só fazer a laqueadura, porque isso vai evitar o filho, mas não vai evitar as doenças, né? A não ser que você tenha assim... Lógico, tem a confiança no parceiro, claro. Mas por exemplo, a gente vê muito essas, pelo menos aqui, tá? Falando da nossa área de abrangência. Essas meninas, assim, que tem assim, são novas, tiveram vários parceiros na vida, então assim, é, a gente orienta no... É, tanto no grupo quanto no preventivo que é muito importante o uso da camisinha porque, afinal de contas, o que vai evitar a doença é a camisinha. Os outros métodos vão evitar a gravidez, agora a doença não. Então assim, é super importante, a gente trabalha isso direto entendeu? (Interlocutora 6, entrevista realizada em setembro de 2022).

Nesse sentido, a “sexualidade saudável” parece corresponder à “sexualidade bem controlada”, e as sujeitas cujo controle merece maior atenção parecem ser as mulheres cisgêneras, jovens e que não possuem um único parceiro sexual⁴⁹, ou seja, as mulheres potencialmente lidas como promíscuas pela norma hegemônica para a sexualidade. A esse respeito, Gayle Rubin (2006) chama a atenção para os efeitos da articulação do sexo, na modernidade, sob a égide do pudor, do pecado e do crime, o que permitiu as inúmeras ofensivas, inclusive policiais, sobre os “desviantes” do sexo. De acordo com a autora, a campanha anti-gay, ostensivamente empreendida em meados do século XX nos Estados Unidos, contribuiu em grande medida para recrudescer os limites do sexualmente aceitável. Com o refinamento dessas estratégias de controle, após a consolidação da cientificidade do sexo e após importantes conquistas no campo dos direitos LGBTQIAPN+, os limites do bom sexo se tornaram, cada vez mais, da alçada do campo da saúde. Nesse escopo, a saúde sexual, com toda sua

⁴⁹ Não seria possível, no escopo dessa pesquisa, buscar compreender como a imposição de um regime sexual aos moldes de um controle embutido na retórica da prevenção chega para essas mulheres jovens. Em alguns relatos, pude perceber que os sentidos atribuídos à vida sexual e à vida reprodutiva pelas usuárias dos serviços pareciam ser múltiplos, localizados e, portanto, não passíveis de homogeneização. Me pareceu haver uma grande lacuna entre o bom sexo endossado pela prevenção e a vida sexual experimentada na prática pelas mulheres em seus territórios. Desconfio que as políticas e as práticas em saúde tensionam a retórica do controle, via prevenção, para reduzir essa lacuna. Contudo, a retórica do controle como parte de um domínio disciplinar para a sexualidade parece não se aproximar dos sentidos tecidos pelas usuárias para o sexo e para a reprodução, sentidos esses que parecem não lograr espaço no âmbito da saúde.

complexidade inerente, figura como um importante dispositivo colonial/moderno de administração do bom sexo e da sexualidade saudável, ou seja, a sexualidade cujo erotismo se encontra controlado e longe de supostos desvios. Nessa direção, “a onda contemporânea de terror erótico se aprofundou ao máximo nas áreas nas quais se faz fronteira, mesmo que apenas simbolicamente, com a sexualidade dos jovens” (RUBIN, 2006, p. 6).

Embora o acesso à informação e aos recursos para a agência da vida sexual seja basilar e fundamental, a maneira como esses recursos são acionados discursivamente perpassa a retórica do controle via prevenção, organizada, sobretudo, pela administração dos contraceptivos enquanto dispositivos. As demandas pela anticoncepção, de fato, organizam em grande medida o acesso de mulheres cisgêneras jovens aos serviços de saúde, que se inicia durante a adolescência. A educação sexual, nesse sentido, ocupa um polêmico e potente lugar, angariando fortes reações conservadoras, como temos observado nos últimos anos no contexto político brasileiro. Ainda que a autora escreva sobre o contexto dos Estados Unidos no século XX, podemos identificar profundas semelhanças com o Brasil contemporâneo. Nas palavras de Gayle Rubin:

A oposição de direita à educação sexual, homossexualidade, pornografia, aborto e sexo antes do casamento se deslocou das franjas extremas ao palco político central depois de 1977, quando estrategistas de direita e fundamentalistas religiosos descobriram que estes assuntos têm apelo de massa (RUBIN, 2006, p. 9).

A educação sexual passa a ocupar uma função polêmica, uma vez que esbarra na construção de saberes que podem fortalecer a autonomia sobre o corpo e sobre as escolhas no campo da sexualidade. Contudo, com o apadrinhamento do bom sexo pela saúde sexual, podemos perceber, com frequência, a aceitabilidade de uma educação sexual desde que aconteça dentro das fronteiras do controle e da prevenção, que, em última instância, refinam a administração da norma hegemônica de acordo com o sistema de sexo-gênero colonial/moderno, sendo o gerenciamento doméstico da reprodução pelas mulheres um importante pilar normativo. A esse respeito, uma das interlocutoras me conta:

Por exemplo, quando a gente pega uma casa com adolescente que, por exemplo, os pais são abertos, né, porque... a gente comenta, a gente fala que a gente tem grupos. É, a gente, é, pergunta pais ou mães, normalmente mães, né. Quando a gente, visita as casas, normalmente as mães é que estão em casa. Se tá orientando os filhos adolescentes quanto, quanto a prevenção, quanto a, a, a, né, prevenção de doenças, prevenção de gravidez no caso de meninas, do menino também, lógico [risos], né? Porque ninguém faz filho sozinho, e que... algum relato de alguma queixa que, que essa família faça em relação à parte sexual, a gente orienta a procurar, procurar um médico, a procurar um setor, que, que, que possa ajudar melhor, né? Ai depende muito da, da demanda, da família, da abertura. Eu já peguei famílias, por exemplo, que, filhos adolescentes que eu convidei para o grupo de direitos reprodutivos. A mãe falou “Não, minha filha, minha filha tá muito nova para isso”. Dali uns meses a filha apareceu grávida [risos]. Então, assim a gente a gente pega e, outras, as mães, a, a, a menina... Normalmente são mais as meninas. A menina faz 12, 13 anos: “Aqui,

quando tiver o grupo me avisa porque eu vou levar ela pra fazer o grupo”
(Interlocutora 2, entrevista realizada em outubro de 2022).

Embora o acesso aos recursos para o planejamento reprodutivo ainda apresente importantes lacunas e conduza à preconização de certas diretrizes protocolares, como o acolhimento de adolescentes nas unidades básicas de saúde e o oferecimento de opções contraceptivas (HEILBORN *et al.*, 2009), o modo como esse acesso é organizado importa profundamente caso tenhamos como horizonte a garantia radical dos direitos sexuais. A principal via de acesso a recursos e orientações básicas pressupõe e estabelece o enquadramento normativo para a sexualidades saudável, biopoliticamente administrada e pouco ou nada discutida criticamente enquanto um regime normativo construído ao longo da história. A lembrança pontual do papel dos homens, ou dos meninos, durante a fala sobre a prevenção de gravidez, por exemplo, se repete entre outras interlocutoras. Além disso, o lugar da mãe na organização familiar para uma espécie de educação sexual (ou vigília sexual, em muitos casos) é aventado com frequência. Uma das profissionais exemplifica sua abordagem com as adolescentes: *“Já é mocinha? Já menstruou? Toma cuidado com o seu corpo, toma anticoncepcional. Sua mãe sabe?”* (Interlocutora 7, entrevista realizada em julho de 2022). Uma outra profissional me relatou uma ocasião em que a mãe havia agendado a realização do exame preventivo para a filha adolescente com a intenção de investigar se a filha era virgem. Nessa ocasião, as profissionais indicaram a procura por um outro serviço a fim de resguardar sua conduta profissional de potenciais conflitos.

Aí até a [médica] falou: não faz, [fulana]. Não faz porque se ela não for [virgem], pode dar problema, se ela for a mãe exigir que você passe, exigir assim, ela pode alegar que, mesmo que passe o espêculo, ela pode alegar que perdeu a virgindade aqui (Interlocutora 1, entrevista realizada em setembro de 2022).

A entrevistada trouxe esse relato para ilustrar o desconhecimento das usuárias sobre a conduta de sigilo profissional. Aliás, a problemática do sigilo emergiu na fala de várias interlocutoras como um fator que dificulta o diálogo sobre sexualidade, sobretudo com as agentes comunitárias de saúde, uma vez que elas são moradoras do mesmo território e ocupam, também, o lugar de vizinhança. Todavia, ainda que o sigilo seja aventado como peça fundamental na atenção em saúde sexual, ele não consegue evitar o caráter de vigilância sobre a sexualidade, uma vez que essa vigilância se dá de forma capilarizada na retórica da prevenção. O jogo de mostra e esconde sobre a sexualidade tem muito a dizer sobre os lugares que o sexo ocupa nas dinâmicas relacionais hierárquicas. Muitos elementos da sexualidade não recebem a devida nomeação, como o prazer, as relações de poder, os fetiches e as dissidências de gênero e sexualidade como uma possibilidade para a vida sexual. Nomear alguns elementos da

sexualidade funciona como estratégia de agência sobre a vida sexual, e, do mesmo modo, mantê-los fora da enunciação contribui na manutenção do regime político da sexualidade. Por outro lado, outros elementos são nomeados a todo instante, como a prevenção, a contracepção, a reprodução, a virgindade e o número de parceiros. Enunciá-los permite, sim, a agência sobre o exercício da própria sexualidade. Contudo, também delimita o que deve ser vigiado explicitamente a respeito da vida sexual para as mulheres cisgêneras.

A saúde sexual corresponde a um importante campo de disputa de sentidos, e isso se deve, em grande medida, ao reconhecimento da sexualidade enquanto um dispositivo de controle e à articulação de complexas resistências em seu interior. Nesse sentido, a saúde sexual significada enquanto uma arena para o exercício de direitos, também aparece nas falas de algumas interlocutoras ao definir esse constructo:

Interlocutora 7: É o melhor do meu corpo. Essa é minha definição, entendeu? [pausa].

Pesquisadora: O melhor do meu corpo?

Interlocutora 7: É, do meu [ênfase] corpo, né? É... mulher [ênfase]. Tá? É, saúde sexual para mim é eu conhecer a minha mama, eu ter coragem de tocar a minha vagina, é descobrir o ponto g mesmo, né? Pode ser com parceiro ou sem parceiro. Porque não vai, eu, não... Não [pausa]. Se toca [ênfase]. Eu acho que é importante a gente poder se tocar. Entendeu? (Interlocutora 7, entrevista realizada em julho de 2022).

Vamos lá, né. Eu entendo que, eu acho que é um direito de todos. Seja, né, e eu falo assim, começaria ter que ser discutido nas escolas, com autorização dos pais, pras crianças às vezes até uma certa faixa etária já terem noção, é, e saberem da importância de conhecerem seu corpo, de saber seus direitos... Que hoje em dia, é, muitas coisas, né, mudaram, as leis mudaram né, e conhecer o corpo, se conhecer é um dos primordiais pra você saber “não, eu tenho que me, eu tenho que cuidar da minha saúde mesmo se o parceiro não quiser”. Por exemplo, não quer fazer com camisinha, então perai, “eu não vou fazer!”. Então a gente tem que incentivar os adolescentes, as crianças, crianças numa faixa etária vamos colocar ali naquele onze a doze anos, pré-adolescência, né? E muito novinho não tem nem como abordar isso, eu acho que deveria começar abordar desde cedo pra ter um empoderamento mesmo, né, principalmente da mulher que às vezes se coloca muito submissa nessa relação, por mais que a gente tenha avanço nos direitos das mulheres, empoderamento feminino, a gente vê ainda muita mulher se restringindo a aquilo que o homem deseja fazer. E isso que as vezes no atendimento, principalmente no individual, eu falo pra elas: “não, você não é obrigada a ter relação sexual, você tem se você quiser, você tem que conhecer seu corpo”, né. A gente ressalta muito isso nas consultas e eu acho que deveria ser desde a adolescência, porque evitaria muita gestação indesejada, muita doença, que no futuro vai aparecer (Interlocutora 9, entrevista realizada em outubro de 2022).

A aproximação da saúde sexual ao campo dos direitos das mulheres aparece vinculada ao direito à escolha pela prática sexual e ao direito ao prazer. A saúde sexual, neste momento, desponta como uma arena de reivindicações políticas no seio da norma hegemônica, que historicamente relegou o sexo ao âmbito familiar e reprodutivo, patologizando, na esfera da ciência médica, o exercício do sexo recreativo (não reprodutivo) para mulheres cisgêneras

(ROHDEN, 2001) e pessoas de gênero e sexualidade dissidentes. Esse processo se deu amarrado à institucionalização da monogamia e à construção da família nuclear burguesa enquanto instituição basilar do capitalismo, que se organizou a partir da consolidação dos Estados nacionais na Europa. De acordo com Brigitte Vasallo (2022), os laços comunais que organizavam as comunidades rurais europeias foram paulatinamente desmantelados pela expulsão desses grupos das terras que habitavam e reprimidos pela imposição da norma familiar moderno-burguesa, cujo veículo correspondia, em grande medida, às repressões feitas pela igreja católica sobre o sexo recreativo. Foi no século XII que a igreja católica instituiu o casamento como um sacramento, levando séculos, evidentemente, para que essa norma hegemônica fosse administrada pelo domínio disciplinar e introjetada no domínio interpessoal. Vasallo exemplifica a esse respeito:

O sexo litúrgico como parte da celebração do divino estava presente desde a Antiguidade. Essas práticas continuaram na Europa já cristã por vários séculos, e o sexo comunal estava presente em celebrações populares do campesinato, nas quais se comia, se bebia e se mantinham relações sexuais como parte da construção comunitária. Sexo recreativo, portanto, sem função reprodutiva e como elemento de coesão do grupo. O culto popular sincretizado entre as formas pagãs e as novas ideias que estavam chegando ou sendo impostas pelo clero incluiu por alguns séculos formas litúrgicas de sexo (...) (VASALLO, 2022, p. 107).

