



Cíntia de Sousa Carvalho

**Entre Ditos, Não-ditos e Interditos: Saúde Sexual de
Mulheres Jovens com Práticas Afetivo-sexuais com
Mulheres**

Dissertação de Mestrado

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação
em Psicologia Clínica da PUC-Rio como requisito parcial
para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientadora: Prof^a. Solange Jobim e Souza

Rio de Janeiro
Janeiro de 2011



Cíntia de Sousa Carvalho

**Entre Ditos, Não-ditos e Interditos: Saúde Sexual
de Mulheres Jovens com Práticas Afetivo-sexuais com
Mulheres**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica do Departamento de Psicologia do Centro de Teologia e Ciências Humanas da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo assinada.

Profa. Solange Jobim e Souza

Orientadora

Departamento de Psicologia - PUC-Rio

Prof. Guilherme Silva de Almeida

Departamento de Serviço Social – UERJ

Prof. Marcelo Santana Ferreira

Departamento de Psicologia - UFF

Profa. Denise Berruezo Portinari

Coordenador Setorial de Pós-Graduação
e Pesquisa do Centro de Teologia
e Ciências Humanas – PUC-Rio.

Rio de Janeiro, 21 de fevereiro de 2011

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização do autor, do orientador e da universidade.

Cíntia de Sousa Carvalho

Graduou-se em Psicologia na Universidade Federal do Mato Grosso (2008). Pós-graduanda Lato Sensu do Curso de Gênero e Sexualidade do CLAM/IMS/UERJ (2010/2011). Bolsista de mestrado: CAPES (2009) e FAPERJ Nota 10 (2010). Participou de intercâmbio no Programa de Mestrado em Psicologia na Universidade de Lisboa (PT) (2007-2008). Atualmente participa de eventos ligados à diversidade sexual e saúde pública.

Ficha Catalográfica

Carvalho, Cíntia de Sousa

Entre ditos, não-ditos e interditos: saúde sexual de mulheres jovens com práticas afetivo-sexuais com mulheres / Cíntia de Sousa Carvalho ; orientadora: Solange Jobim e Souza. – 2011.

177 f. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado)–Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia, 2011.

Inclui bibliografia

1. Psicologia – Teses. 2. Mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres. 3. Saúde sexual. 4. Sexualidade. 5. Gênero. 6. Políticas Públicas de Saúde I. Souza, Solange Jobim e. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Psicologia. III. Título.

CDD: 150

Agradecimentos

À Solange Jobim e Souza, pela orientação permeada por carinho, dedicação, sabedoria e incentivo. Mas, em especial, por me ensinar a ser uma “apanhadora de desperdícios” e andar com propriedade pelos desvios.

Aos professores da Universidade Federal de Mato Grosso, em especial à Raquel Gonçalves Salgado, pela caprichosa orientação no início de meu percurso como investigadora.

Aos colegas (amigos!) do GIPS: André, Carol, Cristina, Danilo, Denise, Djalma, Elaine, Elis, Gamba, Jessé, Lucas, Luciana, Marcelo, Renata. Pelas trocas, apoio e risadas.

Ao Danilo, pelo companheirismo e conversas sem ponto final. Por “amaciar” os momentos e me ensinar a (re)inventar junto.

À Elis, pela força, amizade e companhia fiel nos momentos de reflexão.

À minha grande família goiana, especialmente minha mãe e meu pai, por me ensinarem que a grandeza do trabalho e dedicação repousa nos braços dos sonhos. Por serem fortaleza, porto-seguro e sentido. Por serem vocês.

Ao Luiz Carlos, pela força e respeito. Pelo apoio certo nos momentos difíceis e carinho desmedido.

À minha família carioca: Tia Neuza, Edison, Valdemy, Catarina e Cilaine, pelo cuidado e qualidade de presença nestes dois anos.

Às Renatas do Mestrado, pela amizade de riso frouxo e companhia nos momentos mais árduos.

Aos eternos amigos do Mato Grosso: Anaclara, George, Jinessa, Maira, Maria, Marisa, Renata e Sérgio. Por entenderem minha ausência e distância. Pelos mais lindos momentos de (des)aprendizagem necessária.

Aos participantes desta pesquisa (oficiais e não-oficiais), sem o qual esta não seria possível. Minha profunda gratidão.

À Marcelina e Verinha, pela ajuda, trabalho e prestatividade paciente.

A CAPES, FAPERJ e PUC-Rio, pelos auxílios concedidos e indispensáveis para a efetivação desta pesquisa.

Resumo

Carvalho, Cíntia de Sousa; Jobim e Souza, Solange (Orientadora). **Entre ditos, não-ditos e interditos: saúde sexual de mulheres jovens com práticas afetivo-sexuais com mulheres.** Rio de Janeiro, 2011. 177p. Dissertação de Mestrado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Na presente investigação objetivou-se analisar a trajetória afetivo-sexual de mulheres jovens com práticas afetivo-sexuais com mulheres, tendo como foco os cuidados e os sentidos construídos acerca da saúde sexual. Dessa forma, este trabalho de pesquisa justifica-se por meio de duas questões centrais: a primeira se refere à necessidade de se mapear as linhas de força que possibilitaram que a experiência de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres fosse tomada de modo tão discreto para se pensar as especificidades de saúde; a segunda se refere ao que a Psicologia pode contribuir ao campo tema, visto as constatações epidemiológicas dos riscos que acometem estas mulheres, de modo que se possa oferecer subsídios para se compreender os discursos e sentidos obscurecidos nos dados de saúde. Sendo assim, o trabalho em questão foi realizado por meio do que denominamos de *encontros de (conversa)ação* com sete mulheres jovens com práticas afetivo-sexuais com mulheres, entre 18 e 30 anos, na cidade do Rio de Janeiro, e com oito médicos ginecologistas. Os dados apontam que com exceção das mulheres inseridas no movimento social LGBT, a prevenção no ato sexual não é uma questão para as participantes. Esta postura tem relações com a forma com que o tema é produzido pelo discurso médico, em que a ausência de informações científicas mais consistentes acerca dos riscos de infecção possibilita que tais taxas sejam tomadas como inexpressivas. Podemos analisar que a participação do discurso institucionalizado tem papel importante na inserção da questão da saúde sexual deste público.

Palavras-chave

Mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres; Saúde sexual; Sexualidade; Gênero; Políticas públicas de saúde.

Abstract

Carvalho, Cíntia de Sousa; Jobim e Souza, Solange (Advisor). **Among themselves, the unspoken and prohibited: sexual health of young women with emotional-sexual practices with women.** Rio de Janeiro, 2011. 177p. MSc Dissertation – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

In the present investigation aimed to analyze the trajectory of emotional-sexual practices of young women with emotional-sexual women, focusing on the care and constructed meanings about sexual health. Thus, this research is justified by two main questions: the first refers to the need to map the lines of force that enabled the experience of women with emotional-sexual practices with women being taken so as discreet to think about the specific health and the second refers to what psychology can contribute to the camp theme, since the findings of epidemiological risks that affect these women, so that it can provide insight to understand the words and senses obscured in the data health. Thus, the work in question was performed by means of what we call meetings (*talk*)*action* with seven young women with emotional-sexual practices with women between 18 and 30, in Rio de Janeiro, and with eight Gynecologists Doctors. The data indicate that with the exception of women included in the LGBT social movement, preventing the sexual act is not an issue for participants. This attitude has relations with the way the subject is produced by the medical discourse, in the absence of scientific information more consistent about the risks of infection allows such fees shall be taken as meaningless. We consider that the participation of institutionalized discourse has an important role in the insertion of the issue of sexual health in this state.

Keywords

Womem with emotional-sexual practices with women; Sexual health; Sexuality; Gender; Public health policy.

Sumário

1. Introdução	10
2. Mulheres, discurso médico e sexualidades: contextualização sócio-histórica do tema	18
2.1. Mulheres, diferença sexual e hierarquias de gênero	18
2.2. O discurso médico: a ginecologia em destaque	26
2.3. Mulheres e sexualidades	30
3. O estado da arte do tema saúde sexual de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres: contexto político, movimento social e pesquisas científicas	36
3.1. Contexto político, movimento social e documentos governamentais	37
3.2. Produção científica internacional	46
3.3. Saúde sexual de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres: o que se fala no Brasil	51
3.4. Saúde sexual: sobre o tom utilizado nesta dissertação	59
4. O eu e os outros no palco da pesquisa: aspectos teórico-metodológicos	64
4.1. Sobre os personagens deste enredo	65
4.2. Construção dos dispositivos de investigação	67
4.2.1. Diário de campo	69
4.2.2. Observação mambembe	70
4.2.2.1. O início de uma longa jornada: onde estão estas mulheres?	73
4.2.2.2. O acesso aos médicos ginecologistas	76
4.2.3. <i>Encontros de conversa</i>	80
4.3. Análise da trajetória metodológica	82
4.3.1. Ficha de identificação: o que o papel fez pensar	82
4.3.2. A interferência do aparato técnico: para além da materialidade do aparelho	84
4.3.3. Quando o aparelho sai de cena e a cena se descortina: os	

bastidores dos encontros	86
5. A produção de um encontro: mulheres e médicos na arena discursiva	88
5.1. Heterogeneidade das gramáticas sexuais	91
5.1.2. Pluralidade de sentidos: as práticas sexuais em questão	95
5.2. “Riscos, que riscos?”: percepções de mulheres e médicos acerca dos riscos nas práticas sexuais entre mulheres	100
5.3. “Prevenir é melhor que remediar... Será?”: tecnologias de prevenção e gestão dos riscos	111
5.3.1. Tecnologias de prevenção	112
5.3.2. Gestão dos riscos	118
5.4. Acesso aos serviços ginecológicos: invulnerabilidade e questões institucionais	120
5.4.1. Atendimento ginecológico no público e no privado: distinções, controvérsias e (des)vantagens	128
5.5. A produção do intimismo: ditos e não-ditos acerca das práticas sexuais	134
5.6. Qual o estatuto de mulher utilizado pela ginecologia?	142
5.7. Mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres: atravessamentos das trajetórias pessoais e profissionais	149
5.8. Institucionalização do tema: “quando a questão passa a existir”	153
5.8.1. O que a pesquisa fez pensar: sobre o excedente de visão	160
6. Considerações finais: apenas o início do percurso	165
7. Referências bibliográficas	169
8. Anexo	177

Lista de abreviaturas e siglas

AIDS – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (Acquired ImmuneDeficiency Syndrome)

APOGLBTT – Associação da População Gay, Lésbica, Bissexual, Travesti e Transexual

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CFP – Conselho Federal de Psicologia

CNS – Conselho Nacional de Saúde

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

GIPS – Grupo Interdisciplinar de Pesquisa da Subjetividade

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana (Human Immunodeficiency Virus)

HPV – Papiloma Vírus Humano (Human Papilloma Virus)

LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais

MS – Ministério da Saúde

MSM – Mulheres que Fazem Sexo com Mulheres

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização Não Governamental

PNPM – Plano Nacional de Políticas para as Mulheres

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

1 Introdução

Não me considero nem “homo nem hetero”, mas se é preciso que eu me encaixe, digamos que eu pertença a uma outra realidade porque creio que existem pessoas interessantes e outras, não. Mas todas elas são simplesmente pessoas, porque isso independe de serem homens ou mulheres. No momento, estou com uma mulher que amo, que me atrai, que me completa e que é totalmente diferente de mim, embora parecida. Gosto de desvendar seus personagens, masculinos e femininos, mas ela é mulher e nesta passagem da minha vida as mulheres estão bem mais interessantes do que os homens...

Mônica Marques

O tema da sexualidade apresentou-se como questão logo no início de minha¹ formação em Psicologia. Mesmo que na graduação a temática tivesse sido abordada de modo bastante discreto, nos trabalhos desenvolvidos nas instituições no qual colaborei como estagiária e investigadora, me deparei com discursos que aludiam ao tema repetitivamente, o que me impeliu a investigá-lo com maior profundidade. De início, quando comecei a me aproximar da temática, em especial pela influência de falas e textos de Regina Facchini, o tema saúde sexual de mulheres lésbicas, bissexuais e outras mulheres que fazem sexo com mulheres me soou complexo e inquietante, devido à particular questão de que tratava, tão marginal aos discursos de saúde. As dúvidas que me acompanharam neste primeiro momento desembocaram na presente dissertação.

O desconforto com que meu novo tema fora recebido no meio acadêmico (e também fora dele) me incitou a investigar com mais afinco a temática. Deste modo, procurei me abastecer teoricamente como aluna especial em disciplinas no Instituto de Medicina Social da UERJ² e no curso de Especialização em Gênero e Sexualidade (CLAM/IMS/UERJ), também participando com certa regularidade de eventos LGBT, experiências ímpares para a construção desta dissertação. Este foi o percurso pelo qual me aproximei do tema, ainda que tenha a sensação de que

¹ A dissertação foi escrita tanto na primeira pessoa do singular, quanto na primeira pessoa do plural, de forma alternada, ainda que haja prevalência desta última. Esta opção refere-se ao modo como a dissertação foi conduzida. Mesmo que o trabalho de campo e a escrita tenham sido desenvolvidos exclusivamente pela pesquisadora, todo o processo de análise e discussão foi construído em estreita relação com a orientadora desta dissertação e com os membros do grupo de pesquisa do qual faz parte a pesquisadora (GIPS: Grupo Interdisciplinar de Pesquisa da Subjetividade). Deste modo, podemos considerar que esta dissertação é resultado de uma “produção coletiva”, o que se justifica a estratégia linguística, ainda que não se perca a dimensão de autoria da pesquisadora.

² Destaco a disciplina *Gênero, Subjetividade e Biopolítica*, ministrada pela professora Dra. Márcia Arán, por ter sido fundamental para o recorte teórico presente neste texto.

este tenha me escolhido de alguma forma e não o inverso. Daqui por diante, apresento o fio encontrado no novelo complexo das questões referentes à sexualidade e o modo como me lancei na tarefa de desenrolá-lo. Abrem-se as cortinas e começa o espetáculo!

Na dissertação em questão objetivou-se analisar a trajetória afetivo-sexual de mulheres jovens com práticas afetivo-sexuais com mulheres³, tendo como foco os cuidados e os sentidos construídos acerca da saúde sexual⁴ (os autocuidados e os cuidados ginecológicos). Buscou-se em paralelo investigar como médicos ginecologistas lidam com a saúde sexual de pacientes que se relacionam sexualmente com mulheres. Por fim, com a discussão acima, procurou-se oferecer subsídios para fomentar o debate acerca da formulação de políticas públicas e ações no campo da saúde destinadas a este grupo específico.

A temática inicialmente se justifica, pois, nos estudos acerca das (homo)sexualidades⁵ há expressiva escassez de trabalhos que se debruçam sobre a experiência de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres, diferente no que se refere às experiências entre homens. Mesmo que estas últimas trajetórias sexuais tenham ganhado certa visibilidade (Watney, 1996), centralmente influenciadas pela emergência dos discursos sobre a aids⁶ (apesar de que esta

³ Mulheres autodenominadas lésbicas ou homossexuais, bissexuais e outras mulheres que fazem sexo com mulheres.

⁴ Apesar de que a saúde sexual historicamente tenha sido compreendida atrelada à saúde reprodutiva (Almeida, 2005), há que esclarecermos que existem distinções consideráveis entre saúde sexual e saúde reprodutiva. Neste trabalho, focaremos a saúde sexual, visto que buscamos analisar também como a sexualidade (desatrelada dos fins reprodutivos) atravessa questões que se relacionam com a saúde sexual.

⁵ Apesar de nesta dissertação nos focarmos nas práticas sexuais das mulheres em questão, termos identitários como lésbicas, homossexuais, heterossexuais, bissexuais serão mantidos quando remeterem à grafia original dos autores utilizados e em alguns momentos pela pesquisadora, para dar a inteligibilidade à discussão cunhada quando for necessário, haja vista que são de mais fácil compreensão e foram termos privilegiados nas narrativas dos participantes. Convém definirmos, que quando utilizamos para discutir as sexualidades os conceitos homossexualidade ou heterossexualidade, remontamos a construções identitárias cunhadas no século XIX, produtos discursivos do dispositivo da sexualidade. Ainda que as práticas sexuais entre pessoas de sexo oposto e de mesmo sexo existissem antes deste marco temporal, a construção do termo enquanto categoria identitária refere-se a este momento histórico. De acordo com Weeks (1999) tanto o termo homossexualidade como heterossexualidade foram cunhados por Karl Kertbeny, em 1869 e tinham a pretensão de advogar pela revogação das leis antissodomitas. O conceito homossexualidade tentava positivar a sexualidade entre pessoas de mesmo sexo, sendo o homossexual considerado uma “espécie própria”, em oposição ao pecado sodomita (Foucault, 1985).

⁶ De acordo com Pinto (2004) a Coordenação Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde deliberou que a palavra *aids*, que incorporou-se à nosso vocabulário, fosse considerada um substantivo comum (ainda que a grafia original dos autores tenha sido mantida nesta dissertação).

visibilidade tenha que ser analisada com cuidado, haja vista que fomentou estigmas e preconceitos), com as experiências sexuais entre mulheres ocorreu o movimento inverso, ou seja, houve certo silêncio social em torno da questão, o que de acordo com Facchini (2004), é temática que ainda encontra-se “no armário”.

A escassa, ou quase inexistente, produção científica abordando a temática saúde e homossexualidade feminina no Brasil; a inexistência de políticas de saúde consistentes para o enfrentamento das dificuldades e necessidades desta população; o precário conhecimento sobre suas demandas e a ausência de tecnologias de cuidado à saúde adequadas, aliados à persistência de pré-noções e preconceitos, convertem-se, no âmbito da saúde pública, por exemplo, no desperdício de recursos, no constrangimento produzido no atrito das relações no interior dos serviços de saúde, na assistência inadequada, e muito provavelmente num contingente de mulheres que não obtiveram seu diagnóstico, nem seu tratamento (Facchini & Barbosa, 2006, p. 29).

Sendo assim, a invisibilidade acerca do tema e a necessidade de colocarmos na pauta do dia questões fundamentais ainda não contempladas para uma política integral de saúde da mulher, foram os aspectos motivadores desta dissertação⁷.

Esta investigação está situada no campo dos estudos de saúde, gênero e sexualidade, sob um enfoque qualitativo. Na tentativa de promover um olhar ampliado para a saúde sexual de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres, dois elementos conceituais foram fundamentais, pois, estruturaram este campo: sexualidade e gênero (conceitos que serão mais bem explorados no próximo capítulo). Compreender a saúde sexual desvinculada dos elementos referentes à sexualidade e ao gênero autoriza que ações e indicações de saúde tornem-se meras teorizações abstratas, destituídas da dinâmica da vida. Resgatar estes dois elementos para pensar a saúde sexual permite que o ser humano seja compreendido num domínio mais integral, passando a ser visionado não apenas como órgãos isolados passíveis de riscos, mas como um complexo constituído pela biologia/materialidade, também enredado à cultura que lhe impõe significações, modos de ser e de se relacionar com o próprio corpo.

Todavia, a grafia da palavra em minúsculo buscou também ser uma estratégia política para despotencializar o lugar de terror e preconceito ocupado pela doença no cenário nacional após a epidemia.

⁷ As vulnerabilidades e demandas de saúde destas mulheres, dados que justificam a necessidade de mais pesquisas acerca da temática e aspectos que motivaram a escrita desta dissertação, foram exploradas no capítulo III.

Partilhamos de uma concepção de sexualidade que se desvia do pressuposto de um instinto sexual inerente que nos constitui. Compreendemos que a sexualidade é um dispositivo datado, na acepção foucaultiana e não uma prática humana a-histórica, coerente e autoevidente. Foucault (1988) descortina as concepções que tendem a assumir uma postura naturalizante acerca da sexualidade, na compreensão de que não existe um padrão sexual universal exposto às variações repressivas diversas.

Para que possamos compreender como a sexualidade se institui tendo como modelo organizador as práticas sexuais entre pessoas de sexo distinto, convém problematizarmos esta complementaridade. Deste modo, este trabalho filiou-se aos nichos teóricos que colocam em xeque as essencializações dualísticas, em especial, aos estudos pós-estruturalistas, que questionam a estreita relação entre sexo, gênero e desejo, a partir das reflexões de Butler⁸ (2002, 2003).

Por fim, um ponto se apresenta como instigador deste percurso: o que a psicologia⁹ pode contribuir para reflexões no campo da saúde sexual? Em primeiro lugar, o desafio atual da saúde ainda se encontra na tentativa de desviar-se de um foco puramente biomédico e se consolidar enquanto promoção de qualidade de vida (Buss, 2000), tendo em consideração a liberdade individual (Foucault, 1985). Para que isto ocorra, é necessário que outros domínios do saber sejam a ela incorporados, visto o ser humano ser constituído por um complexo de fatores que extrapolam a dualidade corpo x agravos. Assim sendo, a psicologia parece poder auxiliar de modo que o campo saúde avance em direção a um paradigma de integralidade e possibilite que outras dimensões humanas sejam incorporadas aos seus pressupostos e estratégias. Esta postura poderá possibilitar que a saúde desestabilize seu discurso por vezes pedagógico e moralizante em relação às condutas sexuais, projeto que o campo psicológico parece oferecer

⁸ Foucault, ainda que importante referência pela vasta e importante obra acerca da sexualidade, foi criticado por algumas feministas por ter pouco se dedicado ao lugar de subjugação da mulher em relação ao homem no dispositivo da sexualidade e também a questões referentes ao gênero. Neste sentido, trazemos as contribuições de Butler acerca destes dois tópicos, como mote para pensarmos o tema desta dissertação de modo mais global.