É importante destacar, ainda, como as práticas comunitárias de sexo entre mulheres, o sexo entre os homens, chamado de sodomia, e o exercício da sexualidade por mulheres mais velhas, não reprodutivo e, portanto, recreativo, se tornaram práticas brutalmente punidas pela inquisição sob a alegação de heresia. O confisco de bens, principalmente dos homens condenados por sodomia, incidia sobre muçulmanos e sarracenos como uma espécie de agenda paralela ao policiamento da sexualidade. E por fim, o desmantelamento das práticas que fortaleciam laços comunais, implicavam diretamente na pauperização do contingente que vivia no campo, processo essencial para convertê-lo, posteriormente, em classe trabalhadora. Decorre desse processo a paulatina privatização da sexualidade no escopo reprodutivo da família, sendo “impostas a genitalidade, a privacidade, a utilidade e um descrédito dos desejos sexuais, o que vinculará definitivamente suas práticas com a culpa, a vergonha ou o nojo” (VASALLO, 2022, p. 110). Nesse sentido, alçar a saúde sexual ao campo de disputa por uma diferente inscrição da sexualidade e da vivência do prazer, sobretudo para as mulheres e pessoas de gênero e sexualidade dissidentes, dialoga com um projeto de resistência à imposição de um regime político da sexualidade consolidado na modernidade/colonialidade. Todavia, é necessário reconhecer as conexões desse projeto de resistência com a branquitude.

Quando o regime hegemônico para a sexualidade, forjado nos Estados nacionais e clericais da Europa, invade as sociedades colonizadas no empreendimento do imperialismo,

consolida-se a distinção entre a sexualidade civilizada (branca, heterossexual, monogâmica, familiar e reprodutiva) e o sexo bestial, praticado nas sociedades africanas e entre os povos originários da América. Esse processo produz reverberações na construção do regime cisgênero e heterossexual moderno/colonial, estabelecendo entre os governos europeus condenações mais contundentes à contracepção, ao aborto e ao infanticídio, por exemplo. Ao mesmo tempo, a catequização do sexo entre os povos originários seguia como estandarte para a dominação imperialista e a animalização do sexo entre pessoas escravizadas funcionava como estratégia econômica para obtenção de mão de obra na empresa colonial. As mulheres escravizadas eram obrigadas a procriar, frequentemente por meio de estupros, para gerar filhos que seriam propriedade dos senhores, enquanto as mulheres brancas precisavam responder à exigência de castidade matrimonial (VASALLO, 2022).

Ainda sobre a necessidade de racializar as compreensões acerca das políticas públicas voltadas para os direitos sexuais e para os direitos reprodutivos, urge resgatar as proposições de Lélia Gonzales (1983) a respeito da mãe preta, aquela responsável pelo exercício de maternagem de crianças brancas, encontrando algum reconhecimento por ocupar uma função de cuidado compulsória, e a mulata, que também se articula com a figura da doméstica, e condensa a imagem de um corpo passível de ser acessado e possuído sexualmente. Essas figuras articulam o que Patricia Hill Collins (2019) chama de imagens de controle, ou seja, figuras socialmente construídas na trama da matriz de dominação colonial que conformam e reduzem mulheres negras a certos lugares de subserviência. Essas imagens de controle se reproduzem, também, no escopo da saúde, e estão presentes no domínio interpessoal da sexualidade. Desse modo, resgatar a história do regime político da sexualidade moderno/colonial implica reconhecer as construções materiais que participam das compreensões sobre as demandas no escopo da sexualidade hoje. O domínio interpessoal parece expressar a máxima capilarização da autogestão da sexualidade segundo um regime violentamente construído na história, mas que produz diversos reflexos no contexto atual, que precisam ser considerados.

A branquitude enquanto um sistema de opressão passa a organizar o regime da sexualidade, bem como seus meios possíveis de resistência no âmbito hegemônico. Penso que a reivindicação da vivência do prazer e da possibilidade de escolha sobre o ato sexual, sobre o matrimônio e sobre a possibilidade de não gerar filhos ilustram esse movimento. São reivindicações fundamentais, sem sombra de dúvidas, que encontram reverberações também entre mulheres e pessoas de gênero e sexualidade dissidentes não brancas. A esse respeito, acredito ser importante localizar a branquitude enquanto um sistema de opressão que organiza as relações e as dinâmicas de poder, incidindo também sobre pessoas não brancas, de modo que

as bandeiras de resistência no interior da própria branquitude encontram ressonância de forma geral. A obrigatoriedade do ato sexual na conjugalidade ilustra esse fenômeno, que frequentemente surge sob o formato de queixa de mulheres cisgêneras com relação à saúde sexual.

No entanto, quero chamar a atenção para os limites desses projetos de resistência que frequentemente reivindicam o prazer, mas pressupõem a heterossexualidade e a cisgeneridade e desconsideram a história da sexualidade em diálogo com a racialização. Além disso, pautam a vigilância sobre o número de parcerias, frequentemente sob o argumento tutelar e medicalizante do risco, e se furtam de questionar a monogamia como um regime de opressão. A esse respeito, pude perceber que mesmo entre as interlocutoras que atribuíam sentido à saúde sexual pela via da reivindicação de direitos, a retórica do controle sobre a sexualidade estava presente sob a narrativa de se proteger ou “se dar o respeito”. Ou seja, ainda falham em questionar o regime político da sexualidade concomitantemente à defesa pelo direito às escolhas individuais feitas em seu interior.

Na esteira das reivindicações sociais pelos direitos sexuais, que se materializaram enquanto políticas transnacionais no escopo das conferências da ONU, a saúde sexual enquanto um direito alça legitimidade aproximando-se da noção de saúde como um completo bem-estar biopsicossocial. Nessa direção, as escolhas individuais ganham grande relevância, o que aponta para a necessidade de assegurar a autonomia para a tomada de decisões dissidentes sobre o exercício da própria sexualidade. Todavia, ao mesmo tempo, a questão da sexualidade é relegada ao nível individual, reforçando seu caráter intimamente privado, que é um traço característico do regime político da sexualidade consolidado e vigente na modernidade/colonialidade. O que acaba ficando de fora nessa amarra argumentativa é a possibilidade de questionamento do regime político da sexualidade enquanto uma norma hegemônica, administrada disciplinarmente. A individualização da sexualidade, endossada pela construção da pauta internacional sobre os direitos sexuais, acompanha o refinamento das estratégias de governamentalidade da sexualidade que delega aos sujeitos o dever de administrar sua vida sexual de acordo com a norma do bom sexo, conforme argumenta Carrara (2015). Nesse sentido, compreender a sexualidade à luz do completo bem-estar biopsicossocial pode reforçar uma noção liberal de responsabilização dos sujeitos para administrar a norma hegemônica no domínio interpessoal.

Caracterizando a saúde sexual enquanto um completo bem-estar biopsicossocial, resgato as construções de algumas interlocutoras:

Esse é complicado, saúde sexual eu acho que envolve tanto a saúde física quanto a psicológica, mental, porque assim, é... Você pode ter seu aparelho reprodutor normal. Você tem algum problema, alguma barreira, alguma coisa que te impede de, de, de aproveitar a, o, o, a parte sexual, não é? Então é complicado definir (Interlocutora 2, entrevista realizada em outubro de 2022).

A complexidade inerente à sexualidade é atribuída, com efeito, ao arranjo das diferentes esferas que atravessam a vida sexual. Ou seja, a sexualidade corresponde a um fenômeno que imediatamente faz menção à dimensão biológica do corpo, à possibilidade de adoecimento por infecções, à dimensão relacional dos vínculos interpessoais, à vivência psíquico-corpórea do prazer, à violência e à normativa heterossexual. Contudo, o constructo bem-estar parece não dar conta de colocar em xeque o regime político da sexualidade que administra todos esses atravessamentos, podendo ser perigosamente vinculado à responsabilidade individual pelo exercício do bom sexo.

Interlocutora 11: (...) eu tenho uma outra demanda que acontece muito aqui, quando você colocou isso, me lembrou isso também. A saúde sexual não é só o ato sexual em si, né? É, nem só quando eu coloco aqui as questões das doenças, né? É, eu tenho muita queixa de mulheres na menopausa que chegam aqui, às vezes é a queixa principal delas, com dor durante a relação sexual, né? Assim, “eu não consigo mais, vou acabar perdendo meu marido porque...”. Quer dizer, então quando você coloca aí da... como que é o nome que você coloca?

Pesquisadora: Saúde sexual.

Interlocutora 11: Saúde sexual, isso também é importante, né? Então isso daí também é uma outra demanda que você pode pôr na outra pergunta lá. Né, assim, então eu acho que a saúde sexual não é só o ato em si, eu acho que essa questão também do bem-estar, né, que eu vejo isso muito aqui de paciente com essa queixa, principalmente na menopausa. Quer dizer, como se fosse uma é... “faço obrigada”, vamos dizer assim, né? A paciente acaba fazendo para agradar o marido, mas aquilo está sendo uma... né, assim, dói! Doloroso... Não está então, assim... quando penso na saúde sexual, eu penso também naquele bem-estar físico, não só físico, daquele momento ali do clima que estão, momento da interação, né? Seja um homem com homem, mulher, com mulher, né? É... mas também o bem-estar mental (Interlocutora 11, entrevista realizada em outubro de 2022).

A obrigatoriedade do sexo no vínculo conjugal é contundentemente denunciada pelas queixas de mulheres cisgêneras em relações heterossexuais, principais usuárias dos serviços de atenção básica. O bem-estar sexual, colado à noção de autogestão individual para alcançar a vivência do bom sexo, pode acabar correspondendo no nível interpessoal à construção de estratégias para assegurar a completude do bom sexo, ou seja, o intercurso vaginal-peniano como marca da manutenção da conjugalidade, à guisa do desejo do homem. Demarcar o direito de escolha pelo exercício ou não do ato sexual é algo básico no âmbito dos direitos sexuais, e, entretanto, precisa ser reiteradamente endossado. O bem-estar sexual descolado de seu sentido político de questionamento do regime político e normativo estabelecido para a sexualidade, descolado do questionamento profundo sobre as normas conjugais monogâmicas e suas dinâmicas históricas de poder, pode refinar a garantia do direito ao sexo e ao acesso aos corpos

por parte dos homens cisgêneros heterossexuais sob a égide da branquitude. O grande risco que se corre é o de disciplinar, de forma cada vez mais sutil e liberal, a sexualidade de mulheres para que elas cumpram a obrigatoriedade conjugal sem expressar desconfortos que denunciam uma estrutura de poder, ou seja, cumprir com o intercuro vaginal-peniano em um suposto estado de completo bem-estar sexual que nunca é definido ou traduzido em termos práticos.

Como não se fala sobre as diversas maneiras de ser e estar no sexo na prática, a reprodução do bom sexo corresponde àquilo de que se pode falar: o sexo precisa ser limpo, protegido, com uma única parceria, de preferência dentro da estrutura familiar-conjugal, incluir necessariamente o intercuro vaginal-peniano e ainda, de alguma maneira, precisa ser prazeroso. Essa construção ilustra o “bom sexo” que sobrevive ao discurso hegemônico sobre o sexo na modernidade/colonialidade. Gayle Rubin nos adverte que:

Somando-se ao essencialismo sexual, há pelo menos quatro outras formações ideológicas cuja compreensão no pensamento sexual é tão forte que falhar em discutí-las é permanecer enredado dentre elas. Estas são a negatividade sexual, a falácia da escala mal posicionada, a valoração hierárquica dos atos sexuais, a teoria dominó do perigo sexual e a falta do conceito de variação sexual benigna (RUBIN, 2006, p. 14).

Em outras palavras, Rubin chama a atenção para a construção hegemônica do sexo na modernidade, que perpassa a saúde sexual enquanto um dispositivo, e consolida, discursivamente, o sexo enquanto algo relacionado aos instintos inatos passíveis de controle; algo negativo ou de baixo valor, atrelado ao pecado; como um fenômeno relativo ao corpo, e, portanto, hierarquicamente inferior ao suposto funcionamento racional na clássica divisão cartesiana; como uma prática ou comportamento que organiza os indivíduos hierarquicamente, sendo que, casais heterossexuais monogâmicos unidos em matrimônio correspondem ao topo da pirâmide, e qualquer divergência disso é automaticamente desqualificada na hierarquia. Portanto, qualquer dissidência da norma, contemporaneamente compreendida enquanto diversidade, é definida a partir da escala hierárquica organizada pelo sexo, não alçando a possibilidade de corresponder a uma expressão válida ou inerentemente saudável da sexualidade no escopo hegemônico.

Indivíduos cujo comportamento está no topo desta hierarquia são recompensados com saúde mental certificada, respeitabilidade, legalidade, mobilidade social e física, suporte institucional e benefícios materiais. Na medida em que os comportamentos sexuais ou ocupações se movem para baixo da escala, os indivíduos que as praticam são sujeitos a presunções de doença mental, má reputação, criminalidade, mobilidade social e física restrita, perda de suporte institucional e sanções econômicas (RUBIN, 2006, p. 16).

A reflexão de uma das interlocutoras ilustra a tentativa de equacionar os elementos críticos à sexualidade hegemônica no escopo da saúde sexual, que, ao apregoar o

funcionamento saudável enquanto um completo bem-estar biopsicossocial, parece restringir o entendimento de uma sexualidade saudável aos parâmetros normativos da saúde:

Nossa, isso é difícil responder sem ser clichê, né? Eu acho que a pessoa quando ela tá bem com o seu corpo, na sua sexualidade, quando ela consegue ver essa, essa, esse âmbito da vida dela de uma forma bacana, de uma forma tranquila, feliz, é... E, e aí isso pode ser atravessado por mil fatores que envolvem a sociedade, envolve você adoecer, porque você é, sei lá, teve contato com uma gonorreia? Não, mas é porque a gente fala de saúde sexual, as pessoas pensam só em doença, né? “Ah, pegou uma IST”, enfim, mas eu acho que é, é muito mais assim essa questão de você se sentir bem, se sentindo livre, é ter uma vida sexual saudável, em que você se sinta bem, com prazer, com liberdade. Por isso que eu acho que é tão difícil você trabalhar a saúde sexual só com as frentes de ação que a gente trabalha, né, porque a gente é muito voltado em doença, é doença, infecção e luta de direitos, porque tem que ter também, não estou falando que não tem que ter, mas é muito para além disso, né? É, quando a gente faz coleta de preventivo, tem uma entrevista que a gente faz para as mulheres, que você aborda várias coisas, entre elas, você pergunta sobre... “Você sente prazer quando você faz sexo?” (Interlocutora 10, entrevista realizada em outubro de 2022).