⁹ Em resumo, se a psicologia (ou região psicológica), segundo Foucault (1966), se constitui verdadeiramente enquanto área de saber nos atravessamentos entre sociologia e ciências da linguagem e se, para Bakhtin (Jobim e Souza, 1994), a psicologia possui um fundamento sociológico (ideológico), caminha-se por uma definição do domínio psicológico mais estendida, que não se resume ao interiorismo psíquico, mas aos modos como empiricamente, o homem experimenta e constrói sentidos sobre a vida (no caso em questão, acerca da saúde sexual), por meio de um campo interdisciplinar.

subsídios ao possibilitar uma escuta atenta dos agenciamentos subjetivos e da produção de sentidos que atravessam o campo da saúde sexual. É necessário também, já que teorizamos acerca da saúde sexual a partir do domínio psicológico, marcar que vertemos uma atenção singular ao que se refere à subjetividade¹⁰ e aos modos como esta se apresenta ao longo do trabalho.

Nesta pesquisa, foi necessário em primeiro lugar que se definisse quem eram as mulheres que se relacionam com mulheres, logo, que agenciamentos de sexualidade iriam ser privilegiados, de modo que os objetivos propostos fossem atendidos. Há limitações evidentes quando nos pautamos num registro dicotômico e oposicional para se compreender as sexualidades por meio do binarismo heterossexualidade *versus* homossexualidade, em especial, em investigações no raio da saúde. E as bissexuais? E aquelas que têm relações sexuais com outras de mesmo sexo, mas que se definem identitariamente como heterossexuais? Como criar categorias para definir os indivíduos: pautando-se nos comportamentos sexuais ou nas identidades?

Neste sentido, as mulheres apresentaram uma busca na linguagem, por um termo que pudesse suficientemente defini-las, se aproximar do que se desenrola em suas vidas, dar-lhes sentidos que garantisse o lugar que ocupam:

Cíntia (pesquisadora) – *E quando você tá ficando com alguém, aí você, quando conversa sobre a orientação sexual, você utiliza a palavra lésbica, bissexual... O que é que você prefere? O que é combina mais com você?*

Rita (26a, nunca fez sexo com homens) – *Depende. Depende da situação. Quando estou com minhas amigas, geralmente é mais descontraído e tal, então eu uso sapatão mesmo. Que aí é mais descontraído e tal. Agente brinca com isso. Mas aí, eu acho que prefiro gay. Acho mais bonito. Lésbica eu acho muito feio!*

(...)

Carla (30a, nunca fez sexo com homens) – *... Pô, é muito doido isso assim, acho que é tão... São conceitos que a sociedade estipulou e eu não sei, como eu me definiria, sei lá, eu fico com homens, beijo, até faço umas brincadeiras, umas preliminares, mas a penetração com homens para mim, eu nunca consegui. Eu não sei como me definir, se homo, se bi... Não sei entendeu?*

Cíntia – *Sou sexual* (em tom de brincadeira).

¹⁰ O estatuto da subjetividade aqui utilizado, não se esgota em qualquer subjetivismo interiorista (fruto do solipsismo moderno) que reforce a concepção da existência de uma natureza humana apriorística. A produção social da subjetividade é compreendida engendrada por elementos históricos, culturais, econômicos e políticos, uma fabricação ocorrida no social, ainda que com que este não venha a se fundir (Miranda, 2005). Esta visada teórica conflui com o que Bakhtin (1992) reflete acerca da subjetividade, que produzida nas relações com os outros que nos cercam, será sempre intersubjetividade.

Carla – *Sou sexual. Coisa doida, né?* (pensativa).

As mulheres apresentaram uma tentativa de “esticar” a língua, de modo que pudessem ser reconhecidas e melhor identificadas. Esse processo é alusivo ao que ocorreu antes do início da pesquisa de campo propriamente dita, em que a pesquisadora teve de explorar qual recorte de pesquisa (em relação às mulheres e suas sexualidades) daria privilégio e de que forma nomear sua opção, de modo que refletisse com êxito a escolha.

Pesquisas em saúde (Ministério da Saúde)¹¹, frente à questão acima levantada, preferem utilizar a sigla MSM (mulheres que fazem sexo com mulheres), conceito baseado tão somente nas práticas sexuais das mulheres em questão (dimensão comportamental). Esta posição visa abarcar o maior número de mulheres que, por trajetórias sexuais distintas, participem de práticas sexuais com outras mulheres. A estratégia comportamental se baseia na impossibilidade de definição categorizada do emaranhado identitário e no pressuposto da disjunção entre práticas e identidades sexuais. Entretanto, tal sigla pode obscurecer dimensões outras das sexualidades, como os aspectos sociais e afetivos (Young & Meyer, 2005).

Diante deste quadro, optou-se por utilizar o termo mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres, de modo que se concentre o recorte nas práticas sexuais, sem que com isso, exima-se a dimensão social e afetiva que se entrelaçam aos comportamentos. Deste modo, garante-se também a inclusão de mulheres que, por circunstâncias e contextos díspares, se relacionem com outras de mesmo sexo ao longo de suas vidas.

Tendo considerado o referencial sob o qual vislumbramos as mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres, passemos neste momento a traçar um breve resumo das reflexões contempladas por cada capítulo. A discussão teórica propriamente dita foi dividida em dois capítulos. No primeiro capítulo teórico (II), que denominamos **“Mulheres, discurso médico e sexualidades: contextualização sócio-histórica do tema”** buscamos traçar um mapa das linhas sócio-históricas que produziram um olhar para a mulher, seu corpo e sexualidade,

¹¹ Site do Ministério da Saúde: www.aids.gov.br.

tendo em pauta o discurso médico (ginecologia). Para tanto, explicitamos que agenciamentos produziram a diferença sexual, que resultou numa obrigatoriedade da complementaridade entre os sexos e, portanto, na heterossexualização das relações (baseadas em hierarquias de gêneros). Esta discussão possibilitou que se produzisse uma base para que pudéssemos discutir sexualidade e gênero, dois conceitos centrais para o debate da saúde sexual num registro mais alargado.

No capítulo seguinte (III), de nome **“O estado da arte do tema saúde sexual de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres: contexto político, movimento social e pesquisas científicas”** procuramos cartografar o contexto político em que o tema em questão começa a ser problematizado. Nesta direção, trazemos alguns documentos governamentais, produções do movimento social e pesquisas internacionais e nacionais que se dedicaram a analisar a saúde sexual de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres. Estes estudos, mesmo que de pontos de partida distintos, analisaram a invisibilidade dessas mulheres no discurso da saúde no que se refere à infecção por agravos advindos do ato sexual, apontando vulnerabilidades significativas e controvérsias deste campo. Finalizamos este capítulo nos posicionando acerca do olhar utilizado nesta dissertação para a saúde sexual, os riscos e sua gestão e os cuidados de saúde.

O recorte que se dedicou a uma discussão acerca do trabalho de campo encontra-se na segunda parte desta dissertação (capítulos IV e V)¹². **“O eu e os outros no palco da pesquisa: aspectos teórico-metodológicos”** é o título que abre o capítulo IV. Neste, nos debruçamos acerca da discussão teórico-metodológica que embasou os encontros de pesquisa e os dispositivos construídos para o trabalho de campo. Este capítulo conceitual foi tensionado com passagens dos percursos de pesquisa ocorridos e vivenciados pela pesquisadora, para que os dados de pesquisa trazidos no capítulo seguinte fossem analisados em consideração à dinâmica, encontros e desencontros ocorridos.

No capítulo V intitulado **“A produção de um encontro: mulheres e médicos na arena discursiva”**, por fim, discutimos o trabalho de campo em

¹² Estes são os dois maiores capítulos visto que, partimos de um olhar para a produção científica que, ainda que considere demasiado relevante as contribuições teóricas que serão a lente com o qual o pesquisador olha para seu campo, a contribuição ímpar de um trabalho que envolva uma prática empírica encontra-se nas reflexões suscitadas pelo campo e na discussão produzida pelo pesquisador.

questão por meio de 8 (oito) categorias centrais que resumem os principais pontos emergidos nas falas das mulheres e médicos ginecologistas. Dentre elas, podemos destacar a tensão entre identidades e práticas sexuais; a baixa percepção dos riscos no que se refere às práticas sexuais entre mulheres; os cuidados com que mulheres lançam mão em consideração à saúde sexual, tendo em pauta as tecnologias de prevenção, acesso a consultas ginecológicas e gestão dos riscos.

Por fim, no capítulo VI que denominamos **“Considerações Finais: apenas o início do percurso”** trazemos um resumo dos dados produzidos e problematizados em campo, de modo que este resgate tenha nos possibilitado repensar nas fissuras ainda presentes, nas relações truncadas entre saúde e diversidade sexual (tendo em consideração demandas específicas) e nos apontamentos futuros que o trabalho suscitou.

2 Mulheres, discurso médico e sexualidades: contextualização sócio-histórica do tema

No princípio era a carne. E a carne tornou-se corpo, no vértice das relações sociais, com infinitas faces, incontáveis expressões. Em algum momento, em algumas culturas, estes corpos foram divididos: dois se tornaram e esta dualidade passou a marcar espaços, delimitar ações, exigir comportamentos... Corpos sexuados foram assim definidos em mulheres e homens, criou-se assim a imagem de uma natureza, cujas essências ordenariam os comportamentos e as aptidões. Os corpos foram assim criados em valores sociais, em imagens forjadas que se articulam em práticas, cujo enraizamento é sua própria repetição (Tânia Navarro-Swain, 2004, p. 1-2).

O capítulo presente tem a intenção de produzir um mapeamento sócio-histórico de pontos que tangenciam a temática saúde sexual de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres, ou seja, tem como mote o rastreio das linhas de força que produziram um olhar da medicina para as mulheres, seus corpos e sexualidades (o discurso médico será tomado como tensionador desta relação triádica). Construir esse itinerário sócio-histórico, antes de nos direcionarmos as produções científicas e políticas que se debruçaram sobre a temática propriamente dita (que serão apresentados no próximo capítulo) convém, na medida em que desta forma, podemos explicitar os agenciamentos que possibilitaram que a saúde sexual de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres se instituisse como campo de problematização científica.

2.1 Mulheres, diferença sexual e hierarquias de gênero

Neste tópico, buscamos compreender a teia discursiva que permitiu a emergência da categoria mulher, da diferença sexual e das hierarquias de gênero, de modo que possamos analisar as bases que atravessam o tema maior desta dissertação. Primeiramente, temos a intenção de construir uma análise do processo que fabricou o que denominamos mulher em nossa sociedade, de modo que este estatuto não seja compreendido como um dispositivo biológico dado e coerente, mas como produção ideológica.

Laqueur¹ (2001) dedica parte significativa de sua obra à tentativa de compreender a criação do sexo, pois parte do pressuposto que aquele não é definido por uma biologia neutra e impermeável ao ambiente, não é, portanto, pré-discursivo. Neste sentido, o autor parte de uma linha de raciocínio em que as diferenciações de gênero precedem as de sexo e constituem-no. Importante consideração acerca deste panorama refere-se à compreensão de que a diferença sexual instituída como base organizativa e natural que nos define como homens e mulheres, é ao contrário, segundo Laqueur (2001), uma construção discursiva datada. Ou seja, até meados do século XVII, o discurso científico que imperava era o do modelo grego do *sexo único* (molde em que os limites entre o masculino e o feminino eram praticamente políticos), que consistia na premissa de que a desigualdade entre homens e mulheres não se amparava na diferença anatômica dos órgãos sexuais, visto que se considerava que compartilhavam um mesmo tipo de aparelho sexual, mas que tinham capacidades funcionais distintas. Portanto, as desigualdades entre homens e mulheres se legitimavam tendo em consideração o subdesenvolvimento do organismo da mulher em relação ao do homem (os órgãos sexuais da mulher eram compreendidos como órgãos masculinos introvertidos).

A partir do século XVIII, a concepção de diferença sexual ancorada na biologia dos corpos emerge impulsionada tanto por avanços científicos e rupturas epistemológicas ocorridas no Renascimento, como por acontecimentos político-sociais ocorridos, em especial, pelo reposicionamento da mulher na dinâmica social (Laqueur, 2001).

De acordo Arán (2006), partindo das reflexões de Laqueur, a reconstrução do lugar da mulher em nossa sociedade e o pensamento vertido agora à diferença entre os sexos, tem relação estreita com mudanças sociais, tais como: a entrada da mulher no mercado de trabalho, urbanização, maior participação da mulher na vida pública, dentre outros aspectos que possibilitaram compreender corpos de homens e mulheres como distintos entre si.

Neste momento histórico, a naturalização da diferença sexual – dimorfismo sexual ou *modelo de dois sexos* (Laqueur, 2001) – tem um papel importante, pois,

¹ Laqueur, seguindo a metodologia proposta na obra de Foucault, acompanha na sociedade ocidental as transformações sociais que atravessaram as concepções de sexo e gênero, sendo um dos pioneiros nestes estudos (Rohden, 2003). Para maiores informações sobre esta discussão: *Inventando o Sexo: Corpo e Gênero dos Gregos a Freud* (Laqueur, 2001).

auxilia na legitimação do lugar da mulher no ambiente público, reivindicação que se torna de primeira ordem em meados do século XVIII. Entretanto, mesmo que tenha havido o avanço das mulheres sobre as bases limítrofes que mantinham a divisão homem/público e mulher/privado, ainda assim, o discurso da incapacidade das mulheres, especialmente para a vida política e cívica, ainda persistia, ancorado numa suposta fragilidade por conta de sua função reprodutiva.

À mão dos argumentos de Laqueur (2001), Valéria, ao discorrer sobre suas práticas sexuais com homens e mulheres, desnaturaliza a premissa de que haja dois sexos que são necessariamente complementares e, afirma o caráter construído acerca da biologia dos sexos atuando como modelo organizador dos gêneros e desejos. Para esta mulher, o quesito sexo, no momento das escolhas sexuais, torna-se secundário em relação a outros atributos humanos.

Valéria (29a, faz sexo com homens e mulheres) – *Cara, eu não sei como te explicar isso. Assim, quando eu tô solteira, assim, eu vou para o que me dá vontade na hora. É quem é mais bonitinho, é quem me dá mais tesão, por que não influi. Não importa se é homem ou se é mulher, porque isso realmente nunca me importou. Importa assim, sabe, se combina comigo, se está me agradando, enfim...*
Cíntia (pesquisadora) – *Acho que é meio por isso, tem uma coisa que acho que é assim, o quesito sexo feminino ou sexo masculino ele é secundário, tendo em vista outras coisas que você valoriza numa pessoa...*

Valéria – *Exatamente, exatamente.*

...

Cíntia – *Não existe hierarquia nisso?*

Valéria – *Não, nenhuma cara. Isso não faz, o corpo não faz nenhuma diferença.*

Jordanova² (1989) discorre sobre como homens e mulheres passam a ser considerados como polos opostos, em que mulheres encontrar-se-iam atreladas à natureza, visto suas funções reprodutivas, e o homem à cultura, de modo que tal estrutura fosse organizativa da ordem social da época. Entretanto, a autora reflete que mesmo que a diferença sexual fosse premissa irrevogável em meados do século XVIII, começa a ser problematizado o caráter instável que a constitui (pois os fatores ambientais passam a ser considerados pela ciência como aspectos que desestabilizam tal fixidez dicotômica). Para que a ordem social (mulher/natureza e homem/cultura) fosse mantida neste sentido, o projeto reprodutivo da espécie, que

² A autora desenvolveu sua teoria analisando as imagens relativas ao gênero na ciência e medicina do século XVIII ao século XX.

teria como responsável maior a mulher, foi utilizado como justificativa. Muitos discursos de poder surgiram neste momento para legitimar a dicotomia acima e neutralizar qualquer instabilidade que o afetasse, dentre eles, encontra-se com destaque o saber médico.

Ainda que a discussão anterior possa ter oferecido um panorama da produção social da diferença sexual e, portanto, do caráter construído e negociado socialmente do estatuto de mulher como antagônico e complementar ao do homem, convém justificarmos a partir de que base conceitual compreendemos esta categoria de diferenciação. Butler (2003) concebe que a utilização do termo/categoria “as mulheres” (figura pelo qual se pautou o movimento feminista historicamente), objetivou estabelecer uma unidade dos sujeitos para a promoção de uma visibilidade política. Entretanto, assinala que tal conceito não pode definir as mulheres como sujeito do feminino de modo naturalizado, pois sendo assim, o feminismo poderia instaurar uma postura contrária do que busca: enclausurar o sentido da experiência do sujeito que busca emancipar. Neste sentido, Butler (2003) se alia às críticas foucaultianas acerca dos sistemas jurídicos de poder que criam os sujeitos que representam, uma produção que oculta o que gera, por meio de mecanismos sutis de produção de identidades fixas, que possibilita a naturalização dos sujeitos. Tal essencialização é desconstruída pela autora pois, o sujeito não antecede às instituições, mas é um efeito destas, portanto, desconstrói uma ontologia pré-social do que venha a ser “a mulher”. Dessa forma, é impossível deliberar um olhar de unidade para o que seja a mulher ou o feminino, haja vista que tais definições dependem de como são agenciados os mecanismos de saber-poder.

Deste modo, ainda que lancemos mão da categoria mulher nesta dissertação, com tal utilização, não pretendemos compreender que haja uma estrutura pré-social e estática que defina este grupo, mas tomamos esta identidade em seu caráter fluído e plural. Acreditamos que como o lugar da mulher foi construído e ancorado numa relação de subordinação em relação ao homem, torna-se importante encampar uma pesquisa que dê visibilidade ao lugar que ocupa, de modo que possamos relativizar as hierarquias de gênero, em especial, quando nos remetemos à experiência de mulheres que se relacionam com mulheres. Por fim, após analisarmos o processo que originou o estatuto do conceito de mulher e da

diferença sexual (e do caráter social que os possibilitam existir como tais), faz-se necessário, antes de problematizarmos as sexualidades, compreender como as hierarquias de gênero foram gestadas nesta relação, de modo que as práticas sexuais entre mulheres sejam analisadas em consideração às influências de tais relações assimétricas.

Tendo como pauta os deslocamentos das mulheres na malha social apresentados anteriormente, Arán (2006) problematiza o crescente surgimento de mulheres no espaço público. Para a autora, mesmo que houvesse avanços significativos nesta reconfiguração social, tais mudanças ainda estariam impregnadas pelo esquema hierárquico de gênero. A relação histórica estabelecida entre homem e mulher seria atravessada por estratégias de poder de valorização do masculino em detrimento do feminino, portanto, segundo a autora, o dispositivo diferença sexual é uma produção social que busca reatualizar o arranjo heteronormativo e, por conseguinte, a dominação masculina (Arán, 2009). De acordo com a autora, devemos produzir abalos neste modelo rígido de homem/dominador *versus* mulher/dominada³, de modo que a mulher seja compreendida por outro estatuto de diferença.

Nessa nova abordagem da diferença, que se faz pelo deslizamento entre a ideia de feminino e de singular, está condensado o que sempre foi excluído pela cultura ocidental, em nome do princípio de identidade. O grande desafio é afirmar a especificidade da experiência vivida, ou seja, a positividade do corpo feminino na sua diferença, já que essa experiência foi historicamente recalcada ou mesmo expulsa do esquema simbólico dominante, sem pressupor que essa alteridade constitua um outro modelo (oposto ao masculino) e sim a afirmação de uma multiplicidade de singularidades (Arán, 2009, p. 663).

No sentido das críticas tecidas pela autora acima, observamos como as assimetrias de gênero são calcadas em um estatuto dual, complementar e hierárquico. Dessa forma, há que problematizarmos outras gramáticas de gênero que extrapolem este ciclo de heterossexualidade compulsória, questão que é explorada com afincos pelos estudos de gênero. Tal debate se constitui no interior do que se denomina de “pós-feminismo” (Beneditte, 2005), em crítica ao universalismo da teoria feminista clássica, no qual podemos situar os estudos

³ Para mais informações sobre diferença sexual ver: Rubin, G. El tráfico de mujeres: Notas sobre la "economía política" del sexo. In: Compiladora, L. M. *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. PUEG, México: 1996 (p. 35-96).

*queer*⁴. Ainda que não nos filieemos exclusivamente a esta teoria, suas reflexões foram norteadoras da forma como olhamos o tema em questão⁵.

A política pós-identitária estruturante dos estudos *queer* (Louro, 2001) seria, portanto, a afirmação da ambiguidade, da heterogeneidade e multiplicidade, que se referem à precariedade das identidades. Neste sentido, esta concepção teórica, mais do que advogar pela igualdade entre sujeitos de práticas sexuais distintas (as chamadas “minorias sexuais”), se propõe questionar as estratégias e estruturas que possibilitam os enquadramentos, que produzem normalizados e marginalizados. As identidades seriam, portanto, produtos destes modelos de esquadramento e controle, configuração que a teoria pretende desestabilizar. Inserida nesta corrente teórica, encontra-se Judith Butler, importante referencial para esta dissertação, visto que explora com propriedade o conceito de gênero.