Partindo da percepção de que a saúde sexual é um conceito frequentemente vago e atrelado à saúde reprodutiva, funcionando como um termo “guarda-chuva”, sua definição pelas interlocutoras parece ser alimentada na prática com as situações acolhidas nas unidades. Assim, a leitura para as questões sobre saúde sexual é construída no cotidiano pelas concepções que cada profissional possui sobre a sexualidade. Nesse sentido, a abordagem solta e vaga sobre o que é a saúde sexual é preenchida com elementos vivenciais, com a normativa hegemônica para a sexualidade, com algumas diretrizes politicamente corretas e com a necessidade de reivindicar direitos quando isso é reconhecido. A saúde sexual e a sexualidade enquanto constructos presentes todos os dias nas unidades de saúde parecem funcionar como uma espécie de fio transparente, tal como um fio de pesca, que amarra certas temáticas. Ou seja, há uma compreensão subjacente sobre sexualidade, mas ela não é evidenciada em um primeiro momento, e isso pôde ser observado pela grande dificuldade e constrangimento para enunciar as próprias compreensões sobre o significado de saúde sexual e de sexualidade pela maioria das interlocutoras. Essa compreensão, que aponta para o regime político da sexualidade no domínio interpessoal, funciona como um fio transparente que justapõe temáticas.

Sendo assim, precisei ouvir uma infinidade de coisas sobre a atenção em saúde sexual que não necessariamente a definem, mas denunciam a existência desse fio transparente. E, quando o nomeio transparente, não quero dizer invisível ou frágil, mas estrategicamente disfarçado pelo domínio hegemônico com a capilarização e refinamento das estratégias de governamentalidade. É difícil, constrangedor e estranho falar de sexo ainda que esse seja precisamente o elemento que organiza a hierarquia das relações no *hetero-cis-tema* monogâmico, que se fundamenta no “sistema sexo-gênero binário, que suporta toda a estrutura

da codependência reprodutiva entre homens® e mulheres® (...)” (VASALLO, 2022, p. 82) na modernidade/colonialidade.

5.4 O regime político da sexualidade no domínio interpessoal.

Dentre os quatro domínios que organizam as matrizes de poder conceituados por Patrícia Hill Collins (2019) (estrutural, hegemônico, disciplinar e interpessoal), identifico que o domínio interpessoal desempenha um papel extremamente estratégico na administração do regime político da sexualidade. O domínio disciplinar se manifesta enfaticamente nas políticas públicas e na formação profissional que se destinam a protocolar a atenção em saúde. Ele também está presente na própria prática em saúde, na medida que a usuária dos serviços de saúde é frequentemente tomada em uma posição passiva de receber instruções sobre o exercício do bom sexo. Contudo, é no domínio interpessoal que o regime sexual atua de forma aguçada, afinal, a sexualidade é pressuposta enquanto algo da esfera do íntimo e do privado na modernidade/colonialidade. Ou seja, para alcançá-la é necessária uma afiada e sutil tecnologia, ao lado do funcionamento disciplinar, estrutural e hegemônico. Nesse sentido, o campo da saúde se faz estratégico para alcançar a intimidade no nível interpessoal, sobretudo na tarefa de entronizar em cada pessoa um regimento para a sexualidade a ser observado, seguido e autoadministrado.

Embora o domínio disciplinar seja fundamental, pude constatar que ele possui diversas falhas e lacunas. A formação recebida pelas profissionais para lidar com a sexualidade, em consonância com a literatura da área, é parca e simplória, e o próprio constructo da saúde sexual não se encontra bem definido nas políticas públicas. Falar abertamente sobre sexo no escopo da saúde é ainda algo que não logra considerável espaço, principalmente na direção de questionar o regime político instituído para a sexualidade e seus efeitos. Shana Telo e Regina Witt (2018), ao discutirem as competências de uma equipe de saúde da atenção primária para a promoção de cuidado no escopo da saúde sexual e da saúde reprodutiva, apontam para as lacunas existentes na sistematização do trabalho nesse âmbito. Há falhas na organização de diretrizes protocolares, como pude verificar entre minhas interlocutoras, e há importantes lacunas na estruturação do trabalho em equipe. Ademais, a dimensão do cuidado enquanto um constructo sócio-histórico vinculado às mulheres permeia todo o trabalho em saúde das profissionais que ocupam essa função. O cuidado, enquanto uma competência profissional em saúde e um dispositivo de gênero, acaba preenchendo importantes lacunas protocolares na

atenção à saúde sexual, exercido, sobretudo, pelas agentes comunitárias de saúde (TELO & WITT, 2018; BELLENZANI, SANTOS & PAIVA, 2012).

O sexo está presente o tempo todo na atenção em saúde, e a lacuna entre o que se faz e o que se discute desempenha uma função estratégica de manutenção da norma hegemônica da sexualidade, preenchida com o domínio hegemônico da sexualidade e administrada capilarmente. Entretanto, na prática, essa lacuna é também preenchida pelas vivências pessoais de quem atua com a saúde sexual. Quando indagada sobre a existência de formação para atuar com a saúde sexual, uma de minhas interlocutoras, agente comunitária de saúde, me conta:

O que a gente sabia é o que a gente traz bagagem de vida, mas a gente não sabia nada técnico, nada que a gente pudesse assim né, é, com certeza. A gente sabia o que a gente sabia de, de, de, de casa, de rua, mas não é a orientação correta, certinha, ali bonitinho, que, que tem nos grupos, a gente não sabia. Então a gente vai aprendendo e foi aprendendo com o tempo né, com as experiências, com as conversas. (...) Porque assim é, é, eu né, por mim, eu sempre fui muito tranquila, né? Então eu tento passar essa tranquilidade pras pessoas que eu tenho que orientar, entendeu? Igual eu te contei, brinquei com as meninas adolescentes “calma, gente, não é assim, tem que ir devagar”, porque comigo foi assim, foi tranquilo, foi devagar, foi no meu tempo, foi na hora certa, então eu tento passar isso porque foi uma experiência boa para mim. Então eu tento passar isso para elas, que tem que ser uma experiência boa, tem que ser uma coisa legal, porque senão você fica com... pirando com aquilo o resto da vida né, martelando na cabeça o resto da vida, porque é um marco na vida das pessoas, né? E aí essa iniciação da vida sexual marca, tanto para menino, quanto para menina (...) Então, assim, é, é, eu tento é conversar, tento falar “calma, que não é assim, não é uma coisa absurda, mas também você não precisa correr pra isso porque não tem necessidade”. Eu tento passar o que, o que eu vi, mais ou menos o que eu vivi, que eu acho que foi bom pra mim. Eu tento passar para elas e lógico orientar de maneira, de maneira correta (Interlocutora 2, entrevista realizada outubro de 2022).

Pude perceber, em consonância com o que discute Vera Paiva (2008), que a vivência pessoal das profissionais desempenha um papel fundamental na atenção em saúde sexual, e preenche a lacuna entre a formação recebida e as demandas que surgem no território. Assim, essas profissionais lançam mão de um conjunto de competências profissionais (TELO & WITT, 2018) e de tecnologias de trabalho (BELLENZANI *et al.*, 2012) relacionais e comunicacionais profundamente importantes para o cuidado em saúde sexual e frequentemente negligenciadas pelas políticas protocolares. Uma de minhas interlocutoras, por exemplo, se posicionava enquanto uma mulher que não desejava vivenciar relacionamentos afetivo-sexuais e tampouco exercer a maternidade, e a maneira com que ela articulava suas compreensões a respeito da saúde sexual divergiam em certa medida da norma hegemônica e de outras interlocutoras. Tais compreensões transpareciam no acolhimento em saúde oferecido por ela sob a forma de cuidado com relação à possibilidade da não heterossexualidade e da inexistência de práticas sexuais de penetração no canal vaginal, refletindo na maneira atenciosa de conduzir o exame preventivo de colo de útero.

De modo geral, o aprendizado para lidar com a temática da sexualidade parece ser construído na prática sob forte influência do território de trabalho e das vivências pessoais no âmbito da sexualidade, e nesse sentido, as agentes comunitárias de saúde apresentam um repertório muito rico e estratégias de diálogo bastante refinadas para abordar as demandas em saúde sexual. Renata Bellenzani e colaboradoras chamam a atenção para a importante função das tecnologias de trabalho empregadas pelas agentes comunitárias de saúde na atenção à saúde sexual:

Tecnologias “não materiais”, como a conversa educativa, constituem um dos principais recursos de atuação das agentes na atenção à saúde sexual, e elas realmente conversam com as pessoas! Em modelos de prevenção de base comunitária é benéfico que essa discursividade acompanhada da oferta do insumo se caracterize como um encontro educativo numa perspectiva mais emancipatória, que construa a autonomia e a noção de sujeito-cidadão (Paiva, 2005), que seja capaz de compreender o sujeito em seu contexto e de auxiliá-lo na decodificação das dificuldades que enfrenta em cada cena e no co-reconhecimento das possibilidades no que concerne à saúde sexual, como sujeito de direito sexual e à saúde integral, amplificando a consciência sobre sua intersubjetividade cotidiana (BELLENZANI et al., 2012, p. 645).

Tais ferramentas são tão articuladas às funções de cuidado que são postas em ação mesmo fora do horário de trabalho, como me conta uma outra interlocutora, também agente comunitária de saúde:

Tenho hora que às vezes é, eu sento na rua, tem um campo lá em cima onde a gente trabalhou, onde tem adolescentes demais que têm filho. Nossa, menina bonita. Assim, eu vou fazer 60 anos agora em setembro. Eu sento num banco lá, eu fico olhando aquelas meninas, eu fico pensando... As menina tão bonita, poderia não é, ter uma profissão hoje, ter um emprego né? Ter um relacionamento, assim, mais tranquilo em vez de estar... Tem 20 anos, ter 3 filhos e gritando, não ter paciência. Aí eu fico sentada lá, olhando. Toda essa gente senta perto de mim, em volta, aí todo mundo começa me perguntar. Começo responder para todo mundo: “você não tem, quem nunca deu aí na vida, não tem vontade de dar?” Assim, aí a gente começa já a conversar sem... abertamente. E eu gosto, sabe assim, muito de falar com elas sobre isso... sexo. Principalmente aquelas que tem mais intimidade mesmo, amo. Meu neto, eu falo com... Ele não gosta muito não, mas é verdade, se você não aprender aqui dentro não tem jeito né? Então assim, eu gosto de trabalhar. Eu se eu pudesse eu trabalhava só fazendo palestra com as meninas lá falando de sexo, de tudo quanto é coisa boa, você fala, sabe? Então assim, é um lugar pobre e aonde senta tudo perto de você ali, te escuta, te pergunta, você convida para reunião de direitos reprodutivos (Interlocutora 5, entrevista realizada em setembro de 2022).

Em primeiro lugar, gostaria de chamar a atenção para o fato de que a formação discursiva que enuncia o sexo enquanto algo bom, e não apenas como algo médico, passível de controle ou simbioticamente vinculado à reprodução, apareceu apenas nas narrativas de agentes comunitárias de saúde, que em grande medida, trouxeram suas próprias vivências para a conversa sobre saúde sexual. A retórica do prazer parece já estar colonizada hegemonicamente, em alguma medida, pela perspectiva medicalizante, ou seja, o prazer parece estar vinculado, discursivamente, ao funcionamento fisiológico do clitóris ou atrelado à noção de completo bem-estar enquanto um suposto direito universalista colonial/moderno, ou mesmo um dever ou meta

a ser alcançada, no âmbito da governamentalidade. Diferencio, nesse momento, o bom sexo, administrado pelo regime político da sexualidade, do sexo enquanto algo bom, algo gostoso, relativo à expressão da vontade no campo vivencial. É essa segunda noção de sexo que aparece nas narrativas das agentes comunitárias de saúde, que se aproximam, em seu trabalho no território, do sexo encarnado.

Os apontamentos de Telo e Witt (2018), sobre as competências profissionais, e de Bellenzani e colaboradoras (2012), sobre as tecnologias de trabalho, convergem, em grande medida, com o domínio interpessoal da sexualidade enquanto um regime político. Essa esfera interpessoal, que abarca as práticas de cuidado, diálogo e vínculo, resguarda, em sua complexidade pouco explorada no campo das políticas públicas e da formação em saúde sexual, o traço inerente aos campos de disputa política: é a esfera que administra com excelência a norma hegemônica no campo da sexualidade e ao mesmo tempo é o âmbito onde se traçam as principais movimentações de dissidência e resistência (LUGONES, 2014; MAHMOOD, 2006). Nesse sentido, a atuação das agentes comunitárias de saúde ocupa um lugar fundamental de potência política no que tange ao diálogo aberto e encarnado sobre a sexualidade. Esse fenômeno traduz a relevância da atuação da atenção básica, no campo da saúde sexual, enquanto uma arena que alcança a capilaridade do regime político da sexualidade. A tecnologia de trabalho das agentes comunitárias de saúde é a ferramenta que apresenta maior potência de articulação entre saúde e direitos, pautando a autonomia que antagoniza com o controle do regime político da sexualidade. Essa tecnologia se assemelha, também, ao que o médico brasileiro Emerson Merhy (2002) chama de tecnologia leve do trabalho vivo em ato na saúde, ou seja, o encontro na micropolítica em saúde, no domínio interpessoal da matriz de dominação, que alcança a produção de saúde nos termos de uma disputa política por direitos.

Todavia, o campo da micropolítica corresponde ao domínio das sutilezas e das tecnologias refinadas de poder e de resistência. Há uma complexidade inerente a essa esfera quando falamos sobre sexualidade e reprodução que precisa ser levada em consideração. Pude notar que as práticas disciplinares em saúde sexual se encontram presentes entre todas as categorias profissionais da equipe de saúde da família, mas não da mesma maneira. As ações disciplinares das agentes comunitárias de saúde resguardam uma particularidade importante: a identificação. A complexa retórica sobre a vigilância da reprodução, sobretudo no que tange ao número de filhos, ocupa um lugar específico na narrativa das mulheres, agentes comunitárias de saúde, que habitam e compartilham o mesmo território que as usuárias. Uma dessas mulheres, quando lhe interroguei porque ela acreditava que as mulheres jovens estavam tendo muitos filhos naquele território, após ela mencionar esse fato enquanto uma queixa, me relatou:

Primeiramente elas têm um ganho da bolsa família, é, se ela tem 3 filhos, se elas têm a bolsa família, não precisa de trabalhar, porque já tem um ganho delas. Segundo, também, a pobreza. Mas isso não quer dizer que elas possam vir no posto, fica cheio de camisinha, tem injeção, tem remédio. A preguiça de levantar cedo, vir né, elas não comparecem. Eu acho que elas deviam olhar mais pra elas e se gostar mais delas, porque eu me olho no espelho, eu gosto de mim. Eu fui assim casada 33 anos com o meu marido, era 30 anos mais velho do que eu. Eu tinha 3 filhos, um atrás do outro, uma carreirinha, tudo cesariana que eu fiz e sozinha, sem mãe pra cuidar, sem nenhum ganho, só meu marido. Então quando eu fui ali crescendo, dediquei a minha mocidade toda criando o filho. É aquela coisa ali, não é? Dentro de casa, marido e filho, marido e do filho. Até quando eu arrumei a minha filha, faz 15 anos, que eu resolvi trabalhar. Foi aí que eu fiz o concurso agente comunitário de saúde (Interlocutora 5, entrevista realizada em setembro de 2022).

Em primeiro lugar, o discurso hegemônico acerca dos programas assistenciais no Brasil se faz nitidamente presente. Contudo, considerando a construção colonizada da subjetividade, me aprofundo nesse relato no sentido de visibilizar sua carga afetiva subjacente. Havia nessa narrativa, e em algumas outras de diferentes interlocutoras, o tom de ressentimento e de frustração acerca da ineficiência das políticas e práticas em saúde na garantia dos direitos sexuais, dos direitos reprodutivos e dos direitos não reprodutivos. Esse ressentimento se apresentou com especial relevância nos relatos de duas agentes comunitárias de saúde que trouxeram suas próprias experiências singulares em sua história sexual e reprodutiva. Essas experiências vinham carregadas de frustrações, alçando essas agentes ao lugar de sabedoria sobre a vida reprodutiva e sexual, que se refletia no desejo por melhores experiências para as usuárias que elas atendiam, e com as quais, em grande medida, se identificavam. A interlocutora que narrou o relato acima, ao me contar sobre sua história repleta de dificuldades, complementou:

Então assim, se você não correr atrás para você, querer o melhor para você, não é? Pra você também levantar o autoestima, eu acho que é, é, se arrumar muito filho, não se proteger. Não é pra estar arrumando um filho atrás do outro, a autoestima da mulher fica muito lá embaixo. Não é. Eu já senti muito isso, já tive muitas que se sentiu assim, a gente tenta passar para eles assim, o melhor pra eles, mas não quer ouvir (Interlocutora 5, entrevista realizada em setembro de 2022).

A riqueza e a complexidade inerente a esses relatos não hegemônicos sobre a história sexual e a história reprodutiva apontam para caminhos que, no escopo desta pesquisa, não foi possível percorrer. Entre a norma hegemônica empreendida pela colonialidade e o exercício encarnado das vivências há um mundo de possibilidades e complexidades ofuscadas pela retórica, também hegemônica e colonizada, das ciências medicalizantes da saúde. Ainda assim, é possível tecer algumas conclusões sobre o trabalho com a saúde sexual na atenção básica. É evidente, em primeiro lugar, que a estratégia de saúde da família, no escopo da atenção básica, ocupa uma posição crucial de acesso e manejo do regime político da sexualidade no domínio interpessoal. Telo e Witt (2018) apontam para o lugar primordial da atenção básica na garantia

do exercício dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos, localizando na qualidade da atuação profissional um fator determinante para a garantia desses direitos. Uma vez que o trabalho voltado para a sexualidade, na atenção básica, tem no domínio interpessoal seu principal escopo de atuação, a formação subjetiva de cada profissional no que concerne ao regime político da sexualidade possui importantes efeitos. Dessa forma, a formação protocolar precisa ser pensada de modo a abarcar esses elementos, que mais se relacionam com a capacidade de manejo crítico das normativas do regime político da sexualidade do que com uma especialização técnica específica voltada para as diversidades. A formação para atuar com as demandas das pessoas de gênero e sexualidade dissidentes consiste, sim, em uma etapa fundamental no cuidado em saúde. Todavia, sem o questionamento do regime político da sexualidade, corre-se o risco de atualizar as categorias hierárquicas em torno do bom sexo e incorrer em práticas normatizadoras.

Neste sentido, torna-se importante para propiciar o diálogo, entre os sujeitos envolvidos com o cuidado, de uma proposta educativa que não considere apenas o modelo biomédico, mas que pondere questões relativas ao gênero, à sexualidade, à autonomia e à liberdade para a construção de práticas não discriminatórias que garantam a promoção, a proteção e o exercício da sexualidade e da reprodução como um direito, pautadas na integralidade da atenção, como norteadoras das práticas assistenciais no âmbito da atenção à saúde (TELO & WITT, 2018, p. 3482).

O domínio interpessoal se expressa cotidianamente administrando a normativa hegemônica para o bom sexo, constituindo um pilar fundamental para a manutenção da hegemonia. Considerando que a formação subjetiva de cada profissional participa em grande medida da atenção em saúde sexual, a colonialidade do ser (MALDONADO-TORRES, 2008) pode figurar como um constructo fundamental para pensar a formação em saúde e as tecnologias leves do cuidado nesse escopo, articulando um fazer em saúde que considere a produção coletiva de práticas radicalmente autônomas. É no domínio interpessoal que a colonialidade se reproduz na atenção em saúde sexual, mas, ao mesmo tempo, é no escopo micropolítico que florescem as práticas de resistência e agência. Afinal, como afirma María Lugones (2014), é na ferida colonial aberta que reside a potência para a transformação, e essa ferida pulsa na narrativa das agentes comunitárias de saúde que exercem um papel fundamental na atenção em saúde sexual, lançando mão de tecnologias de trabalho refinadas e potentes.

Toda essa dinâmica se encontra embebida na complexidade inerente à matriz de dominação da sexualidade, de modo que não é possível coroar condutas e posturas cristalizadas para a garantia dos direitos sexuais, dos direitos reprodutivos e dos direitos não reprodutivos. A presença da colonialidade do ser costura a atenção em saúde sexual, afinal, as subjetividades na modernidade/colonialidade se encontram forjadas pela *cis-hetero-mononormatividade*, e a

construção subjetiva das profissionais de saúde não se encontra externa a esse processo. Logo, considerar a colonialidade do poder, do saber, mas predominantemente do ser e do gênero no movimento do cuidado em saúde, com vistas a efetiva garantia de direitos, é a desafiadora tarefa posta sobre a mesa do regime político da sexualidade em íntima interface com a saúde sexual. Quiçá poderemos, assim, considerar o processo de forja da sexualidade nas normativas, nas políticas e nas subjetividades, sob a égide da colonialidade do sexo para pensar em direitos sexuais radicais em uma perspectiva decolonial.

6 ATANDO NÓS E SOLTANDO PONTAS: DO QUE FALAMOS QUANDO FALAMOS EM SEXO?

Pouco e muito se fala sobre sexo, essa coisa que é identidade, é biologia, é ato, é poder e, quiçá, prazer e expressão corporal. Algumas coisas são ditas, e outras não. Ao mesmo tempo, o sexo e a sexualidade escapam aos dedos a todo momento, embora se encontrem cristalizados como pedra nas relações conjugais normativas. Falar de saúde sexual é, com frequência, falar de saúde da mulher. Mas que saúde é essa que segue nos impedindo de falar livremente sobre escolhas, sobre corpo e sobre prazer? O ponto é que sabemos bem do que falamos quando falamos em sexo, mas não sabemos como nomeá-lo, e nem como descrevê-lo. Nos faltam palavras, pois a colonialidade não empresta com facilidade os léxicos dos quais poderia dispor para descrever a sexualidade com a devida acurácia que permitiria visualizar todas as suas violentas e quadradas prerrogativas coloniais/modernas. Na falta de instrumentos decoloniais mais precisos, sexualidade é um suposto “completo bem-estar biopsicossocial”. É controle, é diversidade, é político. E talvez nessa última palavrinha encontremos uma ponte para descortinar os ritos coloniais/modernos que organizam a estranha, violenta e silenciosa maneira com que os corpos são dispostos, normativamente, em contato genital para a procriação e para o poder.

Sexo e sexualidade são categorias modernas. A experiência corporal, a vivência do prazer e a dinâmica reprodutiva são fenômenos que se encontraram engendrados sob diferentes operações culturais de atribuição de sentidos ao longo da história. Privatizar a reprodução no seio de um grupo estritamente definido, tornar o contato corporal como algo da esfera da intimidade e definir os papéis das pessoas envolvidas a partir de sua fisiologia genital são fenômenos de nascimento histórico e cultural, e, portanto, cambiáveis (KATS, 1996; RUBIN, 2006; FOUCAULT, 2011; VASALLO, 2022).

A necessidade sistêmica de defender a categoria de “sexo” corresponde, assim, à defesa da “naturalidade”, da “materialidade” verificável da pré-discursividade da cisgeneridade, que é também a defesa de determinadas leituras e valores ocidentais e eurocêtricos (ver MIGNOLO, 2008) (VERGUEIRO, 2016, p. 259).

Na modernidade/colonialidade, o sexo e a sexualidade foram se tornando fenômenos cada vez mais da alçada do discurso científico da saúde *bio-lógica*. A colonialidade aqui é operante a todo vapor, com seus domínios estruturais e seus tentáculos apurados, mas quase imperceptíveis – ou inquestionáveis –, na subjetividade. Desse modo, não só o que se diz sobre o sexo importa, mas quem enuncia e como o faz. À guisa de qualquer definição cabal, e, portanto, colonizatória, sobre a sexualidade, emergo dessa breve escavação sem pretender

oferecer respostas fechadas. Como nos alerta a filósofa bareinita Amia Srinivasan sobre o sexo: “Não há nada mais dilacerado pela política e, ao mesmo tempo, tão inviolavelmente pessoal. Para o bem ou para o mal, devemos encontrar uma maneira de encarar o sexo em seus próprios termos” (SRINIVASAN, 2021, p. 121). Portanto, assumo a defesa de que a sexualidade permaneça um campo de disputa. No entanto, que saibamos formular melhores questões e a direcionemos à *cis-hetero-mononormatividade*.

6.1 Transformando categorias hierárquicas em políticas desestabilizadoras

Diante da crítica profunda aos essencialismos coloniais/modernos, que forjam as mulheres e os homens-por-excelência e fundamentam a criação de categorias hierárquicas binárias que sustentam o regime político hegemônico para a sexualidade, é preciso tecer algumas considerações sobre as práticas identitárias. Em primeiro lugar, é preciso considerar os mecanismos Estatais de cidadanização em sua complexidade, uma vez que o Estado enquanto estrutura colonial/moderna engole as reivindicações políticas em seus próprios termos hegemônicos, as convertendo em algo diferente de um projeto político radical de ruptura das violências coloniais. A apropriação do direito de escolha sobre o corpo, o sexo e a reprodução, reivindicado pelas mulheres, encontrou um berço hegemônico no planejamento familiar que, embora atue fornecendo recursos fundamentais para a gestão da reprodução, nada tem a ver com o desmantelamento das categorias hierárquicas de subalternização. Na verdade, aprofunda a capilaridade das tecnologias de colonialidade do ser, colonialidade do gênero e colonialidade do sexo com vistas ao autogerenciamento da própria sexualidade rumo ao ideal civilizatório. De maneira semelhante, a incorporação das dissidências de gênero e sexualidade sob a égide da inclusão da diferença permite visibilizar a demanda desses grupos por recursos no campo dos direitos e da saúde, contudo reproduz problematicamente as categorias hierárquicas de *outridade*. Assim, a saúde sexual quando vinculada à diversidade de gênero e sexualidade assume o lugar de uma especialidade, um campo específico, um apêndice que não se encaixa na atenção à sexualidade normativa regulamentar.

O esvaziamento do sentido político das identidades torna explícito como elas atuam como categorias hierárquicas. Penso que esse esvaziamento está presente tanto na inclusão da diversidade enquanto identidades cristalizadas na diferença, quanto na essencialização da mulher que define um prognóstico único para lidar com as já reconhecidas violências patriarcais. Grosso modo, como pude observar, passa-se a convocar, como uma reivindicação supostamente feminista, que o homem-por-excelência coloque a camisinha no próprio pênis ou

realize a vasectomia, entendendo esse gesto como algo revolucionário. É preciso reconhecer que não se trata de nenhuma revolução, mas de algo completamente básico e que não produz transformações significativas no direito ao sexo e ao acesso ao corpo da *outridade*, tampouco desestabiliza a lógica de categorização hierárquica que sustenta as dinâmicas de poder. Nesse sentido, a filósofa feminista dominicana Yuderkys Espinosa-Miñoso apresenta críticas contundentes ao feminismo institucional que se aproxima do feminismo liberal, representando um gesto de colonialidade no interior do próprio feminismo:

En el fondo, dirán las [feministas] autónomas, los fines del feminismo institucional latinoamericano, en connivencia con el feminismo liberal y de la igualdad de Europa y los EE.UU., apuntan al pedido de extensión del sistema formal de derechos vigente al colectivo de las mujeres (con todo lo retórico que esto signifique), sin pretender que esta restitución implique cambios generales de fondo en la macrocultura y en los regímenes actuales de gobernación y reproducción social (MIÑOSO, 2017, p. 266).

A proximidade entre as mulheres e as dissidências de gênero e sexualidade enquanto categorias evidenciadas pelo bojo do dispositivo colonial/moderno da saúde sexual denuncia o sistema de produção e manutenção da *outridade*. O que reúne essas categorias é precisamente aquilo que as tecnologias coloniais querem fazer invisível: a matriz de dominação colonial que articula regimes políticos para a sexualidade, para o gênero, para a raça, para a classe, para o território e para a capacidade. No que tange ao regime da sexualidade, fica evidente o funcionamento da heterossexualidade, da cisgeneridade e da monogamia familiar na produção de categorias hierárquicas de subalternização e de manutenção da ordem vigente de reprodução social. Com esse mecanismo, a saúde sexual como um dispositivo colonial/moderno cria uma cortina de fumaça que invisibiliza estrategicamente o próprio regime de produção das subalternizações que mantêm a ordem de poder vigente. Na esteira desse raciocínio, depreendemos também que a compartimentalização dessas categorias como identidades cristalizadas da diferença dificulta a visibilização do sistema de produção dessas categorias hierárquicas. Como afirma Yuderkys Espinosa-Miñoso:

Así, ambas agendas – de la “diversidad sexual” y del feminismo liberal hegemónico –, se han ido unificando en el transcurso de los años en la medida en que en el feminismo se fue dando un proceso de tematización o tratamiento compartimentado de las problemáticas de las mujeres dentro del proceso amplio de institucionalización (MIÑOSO, 2017, p. 264).