Butler (2003) parte de muitas reflexões de Foucault para tecer suas considerações acerca da diferença sexual. Para a autora, o poder (compreendido assim como na acepção foucaultiana) é pulverizado e se espreita nas mais íntimas condutas humanas. Neste sentido, ao invés de apenas reforçar as diferenças sexuais, é também responsável por sua produção. Logo, o poder é compreendido como produtor das estruturas binárias de masculino e feminino, binômio que se alicerça numa ontologia heterossexual. Portanto, se a diferença sexual e a heterossexualidade são produções de poder, Butler (2003) se alia à Foucault (1988) na compreensão de que a sexualidade e gênero não são categorias a-históricas⁶.

⁴ O termo *queer* tem um significado original negativo e agressivo, que se destinava a qualificar aqueles que se desviavam das normas de gênero e sexualidade na língua inglesa. A utilização de um termo pejorativo para designar uma teoria que coloca em xeque o que o próprio termo original depreciava, foi uma estratégia linguística que, ao invés de se valer de outra terminologia para se definir e assim, com a criação de um oposto/antônimo firmar a regra/norma, buscou utilizar o mesmo termo e subverter seu significado, na crença de que as estruturas e termos podem ser modificados se questionados (Torrano, 2010; Butler, 2002). Segundo Miskolci (2009), a Teoria *Queer* originou-se dos Estudos Culturais dos EUA, e se consolidou ao questionar os estudos sociológicos sobre as minorias sexuais e a política identitária, que embasa e organiza as reivindicações dos movimentos sociais.

⁵ Esta corrente teórica, baseada e advinda das reflexões foucaultianas acerca do dispositivo da sexualidade, contesta o dualismo homo/hetero e a heteronormatividade (na qual se pautava os estudos da Sociologia canônica) como matriz que funda e estrutura naturalmente a organização social (reguladora, portanto, dos indivíduos que se enquadram na norma e os marginais a ela - abjetos) (Miskolci, 2009; Louro, 2004).

⁶ Entretanto, há uma diferença fundamental entre estes dois autores, pois, para Butler, o gênero não é apenas mais um produto de regulação de um poder maior, mas é um mecanismo específico que também regula as subjetividades (Arán & Peixoto Júnior, 2007) (para Butler (2003), o poder não

Butler (2003) nos auxilia a pensar nas práticas sexuais entre pessoas de mesmo sexo ao resgatar reflexões acerca do gênero. Este para a autora é uma norma (Butler, 2003; Arán & Peixoto Júnior, 2007), em seu sentido conceitual, que é mantida por meio de reiteraões, uma construção histórica/social e contingente e, não apenas como preconizam os estudos feministas, gays e lésbicos, uma forma de regulação social. A produção disciplinar do gênero tematizada por Butler (2003), que produz a sensação de coerência e estabilidade naturalizada desta categoria, é desencadeada por um trabalho constante e persistente de reiteração de atos e gestos performativos⁷ (no sentido atribuído por Austin). Portanto, o gênero não é uma categoria pré-discursiva dada, mas se constitui e é constituído por atributos performativos (que têm como função delimitar a estrutura binária e regular a sexualidade em termos heterossexuais). A autora afirma que os gêneros são fabricados por meio de elementos performativos reiterados (*performance repetida*), não se restringem à uma identidade mas à uma *temporalidade social* constituída (Butler, 2003), que podem ser subvertidos nas fissuras destas repetições.

As reflexões de Butler (2003) propõem-nos recontextualizar as relações entre sexo e gênero, pois discorre sobre a impossibilidade de uma cisão entre natureza (sexo) e cultura (gênero), questão sustentada em grande parte pelo movimento feminista, na tentativa de desvincular a figura da mulher à fragilidade e submissão (a autora comunga com a crítica de Rubin (2003) ao movimento feminista, pois acredita que este teceu discussão muito discreta referente ao sexo e gênero para se pensar o feminino). Butler (2002) reconduz o olhar para a materialidade⁸ corporal e reimprime sentidos ao corpo, secundarizado em grande parte nos estudos construcionistas. Natureza e cultura não se polarizam, mas são complementares e se por um lado se afetam, por outro se restringem. Ou seja, os

opera oprimindo, mas constrói subjetividades generificadas). De acordo com Arán & Peixoto Júnior (2007), acerca das reflexões de Butler, gênero e poder coexistem, ou seja, não há uma anterioridade do poder que produz sujeitos femininos e masculinos, mas: "... o sujeito gendrado só passa a existir na medida de sua própria sujeição às regulaões" (Arán & Peixoto Júnior, 2007).

⁷ De acordo com Butler (2002) a performatividade é um ato de linguagem que tem força de uma ação: "Los actos performativos son formas del habla que autorizan: la mayor parte de las expresiones performativas, por ejemplo, son enunciados que, al ser pronunciados, también realizan cierta acción y ejercen un poder vinculante... Si el poder que tiene el discurso para producir aquello que nombra está asociado a la cuestión de la performatividad, luego la performatividad es una esfera en la que el poder actúa como discurso" (p. 316). Para maiores informações ver: *Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del "sexo"* (2002).

⁸ De acordo com Butler (2002) não há materialidade que anteceda à significação.

corpos não são superfícies neutras à mercê de inscrições sociais posteriores. O sexo para a autora não é apenas natural, mas também discursivo. Não obstante, o físico participa das construções sociais, delimitando as possibilidades das construções, sugerindo modos de apropriação cultural (o biológico para a autora é um fato intensivo, ou seja, evoca restrições)⁹. Para Butler (2003), essa cisão não se justifica, pois, o sexo dos nossos corpos é compreendido como tal, por meio de convenções sociais, pautadas e limitadas pelo biológico. Por outro lado, nega qualquer determinismo que provenha tanto do biológico quanto do cultural, pois concebe que o gênero está atravessado pelas restrições que os corpos nos impõem, portanto, não é criado/construído desvinculado do biológico do sexo¹⁰.

Notável contribuição que Butler (2003) pode nos oferecer para pensarmos as práticas sexuais entre pessoas de mesmo sexo se revela também em suas reflexões acerca do *paradigma expressivo autêntico* (Rodrigues, 2005). Este modelo de compreensão da identidade dos sujeitos, do seu “eu verdadeiro”, postula que o sexo desencadeia qual o gênero deve se manifestar e qual a direção do seu desejo (sempre heterossexual), inteligibilidade que a autora vem problematizar. Para Butler (2003), não há um fio de causalidade que ligue sexo, gênero e desejo por meio de uma coerência interna. Dessa forma, pensar os arranjos sexuais entre pessoas que se relacionam com outras de mesmo sexo, que não obedecem tal paradigma acima exposto, é maneira de recontextualizar o que entendemos por sexual. Para a autora, a homossexualidade como desvio serve como um anteparo à norma heterossexual, que sobrevive graças à construção de uma identidade sexual dita “normal”, ao negar outras manifestações da sexualidade (consideradas disruptivas), excluídas dos padrões de inteligibilidade dispostos acima. Dessa forma, Butler (2002) propõe uma nova cartografia do

⁹ Em seu livro *Problemas de Gênero. Feminismo e subversão da identidade* (2003), Butler radicaliza a premissa de que tanto sexo quanto o gênero são instâncias construídas pela cultura. Neste sentido, não haveria diferenças entre ambos. Entretanto, após receber algumas críticas sobre sua postura (de Rubin, por exemplo), que desconsideraria o lugar da materialidade do corpo nas construções sociais, em seu outro livro (*Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del “sexo”*, 2002), retoma a questão e verte um olhar mais apurado à relação existente entre a materialidade do sexo e a performatividade do gênero, concebendo que o gênero materializa o sexo (ou os corpos como sexuados) (Torrano, 2010).

¹⁰ Para aprofundar as reflexões acerca da obra desta autora consultar: *Problemas de Gênero. Feminismo e subversão da identidade* (2003), *Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del “sexo”* e *Deshacer el género* (2006).

desejo e das gramáticas sexuais, desvinculada da matriz heteronormativa e dos pressupostos do *paradigma expressivo autêntico*.

Levada ao seu limite lógico, a distinção sexo/gênero sugere uma descontinuidade radical entre corpos sexuados e gêneros culturalmente construídos. Supondo por um momento a estabilidade do sexo binário, não decorre daí que a construção de “homens” aplique-se exclusivamente a corpos masculinos, ou que o termo “mulheres” interprete somente corpos femininos. Além disso, mesmo que os sexos pareçam não problematicamente binários em sua morfologia e constituição (ao que será questionado), não há razão para supor que os gêneros também devam permanecer em número de dois (Butler, 2003, p. 24).

Enfim, Butler ao reatar em teoria outras possibilidades de gênero que extrapolem a dualidade convencionalmente enunciada pelos sexos, nos conduz a repensar o lugar que ocupam as mulheres desta pesquisa e oferecer reflexões sobre os modos como socialmente são visionadas como abjetas à norma, questão relevante ao considerarmos a relação médico-paciente, um dos objetivos que guiam este trabalho. Ao compreendermos o caráter construído do sexo e gênero, a autora nos propõe analisar que outros códigos de gênero são possíveis.

Por fim, tecidas reflexões acerca do estatuto do conceito de mulher, da diferença sexual, das hierarquias de gênero e do estatuto de gênero, veremos no próximo tópico, como este cenário produziu um olhar específico da medicina para a mulher e seu corpo. Ora, se de acordo com Foucault (1988), as sexualidades passam de uma preocupação circunscrita ao bojo da moral cristã a objeto da medicina, analisar este saber científico se faz necessário, de modo que possamos construir uma rede conceitual que defina a partir de qual inteligibilidade partimos para a análise do tema desta pesquisa.

2.2

O discurso médico: a ginecologia em destaque

Enredada pelos acontecimentos discorridos anteriormente (entrada da mulher no mercado de trabalho, emergência da diferença sexual, dentre outros), a medicina no século XIX adquire prestígio sobrelevado e *status* diferenciado, pois passa a ser considerado que a produção de conhecimento acerca da natureza e do biológico possibilitaria chegar às verdades irrefutáveis dos fatos e da vida. Deste modo, convém problematizar este saber científico atravessado pela emergência

histórica que o envolveu, de modo que compreendamos melhor o que engendrou a dinâmica presente entre mulher e medicina, pano de fundo para discutirmos a saúde sexual de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres.

A medicina moderna nasce ou se consolida como saber científico instituído no fim do século XVIII e se diferencia da medicina antiga, pois, opera por meio da normalização social da vida, ou seja, ultrapassa a intervenção técnica e se instala por meio de regras morais de conduta, que compreende a medicalização social, incidindo sobre aspectos tanto sociais, quanto individuais dos sujeitos. A gestão da vida passa de uma questão privada a uma preocupação de interesse público. Segundo Foucault (1989), o Estado começa, portanto, a desenvolver estratégias políticas de gestão da vida, a que ele chamou de *biopolítica*¹¹ dos corpos.

O controle da sociedade não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica (Foucault, 1989, p. 47).

De acordo com Foucault (1989), a medicina moderna é compreendida como estratégia biopolítica, que emerge alavancada pela valorização do saber médico e pelo surgimento da sociedade capitalista, sendo o corpo visto como passível de medicalização pois é compreendido como força de produção a ser força otimizada. Dessa forma, o autor desestabiliza o discurso de que na modernidade a medicina se individualizou por conta do capitalismo. Ao contrário, Foucault (1989) analisa como a medicina antiga era particularizada e a medicina moderna torna-se questão estatal, portanto, de cunho público.

O processo de socialização da medicina é descrito pelo autor, a partir da análise de três realidades europeias: Alemanha, França e Inglaterra. Na primeira, o princípio da Nação forte como povo sadio norteou a política de saúde do Estado; na segunda, o objetivo central da medicalização circunscrevia-se à preocupação com a higiene urbana; e na terceira, centralizou-se a preocupação acerca da medicalização dos pobres, responsáveis principais por fazer funcionar a

¹¹ O termo *biopolítica* foi cunhado por Foucault pela primeira vez numa conferência em 1974 no Rio de Janeiro, de nome: “O nascimento da medicina social” e se refere a uma política dos corpos, política da vida.

maquinaria capitalística da época. O autor promove uma reflexão sobre os modos como cada um destes países medicaliza seu povo, com um projeto coletivo que garantisse benefícios aos objetivos de cada ideal de Nação, como estratégia de governo (Foucault, 1989).

Foucault resgata a discussão acerca da biopolítica em *História da sexualidade* (1985). Para o autor, o poder soberano operava o controle sobre a vida e sobre a morte, haja vista que, se a vida havia sido concedida aos indivíduos, poderia por este poder ser suprimida (o poder sobre a vida era na realidade, um poder de morte). Este tipo de poder sofre mutações e o poder de morte torna-se poder de “causar a vida”, investir sobre ela. O controle se redireciona e o objetivo torna-se gerir a vida e otimizá-la, ou seja, não mais se decide quem deve viver ou morrer, mas o poder torna-se prescritivo dos modos como se deve viver¹².

O controle por meio da pedagogização da vida se processou através de uma tecnologia bipolar: um dos polos consistia no controle do corpo por meio da disciplina e ampliação das aptidões (corpo como máquina), nomeado pelo autor como *anátomo-política do corpo humano*; o outro polo, que se formou posteriormente (metade do século XVIII), além de disciplinarizar os corpos, atuou na regulação/administração da população (nascimento, mortalidade, longevidade, níveis de saúde), o que o autor denominou como *biopolítica da população* (Foucault, 1985).

A passagem do século XIX para o XX foi marcada por um olhar diferenciado da medicina (neste momento histórico já compreendida como questão estatal) para os corpos de homens e mulheres e, neste contexto, o corpo feminino passa a ocupar um lugar de destaque, pois era o responsável pela reprodução, portanto, pela geração da espécie. A análise da centralidade do corpo feminino na agenda médica é trazida por Laqueur (2001), que discorre sobre este fenômeno no contexto europeu. No cenário brasileiro, as relações entre medicina, diferença sexual e valorização do corpo da mulher são também analisadas e, portanto, como esta realidade nos interessa diretamente, convêm trazer um breve resumo destas reflexões, tecidas por Rohden (2003; 2004). A autora produz um extenso estudo das teses produzidas na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro,

¹² A discussão acerca do lugar outro que a medicina passa a ocupar foi desenvolvida com mais profundidade no capítulo III, em que discorremos sobre o que são considerados riscos de saúde e modos de geri-los.

entre 1833 e 1940. Neste trabalho, começa a perceber como a diferença sexual, ainda que seja considerada como fato eminentemente natural, portanto, estático e coerente, torna-se objeto de controle da medicina. Portanto, as verdades irrefutáveis acerca de homens e mulheres são perseguidas pelo discurso médico, de modo que este pudesse garantir que as diferenças entre eles permanecessem (ou existissem) e qualquer possibilidade de instabilidade fosse extorquida. Neste sentido, Rohden (2003) analisa como a medicina se apresenta eminentemente prescritiva, alegando modos de ser e estar, de forma que a diferença sexual atuasse como uma verdade organizadora das relações sociais.

Contudo, se recuperarmos as nuances e precisões feitas nas teses, há algo além da necessidade de reafirmação da diferença sexual que parece escapar à hipótese central de Laqueur (1992). Trata-se do problema da natureza constitutiva desta diferença. O tempo todo os médicos estão dizendo que existe de fato uma diferença natural entre homens e mulheres. Mas, isto não quer dizer que ela seja estática ou dada *a priori*. Ela parece estar sujeita a intervenções externas. É natural, mas não definitiva. Na verdade, se ela fosse definitiva, dada a partir de variáveis puramente biológicas e inatingíveis, as ameaças à sua integridade não chamariam tanto a atenção dos médicos (Rohden, 2004, p. 187-188).

Portanto, cartilhas prescritivas sobre os modos como crianças e adolescentes deveriam se desenvolver para atingir graus de perfeição que atendessem a diferenciação sexual são disseminados pelo discurso médico, em especial, no que se referia à mulher no processo de tornar-se uma dama reprodutora, essencialmente diferente do homem. Necessário especificar que, de acordo com os estudos de Rohden (2003, 2004), subjacente ao esquadramento dos comportamentos com objetivo de domesticar a diferença sexual que incidia sobre as grades dos moldes médicos, encontrava-se a complementaridade entre os sexos, portanto, uma heterossexualidade presumida.

Para as mulheres, define-se como responsabilidade central a função de reprodução, logo, a vida sexual se restringiria a este projeto. A medicina torna-se, portanto, a teia discursiva que legitima tal prerrogativa e emite verdades acerca das sexualidades das mulheres. Dessa forma, para tratar deste assunto específico, a medicina especializa-se e a ginecologia surge caracterizada, de modo resumido, como área de estudo da mulher (pouco se produziu acerca da relação homem e reprodução), constituindo-se não apenas com o objetivo de lidar com as patologias

das mulheres, mas consolidou-se como um saber científico da diferença entre os sexos.

Sendo assim, a medicina necessita se especializar para atender às especificidades do corpo da mulher. Neste momento, a ginecologia e a obstetrícia (ainda que tenham se definido posteriormente como áreas de intervenção distintas) emergem como especialidades que objetivam garantir a saudável propagação da espécie e controle demográfico, por meio da normalização dos comportamentos sexuais¹³. Almeida (2005) acerca da obra de Rohden (2003) nos possibilita compreender o que se encontrava subjacente ao discurso da medicina acerca do corpo da mulher:

É bom que se diga contudo, que o trabalho fora de casa representava um problema de saúde apenas por reduzir o número de nascimentos e prejudicar a saúde das crianças e não em função da preocupação médica com o desgaste físico e a saúde da mulher em si (Rohden, 2003:188). Esta constatação da autora é fundamental para este trabalho, pois nos permite perceber que a ginecologia brasileira não nasceu preocupada com a garantia da saúde feminina em si, mas com a conservação do corpo feminino entendido de forma eminentemente instrumental (Almeida, 2005, p. 126).

2.3 Mulheres e sexualidades

Nos últimos dois tópicos, dedicamo-nos à reflexão sobre como a medicina visiona a mulher e seu corpo e o lugar da diferença sexual neste processo. Neste item final, pretendemos discorrer sobre as relações entre medicina e sexualidade, de modo que possamos refletir como as práticas afetivo-sexuais entre mulheres são compreendidas pelo discurso médico. Em primeiro lugar, há que definirmos através de que viés compreendemos as sexualidades, por meio de um resgate histórico, trazido pelas reflexões de Foucault¹⁴ (1988).

O autor postula que até o início do século XVII, a sexualidade não era uma questão relevante no sentido de que não participava do rol de atividades que mereceriam regulação. Em meados da era vitoriana, a espontaneidade acerca deste

¹³ O desenvolvimento de uma especialidade médica dedicada especialmente à mulher e à sexualidade, não escapou de perseguição moral da época, reforçada por uma crítica ao instrumental e aos exames ginecológicos, que ofereciam riscos à “pureza da dama”.

¹⁴ Para maiores informações sobre esta discussão ver: Foucault, M. (2004). *Ditos e escritos - Ética, Sexualidade, Política* (Vol. 05). Rio de Janeiro: Forense Universitária.

tema enfraquece e, em contrapartida, surge um movimento de silenciamento. Para tanto, emerge a necessidade de enclausurá-la e interditá-la, pois esta assume o papel do grande segredo da vida adulta/heterossexual (movimento fruto também das modificações econômicas da época). A sexualidade é então distanciada do universo das possibilidades do prazer sem fins reprodutivos, como o que ocorre nas relações sexuais entre indivíduos de mesmo sexo.

Tal interdição possibilitou que o sexo se transformasse, não sendo mais visto apenas como ação, mas como discurso (falava-se sobre) e produziu um assujeitamento coletivo sustentado pela emergência da Confissão. A sexualidade enquanto discurso possibilitou que o sexo fosse objeto de análise científica, médica, pedagógica, religiosa. Esses discursos que objetivavam criar regras e silenciar a visibilidade “espontânea” acerca da sexualidade, tiveram efeito contrário. Sendo assim, ao invés de surgir uma repressão do sexo, foi instalado um processo de visibilidade, ao se produzir discursos e comportamentos acerca das expectativas que o circundavam. Entretanto, ao invés de uma tolerância maior em relação à sexualidade, a obrigatoriedade em se falar tornou-se novo mecanismo de controle (conhecer para controlar), pois a heterossexualidade foi instituída como legítima e todas as outras manifestações de sexualidade foram tidas como avessas à norma sexual.