Nesse processo, a partir da cristalização identitária dos marcadores da diferença, a luta contra os regimes de opressão entendidos enquanto tal acaba por se desarticular, dentre eles, o regime heterossexual, o regime cisgênero, o regime monogâmico e o regime familiar-patriarcal. Desse modo, tais regimes seguem produzindo seus efeitos de violência e capilarizando seus tentáculos de disciplinarização e colonização das subjetividades e das relações. Ao fim e ao

cabo, seguem reproduzindo, em uma lógica neocolonial, categorias hierárquicas binárias de reprodução de violências coloniais.

As identidades desempenham uma função ambígua nesse cenário, cuja complexidade precisa ser considerada para que seu uso possa ser feito rumo a um projeto político de desestabilização da colonialidade do sexo e da colonialidade do gênero. Não se trata, portanto, de criticar a infinidade de possibilidades de ser e se apresentar no campo das dissidências de gênero e sexualidade. Garantir a pluriversalidade para além da norma monológica imposta pela colonialidade/modernidade pressupõe a multiplicidade de formas de nomeação. Afinal, a afirmação identitária é fundamentalmente necessária para calcar existências insivibilizadas. A questão que coloco é que o foco precisa estar na nomeação da norma da qual dissidimos antes de se voltar para as peculiaridades que caracterizam as identidades dissidentes. Essa é a operação que desnaturaliza a norma, evitando a cristalização das dissidências enquanto marcadores da diferença essencializados que não desmancham a lógica colonial violenta de categorização hierárquica. Nesse sentido, de acordo com o historiador e sociólogo Jeffrey Weeks:

La idea de una identidad sexual es ambigua. Para muchos -en el mundo moderno- es un concepto absolutamente indispensable que ofrece un sentido de unidad personal, ubicación social y aun compromiso político. (...) Pero, al mismo tiempo, las evidencias que ya hemos presentado indican que tales identidades son cultural e historicamente específicas, seleccionadas entre una multitud de posibles identidades sociales, no atribuibles a un impulso o deseo sexual particular; ellas no son - de hecho - partes esenciales de nuestra personalidad (WEEKS, 1998, pp. 213-214).

As práticas identitárias enquanto ferramentas políticas se apresentam como fundamentais, e seu uso enquanto mobilizador de lutas torna-se muitas vezes necessário. Contudo, a cristalização de tais identidades incorre no fracasso do desmantelamento dos regimes da colonialidade, e, ao pressupor a essencialização de alguma categoria (como a mulher), é produzida, como efeito cascata, a cristalização de demais categorias na condição de *outridade*, bem como daquelas categorias que ocupam o topo hegemonicamente. Logo, a aproximação das mulheres enquanto categoria política, como nos adverte Adriana Piscitelli (2002), das dissidências de gênero e sexualidade fora do escopo medicalizante da diversidade/divergência sexual, resulta em uma possibilidade de coalizão frente ao regime político da sexualidade que produz as violências e as inequidades denunciadas pelo campo dos direitos sexuais.

Como nos adverte Miñoso (2017), a autonomia é sempre relacional, tal como a liberdade, segundo nos ensina Paulo Freire (2022). Desse modo, não é possível traçar um projeto autônomo cristalizado. Tampouco é possível discutir autonomia sexual sem considerar

os efeitos do regime político da sexualidade no domínio interpessoal. Nesse sentido, a saúde sexual derivada dos direitos sexuais universalizantes atua mais como um dispositivo colonial/moderno normatizador, sobretudo sobre as mulheres, do que como um campo de construção de diferentes autonomias pluriversais contextualizadas.

La sexualidad es, ante todo, un campo de batalla donde se ejercen sobredeterminaciones y resistencias, así como negociaciones. De este modo, existe una gran diferencia en la expresión de la sexualidad como forma de resistencia a un sistema hegemónico, obligatorio y compulsivo, como lo define Adrienne Rich. La libre elección se presenta no solo como utopía, sino como una alternativa de transformación; los sujetos de la transformación, los que transgreden las normas del género y de la heterosexualidad, actúan aun bajo persecución, convirtiendo así su propia identidad en un hecho político (MOGROVEJO, 2017, p. 245).

Tratar a identidade radicalmente como um ato político nos pede que não percamos de vista as matrizes de dominação coloniais e suas refinadas estratégias de reprodução das categorias hierárquicas. Nos convoca a criar não apenas identidades políticas, mas políticas desestabilizadoras do regime da sexualidade como um gesto de subversão desde a fissura colonial. Na trincheira com o Estado, caminhando pelo ambíguo fio da navalha que promove a garantia de direitos institucionais, mas engole as subversões devolvendo-as como versões polidas de manutenção do regime político colonial da sexualidade, resta um chamado:

nosotras como movimiento somos la garantía de la desestabilización permanente de sus estructuras viciadas. Si la institucionalización es inevitable, nuestra función es indispensable para el dislocamiento y la aparición de fisuras y vías de fuga a la actuación del poder (MIÑOSO, 2017, p. 262).

6.2 À guisa de conclusão: notas finais sobre a saúde sexual como um dispositivo colonial/moderno.

Esse percurso de pesquisa partiu do objetivo de compreender como a saúde sexual atua como dispositivo na articulação entre sexualidade, saúde e direitos na modernidade/colonialidade. Para esquadrihar essa problemática, me firmei sobre a antropologia da dominação (CURIEL, 2013), calcada no feminismo decolonial, como ponto de vista analítico. Assim, tomei como objeto de estudo os enunciados sobre saúde sexual nas políticas públicas de saúde e nas concepções de profissionais da atenção básica, compreendendo que essas formações discursivas veiculam, hegemonicamente, as proposições coloniais/modernas para a saúde e para a sexualidade. Contudo, no esforço decolonial em pesquisa, traçar uma investigação na tentativa de considerar toda a complexidade inerente às matrizes de dominação pressupõe a recusa de leituras simplistas, ou o apregoamento de vilões e formas de resistência pré-estabelecidas. Na intenção de abarcar essa complexidade,

analisando como se desdobra o dispositivo colonial/moderno da sexualidade na saúde, utilizei como instrumentário teórico e analítico os quatro domínios que sustentam as matrizes de dominação: os domínios estrutural, hegemônico, disciplinar e interpessoal (COLLINS, 2019; COLLINS & BILGE, 2021). Assim, lancei sobre a problemática da saúde sexual o feixe de luz analítico fornecido pelas proposições de María Lugones (2014) sobre como a colonialidade atua, ou seja, como são constantemente recriadas categorias hierárquicas binárias para a sustentação da hegemonia colonial/moderna.

A retórica da saúde sexual nas políticas públicas se encontra diretamente vinculada aos direitos sexuais universalistas, organizados e administrados transnacionalmente pelas conferências da ONU. Desde seu nascimento, os direitos sexuais se encontram articulados aos direitos reprodutivos sob a égide do planejamento familiar, que em suma, administra a conformação colonial/moderna da instituição familiar burguesa eurocentrada calcada na heterossexualidade, na cisgeneridade, na genitalidade, na monogamia e na reprodução. No entanto, é precisamente esse dispositivo que veicula os insumos e os recursos para o manejo do sexo e da reprodução, determinando dessa forma o funcionamento do domínio estrutural da sexualidade enquanto um regime político. Em seu berço neoliberal, os direitos sexuais se encontram pautados no sujeito liberatório individualizado, supostamente livre para realizar suas escolhas, mas responsável último pelo gerenciamento da própria sexualidade. Esse gerenciamento, por sua vez, se encontra ancorado à noção hegemônica do bom sexo (CARRARA, 2015), ou seja, o sexo limpo, protegido, não promíscuo, cis-heteronormativo e, em última instância, reprodutivo. Todo e qualquer sexo que em alguma medida apresente desvios com relação à prerrogativa do bom sexo possui elementos a serem vigiados, controlados e supostamente protegidos.

De maneira ambígua, os direitos sexuais em conjunto com os direitos reprodutivos, quando apropriados pelo Estado, determinam a cidadanização das mulheres, mas também definem em contrapartida quem são as mulheres cidadãs por excelência. Essas são as mulheres-por-excelência forjadas na colonialidade/modernidade, ou seja, as mulheres cisgêneras, heterossexuais, monogâmicas, definidas em relação ao casal e à instituição familiar. Nas palavras de Oyewùmí (2020), trata-se da mulher esposa e mãe, ocidentalizada no regime da branquitude enquanto um sistema hegemônico. Nesse sentido, os direitos-sexuais-e-reprodutivos amarram a condição de cidadanização das mulheres e se apresentam como um constructo único que angaria importantes batalhas políticas, mas atua, na prática, na essencialização da sujeita mulher planificada e universalizada aos moldes coloniais/modernos. A anticoncepção, nesse escopo, figura como um elo entre os direitos-sexuais-e-reprodutivos

desempenhando a função de administrar o planejamento familiar, e não os direitos sexuais e os direitos reprodutivos em sua radicalidade política e feminista.

A retórica dos direitos-sexuais-e-reprodutivos possui fundamental importância na disputa política dos feminismos hegemônicos, sobretudo no embate com o regime patriarcal no âmbito institucional. No entanto, essa retórica mantém obnubiladas discussões cruciais no que tange ao reconhecimento da racialização e da colonialidade no contexto do sul global. Os direitos-sexuais-e-reprodutivos, sobretudo na esfera institucional, têm falhado no questionamento do ideal de maternidade colonial/moderno, na efetiva discussão pela descriminalização do aborto e na consideração da justiça reprodutiva, sobretudo no que tange a experiência de mulheres não brancas. A escolha pela não reprodução pelas mulheres cisgêneras segue na sombra dos direitos-sexuais-e-reprodutivos, ao passo que, para quebrar esse constructo monolítico, defendo a triangulação dos direitos sexuais, dos direitos reprodutivos e dos direitos não reprodutivos. Esses últimos, visibilizados, poderiam angariar com maior nitidez a pauta da descriminalização e do acesso ao aborto, do acesso à anticoncepção fora do escopo do planejamento familiar e da escolha pela não reprodução e pela não maternidade. Ao mesmo tempo, ao retirar a anticoncepção da alçada dos direitos reprodutivos, podemos mobilizar com maior efetividade as reivindicações das maternidades dissidentes sob a égide da justiça reprodutiva, rompendo a associação dos direitos reprodutivos com o planejamento familiar, que em última instância, administra de maneira planejada e hegemônica o regime normativo da família nuclear cis-heterossexual burguesa.

Quando resgatamos o sexo contido nos direitos-sexuais-e-reprodutivos, percebemos, também, que há o apagamento do que poderíamos nomear de *justiça sexual*, ou seja, o reconhecimento e desmantelamento dos privilégios de acesso ao corpo e aos recursos da *outridade* por categorias hierarquicamente superiores na norma hegemônica. A *justiça sexual* faria visível, portanto, o funcionamento da cisgeneridade e da heterossexualidade compulsória, instauradas sob o formato de um regime colonial/moderno, bem como a condenação hegemônica das práticas e expressões sexuais dissidentes, alocadas, com frequência, entre as parafilias. Em suma, podemos pensar em uma colonialidade do sexo, pautada na catequização colonial/moderna que conforma as práticas e expressões entendidas como sexuais sob a categoria moderna da sexualidade, apregoando a privatização, obrigatoriedade, genitalização e intimização do sexo, assim como a entronização da entidade casal heterossexual monogâmico para organizar as práticas eróticas hegemônicas. Consequentemente, as práticas eróticas dissidentes passam a ocupar uma posição subalternizada na lógica categorial hierárquica, e o

campo hegemônico da saúde ocupa a função de vigiar, administrar e controlar tais práticas, sob o regimento do bom sexo, pelo dispositivo colonial/moderno da saúde sexual.

Ao atrelar a saúde sexual ao campo dos direitos sexuais, que participam do processo de cidadanização das mulheres-por-excelência, pode parecer, a uma primeira mirada, que sua institucionalização se trata unicamente de uma conquista. Em certa medida, corresponde efetivamente a um feito no campo governamental, afinal viabilizou e nomeou um importante debate no campo dos direitos e da saúde. Contudo, é preciso reconhecer que essa operação não tem logrado sucesso no combate às violências coloniais, tampouco tem atuado efetivamente no desmantelamento da categorização hierárquica de corpos, escolhas e subjetividades. Afinal, o regime político da sexualidade segue refinando suas práticas disciplinares, e reconhecer a atuação de seus tentáculos no domínio interpessoal se torna crucial para identificar as estratégias neocoloniais de reprodução de violências. A essencialização da categoria mulher-por-excelência, no seio da política familiar hegemônica, atua ao lado da cristalização das categorias subalternizadas sob o espectro das diversidades, reproduzindo a lógica categorial hierárquica da colonialidade. Assim, compreender como a sexualidade é organizada por um regime político colonial/moderno, com seus dispositivos (como a saúde sexual hegemônica), permite que voltemos a atenção para a construção e imposição das normativas hegemônicas em uma tarefa de antropologia da dominação.

A saúde, de maneira semelhante à sexualidade, figura na posição de um campo de disputa política por direitos, de modo que permite, nos tentáculos mais capilarizados do regime político da sexualidade, práticas de dissidência, desestabilização política e resistência. Afinal, como nos adverte a pedagogia das encruzilhadas, é da própria lama colonial que resgatamos o barro para construir outras possibilidades (RUFINO, 2019). É a partir da matéria que forma e informa as subjetividades na colonialidade que conseguimos traçar agências (MAHMOOD, 2006), ou costurar feridas desde o *locus* fraturado da diferença colonial (LUGONES, 2014). Desse modo, resta o desafio de dialogar e disputar com o regime político da sexualidade em seus efeitos estruturantes e macropolíticos, mas também em seus efeitos aparentemente singelos que forjam marcas de colonialidade do ser, do gênero e do sexo. Para além dos sentidos de diversidade, suposto completo bem-estar, controle e prevenção atribuídos à saúde sexual, esse constructo carrega como marca de nascença a capacidade inerente de ser campo de disputa política radical por direitos para as mulheres e para as dissidências.