O discurso da sexualidade é, para Foucault (1988), o modo mais poderoso de regulação social. Esse discurso apresenta tamanha potência que sobrepõe outros marcadores sociais, ou seja, os sujeitos são definidos primeiramente, segundo este autor, por sua sexualidade. Valéria, na fala abaixo, nos mostra como falar da sexualidade tida como dissidente do modelo heteronormativo não é bem-vindo, ou seja, deve permanecer no registro do não-dito. Portanto, é na tentativa de subverter este lugar que a sexualidade passa a ocupar, que esta mulher se posiciona referente à sua sexualidade, lançando mão do *dispositivo do armário* (Sedgwick¹⁵, 2007), em determinadas situações sociais. Sua fala parece explicitar

¹⁵ Para a autora, assumir ou não sua sexualidade é uma decisão que faz parte do que denominou de *epistemologia do armário*, elemento que constitui a história do ocidente e que atravessou nossa produção cultural. O armário (que parece se constituir como um elemento reforçador da heterossexualidade compulsória, baseando-se no segredo, na recusa pública do que escapa a esta ordem normativa), é para Sedgwick (2007) um dispositivo de regulação da vida de gays e lésbicas, no século XX, que se estende a heterossexuais também. Para maiores informações acerca da obra

o que teoricamente Foucault analisa sobre o dispositivo da sexualidade e o lugar de definidor que ocupa:

Valéria (29a, faz sexo com homens e mulheres) – *Os meus avós eu sou muito ligada a eles, eu fui criada praticamente com eles, eu não consigo colocar isso para eles. Mas também eu não escondo... Eu nunca chego declarando assim, mas eu também não escondo... Um cara [colega de trabalho] perguntou para mim: 'Ái V., você tá namorando?' Essa já foi mais difícil. Essa eu já tive um não, mas foi um não para dentro. Sabe, tipo, porra, eu não queria dizer que não. Mas eu ainda não me sentia à vontade ali. Porém isso não quer dizer que eu me escondo. Eles são muito preconceituosos. E eu não quero ser vista dessa forma ainda, eu quero ser vista primeiro como uma profissional. Depois se um dia vierem a descobrir, foi, mas já tive o meu valor ali dentro. Mas eu acho muito cedo ainda, para eu chegar declarando, se não eu vou esconder, uma outra coisa que eu quero mostrar, entendeu? Já vão ficar com os olhos para mim como uma pessoa, sabe: "Lá vai a sapa!" Pôxa, não vai ser os olhos: "Pôxa, lá vai a estagiária que faz tudo direitinho".*

Após breve contextualização histórica sobre o caráter fabricado de nossa sexualidade enquanto tema e dos efeitos deste dispositivo em nossa organização social, passemos agora a explorar como a medicina e a sexualidade das mulheres em questão interceptam-se e quais os efeitos deste (des)encontro. Fazendo uma retrospectiva, podemos observar como a vida sexual de mulheres esteve ausente do discurso médico, especialmente, as práticas sexuais ocorridas entre mulheres. Tendo em consideração os caminhos que possibilitaram que a diferença sexual fosse sendo constituída como padrão organizador das relações entre mulheres e homens, faz-se necessário tecer breve análise sobre os modos como a sexualidade da mulher, em especial, as práticas sexuais entre mulheres, (não) foram problematizadas, questão central para o trabalho em questão.

Retomando o modelo grego de *sexo único* (Laqueur, 2001), analisamos anteriormente como o *status* social de homens e mulheres era organizado em consideração a este arquétipo. Portanto, não a diferença entre os sexos, mas o subdesenvolvimento do órgão sexual feminino em relação ao masculino instituiu a desvalorização da mulher. Esse enquadre possibilitou que o lugar da mulher que mantém relações sexuais com mulheres não fosse devidamente problematizado e nem provocasse ruídos na organização social da época, pois as mulheres eram vistas como inferiores na hierarquia de poder. As mulheres com tais práticas

desta autora importante aos estudos *queer*, ver: *Between Men. English Literature and Male Homosocial Desire* (1985).

permaneceriam, portanto, num lugar de silêncio. Outro quesito que favoreceu a invisibilidade de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres referia-se à concepção de atividade sexual enquanto penetração, logo, as mulheres que não se relacionavam com homens, não eram compreendidas como dotadas de um exercício sexual particular e legítimo.

Escreveu-se muito mais sobre o sexo entre homens que entre mulheres porque as consequências sociais e políticas imediatas do sexo entre homens eram potencialmente muito maiores. Já o sexo entre mulheres tinha relativamente pouca consequência. Mas fosse entre homens ou entre mulheres, a questão não é identificar o sexo mas a diferença de *status* entre os parceiros e precisamente quem faz o quê... (Laqueur, 2001, p. 19).

A invisibilidade da experiência de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres é também explorada por Navarro-Swain (2000), por meio de um resgate histórico. Segundo a autora, o silêncio em que se pautou as experiências sexuais entre mulheres foi sustentado por uma política do esquecimento, ou seja, o modelo patriarcal que promoveu visibilidade e ascensão do masculino, além de renegar o importante papel do feminino neste registro, também obscureceu a experiência afetivo-sexual que dispensava a presença masculina.

Segundo a autora, para os atenienses, as mulheres eram consideradas seres inferiores, que não podiam ascender ao nobre sentimento do amor. Dessa forma, pouco se falou acerca da experiência entre mulheres na Grécia, pois eram afastadas da vida dos cidadãos livres, vistas como aquém da *polis*. Logo, se percebe a tênue linha que separa o existido e o dito, ou seja, uma experiência toma existência apenas quando narrada, escrita, arquivada. Mas, se este movimento de registro inexistente, desaparece com ele toda uma experiência. Em resumo, ao doar potência à capacidade construtora do discurso, a autora afirma que tudo aquilo que não é dito, tem sua existência abalada. Traz o exemplo de como as mulheres na Inquisição (em meados do séc. XVII) eram acusadas de serem bruxas pelas práticas sexuais que exerciam entre si e que, na ausência de termo para nomeá-las, eram chamadas de “sodomitas¹⁶”. Dessa forma, a ausência do nome produz a ausência do personagem. Esse silêncio, para Navarro-Swain (2000), parece reforçar certa ordem heteronormativa e patriarcal. Diante disso, o que nos propõe a autora é compreendermos como a seleção histórica possibilita que emudeçam

¹⁶ Sodomia: coito anal.

experiências e de como a partir de um olhar crítico para aquela, podemos dessencializar esse não-lugar, na tentativa de encarnar uma existência.

Entretanto, após o surgimento do dispositivo da sexualidade, a discrição acerca das práticas sexuais entre mulheres ganha contornos outros. De acordo com Foucault (1985), a tecnologia política da vida ou a socialização da medicalização, descrita anteriormente, operou em grande medida sobre o sexo, pois este é compreendido como passaporte à “vida do corpo e à vida da espécie”. Deste modo, justifica-se, segundo Foucault (1985), o esquadramento da sexualidade ocorrido no fim do século XVIII e início do XIX. De acordo com este autor, a sexualidade neste momento histórico, deixa de se circunscrever apenas à moral cristã e passa a ser campo de atuação e regulação por diversos discursos de poder. Vejamos como as mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres passam a ser consideradas a partir da emergência do dispositivo da sexualidade, acima discutido.

Nos últimos dois séculos, Foucault (1985) destaca quatro grandes linhas percorridas pela política do sexo, que propuseram uma analítica da normalização, ao instituir que determinadas realidades abjetas deveriam ser disciplinarizadas e reconduzidas à moral vigente na época. As mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres estariam controladas por meio de duas dessas linhas, quais sejam: *histerização do corpo feminino* (projeto reprodutivo/demográfico e condenação das que não se enquadrariam neste projeto) e *psiquiatrização do prazer perverso* (homossexuais passam a ser considerados possuidores de disfunção patológica). Percebe-se, portanto, como estas linhas de força concorreram no sentido de patologizar o comportamento de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres, considerado como disruptivo (Melo, 2010).

Em resumo, a reflexão teorizada neste capítulo se insere na problemática saúde sexual de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres por inúmeras entradas. Em primeiro lugar, promove uma desessencialização da biologia que encarna e legitima a diferença sexual, pois tal é compreendida como produto de agenciamentos sócio-históricos, ainda que não se negue a interferência da materialidade dos corpos nesta construção (Butler, 2003). Portanto, se os gêneros são compreendidos como resultado óbvio do que “enunciam” e impõem os corpos (vagina/mulher/feminino e pênis/homem/masculino), desnaturalizar a

biologia (aspecto que produzirá impactos no próprio discurso médico) que ampara esta cadeia de correspondência, possibilita que compreendamos sob outra referência as mulheres motivadoras desta dissertação. Ou seja, se os corpos são também produção ideológica, a obviedade que direciona determinados gêneros para determinados corpos se desestabiliza e possibilita-se a emergência de outras cartografias de desejo (Arán, 2009) e gêneros que não se resumem ao número de dois (Butler, 2003). Por outro lado, compreender a diferença sexual (e sobre o que o binarismo homem e mulher que a constitui possibilitou modos específicos de a medicina lidar com os corpos, em especial com o corpo da mulher) sob um registro construído e datado, possibilita que a complementaridade entre os sexos seja relativizada, a heteronormatividade possa ser colocada em questão e modos outros de relações entre os sexos possam ser considerados; por fim, esta discussão nos embasa para tecer uma análise (que será trazida no próximo capítulo), sobre os impactos da invisibilidade histórica da experiência sexual entre mulheres, nas questões de saúde desta população.

3

O estado da arte do tema saúde sexual de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres: contexto político, movimento social e pesquisas científicas

No capítulo presente pretendemos vislumbrar o estado da arte do tema saúde sexual de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres, por meio da apresentação e discussão das seguintes produções: documentos construídos pelo movimento social (feminista e LGBT¹) e pelas instâncias governamentais acerca do tema; mapeamento das pesquisas e estudos científicos, tanto nacionais, quanto internacionais, que tiveram como norte a saúde das mulheres em questão², em especial, os que se dedicaram à saúde sexual.

Com a ampliação do conceito de saúde proposta pela OMS³, setores outros são convidados a atuarem na promoção do bem-estar, no qual podemos assinalar a expressiva e intensa participação do movimento social junto ao Estado. Deste modo, se faz premente analisar o papel do movimento social, em especial, o lugar do movimento feminista e do movimento lésbico (terminologia adotada pelo movimento), na função de despertar o tema saúde sexual de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres no interior das políticas de saúde e torná-lo questão para as pesquisas acadêmicas.

Tendo em consideração a invisibilidade histórica que pavimentou a experiência de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres e saúde (analisada no capítulo anterior), discutiremos como esta ausência afetou a atenção

¹ Em alguns momentos nesta dissertação, utilizaremos as expressões movimento social ou coletivo organizado de mulheres, para nos referirmos a ações que foram desenvolvidas entre o movimento feminista e LGBT. Os citaremos separadamente apenas quando for referente a estratégias não realizadas em conjunto. Por outro lado, devemos ter em consideração também que, ao nos referirmos ao movimento feminista e LGBT, não partimos do pressuposto de uma homogeneidade destes coletivos, pois se organizam de modo heterogêneo, questão que não será abordada com mais profundidade devido os objetivos a que se propõe esta dissertação.

² Especialmente neste capítulo, serão utilizados termos identitários para nos referirmos aos documentos governamentais e do movimento social acerca da temática (lésbica, homossexual, bissexual, heterossexual, dentre outros), visto que expressiva parte destes documentos se pautou no recorte das identidades para construir suas propostas.

³ O conceito da OMS referente à saúde foi divulgado na carta de princípios de 7 de abril de 1948, implicando o reconhecimento do direito à saúde e da obrigação do Estado na promoção e proteção da saúde (Scliar, 2007). De acordo com esta organização, saúde define-se pelo estado de perfeito bem-estar físico, mental e social. Ainda que esta definição tenha sido compreendida como subjetivista (Segre & Ferraz, 1997), é por este escopo que a saúde vem sendo perspectivada pelos documentos e políticas direcionados à saúde ao redor do mundo. Mesmo que estas críticas tragam abalos interessantes a esta definição, não ofereceram nenhum conceito que possibilitasse abarcar questões que não se limitavam à ausência de doenças (Scliar, 2007).

das políticas de saúde e a produção científica acerca da temática. Dessa forma, buscamos analisar como a omissão deste discurso, possibilitou a emergência de certo ideal de “invulnerabilidade” (Dolan, 2005), que possibilitou o surgimento de significativos agravos de saúde nesta população.

3.1

Contexto político, movimento social e documentos governamentais

Segundo Arilha (1999), na década de 50 e 60 do século passado foi registrado o maior índice de crescimento demográfico contabilizado até então e a organização programática dos países passaram a trabalhar em projetos de controle de fecundidade da população. Em meio a estas discussões, o movimento feminista inicia, mesmo que timidamente, reivindicações que se referem à liberdade de posicionamento da mulher no campo da saúde sexual e reprodutiva (Corrêa, et al., 2006). Entretanto, apenas na década de 90, discussões políticas acerca de direitos, sexualidade e reprodução surgem como pauta efetiva. Até então, esta temática existia de modo muito discreto, pois estava atrelada a questões referentes ao crescimento populacional. O primeiro grande passo no sentido de efetivação política de avanços teórico-conceituais ocorre em duas significativas conferências: a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento do Cairo (1994) e a Conferência Mundial sobre a Mulher, em Beijing/Pequim (1995)⁴.

A primeira teve como avanço significativo o descentramento das discussões referentes à questão populacional e lançou luz sobre uma política de direitos, mais especificamente, os direitos reprodutivos. Neste documento menciona-se a sexualidade como dimensão da condição humana merecedora de atenção (Corrêa et al., 2006; Arilha, 1999). Na Conferência do Cairo, muitas questões são efetivadas, como o reconhecimento da igualdade de direitos e deveres entre homens e mulheres e apartamento da discussão dos direitos sexuais circunscritas às preocupações demográficas. Nesta conferência, os programas de desenvolvimento incluem o termo saúde sexual como pertencente aos direitos sexuais (Petchesky, 1999). Entretanto, devemos considerar que a discussão acerca da sexualidade e saúde ainda estava associada à reprodução e à

⁴ Daremos visibilidade a estas duas conferências visto que, de acordo com Petchesky (1999), deram origem à linguagem presente nos dias de hoje acerca dos direitos sexuais.

heterossexualidade. Dessa forma, aspectos relevantes no que diz respeito à sexualidade, como o prazer e a orientação sexual, foram negligenciados.

Na segunda conferência, realizada em Beijing em 1995, expressivos avanços ocorrem no campo das políticas, na medida em que os direitos sexuais tornam-se parte dos direitos humanos. Esse fato introduziu nas discussões internacionais um fato merecedor de destaque: a mulher é reconhecida como ser sexual e não é vinculada apenas à reprodução (Corrêa et al., 2006).

Como se observou acima, a reprodução passa à pauta da agenda política não pela via do direito, mas por meio das políticas públicas de saúde. O termo “saúde integral da mulher”, que pretendia manifestar uma preocupação com a contracepção e o campo do atendimento médico, passa a ser considerado como saúde reprodutiva (Corrêa et al., 2006). Tal recolocação teórico-conceitual implicou agregar a saúde sexual à reprodutiva.

A terminologia “direitos reprodutivos”, portanto, foi criada pelas feministas norte-americanas, e é trazido para o Brasil também por feministas, a partir de 1984. O termo traz em seu bojo uma dimensão mais ampla da saúde da mulher. Já os direitos sexuais (no qual podemos incluir a saúde sexual como uma das dimensões destes direitos), surgem no país mais recentemente, em meados da década de 90, mas são criados no interior do movimento gay e lésbico (europeu e norte-americano), ainda que o movimento feminista acabe por aderir a estes movimentos posteriormente, no sentido de também advogar por esta discussão. A recolocação teórico-conceitual possibilitou portanto que, a sexualidade tornasse um direito humano (Corrêa et al., 2006).

O panorama político acima apresentado nos conduz à reflexão trazida no capítulo anterior, qual seja, como historicamente a sexualidade da mulher é em primeira instância compreendida atrelada à reprodução (Jordanova, 1989) e como o discurso médico-ginecológico, apoiado na manutenção e reiteração da diferença sexual (Rohden, 2003), reforça a naturalização deste lugar, aspecto presente no panorama político até muito recentemente. Em contraponto a este cenário, ainda que a sexualidade passe a ser considerada nos documentos internacionais apresentados, aquela apenas tornou-se uma questão eminente, a partir da pandemia da aids (Vance, 1995), compreendida acoplada à saúde sexual. Neste sentido, diversos autores (Leite, 2009; Cornwall & Jolly, 2008) problematizam o fato de a sexualidade ser compreendida e politicamente garantida apenas pela via

da saúde, visto que pode ficar circunscrita à normatização dos comportamentos e tomada pelo viés da negatividade, e não se referir a uma dimensão constitutiva da vida dos sujeitos.

Pudemos observar, portanto, o longo trajeto percorrido, em especial pelo movimento social, para incorporar a sexualidade aos direitos humanos e do importante papel que estes movimentos desempenharam, para o avanço de políticas e estudos que se debruçam sobre a realidade de grupos específicos, causando abalos importantes nas políticas consolidadas e expondo suas limitações. Ainda que o feminismo, por exemplo, se dedique às questões de sexualidade e saúde, observa-se que a experiência de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres ainda encontra-se incipiente em suas discussões. De acordo com Petchesky (1999): “Em nenhum lugar da plataforma de Beijing aparecem menções aos corpos femininos sexualizados ou aos corpos não-heterossexuais, reclamando o direito ao prazer em lugar de apenas rechaçar os abusos” (p. 21). Almeida (2005) assinala a invisibilidade de mulheres lésbicas ou do “corpo lésbico” (termos utilizados pelo autor) no interior das reivindicações do movimento feminista e até mesmo certa animosidade das feministas com essas mulheres (lesbofobia). Por conta da tensão existente entre feministas e mulheres lésbicas, e a invisibilidade destas também no interior do movimento homossexual, surgem a partir de 1980 os primeiros grupos exclusivamente lésbicos (Facchini & Barbosa, 2006).

Rubin (2003) assinala que há um déficit do movimento feminista em relação às questões de sexo e gênero e, portanto, resgata a necessidade de diálogo entre este coletivo organizado e o movimento de gays e lésbicas. O movimento feminista esteve historicamente, de acordo com a autora, engajado com questões que remetiam a um modelo circunscrito e unilateral do que viria ser “a mulher” (crítica similar àquela desenvolvida por Butler (2003) no capítulo anterior). Dessa forma, aquelas que estavam inscritas num registro de sexualidade tida como dissidente, como a mulher não-heterossexual, não se enquadrava no foco do movimento e suas questões foram obscurecidas, em especial porque historicamente, as mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres eram consideradas no registro da amizade e não no sexual⁵. Entretanto, Corrêa et al.

⁵ Gostaríamos de ponderar que a utilização da identidade mulher, como sujeito de atenção das demandas do feminismo, em alguns momentos se faz legítimo, visto que encarna uma visibilidade

(2006) assinalam que a omissão do feminismo em relação à experiência destas mulheres vem sendo aos poucos suprida, em especial, depois da recente aproximação entre feminismo e movimento lésbico.

Entretanto, a partir do início deste século, a experiência de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres passa a ser mais bem explorada no Brasil, ganhando espaço e visibilidade, em especial, a partir de 2004. De acordo com Barbosa & Facchini (2009), a temática da homossexualidade feminina e saúde aparecem no cenário nacional na virada do século XX para o XXI, a partir da pressão do movimento lésbico e feminista para que fossem elaboradas políticas públicas de saúde que contemplassem a demanda dessa população específica. Neste sentido, trazer primeiramente as produções construídas pelo movimento, tanto quanto os documentos políticos que foram criados (tendo em consideração a ampla participação popular do movimento, tanto feminista quanto LGBT, em suas formulações), se faz necessário, visto que o movimento teve papel pioneiro no sentido de discutir a experiência de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres, ação que impulsionou outros setores. Almeida (2005) e Melo (2010) demonstram como mulheres com as práticas acima descritas passam da invisibilidade imune à vulnerabilidade, por meio da luta do movimento pelos direitos ao atendimento das especificidades de saúde desta população:

Ainda que o movimento acima especificado tenha advogado pelo reconhecimento de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres como sujeitas a vulnerabilidades de saúde, por outro lado, teve um importante papel na descaracterização da aids em correspondência direta com a homossexualidade e à desestabilização da premissa de grupos de riscos (os grupos não são considerados homogêneos), visto que começa-se a perceber o avanço da patologia à outros sujeitos não pertencentes aos referidos grupos, como as mulheres, por exemplo (UNAIDS, 2008).

Podemos considerar que a mudança do perfil da epidemia da aids a partir da década de 90, em que o número de mulheres infectadas pelo vírus aumenta, é impulsionador de uma maior preocupação do coletivo de lésbicas com a saúde desta população (tanto quanto das bissexuais). Ainda que não houvesse dados

política importante. A crítica tecida por Butler (2003) e Rubin (2003) refere-se, por outro lado, à essencialização desta categoria, de modo que legitime apenas um modelo hegemônico de ser mulher, de forma que modos outros de ser mulher não sejam incorporados e reconhecidos nas lutas por direitos.

conclusivos acerca da infecção por HIV entre mulheres, a preocupação com as DST torna-se uma questão e o próprio HIV passa à pauta das discussões (exige-se mais informações científicas neste sentido), visto que mulheres que se declaram lésbicas, nem sempre restringem suas práticas sexuais a mulheres também exclusivamente lésbicas.

Podemos elencar alguns documentos que explicitam como o tema saúde de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres (em especial, a saúde sexual), se apresenta no discurso dos coletivos organizados: em 2001, a Rede Feminista de Saúde promove uma entrevista com sete ativistas do movimento lésbico, intitulada *Direitos que não podem calar*; em 2006, Facchini & Barbosa publicam o dossiê *Saúde de mulheres lésbicas: promoção da equidade e da integralidade*⁶.