Por fim, após atar todos esses nós, algumas pontas soltas se apresentam⁵⁰. Dentre elas, figura a possibilidade de uma práxis investigativa pautada na antropologia por demanda, ou seja, a produção de conhecimento desde as dissidências ensejando a efetiva garantia de direitos sexuais localizados, encarnados e contra-hegemônicos. Quiçá tais questionamentos possam servir como pistas para políticas públicas mais próximas das demandas territorializadas, levando em consideração as vivências dissidentes sem contrapô-las às normativas na lógica de categorização hierárquica. Junto a isso, urge um profundo cuidado e um firme posicionamento político frente às essencializações de categorias identitárias, que não têm logrado sucesso na efetiva garantia dos direitos sexuais, mas, ao contrário, têm atualizado a lógica categorial da colonialidade. No embate político e institucional, precisamos sustentar a complexidade inerente ao campo das sexualidades encarnadas e o questionamento profundo das normativas compulsórias impostas pela colonialidade. Assumindo o lugar de uma práxis investigativa interseccional e feminista decolonial, a produção de conhecimento aqui aventada possui um propósito fundamentalmente político na disputa por justiça social. Portanto, a partir dessa encruzilhada chamada Brasil, resta a espinhosa tarefa de traçar rotas contra-hegemônicas para a garantia de direitos no campo da saúde que não desconsiderem a complexidade da colonialidade inerente às subjetividades, ao gênero e ao sexo.

6.3 O erótico como política de subversão: ensaio contra-colonial por uma ética promíscua

O erótico é uma dimensão entre as origens da nossa autoconsciência e o caos dos nossos sentimentos mais intensos. É um sentimento íntimo de satisfação, e, uma vez que experimentamos a plenitude dessa profundidade de sentimento e reconhecemos o seu poder, em nome de nossa honra e de nosso respeito próprio, esse é o mínimo que podemos exigir de nós mesmas (LORDE, 2019, p. 67).

Talvez eu tenha escrito toda essa dissertação para poder dizer sobre o erótico. Poder dizer é algo muito forte, ainda que seja sobre a própria experiência, ou seja, o campo por excelência sobre o qual teoricamente se tem algum domínio. Ledo engano. Tomar as rédeas do campo da própria experiência é tão difícil quanto aprender um nó de *shibari*. Dá trabalho. Pede,

⁵⁰ Dentre essas pontas se encontram as estratégias devolutivas a serem articuladas e traçadas junto às equipes de saúde da família que contribuíram com essa pesquisa, e junto à secretaria municipal de saúde que autorizou e abalizou sua execução. A proposta a ser elaborada tem como horizonte a articulação estratégica de recursos que possam fortalecer a atenção em saúde sexual na atenção básica do município a partir dos princípios engendrados nessa pesquisa, e não uma mera devolução de informações acadêmicas disciplinares. Considerar a colonialidade do ser, do gênero e do sexo na prática em saúde pede a articulação dessa devolutiva, também, no domínio interpessoal.

antes de tudo, atenção e compreensão sobre todas as tramas que constituem a malha que forja nossa colonizada sexualidade.

Completam dez anos de minhas primeiras experiências sexuais normativas, completamente traumáticas, sem informação, sem amparo, na simbólica semana do oito de março. Algum tempo depois, quando consegui formular em palavras para uma ginecologista que eu não conseguia ter relações sexuais, recebi a prescrição de uma violência: “toma um vinho, relaxa e usa um lubrificante”. Convivi por anos com o vaginismo, e não foi a pior parte. O pior foi conviver com o regime de obrigatoriedade do sexo. No fundo, era meu corpo me protegendo daquilo que a colonialidade e o bom sexo não haviam me protegido, pois era preciso me tornar mulher pela vagina. Desde então, minha vida sexual e minha vida não reprodutiva guiaram os caminhos que eu precisava fazer, pessoal e academicamente. Afinal, “como um dildo, um livro é uma tecnologia cultural assistida de modificação do corpo sexual” (PRECIADO, 2022, p. 10).

A sexualidade guiou meus mais profundos traumas e meus mais potentes caminhos. Me resignifiquei como mulher por essa via e cheguei à conclusão de que não era suficiente. Me despi da monogamia, me desfiz da heterossexualidade e hoje me desfaço da minha capacidade reprodutiva. Não quero ser mulher de verdade, nem mulher por excelência. Meu corpo me ensinou que uma das maiores potências mora na recusa. Ser mulher livre me serviu como guia por um tempo, mas ser mulher para mim tem uma carga que eu não quero mais. Eu simplesmente desisto, e sim, eu posso fazê-lo. Não quero pretender que essa seja a única possibilidade, e tampouco estou dizendo que com essa operação conceitual eu me torno imune às violências infligidas às mulheres nessa sociedade machista, sexista, patriarcal e misógina. Seria muita ingenuidade pensar que eu não sei dessas violências cotidianas na pele. Mas a desistência clama por lugar na monocultura do gênero e do sexo, afinal de que outra maneira poderíamos cravar uma fenda no totalitário regime político da sexualidade?

A psicóloga guarani Geni Núñez (2022), a quem credito as reflexões acerca da desistência do gênero aos moldes de um *desbatismo*, nos lembra que a imposição das monoculturas pela colonização e pela catequização incidiram profundamente sobre a maneira como nos relacionamos com os corpos e com os desejos, determinando um regime para o autogoverno que se atualiza constantemente.

Toda colonialidade se narra positivamente, atribuindo a si mesma uma boa essência. Assim se atribuiu ao cristianismo amor, caridade, fidelidade e compaixão, mas o oposto aos “falsos” cristãos. (...) Também é preciso lembrar que todas as violências coloniais se organizavam menos em nome do ódio e muito mais em defesa do amor, da caridade e do bem (NÚÑEZ, 2022, p. 94).

O maniqueísmo inerente à compreensão eurocêntrica hierárquica e binária acerca dos fenômenos se manifesta na ideia de bom sexo. Como apregoam as monoculturas, o bom sexo só pode ser um, de um único jeito, e ainda parece que precisa ser bom para todo mundo. Mas não se fala muito sobre isso, que é para não dar margem para os tantos e subversivos usos do erótico. A administração cotidiana e paulatina do próprio bom sexo, para ser uma boa cidadã com boa saúde, se dá como tomar pílulas, dia após dia, que nos conformam para atuar segundo um *script* pronto para manter as coisas como elas são. Todas elas; os patriarcas, os governos, as famílias, os Estados, os casamentos, as empresas, as burguesas, os racistas e os reis. O bom sexo, por fim, destrói o erótico, definido por Audre Lorde (2019) como potência criativa e subversiva.

Reconhecer o poder do erótico nas nossas vidas pode nos dar a energia necessária para lutarmos por mudanças genuínas em nosso mundo, em vez de apenas nos conformarmos com trocas de personagens no mesmo drama batido (LORDE, 2019, p. 74).

É tão curioso quanto previsível constatar que o erótico não parece ter lugar no regime político da sexualidade colonial/moderno. E digo o erótico enquanto essa potência que nos lembra que não há por que seguir sem nos questionar, enquanto dissidências: por que permanecer em um lugar onde não existe nenhum prazer? “Assim, o erotismo teria suas raízes na resistência à racionalidade moderna, uma força irracional que tem a capacidade de ser fonte de poder e conhecimento, sempre suspeita para a sociedade ocidental” (CANSECO, 2022, p. 113). E é importante lembrar que esse erótico não se encontra vinculado à genitalidade como o sexo colonial/moderno, trata-se de uma outra coisa. “E não existe, para mim, nenhuma diferença entre escrever um bom poema e caminhar sob o sol junto ao corpo de uma mulher que eu amo”, nos adverte Audre Lorde (2019, p. 73).

Por definição, “o erotismo desmente o sujeito autossuficiente” (CANSECO, 2022, p. 114), desmascarando a falácia repetitiva de que somos responsáveis cabais pelo bom sexo.

De fato, o erotismo pode ser mobilizado contra nós ou pode mobilizar as estruturas violentas que organizam a sociedade, bem como as feridas e traumas de que são feitas nossas subjetividades. Pode ser uma esfera de existência alienada. Por isso, devemos confiar, sim, em sua força, mas também prestar atenção em como podemos pensar coletivamente sobre sua reparação (CANSECO, 2022, p. 115).

Urge, portanto, a emergência de uma nova ética para pensar o erótico coletivamente para além da monocultura, que segue infligindo violências sexuais desde o tamanho de uma farpa até a brutalidade de uma guilhotina. Penso que seja hora de aprender com as dissidências em vez de estudá-las, esquadrihá-las, medicalizá-las e diagnosticá-las como parafilias. Afinal, o regime político da sexualidade não nos tem levado, e nem levará, à potência

subversiva necessária à efetiva garantia dos direitos sexuais. Tampouco o fará a retórica acadêmica sem uma práxis contra-colonial.

Gostaria de acenar, enfim, para uma ética promíscua na tarefa de decolonizar a sexualidade. Uma ética que questione a *cis-hetero-mononormatividade* e forneça aparatos para lidar com a pluriversalidade do erótico. Uma ética que não admita preceitos únicos, prontos e normativos para a experiência do corpo e, portanto, não o colonize. Uma ética que nos livre da culpa e da vergonha, e que expurgue o casto, mas obrigatório, bom sexo. Que possamos sonhar com uma ética promíscua contrassexual como horizonte utópico. Afinal, a contrassexualidade como “uma tentativa de se tornar estrangeiro à própria sexualidade e de se perder na tradução sexual” (PRECIADO, 2022, p. 17) pode ser tomada como uma exímia prática contra-colonial. Assim como quem faz uso de uma tecnologia de trincheira, que possamos habitar a encruzilhada como lugar de espreita. Escapando pelos bueiros nas esquinas pulsa o erótico contrassexual, com a arapuca armada e pronta para estrangular e assassinar a culpa, a vergonha e a violência. E salvar o desejo, a alegria e a vida, ainda que em frangalhos, sempre.

REFERÊNCIAS

- AHMED, Sara. **La política cultural de las emociones**. Cidade do México: Universidad Nacional Autónoma de México, 2015.
- AKOTIRENE SANTOS, Carla. **Moça, Libido literária!** Salvador. 2 mar. 2023. Instagram: @carlaakotirene. Disponível em: <https://www.instagram.com/p/CpSmE7hOXca/>. Acesso em: 29 mai. 2023.
- ALMEIDA, Margareth Aparecida Santini de *et al.* Legislação brasileira relativa ao aborto: o conhecimento na formação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p. 243-248, 2012.
- ANTRA. **Dossiê: assassinatos e violências contra travestis e transexuais brasileiras em 2022**. BENEVIDES, Bruna (Org.). Brasília: Distrito Drag, 2023.
- ARAGUSUKU, Henrique Araújo. O percurso histórico da “ideologia de gênero” na Câmara dos Deputados: uma renovação das direitas nas políticas sexuais. **Agenda Política**, v. 8, n. 1, p. 106-130, 2020.
- BARBOSA, Gilda Maria S. *et al.* Aspectos epidemiológicos da papilomatose causada pelo papilomavírus humano em mulheres atendidas na atenção básica em saúde do município de Nova Iguaçu, Rio de Janeiro. **DST – Jornal brasileiro de doenças sexualmente transmissíveis**, v. 24, n. 4, p. 255-259, 2012.
- BARRA, Sabrina Alves R. **Gestão da Estratégia de Saúde da Família: o desafio de consolidar a intersetorialidade**. Dissertação de mestrado, Faculdade De Serviço Social, Universidade Federal De Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil, 2013.
- BELLENZANI, Renata; SANTOS, Alessandro de Oliveira dos; PAIVA, Vera. Agentes Comunitárias de Saúde e a Atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva de Jovens na Estratégia de Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. 3, p. 637-650, 2012.
- BEZERRA, Juliana da F.; LARA, Sonia Regina G. de; NASCIMENTO, Juliana Luporini do; BARBIERI, Marcia. Assistência à mulher frente à violência sexual e políticas públicas de saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 31, n. 1, 2018.
- BORSARI, Cristina Mendes Gigliotti; NOMURA, Roseli Mieko Yamamoto; BENUTE, Gláucia Guerra; NONNENMACHER, Danielle; LUCIA, Mara Cristina Souza de; FRANCISCO, Rossana Pulcineli Vieira. O aborto inseguro é um problema de saúde pública. **Femina**, v. 40, n. 2, p. 64-68, 2012.
- BOTTON, Andressa; CÚNICO, Sabrina Daiana; STREY, Marlene Neves. Diferenças de gênero no acesso aos serviços de saúde: problematizações necessárias. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, v. 25, n. 1, p. 67-72, 2017
- BOZZANO, Caroline Betemps. Feminismos transnacionais descoloniais: algumas questões em torno da colonialidade nos feminismos. **Revista Estudos Feministas**, v. 27, n.1, p. 1-7, 2019.

BRAGATO, Fernanda Frizzo. Para além do discurso eurocêntrico dos Direitos Humanos: contribuições da descolonialidade. **Revista Novos Estudos Jurídicos**, v. 19, n. 1, p. 201-230, 2014.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 2016. 496 p.

BRASIL. **Lei Nº 9.263/1996**, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1996.

BRASIL. **Lei Nº 14.443/2022**, de 2 de setembro de 2022. Altera a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, para determinar prazo para oferecimento de métodos e técnicas contraceptivas e disciplinar condições para esterilização no âmbito do planejamento familiar. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos**: uma prioridade do governo. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao abortamento**: norma técnica. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao abortamento**: norma técnica. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica**: Saúde das Mulheres. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa (Org.). Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde. 1. ed., Cadernos de Atenção Básica, n. 26, 300 p., 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A Implantação da Unidade de Saúde da Família**. Milton Menezes da Costa Neto (Org.). Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BUTLER, Judith. O parentesco é sempre tido como heterossexual? Tradução de Valter Arcanjo da Ponte. **Cadernos Pagu**, v. 21, p. 219-260, 2003.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. TV Senado. **Elas Pautam**: Planejamento Familiar. Programa exibido em 3 jun. 2022. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=DXqe5HVTywo>. Acesso em 18 fev. 2023.

CANSECO, Beto. Sobre eros e sua força subversiva: carta a quem quiser mudar o mundo. In: AMBRA, Pedro (Org.). **As subversões do erótico**. São Paulo: Editora Bregantini, p. 109-119, 2022.

CARRARA, Sérgio. Moralidades, racionalidades e políticas sexuais no Brasil contemporâneo. **MANA**, v. 21, n. 1, p. 323-345, 2015.

CECÍLIO, Luiz Carlos de O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, p. 113-26, 2001.