Para refletirmos sobre estes documentos resumidamente, podemos considerar: na entrevista acima citada, em que um dos tópicos foi direcionado a “saúde de mulheres lésbicas”, sobressaltou-se a necessidade de políticas públicas para a prevenção de DST fossem implementadas (demanda considerada como resultado da negação da vulnerabilidade dessas mulheres em relação às DST) e da necessidade de mais informações acerca da saúde dessa população fossem divulgadas.

O segundo documento citado se destaca pela relevante contribuição ao campo e convém explicitá-lo com mais detalhes. O dossiê⁷ foi construído tendo como pauta os impactos que a invisibilidade da sexualidade feminina, em especial das mulheres que se desviam do escopo heterossexual, aliada ao preconceito, produzem questões de saúde significativas. O documento apresenta alguns problemas de saúde com relativa prevalência entre as mulheres anteriormente especificadas⁸.

⁶ Parece-nos claro que possam ter havido outras iniciativas do movimento lésbico organizado neste sentido, talvez mais localizados, entretanto, para não fugirmos aos objetivos desta dissertação serão trazidos apenas estes como representativos de ações encampadas com a temática.

⁷ O dossiê é resultado de uma extensa pesquisa acerca dos estudos que tratam da saúde de mulheres lésbicas, bissexuais e outras mulheres que fazem sexo com mulheres, tanto nacionais, quanto internacionais, sendo analisados os resultados obtidos nestas investigações.

⁸ Dentre eles, encontram-se nesta população incidência significativa das seguintes patologias e comportamentos de risco: uso de substâncias lícitas e ilícitas, DST, problemas de ordem afetiva, distúrbios alimentares, dentre outros.

De acordo com as autoras deste dossiê, as práticas sexuais de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres são consideradas de risco, no que se refere às DST (ainda que seja considerada menor prevalência em relação às mulheres heterossexuais), das quais se destacam: tricomoníase, herpes genital e lesões por HPV (mesmo em mulheres que nunca tiveram relações sexuais com homens). O dossiê, apoiado em estudos recentes, revela elevado número de mulheres participantes que apresentaram vaginose bacteriana, sua ocorrência sendo associada ao número de parceiras sexuais e tabagismo (Facchini & Barbosa, 2006).

Em relação ao HIV, as autoras demonstram que não há números conclusivos que ressaltem a prevalência ou não desta patologia nesta população, sendo esta possibilidade ainda desconhecida (este dado é importante, na medida em que relativiza a crença de que entre mulheres lésbicas o número de infecção por HIV é extremamente baixo ou nulo, dado que não é comprovado cientificamente). A presença de câncer de colo de útero entre este grupo de mulheres é comprovada e deve ser analisada com mais atenção visto que, evidenciou-se a associação entre infecção por HPV e neoplasia cervical entre mulheres homossexuais (tanto as que relataram exclusividade na relação sexual com mulheres, quanto as que relataram relações sexuais também com homens). Neste sentido, assinala-se a possibilidade de transmissão desta patologia na relação sexual entre mulheres. A incidência de infecções sexualmente transmissíveis entre mulheres é analisada neste documento em consideração ao número de parcerias, frequência (a presença de DST entre essas mulheres é explicada mais em relação à frequência do que ao número de parceiras), tipo de relações sexuais e questões de higiene (reforçada pela ausência de tecnologia de prevenção destinada a estas práticas sexuais) (Facchini & Barbosa, 2006).

O absenteísmo de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres nos serviços ginecológicos é desencadeado pela crença de que aquelas não são vulneráveis e pela forma hostil que são recebidas no sistema (Facchini & Barbosa, 2006). Neste sentido, as autoras sugerem que devemos analisar as questões de saúde de mulheres lésbicas, bissexuais e outras mulheres que fazem sexo com mulheres, menos em consideração a características individuais de comportamento desta população e nos voltarmos para a análise do contexto social que as circunda, que é marcado por rejeição e discriminação. Dessa forma, o dossiê assinala que a

dificuldade para acessar os serviços ginecológicos seria mais recorrente entre mulheres de classes economicamente mais baixas, com estereótipo masculino e as exclusivamente homossexuais (Facchini & Barbosa, 2006):

Reforçando a noção de maior vulnerabilidade, vários estudos sugerem menor frequência de realização de exames de papanicolaou nesse grupo populacional, principalmente entre as mulheres exclusivamente homossexuais, quando comparadas às heterossexuais. Os resultados sugerem que profissionais de saúde solicitam menos sua realização e que as mulheres nem sempre procuram cuidado, quando necessário, ou só o fazem quando surgem sérios problemas e em períodos de maiores agravos à sua saúde (p. 19).

Os documentos acima analisados ocuparam um lugar relevante no cenário nacional, visto que auxiliaram na introdução de reflexões referentes à saúde sexual de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres, como uma questão de saúde pública a ser atendida pelo Estado. Deste modo, passemos agora à análise dos modos como a saúde sexual destas mulheres especificamente, aparece em documentos governamentais.

Em consideração aos documentos produzidos pelo governo, que contemplem as demandas de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres (que toquem na questão da saúde sexual destas), podemos assinalar: em 2004, o texto reformulado da *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher*, que inclui um ponto específico para a saúde de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres (Brasil, 2004); em 2005, é lançado o *Plano Nacional de Políticas para as Mulheres* (Brasil, 2004); em 2007, criou-se o *Plano Integrado de Enfrentamento à Feminização da Epidemia de Aids e outras DSTs* (Brasil, 2007); em 2009, o *Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos LGBT* (Brasil, 2009), que foi lançado como resultado da I Conferência Nacional LGBT (2008); também em 2009, criou-se o *Programa Nacional de Direitos Humanos III*, que toca na questão levantada (Ministério da Justiça, 2009); e por fim, *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais* (Brasil, 2009).

A *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher* (Brasil, 2004), elaborada pelo Ministério da Saúde juntamente com participação popular, assinala como os profissionais de saúde constroem suas práticas em relação a uma heterossexualidade presumida e afirmam a vulnerabilidade de mulheres lésbicas e

bissexuais em relação às DST/HIV. Entretanto, devemos problematizar que as vulnerabilidades referentes à saúde sexual trazidas neste documento, referem-se apenas às lésbicas profissionais do sexo, informação que não condiz com os dados produzidos pelo movimento social e nas pesquisas científicas que serão trazidas posteriormente, que assinalam que as vulnerabilidades de saúde não são apenas circunscritas a este grupo de profissionais, mas que se estende a todas as mulheres lésbicas, bissexuais e outras mulheres que fazem sexo com mulheres.

A partir de 2002, foi criada a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM), que impulsionou o *Plano Nacional de Políticas para as Mulheres* (PNPM), documento que abarcou algumas demandas de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres, inclusive de saúde (Brasil, 2004; Facchini & Barbosa, 2006). O PNPM sugere a necessidade de capacitação de pessoal para o atendimento de mulheres lésbicas e bissexuais, além de produção de material educativo que abarque as demandas destas. Em 2008, O Plano Nacional de Políticas para as Mulheres surge em sua segunda versão. Este novo plano trata de questões díspares que envolvem mulheres, dentre eles, as demandas de saúde. O plano explicita uma preocupação com o aumento do número de novas infecções de mulheres pelo vírus HIV no mundo – feminização da epidemia⁹.

O *Plano Integrado de Enfrentamento à Feminização da Epidemia de Aids e outras DSTs* (Brasil, 2007) foi criado pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres e pelo Ministério da Saúde, em 2007. É um conjunto de ações que visa prevenir e tratar das DST e HIV/Aids, tendo como foco a situação que vivenciam as mulheres e o que as levam a se infectarem. O documento apresenta dados que confirmam a feminização da epidemia de Aids, mas também sua interiorização e pauperização. Tendo como foco as DST, o plano traz importantes contribuições acerca da relação entre essas patologias e o HIV/Aids. Entretanto, na maior parte do documento, não há referência direta a mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres, mas se direciona apenas às mulheres no geral. Acreditamos que tal generalização pode obscurecer ou desatender as especificidades de saúde desta população, aspecto também analisado por Mora (2009).

⁹ Os dados entre sexos apontam que se no início da epidemia, em torno de 15,1 homens por mulher estavam infectados. Em 2005, este número reduziu-se a 1,5 homem por mulher, dados semelhantes aos apresentados pela UNAIDS (2008).

No *Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos LGBT* (Brasil, 2009), anteriormente especificado, há pontos destinados à saúde de mulheres lésbicas, bissexuais e outras mulheres que fazem sexo com mulheres, mas nota-se que na maior parte do documento, as ações são direcionadas à população LGBT como um todo. Em relação às mulheres em questão, o plano contempla a necessidade de que as equipes de saúde sejam capacitadas de modo que atendam as especificidades de mulheres “lésbicas, bissexuais e transexuais”, tanto a nível estatal quanto municipal¹⁰(Brasil, 2009). O plano sugere também que haja uma campanha nacional (desenvolvida pelo Programa Nacional DST/Aids) que foque no sexo seguro entre mulheres e testagem de HIV nesta população específica (Brasil, 2009).

Lançado em 2002, o PNDH II - segunda versão do *Programa Nacional de Direitos Humanos* -, mencionava as demandas das mulheres acima citadas. Muito recentemente, em 2009, foi lançada a terceira versão deste programa. No que se refere à saúde sexual de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres, o programa prevê a consolidação de serviços básicos de saúde, tendo como foco a prevenção e diagnóstico prévio de doenças de populações vulneráveis, no qual inclui mulheres em geral, mas especificam também lésbicas e bissexuais (Ministério da Justiça, 2009).

Por fim importante documento direcionado à saúde da população LGBT, a *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*, foi criada entre 2009 e 2010. Esta política se caracteriza por reconhecer os impactos da rejeição e discriminação no processo de adoecimento na população LGBT. Há objetivos específicos que se referem às mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres e saúde, e convém trazê-los visto que interessam diretamente ao presente trabalho (há que analisarmos que a maior parte do documento se direciona a população LGBT como um todo) (Brasil, 2009).

Ampliar o acesso de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais aos serviços de saúde do SUS, garantindo o respeito às pessoas e acolhimento com qualidade e resolução de suas demandas e necessidades.

...

¹⁰ Compreende-se neste documento que, assim como nas demandas internacionais, a rejeição relatada pelas mulheres nos serviços de saúde intensifica a ausência daquelas nos atendimentos, movimento que por sua vez, contribui para os agravos de saúde significativos.

Oferecer atenção integral na rede de serviços do SUS para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais nas DSTs, HIV, AIDS, hepatites virais, etc (Brasil, 2010, p. 16).

Os documentos governamentais trazidos até o momento, assim como os do movimento social, parecem reconhecer as vulnerabilidades de saúde de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres, com destaque para a saúde sexual. Entretanto, há que se problematizar que ações que visem à saúde integral desta população ainda são escassas.

Não pretendemos com a exposição acima apresentar todos os documentos que se direcionam a esta população e nem mesmo fazer uma análise minuciosa acerca das contribuições e limitações de cada um (esgotar o tema não seria a pretensão desta dissertação), mas gostaríamos de trazer alguns aspectos que compõem os documentos acima citados em relação à temática, para que possamos compreender como o tema aparece no cenário nacional, tanto do ponto de vista dos movimentos, quanto dos documentos governamentais, de modo que possamos analisar por meio de que linhas a saúde sexual de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres surge problematizada. Passaremos agora a um breve resumo dos modos como o tema aparece nas pesquisas científicas no cenário internacional, para que posteriormente, discorramos acerca da produção nacional.

3.2 Produção científica internacional

A discussão do tema saúde sexual de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres no âmbito internacional¹¹ ocorre um pouco antes da emergência da temática no Brasil, mais ou menos em torno da metade dos anos 80 do século passado. Pesquisas internacionais revelam que ainda que haja a necessidade de estudos mais consistentes e aprofundados sobre as possibilidades de transmissão de HIV¹² na relação sexual entre mulheres, essa probabilidade não pode ser

¹¹ Devemos ter em consideração que os estudos internacionais serão apenas trazidos de modo que ofereçam um panorama da discussão que ocorre em outras partes do mundo, para visionarmos a partir de que vias a temática se instala nas pesquisas no Brasil, guardadas as devidas diferenças contextuais.

¹² De acordo com os CDC (2006), a relação sexual entre mulheres deve ser considerada como uma via possível de transmissão do HIV. Deste modo, fazem algumas indicações acerca das formas de

descartada ou tomada como inexistente (CDC, 2006), o mesmo se estendendo às DST (Bauer & Welles, 2001).

Richardson (2000) analisa como se processou a construção social da imunidade de mulheres lésbicas e bissexuais, ou seja, a autora investiga como as lésbicas foram incluídas e excluídas pelo discurso da AIDS¹³, problematizando como tais mulheres passam da vulnerabilidade ao registro da imunidade. Richardson (2002) ressalta duas questões que impulsionaram a política de invisibilidade acerca da saúde sexual de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres. A primeira se refere à crença disseminada de que estas mulheres teriam relações sexuais exclusivamente com mulheres, o que não se processa na prática e, a segunda, de que ainda que sejam necessários mais estudos sobre os dados de prevalência, alguns comportamentos de risco já são comprovados como potenciais vias de transmissão de infecções por algumas pesquisas (dados que apresentam certa aceitação no meio científico, dentre os quais: sexo oral desprotegido durante a menstruação (CDC, 2006) e partilha de brinquedos sexuais). Por fim, o estudo de Richardson (2002) possibilitou analisar como o conceito de risco é socialmente construído, assim como o de imunidade e, neste sentido, há que revermos certas crenças visto que, mulheres lésbicas e bissexuais, independente de seus comportamentos sexuais, passam a se considerar completamente imunes às DST/HIV por não estarem inseridas em grupos de risco definidos pelos discursos oficiais. Devemos, portanto, considerar quais as implicações destas crenças nas questões de saúde desta população.

Estudo desenvolvido por Bauer & Welles no ano de 2001 nos EUA, teve como objetivo avaliar as relações possíveis entre práticas sexuais entre mulheres¹⁴

proteção indicadas para mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres, quais sejam: utilização de preservativo nas relações sexuais com homens e em objetos, exames sorológicos e utilização de material de barreira, como plásticos de cozinha (ainda que os CDC não afirmem a eficácia comprovada dos métodos de barreira para o sexo oral, como folhas de látex, preservativos cortados ou plásticos, declaram que tais materiais podem oferecer alguma proteção).

¹³ Notou-se que não há um consenso na literatura acerca do momento em que as mulheres lésbicas, bissexuais e outras mulheres que fazem sexo com mulheres são distanciadas dos grupos de riscos definidos pelas políticas e ações que tratavam da epidemia da aids (alguns consideram que estas mulheres foram incluídas neste grupo e depois excluídas e outros consideram que elas nunca estiveram realmente imersas em algum grupo de risco específico (Richardson, 2000; Dolan, 2005). O que nos interessa entretanto, é compreender o caráter fabricado da delimitação dos grupos de risco e como as mulheres acima especificadas, quando não inseridas nestes grupos, passam a serem consideradas (e se considerar) como grupo imune (Almeida, 2005).

¹⁴ Essas foram recrutadas em um grande festival ocorrido em 1997 nos EUA. Deste modo, apesar de os autores se preocuparem em realizar uma pesquisa que abrangesse mulheres de extensões

(que se identificaram como lésbicas, bissexuais e heterossexuais, sendo que a maioria das mulheres se identificaram como lésbicas) e doenças sexualmente transmissíveis. Assim como em outros estudos¹⁵, as mulheres participantes desta pesquisa relataram práticas sexuais com homens e mulheres, portanto, identidades e práticas mais uma vez não se apresentaram correspondentes¹⁶. De acordo com os CDC (2006) esta é uma informação importante visto que mulheres que se identificam como lésbicas podem manter práticas sexuais com homens e os riscos neste tipo de comportamento são expressivamente altos (CDC, 2006), ainda que não se considerem bissexuais (Dolan & Davis, 2003)¹⁷. No estudo de Dolan & Davis (2003) aponta-se que além de não serem perspectivados riscos nas relações sexuais entre mulheres, algumas participantes se consideram “privilegiadas” por estarem inseridas num grupo “protegido”.

Bauer & Welles (2001) denunciam que ainda que nos recentes estudos sobre a temática, seja aceita a possibilidade de transmissão de infecções através do sexo entre mulheres, é necessário que se explicita com mais precisão quais são os riscos envolvidos nestas práticas sexuais. Estes autores fazem uma crítica aos modos como as práticas sexuais entre mulheres não são consideradas pelos discursos oficiais como passíveis de risco. As mulheres da pesquisa referida que se identificaram como lésbicas relataram menor frequência de realização de testes de DST/HIV, assim como se apresenta discreta a procura destas mulheres pelos serviços preventivos de saúde, devido às experiências negativas relatadas¹⁸. Essas são questões que devem ser levadas em consideração pelos profissionais de saúde, visto que devem guiar o atendimento médico e a administração de testes de DST e Papanicolaou tendo em pauta a probabilidade dos riscos nas práticas sexuais entre mulheres (Bauer & Welles, 2001). A investigação de Bauer e Welles (2001)

geográficas distintas, afirmam que o estudo em questão deve ser avaliado tendo em consideração a limitação de ter sido realizado apenas com as participantes deste festival.

¹⁵ Diamant, 1999; Bailey et al., 2003; Dolan & Davis, 2003; Richardson, 2002; Bjorkman & Malterud, 2009.

¹⁶ Os dados do estudo sugeriram que entre as que se identificaram como lésbicas, cerca de 3/4 relataram práticas sexuais com homens e mulheres. Entre as bissexuais também não foi apresentada uma linearidade dos comportamentos sexuais, ou seja, apesar de que 90% (noventa por cento) tenham relatado práticas sexuais com homens e mulheres, 10% relataram práticas sexuais apenas com homens.

¹⁷ Segundo Dolan & Davis (2003), para que possamos fazer pesquisas mais profícuas com esta população específica, é necessário que compreendamos que mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres não são um grupo homogêneo (Diamant, 1999; Bauer & Welles, 2001).

¹⁸ Questões presentes também em outras pesquisas: Bailey et al., 2003; Bjorkman & Malterud, 2009.

demonstrou como até mesmo mulheres que relataram práticas sexuais exclusivamente com mulheres, apresentaram histórico de DST¹⁹. Os autores concluem que a possibilidade de risco de transmissão de patologias pela via sexual entre mulheres não é negligenciável e consideram que sejam necessários outros estudos acerca da temática, para que se avalie com mais precisão os riscos envolvidos, de modo que estas possam tomar decisões informadas sobre seus comportamentos sexuais e cuidados de saúde.

Bailey et al. (2003) em estudo transversal sobre comportamento sexual de mulheres lésbicas e bissexuais no Reino Unido, assinalou que as mulheres participantes assumiram que seriam mais imunes em relação à transmissão de patologias pela via sexual, visto a ausência da ejaculação masculina em suas práticas e a impossibilidade de gravidez, o que portanto, não se justificaria a utilização de barreiras de proteção. O mesmo se confirmou na pesquisa de Marrazzo et al. (2005) em que ainda que as participantes tenham relatado presença de DST em seu histórico de saúde, em especial vaginose bacteriana, ainda assim, pouco lançaram mão de medidas de prevenção junto à suas parceiras, como lavar mãos, usar luvas de borracha e limpar os “brinquedos” sexuais²⁰, tanto quanto a utilização de preservativo nestes.

Dolan & Davis (2003), em estudo realizado nos EUA, buscaram analisar aspectos comportamentais e subjetivos acerca dos riscos de infecção por DST/HIV nas práticas sexuais entre mulheres. Os autores resgataram alguns fatores que podem sustentar a imagem de “invulnerabilidade lésbica” (Dolan, 2005), sendo eles: a tensão entre práticas e identidades sexuais; a dificuldade em acessar lésbicas para os estudos; direcionamento das pesquisas a grupos considerados mais vulneráveis, de modo que este grupo de mulheres fique à margem das investigações. As mulheres participantes desta pesquisa relataram que utilizavam métodos de proteção, ainda que de modo inconsistente, mas apenas em práticas sexuais com homens. Nestas práticas, os motivos que as mobilizaram na utilização de métodos de barreiras se referiam mais à anticoncepção do que a prevenção de DST/HIV.

¹⁹ Questão também presente na pesquisa de Fethers et al. (2000), realizada em Sidney/Austrália, que demonstrou a presença de vaginose bacteriana, HIV, Hepatite C e comportamentos de risco em mulheres lésbicas e bissexuais.

²⁰ Objetos utilizados nas práticas sexuais entre mulheres, como por exemplo: dildos ou vibradores, dentre outros.

Interessante contribuição do estudo desenvolvido por Dolan & Davis (2003) a esta dissertação refere-se à abordagem utilizada para a leitura dos dados produzidos em pesquisa, que não se restringiu ao espectro epidemiológico da maioria das pesquisas neste tópico apresentadas (ainda que não possamos negar a importância deste tipo de pesquisa ao campo tema), pois, construíram sua investigação tendo como norte a busca pelos sentidos subjacentes às práticas e comportamentos relatados, assim como os modos como os riscos são compreendidos. Outra expressiva contribuição desta investigação refere-se ao lugar social que ocupam as DST na vida de mulheres lésbicas. Tais infecções são percebidas sob uma ótica negativa e estigmatizante pois, podem ser consideradas símbolo de promiscuidade e infidelidade ou ainda, tornam-se a prova de bissexualidade, atitude desaprovada entre mulheres que se consideram como lésbicas. Esta problemática afeta a transmissibilidade das patologias, pois as mulheres sentem-se discriminadas em relatar às parceiras sua infecção e a possibilidade de transmissão acentua-se (questão que se agrava quando do início dos relacionamentos e nas práticas sexuais casuais). O estudo concluiu que mesmo que muitas mulheres conheçam os riscos envolvidos em suas práticas sexuais, continuaram a participar de práticas de risco e que mudanças neste sentido foram muito discretas.