CELLARD, André. A análise documental. In: Poupart, J. (Org.). **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Tradução de Ana Cristina Nasser. 3a ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

CLADEM. **20 anos da Conferência do Cairo**: balanço do cumprimento do programa em treze países selecionados da América Latina e Caribe, 2013. Disponível em: <www.cladem.org>. Acesso em: 2 jun. 2021.

COLETIVO COMBAHEE RIVER. (1977). Manifesto do Coletivo Combahee River. Tradução de Stefania Pereira e Leticia Simões Gomes. **PLURAL** - Revista do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da USP, São Paulo, v.26, n. 1, p.197-207, 2019.

COLLINS, Patricia Hill. **Pensamento feminista negro**: conhecimento, consciência e a política do empoderamento. Tradução de Jamille Pinheiro Dias. 1a ed. São Paulo: Boitempo, 2019.

COLLINS, Patricia Hill; BILGE, Sirma. **Interseccionalidade**. Tradução de Rane Souza. 1a ed. São Paulo: Boitempo, 2021.

CORRÊA, Sônia; ALVES, José Eustáquio Diniz; JANUZZI, Paulo de Martino. Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. In: CAVENAGHI, Suzana (Org.). **Indicadores Municipais de Saúde Sexual e Reprodutiva**. Rio de Janeiro: ABEP. Brasília: UNFPA, p. 29-62, 2006

CORRÊA, Sonia. Cruzando a linha vermelha: questões não resolvidas no debate sobre direitos sexuais. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 12, n. 26, p. 101-121, 2006.

COSTA, Alcione; ROSADO, Lilian; FLORÊNCIO, Alexandre; XAVIER, Edleide. A história do planejamento familiar e sua relação com os métodos contraceptivos. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 37, n. 1, 2013.

CUESTAS-CAZA, Javier. El discurso del desarrollo em las políticas públicas: del postdesarrollo a la crítica decolonial. **Trayectorias Humanas Transcontinentales**, n. 4, p. 53-67, 2019.

CURIEL, Ochy. Construindo metodologias feministas a partir do feminismo decolonial. In: HOLLANDA, Heloísa Buarque de (Org.). **Pensamento feminista hoje: perspectivas decoloniais**. 1 ed. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, p. 137-157, 2020.

CURIEL, Ochy. **La Nación Heterosexual: Análisis del discurso jurídico y el régimen heterosexual desde la antropología de la dominación**. 1a ed. Bogotá: Brecha Lésbica y en la frontera, 2013.

CURIEL, Ochy. Um diálogo decolonial na colonial cidade de Cachoeira/BA: Entrevista com Ochy Curriel. Entrevista concedida a Alnaba Brazão Teixeira, Ariana Mara da Silva e Ângela Figueiredo. **Cadernos de Gênero e Diversidade**, Salvador, v. 3, n. 4, 2017.

DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S. Introdução: A disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (Orgs.). **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. Tradução de Sandra Regina Netz. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DULCI, Tereza Maria Spyer; MALHEIROS, Mariana Rocha. Um giro decolonial à metodologia científica: apontamentos epistemológicos para metodologias desde e para a América Latina. **Espirales**, ed. especial, jan. 2021.

DUSSEL, Enrique. A New Age in the history of philosophy: the world dialogue between philosophical traditions. **Philosophy and social criticism**, 35(5), 499-516, 2009.

ESCOBAR, Arturo. El desarrollo y la antropología de la modernidade. In: ESCOBAR, Arturo. **La Invención del Tercer Mundo: construcción y deconstrucción del desarrollo**. Bogotá: Norma, p. 19-45, 1996.

FERREIRA, Verônica Clemente *et al.* Saúde da Mulher, Gênero, Políticas Públicas e Educação Médica: Agravos no Contexto de Pandemia. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 44, 2020.

FLEURY, S; OUVENEY, A. M. Política de Saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C.; NORONHA, J.C.; CARVALHO, A.I. (Orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

FOUCAULT, Michel. (1969). **A arqueologia do saber**. 7a ed. Tradução de Luiz Felipe Baeta Neves. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

FOUCAULT, Michel. (1988). **História da sexualidade I: a vontade de saber**. 13a ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2011.

FOUCAULT, Michel. (1994). **Estratégia, Poder-Saber**. 2a ed. (Coleção Michel Foucault: Ditos & escritos IV). Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade II: o uso dos prazeres**. 8a ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

FOUCAULT, Michel. **Resumo dos cursos do Collège de France: 1970-1982**. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.

FREIRE, Nilcéa. Aborto seguro: um direito das mulheres? **Ciência e Cultura**, São Paulo, v. 64, n. 2, p. 31-32, 2012.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 72a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2022.

GIOVANELLA, Livia. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 8, p. 1-5, 2018.

GONZAGA, Paula Rita Bacellar; MAYORGA, Cláudia. Violências e Instituição Maternidade: uma Reflexão Feminista Decolonial. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 39, p. 59-73, 2019

GONZALEZ, Lélia. Racismo e sexismo na cultura brasileira. In: SILVA, L. A. *et al.* Movimentos sociais urbanos, minorias e outros estudos. **Ciências Sociais Hoje**, Brasília, ANPOCS, n. 2, p. 223-244, 1983.

GONZÁLEZ REY, Fernando. O compromisso Ontológico na Pesquisa Qualitativa. In: GONZÁLEZ REY, F. **Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação**. Tradução de Marcel Aristides Ferrada Silva. São Paulo: Cengage Learning, 2010.

GROSGOUEL, Ramón. A estrutura do conhecimento nas universidades ocidentalizadas: racismo/sexismo epistêmico e os quatro genocídios/epistemicídios do longo século XVI. **Revista Sociedade e Estado**, v. 31, n. 1, p. 25-49, 2016.

GUIMARÃES, Marina Soares. **Protocolando condutas, etiquetando pessoas: as políticas prescritivas da sexualidade em um protocolo clínico do Ministério da Saúde**. Dissertação de mestrado, Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2018

HARAWAY, Donna. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cadernos Pagu**. Campinas, v. 5, p. 7-41, 1995.

HEILBORN, Maria Luiza *et al.* Assistência em contracepção e planejamento produtivo na perspectiva de usuárias de três unidades do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, supl. 2, 2009.

IPEA. Brasil tem cerca de 822 mil casos de estupro a cada ano, dois por minuto. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**, 2 mar. 2023. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/categorias/45-todas-as-noticias/noticias/13541-brasil-tem-cerca-de-822-mil-casos-de-estupro-a-cada-ano-dois-por-minuto>. Acesso em 30 mai. 2023.

IRINEU, Bruna Andrade. Homonacionalismo e cidadania LGBT em tempos de neoliberalismo: dilemas e impasses às lutas por direitos sexuais no Brasil. **Revista Em Pauta**, v. 12, n. 34, p. 155-178, 2014.

JUNQUEIRA, Rogério Diniz. A invenção da "ideologia de gênero": a emergência de um cenário político-discursivo e a elaboração de uma retórica reacionária antigênero. *Revista psicologia política*, v. 18, n. 43, p. 449-502, 2018.

KATS, Jonathan Ned. Antes da heterossexualidade: Olhando para Trás. In: KATS, J. N. **A invenção da heterossexualidade**. Rio de Janeiro: Ediouro, p. 45-66, 1996.

LEAL, Tatiana; BAKKER, Bruna. A mulher bioquímica: invenções do feminino a partir de discursos sobre a pílula anticoncepcional. **Revista Eletrônica de Comunicação Informação & Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, 2017.

LEMOS, Adriana. Direitos sexuais e reprodutivos: percepção dos profissionais da atenção primária em saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 244-253, 2014.

LORDE, Audre. (1979). Mulheres negras: As ferramentas do mestre nunca irão dismantelar a casa do mestre. **Portal Geledés**, 10 jul. 2013. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/mulheres-negras-as-ferramentas-do-mestre-nunca-irao-dismantelar-a-casa-do-mestre/>. Acesso em 30 mai. 2023.

LORDE, Audre. Os usos do erótico: O erótico como poder. In: LORDE, Audre. **Irmã outsider**. Tradução de Stephanie Borges. Belo Horizonte: Autêntica, p. 66-74, 2019

LUGONES, María. Rumo a um feminismo decolonial. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 935-952, 2014.

MAHMOOD, Saba. Teoria feminista, agência e sujeito liberatório: algumas reflexões sobre revivalismo islâmico no Egito. **Etnográfica**, v. 10, n. 1, p. 121-158, 2006.

MALDONADO-TORRES, Nelson. A topologia do Ser e a geopolítica do conhecimento: Modernidade, império e colonialidade. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, v. 80, p. 71-114, 2008.

MANDÚ, Edir Nei Teixeira. A expressão de necessidades no campo da atenção básica à saúde sexual. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 6, p. 703-709, 2005.

MAYORGA, Cláudia; MAGALHÃES, Manuela. de S. Feminismo e as lutas pelo aborto legal ou por que a autonomia das mulheres incomoda tanto? In: M. B. Maia (Org.). **Direito de decidir: múltiplos olhares sobre o aborto**. Belo Horizonte: Autêntica, p. 141-170, 2008.

MENDES, Tess Carvalho; LANDO, George André. A Inconstitucionalidade do artigo 10, I e § 5º, da Lei do Planejamento Familiar. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 8, 2020.

MENEGHEL, Stela Narareth; ANDRADE, Daniela Pinheiro. Conversas entre mulheres durante o exame citopatológico. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 174-186, 2019.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MESTRE MALFRÁN, Yarlenis Ileinis. **Políticas públicas de salud trans-específica y de reproducción asistida en Cuba**: un análisis feminista interseccional. Tese de doutorado, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil, 2021.

MIGNOLO, Walter. Desafios decoloniais hoje. **Epistemologias do Sul**, Foz do Iguaçu, v. 1, n. 1, p. 12-32, 2017.

MILLET, Kate. **Política sexual**. Tradução de Alice Sampaio, Gisela da Conceição e Manuela Torres. Lisboa: Publicações Dom Quixote. 1969.

MINAYO, Maria Cecília de S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**. São Paulo, v. 5, n. 7, p. 1-12, 2017.

MIÑOSO, Yuderkys Espinosa. Fazendo uma genealogia da experiência: o método rumo a uma crítica da colonialidade da razão feminista a partir da experiência histórica na América Latina. In: HOLLANDA, Heloisa Buarque (Org.). **Pensamento feminista hoje**: perspectivas decoloniais. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2020.

MIÑOSO, Yuderkys Espinosa. La política sexual radical autónoma, sus debates internos y su crítica a la ideología de la diversidad sexual (en Jornadas Pensando los Feminismos en Bolivia, 2011). In: GUZMÁN, Alejandra de Santiago; CABALLERO, Edith; ORTUÑO, Gabriela Gonzáles (Org.). **Mujeres intelectuales**: feminismos y Liberación em América Latina y el Caribe. 1 ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO, 2017.

MOGROVEJO, Norma. Diversidad sexual, um concepto problemático. In: GUZMÁN, Alejandra de Santiago; CABALLERO, Edith; ORTUÑO, Gabriela Gonzáles (Org.). **Mujeres intelectuales**: feminismos y Liberación em América Latina y el Caribe. 1 ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO, 2017.

MORAIS, Ana Luiza; QUEIROZ, Isabela Saraiva de. Controle hormonal, agência e medicalização do corpo da mulher. **Psicologia em Revista**, v. 27, n. 3, p. 681-700, 2021.

MOSCHKOVICH, Marília. Amor não é um sentimento: pensar numa sociedade sem exploração, como projeto, exige também elaborar tensões que possam dinamizar a superação da monogamia. **Revista Cult**, v. 286, p. 18-21, 2022.

MOUNTIAN, Ilana. Reflexões sobre metodologias críticas em pesquisa: interseccionalidade, reflexividade e situacionalidade. **Revista de Psicologia Política**, São Paulo, v. 17, n. 40, p. 454-469, 2017.

MUNANGA, Kabengele. **Rediscutindo a mestiçagem no Brasil**: identidade nacional versus identidade negra. Petrópolis: Vozes, 1999.

NARVAZ, Martha Giudice. Gênero: para além da diferença sexual - Revisão da literatura. **Aletheia**, Canoas, n. 32, p. 174-182, 2010.

NEVES, Sofia; NOGUEIRA, Conceição. Metodologias Feministas: A Reflexividade ao serviço da Investigação nas Ciências Sociais. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 18, n. 3, p. 408-414, 2005.

NÚÑEZ, Geni. O sistema de monoculturas da sexualidade, da fé e dos afetos: reflorestando imaginários. In: AMBRA, Pedro (Org.). **As subversões do erótico**. São Paulo: Editora Bregantini, p. 87-97, 2022.

OLIVEIRA, Ana Roberta; LYRA, Jorge. Direitos Sexuais e Reprodutivos de Adolescentes e as Políticas Públicas de Saúde: desafios à Atenção Básica. In: LYRA, J.; MEDRADO, B.; OLIVEIRA, A. R.; SOBRINHO, A. (Orgs.). **Juventude, mobilização social e saúde: Interlocuções com políticas públicas**. Recife: Instituto PAPA/MAB/Canto Jovem, 136 p, 2010.

OSIS, Maria José Martins Duarte. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 25-32, 1998.

OYEWUMÍ, Oyèrónké. (1997). **A invenção das mulheres: construindo um sentido africano para os discursos ocidentais de gênero**. 1 ed. Tradução de Wanderson Flor do Nascimento. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2021.

OYEWUMÍ, Oyèrónké. Conceituando o gênero: os fundamentos eurocêntricos dos conceitos feministas e os desafios das epistemologias africanas. In: HOLLANDA, Heloisa Buarque (Org.). **Pensamento feminista hoje: perspectivas decoloniais**. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2020.

PAIVA, Vera. A psicologia redescobrirá a sexualidade? **Psicologia em Estudo**. Maringá, v. 13, n. 4, p. 641-651, 2008.

PATEMAN, Carole. (1988). **O contrato sexual**. 4a ed. Tradução de Marta Avancini. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2022.

PEDRO, Joana Maria. A experiência com contraceptivos no Brasil: uma questão de geração. **Revista Brasileira de História**. São Paulo, v. 23, n. 45, p. 239-260, 2003.

PEREIRA, Lourenço B. de C.; CHAZAN, Ana Cláudia S. O Acesso das Pessoas Transexuais e Travestis à Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 41, 2019.

PERUCCHI, Juliana. **Mater semper certa est pater nunquam: O discurso jurídico como dispositivo de produção de paternidades**. Tese de doutorado, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil, 2008.