Investigação internacional qualitativa realizada por Bjorkman & Malterud²¹ (2007) convém ser trazida pois, se debruçou sobre a análise da importância da paciente relatar a orientação sexual ao clínico geral e sobre o que os médicos podem fazer para promover um ambiente facilitador para a emergência desta declaração. As mulheres deste estudo relataram que em algumas situações, o relato pode auxiliar o diagnóstico médico e possibilitar que as pacientes sejam percebidas não presumidamente heterossexuais. Neste sentido, sugeriram que é necessário que o profissional seja aberto e permissivo para que esta informação possa emergir (pela mulher atendida e não pela tematização do médico), caso a paciente se sinta à vontade ou acredite ser necessário (em especial, para o diagnóstico e tratamento das infecções ginecológicas). Entretanto, algumas mulheres assumiram também a preocupação de serem vistas de forma depreciada

²¹ Convém trazer o nome do artigo, visto a pertinência das reflexões trazidas para esta dissertação: *Being lesbian – does the doctor need to know? A qualitative study about the significance of disclosure in general practice*. Há que se considerar as limitações desta pesquisa, pois se baseou apenas em uma entrevista grupal com seis mulheres auto-identificadas como lésbicas.

pelos médicos após o relato da orientação sexual, dependendo como o profissional compreende e lida com tal questão. O estudo problematiza que mesmo que as participantes acreditem que seja necessário o relato das práticas sexuais, ainda assim, poucas delas narraram ter se assumido ao médico ao longo de suas vidas.

Ao trazer os estudos internacionais acima citados, longe da pretensão de esgotar o cenário do debate que ocorre fora do país, buscamos resgatar algumas pesquisas que demonstraram preocupação e esforços em investigar a relação entre mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres e saúde sexual. Os estudos acima citados, mesmo que de pontos de partida distintos, analisaram a invisibilidade de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres no discurso da saúde e as vulnerabilidades de saúde desta população específica.

3.3

Saúde sexual de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres: o que se fala no Brasil

Neste tópico, faremos um breve apanhado das pesquisas científicas acerca do tema em questão no cenário brasileiro²². Segundo Mora (2009), estes estudos começaram a despontar apenas nos últimos quinze anos no país, em especial depois de 2004, dos quais escolhemos alguns representativos para apresentarmos ao longo deste tópico.

De acordo com Pinto (2004), em estudo realizado em São Paulo, sugere que mulheres que fazem sexo com mulheres estão também passíveis de se infectarem pelo HIV, por inúmeras vias: práticas sexuais com homens, uso compartilhado de acessórios sexuais (dildos), transfusão de sangue, contato com sangue menstrual, compartilhamento de seringa no uso de drogas injetáveis. Pinto (2004) registrou em sua pesquisa as seguintes taxas de prevalência de DST/HIV, por meio de realização de testagem (exames clínico-ginecológico e de laboratório): tricomoníase (3,8%), vaginose bacteriana (33,8%), clamídia (1,8%), hepatite B (7%)/ hepatite C (2,1%), citologia com resultado anormal (7,7%), HPV (6,2%) e HIV²³ (2,9%). O autor considera que ainda que não seja conhecida e comprovada a

²² Convém destacarmos um dos primeiros e mais importantes estudos realizados no Brasil que verteu atenção à experiência de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres: PORTINARI, D. B. **O discurso da homossexualidade feminina**. Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Psicologia Clínica da PUC-Rio. Rio de Janeiro: 1988.

²³ Pinto (2004) assinala também que no que se refere ao HIV e sua transmissão nas práticas sexuais entre mulheres, se deve analisar além das trocas de secreções vaginais, a interação entre

verdadeira incidência de infecções entre mulheres que fazem sexo com mulheres²⁴, deve ser proporcionada a estas uma rotina diagnóstica.

Apesar dos dados acima, as mulheres desta pesquisa declararam não usar com frequência barreiras de proteção (apenas 2,1% declararam uso consistente), pois relataram confiar em suas parceiras, portanto, não viam necessidade de usá-las ou não sabiam que seria indicado. As mulheres da investigação de Pinto (2004) relataram baixa procura pelos profissionais da ginecologia²⁵. Por fim, o autor conclui que há a necessidade de que mais pesquisas com estas mulheres sejam realizadas para que dados mais abrangentes sejam gerados sobre esta população, sem que estas sejam consideradas como um grupo de população homogênea (por isso a indicação para que se investigue a história pregressa da paciente) e da necessidade de que os profissionais de saúde recebam essas mulheres sem emitir juízos de valor depreciativos (expressivo número de mulheres que relataram suas práticas sexuais ao médico foram atendidas mais rapidamente após o relato ou não foram devidamente examinadas) ou com a presunção da heterossexualidade²⁶. Pinto (2004) pondera que as dificuldades de os profissionais não realizarem um atendimento distante das queixas acima se refere também à precária formação que recebem neste sentido²⁷.

No ano seguinte à pesquisa acima citada, importante estudo é encampado por Almeida (2005). Este se diferencia da investigação anterior pois o autor, mais do que se dedicar a responder se lésbicas podem se infectar nas práticas sexuais, busca compreender quais as linhas de força que atuam na produção da vulnerabilidade lésbica de saúde. A partir de uma análise advinda das Ciências Sociais, o autor analisa como a sexualidade da mulher (diga-se a heterossexual) historicamente esteve atrelada à reprodução e como, frente a este quadro, as

fatores biológicos e comportamentais que podem favorecer a transmissão, tais como nível de infecção do portador e da taxa de imunidade de sua parceira, além das práticas sexuais realizadas (mais ou menos violentas).

²⁴ O índice de prevalência de infecção pelo HIV entre mulheres lésbicas e bissexuais não é disponível, pois não se conhece o denominador para se calcular tal taxa.

²⁵ Apenas 37,9% relataram ter procurado o profissional no último ano (mínimo recomendado) e mais de 17% das entrevistadas afirmaram nunca terem realizado citologia oncológica (Papanicolaou), além de 3,3% nunca terem ido ao ginecologista.

²⁶ O autor analisa que as mulheres exclusivamente lésbicas não consideraram como importante a realização do exame de Papanicolaou regularmente, crença que é compartilhada por alguns profissionais de saúde.

²⁷ Este estudo, apesar de sua relevância no cenário nacional, deve ser analisado a partir de suas limitações, visto que foi realizado somente com 145 mulheres, apenas da cidade de São Paulo.

práticas sexuais entre mulheres ficaram invisíveis, em especial após a epidemia da aids (no qual não foram consideradas como pertencentes à um grupo de risco).

Almeida (2005) produz uma análise que possibilita-nos deflagrar como um “corpo lésbico²⁸” é construído como totalmente imune e transforma-se em corpo vulnerável (e da importância desta transformação, desenvolvida inicialmente pelo movimento social, em especial pelo movimento lésbico e feminista, para que as especificidades de saúde destas mulheres fossem atendidas). Neste sentido, por meio de depoimentos de mulheres lésbicas militantes e de médicos ginecologistas, o autor reforça a premissa de que mulheres lésbicas apresentariam vulnerabilidades de saúde e não fariam parte de um grupo imune. Almeida (2005) compreende e demonstra como as vulnerabilidades de saúde das mulheres em questão sofrem abalos de vulnerabilidades produzidas num contexto mais amplo, como as que advêm da dificuldade de acesso e da má estruturação dos serviços de saúde.

De acordo com o autor, alguns mitos reforçam e produzem o “corpo lésbico” como imune aos agravos advindos do ato sexual, tais como: o corpo do homem considerado como responsável maior pelas infecções (o que excluiria o “corpo lésbico” da possibilidade de transmissão, visto não haver troca de secreções), a crença de que as mulheres lésbicas teriam menos parcerias sexuais (o que não se comprovou em seu estudo), logo, menos riscos, e a própria invisibilidade da homossexualidade feminina, visto que as mulheres inseridas neste grupo, não são consideradas como praticantes de relações sexuais propriamente ditas. Dessa forma, suas práticas estariam, portanto, no registro da incompletude. O autor afirma que ainda que sejam necessárias maiores informações acerca da saúde sexual de mulheres lésbicas e dos riscos envolvidos nas práticas sexuais, a informação por si só não é suficiente, visto que mesmo as mulheres ativistas participantes da pesquisa, sabedoras de dados neste sentido, não relataram mudanças nos comportamentos sexuais. Almeida (2005) assinala que as práticas em saúde devem ser construídas sensíveis às trajetórias sexuais pessoais e não devem se pautar apenas na previsibilidade comportamental que abrigam os rótulos identitários.

²⁸ Compreendido pelo ator como um marco político e não biológico.

Neste mesmo ano, a pesquisa de Meinerz²⁹ (2005) apontou que as mulheres participantes assumiram banalizar os riscos referentes às DST. Do total de mulheres, quase metade preferiu não contar ao ginecologista suas preferências sexuais, comportamento de omissão que, de acordo com a autora, pode endossar a invisibilidade destas mulheres. Meinerz (2005) aponta em seu estudo, que as mulheres com práticas sexuais com mulheres se identificaram como “cem por cento garantidas” no que se refere à proteção de agravos no contato sexual (HIV). Tal percepção está associada, dentre outros fatores, à inexistência de possibilidade de gravidez. A autora analisa dois níveis de comportamento em relação à saúde sexual: a falta de adesão às práticas seguras por desconhecimento de qualquer possibilidade de infecção de um lado e, a postura de assumir uma prática sexual sem proteção, mesmo sabendo das possibilidades de transmissão e contágio (pois as DST seriam de mais fácil tratamento), tendo em face à inadequação das técnicas existentes de outro. Os métodos de barreira, além de desconfortáveis, foram percebidos como empecilho à intimidade. A informação corrente de que nas práticas sexuais entre mulheres há baixa probabilidade de contágio pelo HIV/Aids possibilitou que as mulheres desta pesquisa se percebessem como totalmente fora dos grupos de risco. A forma de gestão dos riscos relatada pelas participantes foi restringir o repertório das práticas sexuais no início da vida sexual com a parceira, até que com a intimidade e o conhecimento de sua vida progressa, os contatos sexuais se intensificassem e práticas outras fossem incorporadas.

No ano seguinte à publicação de Almeida (2005) e Meinerz (2005), Barbosa & Koyama (2006), realizaram uma ampla pesquisa, no qual se dedicaram a estimar e descrever comportamentos, atitudes e práticas sexuais de mulheres que fazem sexo com mulheres no Brasil e investigar o conhecimento apresentado por estas acerca de DST/HIV. As autoras demonstraram como o número de mulheres que relataram sexo com mulheres ao longo da vida (cerca de 3%) diminuiu quase pela metade em relação aos últimos cinco anos e ano anterior (cerca de 1,7%). Tais dados sugerem que estas mulheres transitam entre comportamentos homossexuais e heterossexuais ao longo da vida. Neste sentido, as autoras refletiram como a homossexualidade feminina não é uma categoria estanque e

²⁹ A autora desenvolveu uma pesquisa de cunho etnográfico com dez mulheres de camadas médias inseridas em relações homoeróticas, na cidade de Porto Alegre (Rio Grande do Sul).

coerente, mas apresenta certa fluidez que deve ser levada em consideração pelas políticas de saúde e pesquisas com a temática.

Barbosa & Facchini (2009), num estudo referente ao acesso a cuidados relativos à saúde sexual de mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo³⁰, indicam que metade das mulheres entrevistadas relatou acesso à consulta ginecológica anualmente (mínimo recomendado). Em relação ao exame Papanicolaou, sete mulheres nunca o haviam realizado, cinco delas apenas uma vez e três fizeram como parte de uma pesquisa que participaram (o desconforto com os exames foi informação relevante levantada). Em consideração ao nível socioeconômico, o baixo acesso a serviços de saúde de mulheres provenientes de camadas populares só efetivou-se quando aquelas relataram pouco ou nenhum contato sexual com homens. Mesmo que as mulheres tenham relatado queixas acerca do atendimento médico, denunciando preconceito por parte dos profissionais, este desconforto não foi motivador do abandono da busca pelo atendimento ginecológico (o receio maior das mulheres era em relação ao relato ou não das preferências sexuais). O material sugere que quanto mais a mulher apresentava atributos corporais masculinizados, menor era a frequência aos serviços ginecológicos. O ginecologista neste cenário é considerado como profissional que trata de DST, patologias que advém dos homens, logo, para estas mulheres, frequentá-lo não se aplica (a consulta ginecológica é percebida como desconfortável e invasiva).

Em relação ao HIV/AIDS observou-se que apenas as mais jovens, não inseridas em relacionamentos fixos, preocupavam-se com a questão (a maioria das mulheres da pesquisa nunca fez teste de HIV). Segundo Barbosa & Facchini (2009), os cuidados de proteção relatados pelas mulheres se referiam mais a questões ligadas à higiene do que à prevenção de agravos. A relação entre intimidade e saúde é também analisada pelas autoras visto que, assim como na pesquisa anterior (Meinerz, 2005), quanto maior o grau de intimidade, mais amplo torna-se o repertório sexual. Relatar ou não ao ginecologista suas práticas sexuais é considerado um comportamento que deve ser previamente analisado. Dentre as que relataram, o fizeram com a finalidade de otimizar o atendimento, mesmo que tal ação não provocasse na práticas dos profissionais nenhuma adaptação,

³⁰ Realizado com vinte mulheres de estratos populares e dez de estratos médios, entre os anos de 2003 e 2006.

principal queixa das mulheres. Para essas, os médicos agiam como se a informação não existisse e como se não tivesse nada a comentar ou orientar.

Segundo Barbosa & Facchini (2009):

Entre as entrevistadas que já foram ao ginecologista, a maioria relatou a orientação sexual ao profissional, o que não necessariamente se desdobrou no recebimento de uma conduta adequada, ao contrário do que a suposição de “sair do armário” como uma solução unilateral para a melhora dos cuidados à saúde de mulheres que fazem sexo com mulheres possa fazer crer... Entre as mulheres que relatam ao ginecologista sua orientação sexual esperando em contrapartida alguma orientação específica, foi comum o desapontamento pelo fato de o profissional não estar preparado para atendê-las com a mesma desenvoltura e habilidade, acessando muitas vezes uma série de conhecimentos estereotipados como guia para sua conduta durante a consulta (p. 296).

As autoras relembram o cuidado que devem ter os profissionais ao lidar com o relato das identidades sexuais, que podem ter múltiplos desdobramentos comportamentais.

Em recente estudo, Mora (2009) investigou a percepção dos riscos e vulnerabilidades às DST e HIV entre mulheres denominadas lésbicas e bissexuais no Rio de Janeiro. Sua pesquisa sinaliza que tem sido pouco incorporada a noção de risco no que se refere à saúde sexual entre essas mulheres. O risco só é considerado quando a parceira é uma mulher bissexual ou do sexo oposto. Portanto, a lógica de proteção se manifesta quando o parceiro é desconhecido, o que se inverte quando o parceiro é conhecido. De acordo com Mora (2009), o que intensificou a invisibilidade destas mulheres, além da “invulnerabilidade” comentada anteriormente, foi a percepção de que haveria correspondência entre práticas e identidades sexuais. De acordo com esta pesquisa, mesmo que alguns dados epidemiológicos afirmem que os riscos de transmissão de HIV e outras DST entre mulheres sejam menores em relação às práticas sexuais entre pessoas de sexo distinto, o grupo de mulheres, ainda assim, narraram diversas situações de vulnerabilidades de saúde que se referiam a estas patologias.

As mulheres participantes sugeriram que é necessário um clima de confiança para a realização do sexo oral. Além disso, a inibição em se realizar sexo oral com a parceira menstruada se dá mais por motivos de cuidados higiênicos do que de saúde. Além dos cuidados pessoais, o número de parceiros ao longo da vida e presença ou ausência de sinais de doenças são fatores que incidem na opção por realizar ou não o sexo oral. As práticas consideradas de

maior risco e que se subentende a necessidade de cuidados de prevenção são o sexo vaginal e anal, ainda que as participantes não tenham apresentado conhecimento acerca da transmissão de DST entre mulheres, considerando suas práticas sexuais mais seguras (Mora, 2009). Mulheres bissexuais, em detrimento das mulheres lésbicas, perceberam mais veemente a presença de riscos nas relações sexuais e relataram lançar mão de métodos de barreiras em suas práticas sexuais. A autora finaliza refletindo que em seu estudo há baixa ou ausente percepção de risco frente ao potencial de infecção por DST/HIV/Aids, informação que deve ser considerada pelas políticas públicas de saúde (Mora, 2009).

Por fim, traremos uma recente pesquisa desenvolvida por Melo (2010), em que foram analisados os fatores que auxiliam e dificultam que mulheres com práticas homoeróticas busquem os serviços de saúde, sob a ótica dos profissionais de um Programa de Saúde da Família de Recife³¹. O estudo apontou que o serviço de saúde pesquisado é direcionado para a atenção à saúde da mulher, diga-se a mulher heterossexual (concebida ligada à reprodução e à maternidade). Neste cenário, mulheres que não se identificam nesta referência ficavam invisibilizadas (visíveis apenas quando apresentam estereótipo corporal do sexo oposto). Entretanto, às mulheres consideradas homoeróticas, é vertida uma atenção secundarizada, visto que se desvencilham do modelo de mulher pela qual a unidade de saúde foca seu principal trabalho (assim como ocorre com os homens).

Os profissionais relataram, segundo Melo (2010), não tematizar as práticas sexuais em atendimento e não modificá-lo após o relato da paciente. Entretanto, após as indagações suscitadas pela/na pesquisa, puderam avaliar como esta postura exclui inúmeras questões, em especial de prevenção, de mulheres não heterossexuais. De acordo com a autora, não há consenso sobre tematizar ou não as práticas sexuais da paciente (seja em consulta ou nos prontuários), pois alguns entendem que seja invasão de privacidade, outros que esta informação não faz diferença para o tratamento da paciente. Por outro lado, ainda que considerem que qualquer prática sexual sem proteção é passível de riscos, não apresentaram nenhum conhecimento acerca de métodos de proteção nas práticas sexuais entre

³¹ À mão deste estudo, sugere-se a leitura da seguinte dissertação: VALADÃO, R. de C. A Invisibilidade da Homossexualidade Feminina no Campo da Atenção Integral à Saúde da Mulher. Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado na Área da Mulher da Criança e do Adolescente/Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ. Rio de Janeiro: 2008.

mulheres. Não obstante, nas entrelinhas dos discursos destes profissionais, a ideia de invulnerabilidade no sexo entre mulheres perpetua-se, quando os profissionais concebem as práticas sexuais entre mulheres como “não-sexo” e portanto, as destituem da necessidade de realização do exame preventivo.

Melo (2010) pondera, entretanto, a postura apresentada pelos profissionais, visto que estes relataram que em suas formações, nenhuma informação acerca da saúde de mulheres com parceria feminina foi abordada. A autora conclui refletindo sobre os modos como a atenção à saúde pode se organizar para que as mulheres sejam atendidas em sua diversidade.

Mais do que advogar por um consenso no que se refere aos dados acerca de transmissibilidade, comportamentos de risco e presença de infecções, os elementos anteriormente trazidos nos servirão como disparadores de uma reflexão mais aprofundada acerca das linhas de força que concorrem para a produção de uma inteligibilidade acerca da saúde sexual de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres. Os documentos nos possibilitaram perceber as vulnerabilidades de saúde destas mulheres, que possuem expressiva relação com a invisibilidade que as acomete (ainda que não haja consenso nas diversas pesquisas e documentos acerca dos dados que produzem a estreita relação, no que se refere à saúde sexual de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres, entre invisibilidade e vulnerabilidade). Destarte, almeja-se com a apresentação dos dados deste capítulo, alicerçar esta pesquisa e situar o estado da arte acerca do tema, para que possamos acessar no trabalho de campo, os sentidos produzidos pelas mulheres em questão e médicos ginecologistas acerca da tensão entre práticas sexuais e saúde. As reflexões deste capítulo foram disparadoras da busca por tais sentidos, que por vezes, encontram-se adormecidos nas dobras ou fendas dos dados epidemiológicos³², que se tornarão mais encarnados, se se aproximarem da cotidianidade das trajetórias de vida, nas (des)andanças dos roteiros sexuais. Analisar como as mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres são concebidas e como suas demandas são problematizadas nos documentos/investigações acima, nos possibilita avaliar como estamos gradativamente construindo uma visibilidade das experiências destas mulheres, de

³² Ainda que não possamos descartar a exímia importância destes dados para o campo em questão, mas queremos apenas esclarecer que não foi o foco principal dessa dissertação.

modo que não repetamos o lugar histórico da mulher nas políticas e pesquisas, que por longa data circunscreveu-se à essencializações (Rohden, 2004).

3.4

Saúde sexual: sobre o tom utilizado nesta dissertação

Após a explanação das pesquisas acima, gostaríamos de explicitar sob que ponto de vista partimos para compreender a saúde neste trabalho, pois como construímos esta dissertação a partir de um olhar mais apurado para a produção da subjetividade, visto estarmos situados no domínio psicológico, devemos dar contorno à este conceito, caro à dissertação. Para se discutir saúde, em primeiro lugar, há que se construir uma discussão que envolva outros aspectos que não apenas àqueles focados na vigilância em saúde e no controle dos agravos por meio do discurso médico disciplinar, tendo como foco uma noção negativa de saúde como ausência de patologias (Ayres, 2002). Compreendemos, neste trabalho, a saúde em seu sentido mais alargado, qual seja, estado de bem-estar mais global, que envolva aspectos físicos, emocionais, culturais, ecológicos, dentre outros (definição de saúde ancorada pela OMS).

Dessa forma, ainda que muitos aspectos referentes à saúde sexual compreendida neste registro outro não tenham sido desenvolvidos de modo mais sistemático nesta dissertação (como as questões referentes ao prazer propriamente dito³³), a discussão aqui encampada buscou se desvincular dos discursos instituídos acerca das indicações de saúde e dos riscos, para que os sujeitos da pesquisa pudessem oferecer múltiplos pontos de vista referentes ao que escapa a estas cartilhas prescritivas das condutas. Segundo, Cornwall & Jolly (2008), apesar de que com a epidemia da aids as discussões sobre sexualidade tornaram-se mais proeminentes, o campo sexual após a epidemia ficou restrito ao espectro da saúde, persistentemente negativa e normativa.

Neste sentido, segundo Buss (2000), o modelo de prevenção em saúde está sendo suplantado (ao menos discursivamente), pelo modelo da promoção de saúde. Mesmo que este último englobe também a prevenção, possibilita que aspectos sociais sejam incluídos ao conceito de saúde, movimento que possibilitaria que a complexidade deste campo pudesse ser mais bem

³³ Estes aspectos serão mais bem desenvolvidos em investigação posterior, tendo também como recorte populacional mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres.

compreendida. Todavia, ainda que o conceito de promoção da saúde apresente avanços, críticas são vertidas à ideologia proposta neste conceito. De acordo com Spink (2007), submerso no discurso da promoção da saúde, reside uma estratégia de biocontrole que se pauta nos riscos (sendo estes considerados sempre em seu aspecto negativo³⁴). Esta reflexão advém da crença de que a política da promoção da saúde é altamente prescritiva e moralista, pois endossa a existência de estilos de vida saudáveis, portanto, recomendáveis. Segundo Spink (2007) o discurso sobre os riscos foi um poderoso aliado a estratégias de gerenciamento de populações, como o que teorizou Foucault como *biopoder* (poder exercido sobre/pelos corpos).

Os efeitos dessa estratégia de governamentalidade por meio dos riscos podem ser observados, por exemplo, no discurso dos grupos de riscos, tão em voga na epidemia da aids. Ora, na lógica acima apresentada, ser portador de risco e tê-lo propriamente dito, passam a ser instâncias idênticas. Deste modo, no que se refere à epidemia, o conceito de grupos de riscos (estes tomados como um coletivo homogêneo) é suplantado pelo de práticas de riscos. Assim, comportamentos e não grupos passam a ser considerados de risco. Neste sentido, Spink (2007) busca analisar as possibilidades de que outro estatuto para a compreensão dos riscos seja garantido (visto que num mundo idealizado não se comportam práticas arriscadas), no interior do discurso da promoção da saúde, para que se possa garantir que o sujeito seja mais ativo em sua postura e escolhas frente à vida.

Ainda que seja garantido o que propõe Spink (2007) há também que problematizarmos o estatuto do conceito risco: o que são os riscos e quem os definem? Gagnon (2006) constrói um raciocínio tendo como norte a hipótese de que, o que consensualmente consideramos como risco, é produto de agenciamentos que, na maioria das vezes se pautam em expectativas de pesquisadores e especialistas. De acordo com o autor, há um contrato implícito que sobrepõe sexo, riscos e consequências negativas. Gagnon (2006) e Castiel & Álvarez-Dardet (2007) afirmam que, por não haver a possibilidade de direcionar um olhar não enviesado para o que se considera como riscos, que devemos não perder de vista seu caráter produzido, aspecto que em muitos casos, serve de

³⁴ Castiel (1996) define a promoção da saúde como *saúde persecutória*.

anteparo a normalizações diversas. Segundo Castiel (2003): “Nada é um risco em si – o que entendemos como sendo um ‘risco’ (ou perigo, ameaça) é produto de ‘modos de olhar’ historicamente, socialmente, politicamente contingentes” (p. 84).

A crítica de Castiel & Álvarez-Dardet (2007) se direciona a saúde pública e ao lugar que esta ocupa em nossa sociedade, pois, baseando-se nas evidências científicas dos riscos, instituiu-se como um *locus* que persegue e moraliza as condutas, tendo em pauta o valor da previsibilidade (chamada pelos autores medicalização do futuro ou medicina do risco por meio da bioestatística). Em crítica à artificialidade do enfoque quantitativo dos riscos, o autor analisa:

Uma das importantes críticas feitas ao enfoque quantitativista do risco consiste no fato de instituir uma entidade, que possuiria uma 'existência' autônoma, objetivável, independente dos complexos contextos sócio-culturais nos quais as pessoas se encontram. Em outras palavras, o risco adquire um estatuto ontológico, que acompanha, de certa forma, aquele produzido pelo discurso biomédico para as doenças, mas, possuidor de características próprias, ou seja, atributos de virtualidade, 'fantasmáticos' (Castiel, 1996, p. 243).

Oposto ao conceito de risco surge o de estilos de vida saudáveis, modelos ideais de vida que se pautam na expulsão de qualquer conteúdo arriscado, roteiros a serem seguidos pelos indivíduos. Esta configuração reproduz a lógica capitalista da individualização pois, viver com os riscos ou ter um estilo de vida saudável passa a ser uma opção pessoal, portanto, o processo saúde-doença torna-se responsabilidade única do indivíduo. Por outro lado, Castiel (1996) considera que o discurso da gestão dos riscos em detrimento do estilo de vida saudável ainda assim deve ser analisado com devida precaução, pois pode dissimular, uma vez mais, a responsabilização dos indivíduos, como se os estilos de vida saudáveis e a gestão dos riscos fossem resultantes de disposições intencionais e racionais. Castiel & Álvarez-Dardet (2007) assumem a importância de considerarmos os riscos como parte constitutiva da condição humana, do lugar produtivo que ocupa em nossas vidas quando aprendemos a com ele (con)viver e administrar.

Após situarmos sob que prisma compreendemos o conceito de saúde, tendo em consideração o caráter fabricado dos riscos, neste espaço, destinaremos algumas considerações sobre a partir de que ótica visionamos a saúde sexual. Esta é aqui compreendida sob dois prismas distintos, sendo o primeiro àquele

relacionado aos autocuidados e o segundo, aos cuidados ginecológicos³⁵, que serão analisados sob a luz do que teorizou Foucault (1985) acerca do *cuidado de si*. Optamos por analisar os cuidados vertidos à saúde sexual das mulheres desta pesquisa em consideração aos *cuidados de si*, pois, percebemos que alguns elementos que guiaram, naquele momento histórico, os cuidados consigo por meio dos regimes e da temperança (Foucault, 1984), encontram-se presentes no discurso social contemporâneo (ainda que de modo reconfigurado) acerca do corpo, cuidado, medicina, longevidade.

Mais do que supervisionar e compreender os cuidados tendo em consideração apenas o discurso médico e o que este preconiza como indicação de saúde, gostaríamos de perceber o cuidado como uma prática de liberdade e ética com a vida, sendo o indivíduo ator de suas escolhas, não no sentido individualista criticado acima, mas sob uma ótica de decisão informada. Deste modo, com esta reflexão, os sujeitos e suas escolhas são convidados a participar do que compreendemos por cuidado. Foucault (1985) analisa a sociedade grega antiga e versa sobre o significado que as *práticas de si* tinham naquele momento histórico, sendo tal cuidado responsabilidade pessoal, uma *tecnologia de si* que emerge da experiência social na interação. Dessa forma, o balanceamento dos prazeres e a gerência do cuidado que se vertia a si, como práticas valorizadas, eram constantemente estimuladas pelo social e não apenas uma responsabilidade desatrelada de um amparo coletivo. A sustentação social para a prática cuidadosa de si não se centralizava em instância institucionalizada alguma, mas, pulverizada, participava da construção de uma moral pessoal, um discurso ausente de uma ontologia fixa, mas presente enquanto valor norteador. O *cuidado de si* era visto como aquilo que nos diferenciava de todos os outros animais, sendo a temperança (Foucault, 1984) e a autodedicação no que se refere ao corpo e à alma, fatores que nos impeliria à completude enquanto seres humanos (o *cuidado de si* referia-se a uma produção sobre si, diferente do que se preconizou em momento posterior pelo cristianismo acerca da renúncia de si) (Foucault, 1985).

Percebe-se que o *cuidado de si*, analisado por Foucault (1985), não converge com o que vemos na atualidade: uma exigência de cuidados no âmbito

³⁵ Mesmo que esta divisão seja artificial, optamos por utilizá-la visto que, ainda que ambos se refiram a cuidados que se destinam a preservar a saúde sexual, dividi-los se faz necessário para termos uma dimensão de quando o cuidado é terceirizado, ou seja, envolve o trabalho de outra pessoa, como o médico ginecologista, profissional também participante desta pesquisa.

da meritocracia de si, responsabilidade única e exclusiva do indivíduo, sem amparo social. Apesar de haver um discurso semelhante àquele imputado na Grécia Antiga acerca dos *cuidados de si*, há por outro lado, nos documentos oficiais e nos trabalhos de prevenção, particular ausência de informações sobre os cuidados de saúde de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres (Almeida, 2005).

Entretanto, pressupomos que mesmo com tal carência de informações e o desamparo dos serviços de saúde não neutralizam a postura destas mulheres que criam estratégias próprias na construção de cuidados em relação à saúde sexual. Tais táticas, se por um lado, aliam-se aos discursos oficiais de prevenção em alguns momentos, em outros, os subverte. Essa gestão dos riscos possibilita o estreitamento do abismo existente entre o que sugerem (ainda de modo discreto) os documentos oficiais de saúde e a aplicabilidade cotidiana. Dessa forma, compreender como se pautam tais cuidados é maneira de se repensar as políticas de saúde, tendo em consideração as táticas³⁶ (Certeau, 1995) de prevenção adotadas na gestão dos riscos.

No próximo capítulo por fim, após a contextualização sócio-histórica (capítulo II) e da explanação do estado da arte do tema presente em documentos teórico-políticos (capítulo III), traremos para a cena o trabalho de campo propriamente dito, dividido em duas partes: trajetória metodológica e discussão dos resultados. O percurso metodológico será explorado e tomado como objeto de reflexão pois compreende-se que a pesquisa científica é uma usina de produção de realidades (Law, 2009) e, para que possamos compreender que engrenagem possibilitou que fossem produzidos os dados de pesquisa apresentados, convém trazer o percurso percorrido, motor das falas apresentadas e analisadas no capítulo V (discussão dos resultados).

³⁶ Para Certeau (1995) o poder não produz apenas sujeitos passivos, consumidores de suas prerrogativas. Tais sujeitos marcam seus espaços, utilizando-se do poder, pela via da subversão, no qual ele denominou de estratégias microrresistentes. Essa forma de transgressão das regras sociais impostas fomenta o florescimento das culturas ditas paralelas, marginais, subculturas, que não são silenciadas pelas prerrogativas do poder instituído, mas que se consolidam sorrateiramente através das *táticas* e dos mecanismos burladores.

4

O eu e os outros no palco da pesquisa: aspectos teórico-metodológicos

Senhoras e senhores, respeitável público leitor! Abrem-se as cortinas e recomeça o espetáculo. Este ato da dissertação tem a intenção de apresentar as deambulações ocorridas no campo e os dispositivos teórico-metodológicos que foram sendo construídos para percorrê-lo. Os capítulos precedentes tiveram a intenção de mapear teoricamente, os estudos, pesquisas e conceitos que embasaram o roteiro de trabalho aqui apresentado. Neste ato, entretanto, buscamos apresentar o roteiro que foi utilizado para trilhar o trabalho de campo (e o que lhe foi improvisado para atender os percalços surgidos); os personagens que atuaram (tanto os protagonistas quanto os coadjuvantes); e os dispositivos teórico-metodológicos de que se lançou mão.

Partimos do pressuposto de que o campo de saber das ciências humanas deve buscar uma positividade de outra ordem, que escape às exigências da racionalidade técnica e instrumental. Neste sentido, ao invés de utilizar metodologia estabelecida teoricamente na literatura, esta pesquisa empregou o uso de dispositivos metodológicos construídos (e nomeados) pela própria pesquisadora, em coautoria com os personagens que a guiaram em seu trabalho (mulheres, médicos e outros anônimos). Esta opção deveu-se à necessidade de “ouvir o campo” e suas exigências, de modo que este participasse enquanto tensionador dos instrumentos que melhor pudessem apreender a dinâmica do que se desenrolava na vida. Deste modo, acredita-se que foi necessário se desviar da rigidez dos métodos cientificistas, visto que, se se nega qualquer universalismo do que seja da ordem do humano, logo, não caberia neste trabalho a utilização de método pré-estabelecido.

Por fim, há que se explicitar que partimos do pressuposto de que os métodos são produtores de realidades sociais, ou seja, não têm a funcionalidade de apenas descrever ou tornar inteligível o mundo (compreendido como real e produzido), mas de promulgá-lo, fazê-lo (Law & Urry¹, 2003). Neste sentido, se o método tem

¹ Law & Urry são considerados herdeiros da Teoria Ator-rede. Ainda que Bakhtin não pertença a este mesmo viés teórico, o encontro destes autores na pesquisa não será inviável, visto que percebemos que há aproximações entre eles, em especial, no que se refere às discussões acerca das

este poder performativo, há que se pensar, que realidades pretende-se construir (na compreensão da realidade com um efeito relacional) e quais se pretende desestabilizar, corroer, enfraquecer. Dessa forma, importante questão se configura na escolha dos métodos: o que este instrumento faz fazer? (Law & Urry, 2003).

É na compreensão deste olhar conceitual em relação ao método, por meio deste alicerce e indagações, portanto, que a pesquisadora constrói seus dispositivos de investigação. O compromisso da escolha do método se apresenta e neste sentido, as reflexões de Bakhtin oferecem ímpares contribuições para a pesquisa, visto que o autor ao longo de sua obra apresenta uma postura compromissada em construir uma teoria que fizesse jus à dinamicidade que ocorre na vida. Portanto, o mundo que se quer fazer nesta pesquisa é aquele em que mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres, médicos ginecologistas e a própria pesquisadora possam problematizar o tema em questão (saúde sexual de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres), repensarem o lugar que ocupam, reintroduzir novos sentidos à temática, sem o compromisso de qualquer acabamento ou conclusão, que monologize este encontro.

4.1 Sobre os personagens deste enredo

A pesquisa em questão foi realizada com 7 (sete) mulheres jovens (entre 20 (vinte) e 30 (trinta) anos²), que declararam se relacionar afetivo-sexualmente³

especificidades presentes nas ciências humanas e sociais e ao método, ainda que percebamos que Bakhtin esteja mais próximo de uma visão humanista. Ou seja, há uma distinção ontológica entre esses dois modos de conhecer o mundo pois, para Bakhtin, o sujeito que fala protagoniza a produção de sentidos acerca do mundo material, dando-lhe significados por meio da/na linguagem, já na Teoria Ator-rede, não compreende-se que haja essa assimetria, horizontalizando sujeito e objeto nesse processo.

² Optamos por utilizar o recorte etário de 20 a 30 anos, pois de acordo com Santos (2007), entre 2003 e 2006, na base APOGLBTT (Associação da População Gay, Lésbica, Bissexual, Travesti e Transexual) cerca de 67% dos casais homossexuais assinaram o registro de união estável entre os 30 e os 40 anos. Dessa forma, partiu-se do pressuposto que as mulheres se relacionam com sua saúde sexual de modo distinto quando estão em uma união estável. Sendo assim, optou-se por definir a idade limite de 30 anos para as participantes, pois se acreditou que haveria menor possibilidade de que as mulheres já estivessem instaladas em relacionamentos fixos, fator que influenciaria a maneira como lidam com a saúde sexual (mesmo que se compreenda que discreto número de casais cheguem a obter este registro, ainda que instalados em uniões fixas). Por outro lado, os dados da UNAIDS (2008) afirmam que, apesar de quantidade de novas infecções pelo HIV no mundo tenha diminuído, no que se refere às novas infecções, observa-se o fenômeno denominado *juvenilização e feminização* da epidemia, ou seja, o número cresce entre as mulheres jovens (em especial entre os 15 e 24 anos), informação importante quando se refere à saúde sexual. Dessa forma, a pesquisa em questão foi desenvolvida com mulheres jovens, tendo em

com outras de mesmo sexo, sendo que três são militantes do movimento LGBT, todas residentes na cidade do Rio de Janeiro⁴ (tanto usuárias do sistema público de saúde, quanto do privado⁵); e com 8⁶ (oito) médicos(as) ginecologistas⁷ que trabalham, ao menos em regime parcial, na rede pública de saúde desta mesma cidade.

A presença dos dois grupos distintos de mulheres (militantes e não militantes) não pressupôs nenhuma comparação entre ambos, mas sim, pretendeu-se tensionar os relatos com vozes advindas de endereços espaciais distintos. Partiu-se do pressuposto que, para além dos muros dos movimentos sociais aqui especificados, existe um universo sorrateiro e nem por isso menos contestatório, que muitas das vezes não é convidado a construir a experiência e a história no campo das sexualidades em intersecção com a saúde. Os modos de existir/resistir não situados nos movimentos também contribui, mesmo que informalmente, para

consideração que juventude, de acordo com Féres-Carneiro (2005), define-se pela faixa etária entre os 18 (dezoito) ou 20 (vinte) anos mais ou menos e se estende até os 30 (trinta) anos.

³ A delimitação do que seja ter relações sexuais se baseará somente na auto-declaração, não sendo neste trabalho problematizado quais as práticas definem o universo do que vem a ser uma relação sexual. As mulheres participantes da pesquisa deverão assumir ter práticas afetivo-sexuais com mulheres, independente da identidade que possam vir a se definir ou da presença alternada com outras práticas sexuais.

⁴ Apesar de corroborarmos nossas reflexões com as apresentadas por Facchini (2008) e Miskolci (2009) acerca das interseccionalidades (intersecção de diferenças: de acordo com o movimento pós-identitário, se refere à união de vários eixos de diferenciação que pode produzir maior grau de opressão), que enfatiza que outros marcadores sociais atravessam as construções de sexualidade e gênero, como cor da pele, situação socioeconômica e religião, entretanto, pelas limitações de tempo da dissertação, estes não foram aspectos definidos de antemão, mas estabelecemos que se atravessassem o campo, estariam presentes enquanto análise.

⁵ Esse recorte se justifica pois, neste trabalho, apesar de se intencionar subsidiar o debate acerca de políticas públicas de saúde (por isso a escolha dos profissionais que trabalhassem, ao menos parcialmente, na rede pública), acredita-se que a experiência daquelas que não utilizam o sistema de público de saúde, também pode nos fornecer dados interessantes sobre os auto-cuidados, modos de prevenção, gestão dos riscos, relação com os ginecologistas, dentre outros elementos que circundam a questão. Outro fator que justifica esta escolha é a possibilidade de que pessoas que não utilizem os serviços ginecológicos, nem o público e nem o privado, pudessem participar da pesquisa e oferecer informações acerca de seus lugares e da decisão em não procurar o profissional.

⁶ A pesquisa em questão, por ser de cunho qualitativo, investigou o discurso de 15 participantes ao todo (dentre mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres e médicos). Com esta opção, não se pretendeu construir uma pesquisa com uma amostra quantitativamente representativa, visto que o objetivo da pesquisa não fora generalizar os dados, mas singularizar os discursos e propiciar que estes fossem alusivos a outras realidades, visto que se tinha interesse maior na produção de sentidos e não na quantificação de comportamentos.

⁷ Para o contato com os ginecologistas foram escolhidos 4 (quatro) Centros Municipais de Saúde do município do Rio de Janeiro, além de médicos de outras instituições, que foram acessados por meio de indicação de terceiros e não pelo sistema público de saúde diretamente.

o campo de problematização destas experiências e dos cuidados de saúde possíveis⁸.

4.2 Construção dos dispositivos de investigação

O *trabalho de campo* ocorreu em três etapas: *diário de campo*, *observação mambembe*⁹ e *encontros de conversa(ação)* (os conceitos aqui elencados, tal qual sua funcionalidade, foram construídos pela pesquisadora). A opção pela criação de neologismos partiu do pressuposto que, se singulares são as relações entre os textos humanos, que somos nós (Bakhtin, 1992), é necessário que se construa instrumento que dê conta deste encontro imprevisível e que será sempre inapreensível de todo, tendo em consideração a relação entre o pesquisador e o outro - participante. Seguem, portanto, breves explanações sobre o arcabouço teórico que embasou estes dispositivos metodológicos.