PERUCCHI, Juliana; OLIVEIRA, Martha Loures Choucair. Proposições acerca da noção de família brasileira: um estudo em psicologia social. In. BARBOSA, A.J.G. **Atualizações em Psicologia Social e Desenvolvimento Humano**. Juiz de Fora: Editora da UFJF, p.51-72, 2011.

PINHEIRO, Luana; GALIZA, Marcelo; FONTOURA, Natália. Novos arranjos familiares, velhas convenções sociais de gênero: a licença-parental como política pública para lidar com essas tensões. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 17, n. 3, p. 851-859, 2009.

PINTO, Valdir Monteiro; BASSO, Caritas Relva; BARROS, Claudia Renata dos Santos; GUTIERREZ, Eliana Battaggia. Fatores associados às infecções sexualmente transmissíveis:

inquérito populacional no município de São Paulo, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 7, p. 2423-2432, 2018.

PIRES, Patrícia Vitória; MEYER, Dagmar Elizabeth Estermann. Noções de enfrentamento da feminização da aids em políticas públicas. **Revista Polis e Psique**, v. 9, n. 3, p. 95-113, 2019.

PISCITELLI, Adriana. Re-criando a (categoria) mulher? In: ALGRANTI, L. (Org.), **A prática feminista e o conceito de gênero**. Campinas: IFCH-UNICAMP, 2002.

PORTA DOS FUNDOS. **Sudestino**. 2022. Disponível em: <<https://portadosfundos.com.br/videos/sudestino/>>. Acesso em 1 fev 2023.

PORTO, Roberta Taynan Souza; BISPO JÚNIOR, José Patrício; LIMA, Elvira Caires de. Violência doméstica e sexual no âmbito da Estratégia de Saúde da Família: atuação profissional e barreiras para o enfrentamento. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 3, p. 787-807, 2014.

PRECIADO, Paul. **Manifesto contrassexual**: práticas subversivas de identidade sexual. Tradução de Maria Paula Gurgel Ribeiro. 1a ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2022

PREFEITURA DE JUIZ DE FORA. Secretaria de Saúde. **Plano Diretor da Atenção Primária em Saúde**: Projeto de Implantação. T. C. Horta, M. A. M. B. Guimarães, C. R. Franco, A. P. B. Costa (Orgs.). Juiz de Fora: Secretaria de Saúde, 2014.

QUIJANO, Anibal. Colonialidade do poder, Eurocentrismo e América Latina. In: LANDER, E. (Org.). **A colonialidade do saber**: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas. Buenos Aires: CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, 2005.

RIBEIRO, Manoel Carlos S. de A.; BARATA, Rita Barradas; ALMEIDA, Márcia Furquim; SILVA, Zilda Pereira. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS – PNAD 2003. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 1011-1022, 2006.

RODRIGUES, Lígia Maria Cabedo; MARTINIANO, Claudia Santos; CHAVES, Ana Elisa Pereira; AZEVEDO, Elisângela Braga de; UCHOA, Severina Alice da Costa. Abordagem às doenças sexualmente transmissíveis em unidades básicas de saúde da família. **Cogitare enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 63-69, 2011.

ROHDEN, Fabíola. **Uma Ciência da Diferença**: sexo e gênero na medicina da mulher. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001.

RUBIN, Gayle. **Pensando o Sexo**: Notas para uma Teoria Radical das Políticas da Sexualidade. Tradução de Felipe Bruno Martins Fernandes. 1a ed. Routledge, 2006.

RUFINO, Luiz. **Pedagogia das encruzilhadas**. Rio de Janeiro: Mórula Editorial, 2019.

SAMPAIO, Juliana; SANTOS, Roseléia Carneiro dos; CALLOU, Jayce Layana Lopes; SOUZA, Bruna Barreto Cunha. Ele não quer com camisinha e eu quero me prevenir: exposição de adolescentes do sexo feminino às DST/aids no semi-árido nordestino. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 1, p. 171-181, 2011.

SAMPAIO, Juliana; SANTOS, Roseléia Carneiro dos; PAIXÃO, Leilane Almeida; TORRES, Tatiany Soares. Promoção da saúde sexual: desafios no vale do São Francisco. **Psicologia & Sociedade**, 22(3), 499-506, 2010.

SANTOS, Rayani Mariano dos. A mobilização de questões de gênero e sexualidade e o fortalecimento da direita no Brasil. **Agenda Política: Revista de Discentes de Ciência Política da Universidade Federal de São Carlos**, São Carlos, v. 8, n. 1, p. 50-77, 2020.

SANTOS, Yumi Garcia. As mulheres como pilar da construção dos programas sociais. **Caderno CRH**, Salvador, v. 27, n. 72, p. 479-494, 2014.

SCOTT, Joan W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71-99, 1995.

SCOTT, Joan. Experiência. In: SILVA, Alcione Leite; LAGO, Mara Coelho de Souza; RAMOS, Tânia Regina Oliveira (Orgs.). **Falas de Gênero**. Santa Catarina: Editora Mulheres, 1999.

SILVA, Juliana Guimarães *et al.* Direitos sexuais e reprodutivos de mulheres em situação de violência sexual: o que dizem gestores, profissionais e usuárias dos serviços de referência? **Saúde e Sociedade**, v. 28, n. 2, p. 187-200, 2019.

SILVESTRI, Leonor. Creo que el feminismo, de seguir así, un día estará em contra del aborto. Entrevista a Flor Arriola. **Pikara Magazine**, 30 jul. 2015. Disponível em: <https://www.pikaramagazine.com/2015/07/creo-que-el-feminismo-de-seguir-asi-un-dia-estara-en-contra-del-aborto/>. Acesso em 29 mai. 2023.

SPIVAK, Gayatri Chakravorty. **Pode o subalterno falar?** Tradução de Sandra Regina Goulart Almeida, Marcos Pereira Feitosa, André Pereira Feitosa. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2010.

SRINIVASAN, Amia. O direito ao sexo: Feminismo no século XXI. Tradução de Maria Cecilia Brandi. 1a ed. São Paulo: Todavia, 2021.

STRATHERN, Marilyn. Necessidade de pais, necessidade de mães. **Revista Estudos Feministas**, v. 3, n. 2, p. 303-329, 1995.

TEIXEIRA, Alessandra; GALLO, Mel Bleil. Nosso útero, nosso território: justiça reprodutiva e suas lutas decoloniais por aborto e maternidade. **(SYN)THESIS**, v. 14, n.2, p. 52-66, 2021.

TELO, Florita Cuhanga António. Direitos reprodutivos e (des)colonização: Notas preliminares sobre a colonialidade dos direitos reprodutivos. **Cadernos de Gênero e Diversidade**, v. 5, n. 4, p. 199-218, 2019.

TELO, Shana Vieira; WITT, Regina Rigatto. Saúde sexual e reprodutiva: competências da equipe na Atenção Primária à Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 11, p. 3481-3490, 2018.

TERUYA, Marisa Tayra. A família na historiografia brasileira: bases e perspectivas teóricas. In: XII Encontro Nacional de Estudos Populacionais (ABEP), Caxambu, MG. **Brasil, 500 anos:**

mudanças e continuidades, Anais de Congresso, p.115-127, 2000. Disponível em: <http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/view/1041>. Acesso em 29 mai. 2023.

TRINDADE, Wânia Ribeiro; FERREIRA, Márcia de Assunção. Sexualidade feminina: questões do cotidiano das mulheres. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 3, p. 417-426, 2008.

TRUTH, Sojourner. (1851). E não sou uma mulher? **Portal Geledés**, 8 jan. 2014. Disponível em <https://www.geledes.org.br/e-nao-sou-uma-mulher-sojourner-truth>. Acesso em 30 mai. 2023.

UTT, Jamie. “We’re all just different!” How Intersectionality is Being Colonized by White People. **Thinking Race**, 24 abr. 2017. Disponível em: <https://thinkingraceblog.wordpress.com/2017/04/24/were-all-just-different-how-intersectionality-is-being-colonized-by-white-people/>. Acesso em 30 mai. 2023.

VASALLO, Brigitte. **O desafio poliamoroso**: por uma nova política dos afetos. Tradução de Mari Bastos. São Paulo: Elefante, 2022.

VERGUEIRO, Viviane. Pensando a cisgeneridade como crítica decolonial. In: MESSEDER, S., CASTRO, M.G.; MOUTINHO, L. (Orgs.). **Enlaçando sexualidades**: uma tessitura interdisciplinar no reino das sexualidades e das relações de gênero [online]. Salvador: EDUFBA, p. 249-270, 2016.

VIEIRA, Elisabeth M. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

WALLERSTEIN, Immanuel. Vol. I: a agricultura capitalista e as origens da economia-mundo europeia no século XVI. In: WALLERSTEIN, I. **O sistema munsridial moderno**. Porto: Ed. Afrontamentos, 1974.

WEEKS, Jeffrey. La construcción de las identidades genéricas y sexuales: la naturaleza problemática de las identidades. In: SZASZ, Ivonne; LERNER, Susana. **Sexualidades en México**: algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales. Colegio de México, 1998.

WITTIG, Monique. O pensamento hétero. In: WITTIG, M. **O pensamento heterossexual e outros ensaios**. Tradução de Maíra Mendes Galvão. 1a ed. Belo Horizonte: Autêntica, p 55-67, 2022.

XAVIER, Anna Karina; ROSATO, Cassia Maria. Mulheres e Direitos: Saúde sexual e reprodutiva a partir das Conferências da ONU. **Revista Ártemis**, v. 21, p. 116-130, 2016.

ZANELLO, Valeska. **Saúde mental, gênero e dispositivos**: cultura e processos de subjetivação. 1a ed. Curitiba: Appris, 2018

Roteiro de Entrevista

Apresentação da equipe (pesquisadora e estagiários), da pesquisa e do processo de entrevista.

Apresentação e assinatura do TCLE.

Nome	
Idade	
Identificação racial	
Identidade de gênero	
Escolaridade	
Ano e instituição de formação	
Profissão	
Cargo no equipamento	
Tempo de trabalho neste equipamento	
Telefone	
E-mail	

- 1) No período em que trabalhou nesse equipamento, atuou em quais cargos e funções?
- 2) Nesse tempo de trabalho, você já ouviu falar de saúde sexual? *O quê? Em quais circunstâncias?*
- 3) Na sua trajetória, desde que entrou no serviço, você atuou de alguma forma com questões relacionadas à saúde sexual em atendimentos que realizou (ou fora do contexto dos atendimentos)? *Como? Em quais circunstâncias?*
- 4) O que você entende por saúde sexual? E por sexualidade?

- 5) Como você aborda a saúde sexual nos atendimentos que faz em seu trabalho hoje? O que você considera importante ser abordado em um atendimento em saúde sexual?
- 6) Para você, qual é o papel da atenção básica no cuidado em saúde sexual?
- 7) E as demandas da população usuária do serviço aqui nessa unidade? Aparecem questões que estão relacionadas à saúde sexual? *Como? Em quais circunstâncias?* Na sua percepção, como essas demandas são acolhidas?
- 8) Na sua percepção, qual é o perfil do público que prioritariamente acessa o atendimento voltado à saúde sexual (ex. mulheres, adolescentes, homens gays, pessoas casadas etc...)? Como se dá esse acesso (ex. demanda espontânea, grupos, busca ativa, campanhas...)?
- 9) A depender do tipo de público que busca atendimento em saúde sexual, as demandas variam? E a maneira de atender, varia também? *Você poderia me dar exemplos?*
- 10) Você conhece a sigla LGBTQIA+? [Explicar caso não conheça]. A população LGBTQIA+ costuma acessar esse serviço? *Como? Em quais circunstâncias?*
- 11) Para você, a saúde sexual se relaciona com a saúde reprodutiva? *De que maneira? Em quais circunstâncias?*
- 12) E sobre os direitos sexuais? Você conhece esses direitos? Para você, existe ligação entre os direitos sexuais e a saúde sexual? *Se sim, como essas duas coisas se relacionam?*
- 13) Em sua formação e no tempo de trabalho na atenção básica, você considera ter tido algum aprendizado para lidar com questões voltadas para a saúde sexual? *Qual? Em quais circunstâncias?*
- 14) Você conhece os Cadernos de Atenção Básica – Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva? Se sim, o que você acha desse material? Existe um exemplar aqui na unidade?

SUS - JF

Secretaria Municipal de Saúde

INSTITUTO DA MULHER

FICHA CLÍNICA DA MULHER

Consultório



Nome: _____		Profissão: _____	
Idade: _____		Nº: _____	Data: _____
Convênio: _____		Naturalidade: _____	
Cor: _____			
Queixa Principal: _____			
Hist. da Doença atual: _____		Menarca: _____ D.U.M.: _____	
_____		Ciclos posteriores: _____	
_____		Método anticoncepcional: _____	
Hist. patológica progressiva (pessoal e familiar):		Gesta: _____ Para: _____ Aborto: _____	
cardiovasculares: _____		Parto Normal: _____ Cesariana: _____	
endócrinas/metabólicas: _____		1º Parto: _____ Últ. Parto: _____	
osteoporose: _____		Aleitamento: _____	
alergia: _____		1º Coito: _____ Nº parceiros: _____	
virose: _____		Coito anal: _____ Orgasmo: _____	
DST: _____		Medicamentos em uso: _____	
câncer: _____		_____	
cirurgia: _____		_____	
acidentes: _____		Tabagismo: _____ Etilismo: _____	
transusão: _____		Drogas: _____	
outros: _____		Obs: _____	

Peso: _____	Altura: _____	P.A.: _____	ACV: _____	A.R.: _____	Membros inferiores: _____
MAMAS 	Inspeção estática: _____	EXAME ESPECULAR 	Vagina: _____		
	Inspeção dinâmica: _____		Colo: _____		
	Palpação: _____		Muco Cervical: _____		
	Aréola e papila: _____		_____		
VULVA e PERÍNEO 	Axilas: _____	TOQUE 	Vagina: _____		
	Pilosidade: _____		Colo: _____		
	Lábios: _____		Útero: _____		
	Clítoris: _____		Anexo D: _____		
	Meato uretral: _____		Anexo E: _____		
	Gl. Bartholin: _____		Reto: _____		
	Hímen: _____		Parâmetros: _____		
Estática pélvica: _____	_____				
Incontinência urinária: _____	_____				
Obs: _____	_____				
Abdome: _____					

Impressão diagnóstica: _____
 Conduta: _____