O trabalho de campo teve como norte o aporte teórico-metodológico da filosofia da linguagem, desenvolvida por Bakhtin¹⁰ (1895-1975), autor que compreende a linguagem não como um sistema abstrato, mas como um código ideológico. Suas reflexões foram alicerce do trabalho de campo, em especial, os conceitos de *dialogismo*, *alteridade e exotopia* (ou *excedente de visão*), tríade conceitual central que forneceu subsídios teóricos para se pensar as relações entre o eu e o outro. Estes conceitos nos auxiliaram a compreender a pluralidade discursiva e, sobretudo, a alteração que a presença do outro propõe.

⁸ Interessante observar que, mesmo que a pesquisadora tenha ficado relutante em realizar a pesquisa com mulheres militantes e médicos ginecologistas, visto que compreendia que como estas pessoas estavam situadas em lugares ditos oficiais, seus discursos apenas ofereceriam informações já formuladas deste lugar. Entretanto, o campo subverteu esta expectativa. Ou seja, tanto mulheres militantes quanto médicos, apresentaram discursos que escapavam às regras sociais do lugar que ocupavam, portanto, não produziram apenas narrativas oficiais. Deste modo, a pesquisadora reavaliou sua postura antecipatória em relação a estes discursos e como esta expectativa poderia ter obstruído a rica contribuição destas pessoas. Neste sentido, a participação do triângulo (mulheres militantes, não-militantes e médicos ginecologistas), foi essencial para o tensionamento que a temática saúde sexual de mulheres com práticas afetivo-sexual com mulheres exigiu.

⁹ O termo foi aqui utilizado como alegoria advinda do teatro mambembe, pois reflete o trajeto itinerante que se desenrolou no campo. Portanto, observação mambembe refere-se a um caminhar atento, tendo como “bagagem” a questão da pesquisa, mas sem um rumo definido de antemão, na tentativa de seguir as pistas que o campo sinalizar.

¹⁰ Este autor tece suas reflexões acerca da linguagem a partir de críticas à linguística formalista da época, tanto quanto às abordagens subjetivistas visto que, afirma a natureza social da linguagem.

Segundo este autor, o *dialogismo* (princípio constitutivo da linguagem), compreende a interação dos discursos produzidos pelo próprio sujeito, que está atravessado por outros discursos. Portanto, o discurso é essencialmente polifônico, pois é produzido nas relações que abarcam as produções discursivas do passado, do presente e do futuro. Neste sentido, o enunciador não é o Adão bíblico que enuncia pela primeira vez algo. Vivemos num mundo do já-dito, logo, qualquer discurso, ainda que seja irrepetível de outro lugar que não aquele ocupado pelo enunciador, não é inaugural. Constitui-se na apropriação de outros discursos produzidos nas relações sociais, em que são transformadas as representações tecidas sobre o outro e sobre o meu próprio discurso.

Dessa forma, as tensões presentes nos discursos entre enunciador e ouvinte ativos estão presentes em todo o processo de pesquisa e se constituem e reconstituem ao longo das relações estabelecidas nesse contexto. A atitude responsiva, para Bakhtin (1992), não se resume à resposta verbal que o outro enuncia, mas são as significações verbais ou não que um sujeito produz quando entra em contato com outro discurso. Dessa forma, para o autor, não há resposta que não seja prenhe de novas perguntas, deste modo, marca-se o eterno inacabamento do fluxo discursivo, da produção dos sentidos e do próprio mundo (Bakhtin, 1992). Segundo o autor:

O próprio locutor como tal é, em certo grau, um *respondente*, pois não é o primeiro locutor, que rompe pela primeira vez o eterno silêncio de um mundo mudo, e pressupõe não só a existência do sistema da língua que utiliza, mas também a existência dos enunciados anteriores – emanentes dele mesmo ou do outro – aos quais seu próprio enunciado está vinculado por algum tipo de relação (fundamenta-se neles, polemiza com eles), pura e simplesmente ele já os supõe conhecidos do ouvinte. Cada enunciado é um elo da cadeia muito complexa de outros enunciados (Bakhtin, 1992, p. 291).

A *alteridade* refere-se ao reconhecimento de que há um outro, exterior e diferente, mas essa distinção proporciona alterações mútuas aos envolvidos, através de confrontos e identificações (simultaneidade entre estranhar e pertencer). A diferença que se apresenta no outro, apesar de me alterar, também me constitui (o si mesmo seria, portanto, essencialmente constituído pelo outro), ainda que meu lugar e o lugar do outro nunca coincidam, pois se houver esta fusão (apagamento do eu), não haverá alteridade. Dessa forma, legitima-se um espaço

em que discursos e valores da pesquisadora e dos participantes se produzem na relação. A esse respeito, Amorim (2001) pontua:

Nossa hipótese de trabalho é de que em torno da questão da alteridade se tece uma grande parte do trabalho do pesquisador. Análise e manejo das relações com o outro constituem, no trabalho de campo e no trabalho de escrita, um dos eixos em torno dos quais se produz saber. Diferença no interior de uma identidade, pluralidade na unidade, o outro é ao mesmo tempo aquele que quero encontrar e aquele cuja impossibilidade de encontro integra o próprio princípio da pesquisa... É exatamente ali onde a impossibilidade de diálogo é reconhecida, ali onde se admite que haverá sempre uma perda de sentido na comunicação que se constrói um objeto e que um conhecimento sobre o humano pode se dar (p. 29).

Para Bakhtin (1992), a visão de mundo dos sujeitos é determinada pelo lugar ocupado no espaço e no tempo, ou seja, nosso espaço autovivencial possibilita que possamos ver elementos que estão além do que o outro pode ver de si, assim como alguns elementos que nos constituem, não podem ser por nós próprios vistos e acessados, devido o lugar que ocupamos no espaço. Portanto, somos em alguma medida dependentes de um outro, que pode nos oferecer pontos de vista distintos acerca de nós próprios, o que para Bakhtin (1992) denomina-se *excedente de visão*.

O excedente de minha visão contém em germe a forma acabada do outro, cujo desabrochar requer que eu lhe complete o horizonte, sem lhe tirar a originalidade. Devo identificar-me com o outro e ver o mundo através de seus sistemas de valores, tal como ele o vê; devo colocar em seu lugar, e depois, de volta ao meu lugar, completar seu horizonte com tudo o que se descobre do lugar que ocupo, fora dele; devo emoldurá-lo, criar-lhe um ambiente que o acabe, mediante o excedente de minha visão, de meu saber, de meu desejo e de meu sentimento (p. 45).

4.2.1 ***Diário de campo***

O *diário de campo* foi instrumento que esteve presente em todas as fases da pesquisa, desde a primeira incursão até quando findados os *encontros de conversa(ação)*. Este dispositivo baseou-se no registro escrito de todos os dados relevantes ocorridos, impressões particulares e estranhamentos, dissertação de hipóteses. As anotações foram também “termômetro” que possibilitou avaliar o próprio processo de pesquisa e a postura do pesquisador, de modo que os caminhos pudessem ou não ser reorientados quando necessário. Em outras

palavras, o *diário de campo* possibilitou que *excedentes de visão* fossem criados, tanto do campo em questão, quanto da própria pesquisadora, acerca de si, em momento posterior. Possibilitou também que outros sentidos fossem incluídos aos discursos dos participantes, de modo que pontos de vista distintos fossem recuperados.

A utilização do *diário de campo* partiu da premissa de um reposicionamento do pesquisador, considerado num lugar horizontalizado em relação ao outro participante, ainda que não se iguale a ele. Segundo esta premissa epistemológica, o pesquisador não é meramente participante, nem mesmo distante e neutro, mas é parte. Dessa forma, se o pesquisador não ocupa um plano diferenciado, mas é mais um elemento da cartografia e, portanto, está enredado pelos elementos axiológicos do lugar que ocupa, também, o espaço da pesquisa se amplia. Ou seja, não há uma pesquisa de campo em si, circunscrita, visto que o campo é o cotidiano que toca a questão, em seus encontros e desencontros. Dessa forma, o *diário de campo* é a materialização destes acontecimentos corriqueiros, ordinários, mas que são produtores de sinais que vivificam as questões de pesquisa (Spink, 2008).

Portanto, se o pesquisador faz parte do próprio campo de pesquisa, logo, encontra-se atravessado pelos afetos envolvidos. Assumi-los, portanto, no processo de pesquisa, é também resgatar os elementos sensíveis, que estão na vida e, portanto, na relação com os outros da pesquisa (sendo o *diário de campo* o espaço de reflexão destas afetações). Este parece ser o convite de Favret-Saada (2005), que ao fazer uma crítica à antropologia ortodoxa, tenta reabilitar a importância da “velha sensibilidade”, visto que, se os afetos são a seiva constitutiva das relações, ser afetado é possibilitar ser marcado pelo encontro com o outro.

Como se vê, quando um etnógrafo aceita ser afetado, isso não implica identificar-se com o ponto de vista nativo, nem aproveitar-se da experiência de campo para exercitar seu narcisismo. Aceitar ser afetado supõe, todavia, que se assuma o risco de ver seu projeto de conhecimento se desfazer. Pois se o projeto de conhecimento for onipresente, não acontece nada (Favret-Saada, 2005, p. 160).

4.2.2

Observação mambembe

De acordo com Bakhtin (1926), os três campos da cultura humana são: a ciência, a arte e a vida. Neste sentido, mesmo que a arte e a ciência busquem se aproximar do que se processa na vida, elas nunca serão a própria vida, ainda que sejam modos criados pelo humano para lhe conferir sentido¹¹ (faz uma cisão entre o que seja o mundo da vida (mundo vivido) e o mundo da cultura - arte e ciência (mundo representado). Bakhtin afirma a importância da unidade entre esses domínios, ainda que ela não ocorra com muita frequência. Só é possível alcançar alguma unidade entre esses três domínios por meio da responsabilidade do artista (leia-se aqui, a pesquisadora). Neste sentido, a utilização da metáfora teatral (mambembe) partiu do pressuposto de que a arte pode oferecer subsídios para que a ciência construa sentidos sobre a vida¹².

Após o início de meu trabalho de campo, em que alguns instrumentos pensados de antemão foram sendo deixados pelo caminho e tantos outros surgiram, busco aqui enformar e nomear o trajeto sinuoso que ocorrera no campo. Dessa forma, me embrenho no universo teatral de modo que este possa oferecer sinais ou pistas, analogias ao trabalho que iria desenvolver. Frustrada por caminhar pelas vias oficiais e não me aproximar das mulheres que instigava meus estudos, deambulo sem rumo pelas reentrâncias dos caminhos e, me encontro, no momento que me permito perder. Neste caminhar *desinteressado* (Bakhtin, 1992), tinha como norte também as reflexões de Benjamin (1984). Para o autor, desestabilizar ou tomar o desvio pode nos fornecer formas de reinventar modos de conhecer/compreender. O atalho, portanto, seria caminho privilegiado da metodologia, pois possibilitaria que houvesse caminhos infindos a serem seguidos. De acordo com Jobim e Souza:

¹¹ Ainda que Bakhtin faça essa divisão, há que se esclarecer que na pesquisa científica, existem dois processos: no primeiro, ciência e vida são coincidentes visto que o pesquisador atua, na dinâmica da vida, ainda que de seu lugar de pesquisador. Num momento seguinte a esta etapa, que há um distanciamento deste ocorrido, passa-se à representação da vida pela cultura, ou seja, apreende-se e oferecesse-se sentido à vida por meio da ciência.

¹² Optamos pela metáfora teatral visto que, nos palcos, atuamos assumidamente. Colocamos em evidência as máscaras e papéis que utilizamos na vida, sob a égide do discurso da autenticidade. Nos palcos somos muitos, mas não seríamos também tantos na vida? De que autenticidade falamos? Não estaríamos nos performando, atuando nós mesmos no palco da vida? Quais são os limites entre a arte e vida? Assim como no teatro, que necessita do expectador para ser, não necessitamos também do outro para ser, não somos para o outro? Ora, se a arte imita a vida, poderia a vida valer-se da arte para construir sentidos sobre esta experiência?

Este caminho segue uma rota sinuosa e se arrisca pelos labirintos do pensamento, sem a menor garantia de estarmos sendo conduzidos a algum lugar, ou a algum “porto seguro”. Porém, é exatamente nisto que está a preciosidade maior deste método, pois a renúncia à segurança do previsível permite ao pensamento o permanente contato com a liberdade. Um pensamento em permanente contato com a liberdade é o que assume e torna indispensável o diálogo entre a verdade e o erro, a ciência e a ficção, o ser e o não-ser, o mesmo e o outro, o conteúdo e a forma, a paixão e a razão... (2009, p. 200).

Mas eis que quando ofertei a meus olhos analisar as miudezas, coloquei meu ouvido mais disponível, encontro o caminho que pudesse me aproximar das mulheres e médicos em questão. Dessa forma, a arte mambembe aparece como metáfora a este processo. Surgida com subterfúgio aos ditames da Igreja na Idade Média, esta vertente teatral era tida pelos cânones religiosos como pagã. Esta arte surgiu como um protesto às artes ditas oficiais e que eram as únicas financiadas pelos governos e pelas igrejas, mas que deveriam retratar apenas os textos canonizados que glorificavam o poder da época destas instituições. Os artistas do teatro mambembe eram chamados saltimbancos, que se apresentavam de cidade em cidade, andavam em grupos chamados trupes. Apresentavam-se ao lado das Igrejas, nas praças públicas e mercados. Com a estratégia de se distanciar do cerceamento da Igreja, puderam encenar os enredos que lhes conviessem e democratizar a arte que, até então, era circunscrita a determinados nichos mais abastados da organização social da época. O teatro mambembe, como era dotado de escassos recursos e pela vida nômade que levava¹³, tinha como carro chefe, a improvisação. Este gênero teatral além de arte era uma forma de resistência (Santos, 2009).

O caminhar da pesquisadora é análogo ao do saltimbanco, pois aquela de modo itinerante, assume a tarefa de andar sem rumo definido, tendo como bagagem apenas o desejo de compreender o universo das mulheres em questão e muitas perguntas. A este viajar itinerante denominei *observação mambembe*. O roteiro que foi delineado nas andanças mambembes foi construído na relação entre a pesquisadora e participantes (tanto mulheres, quanto médicos), ambos

¹³ Andavam os saltimbancos de cidade em cidade em carroças e escolhiam cada cidade dependendo do que cada uma oferecia como estrutura.

concomitantemente autores e personagens¹⁴. Dessa forma, a autoria se horizontaliza e o roteiro aqui apresentado torna-se produção coletiva.

A presença ativa da pesquisadora na produção dos sentidos que concorrem no interior deste texto forja-se no pressuposto de que, não há a possibilidade de eximir-se da linguagem para teorizá-la de fora, pois toda e qualquer produção de conhecimento é construída em seu interior. A pesquisadora estaria, portanto, numa posição de um “dentro sem fora”, logo, qualquer neutralidade que se almeje atingir por meio do distanciamento entre pesquisador e objeto de pesquisa constitui-se artificial (Certeau, 1994). Neste sentido, pesquisadora e participantes da pesquisa se produzem intersubjetivamente, e na mesma medida que afetam, são afetados.

4.2.2 1

O início de uma longa jornada: onde estão estas mulheres?

De acordo com Law (2009) performamos a realidade. Dessa forma, se há a construção de mundos possíveis por meio da investigação, caminho profícuo para a pesquisa, em especial em ciências sociais/humanas, seria a narração do processo de pesquisa, de modo que o outro que lê, possa se apoderar dos acontecimentos que sucederam/produziram tais mundos ou *realidades colaterais*. Dessa forma, neste tópico se faz imprescindível descrever o processo que desencadeou a pesquisa, de modo que se possibilite um olhar mais encarnado para os dados que foram produzidos e que serão apresentados no próximo capítulo.

Findada a primeira parte do trabalho, em que foi realizada uma extensa pesquisa acerca das referências bibliográficas que poderiam ajudar a compreender teoricamente o campo em questão, lanço-me na instigante tarefa de me enveredar pelo trabalho de campo. Decido primeiramente ir ao encontro das mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres visto que, seus discursos seriam

¹⁴ Além destes, o roteiro contou com a contribuição de outros elementos que permearam minha peregrinação mambembe no campo, como as orientações e discussões articuladas com os membros do GIPS (Grupo Interdisciplinar de Pesquisa da Subjetividade, coordenado pela Dra. Solange Jobim e Souza), atuais e antigos, trupe que tangencia todas as reflexões aqui apresentadas, e tantos outros, personagens sem nome, que estiveram, mesmo que indiretamente, presentes na construção deste caminhar.

motivadores dos encontros que ocorreriam com os médicos. Como toda busca sem um mapa norteador definido de antemão, o trajeto inicia-se pelas vias oficiais. Alguns espaços de homossociabilidades¹⁵ e eventos artístico-políticos (como a Parada de Orgulho LGBT do Rio de Janeiro em 2009 e diversos eventos do movimento social) foram frequentados. Em todos estes locais, realizei vários contatos, entretanto, estes não se efetivaram, pois havia muita desconfiança das mulheres com minhas reais intenções nas abordagens que realizava e inúmeras recusas ocorreram. Além disso, mesmo que nesta primeira aproximação houvesse a troca de contato entre mulheres e pesquisadora, em momento posterior, as mulheres também se negavam participar.

Enquanto visitava estes espaços, tentava estabelecer contato também com outras mulheres via internet, por meio do site Leskut¹⁶, e, apesar de fazer algumas amizades e conseguir informações muito interessantes do universo destas mulheres, nenhuma mulher se prontificou a participar da pesquisa. Tais incursões, que tinham como objetivo acessar as mulheres tornaram-se momentos de observação e aproximação com o campo, e mesmo que não tenham se concretizado no aceite daquelas para a pesquisa, produziu pistas de como isso poderia ocorrer. Esse momento de errância possibilitou que a pesquisadora pudesse compreender um pouco mais as gramáticas de convivência destas mulheres.

Dessa forma, o campo me sinalizava que caminhos percorrer, de que trajetos desviar. Ao perceber o caráter itinerante que esteve presente no acesso às mulheres e também aos médicos, a pesquisadora faz analogias de seu deambular, com as andanças do teatro mambembe (arte já devidamente explorada no tópico anterior). Essa metáfora se apresentou ainda mais encarnada, na medida em que começo a perceber os limites de meu caminhar, tendo em consideração as recusas que recebo. Estaria a pesquisadora ocupando um lugar apropriado para acessar as mulheres? Quais seriam os motivos das recusas? Acessar mulheres para pesquisa num momento posterior seria uma estratégia indicada? Em meio a estes questionamentos, que não foram respondidos de todo, a pesquisadora (re)ordena seu caminhar, (re)orienta seu caminho de acordo com as circunstâncias

¹⁵ Espaços que são frequentados majoritariamente por pessoas do universo LGBT.

¹⁶ Versão lésbica do site de relacionamentos Orkut.

apresentadas, sem destino muito certo, andava de acordo com as pistas que eram deixadas por cada momento de encontro e desencontro.

Portanto, as recusas das mulheres sinalizaram-me que talvez, pelas vias mais oficiais (locais destinados à frequência deste público), o acesso às participantes seria menos promissor. Portanto, assim como no teatro mambembe, o campo parecia sinalizar que a pesquisadora deveria sair dos palcos clássicos e se embrenhar juntamente com as trupes mambembes, em busca de outros roteiros.

Deste modo, enviei emails a meus contatos a fim de conseguir indicações de mulheres para a pesquisa, e pedi para que estes reencaminhassem o mesmo a seus contatos, e assim sucessivamente. Esta estratégia mostrou-se eficaz na medida em que a indicação de um terceiro favorecia a aproximação entre as mulheres e a pesquisadora, produzia vínculo e, portanto, participação. Paralelamente, iniciei também contato com diversas ONG LGBT no Rio de Janeiro, visto que também necessitava de mulheres engajadas no movimento social. O que seria apenas uma visita para o recrutamento de possíveis candidatas para a pesquisa, se tornou uma experiência merecedora de destaque. Pude ter acesso à história do movimento na cidade do Rio de Janeiro, saber de seus avanços e limitações, conseguir materiais acerca da temática e das campanhas realizadas, tomar conhecimento das alegrias e ressentimentos em “ser movimento social no Brasil”. Além de tudo isso, nas visitas às sedes dos movimentos, fui muito bem recebida por todos, cheguei a participar de alguns encontros, enfim, pude conhecer o calor da solidariedade LGBT, injeção de ânimo que me impulsionou para continuar em minha árdua jornada de conseguir participantes para a pesquisa. Nestes contatos com as instituições, consegui acessar algumas mulheres (fiz entrevista com quatro delas)¹⁷.

Digno de nota é que, apesar da abertura que tive com o movimento, a única mulher que após realizar o encontro com a pesquisadora, desistiu de participar, foi uma militante, com o argumento de que tinha medo que sua família a reconhecesse na pesquisa. Achei peculiar sua preocupação pois, apesar de

¹⁷ Mesmo que o acesso às mulheres militantes tenha sido relativamente mais fácil do que às mulheres não militantes, recebi algumas recusas e pude compreendê-las após a última entrevista que fiz com Priscilla, militante que denunciou que a postura avessa do movimento em participar de pesquisas acadêmicas ocorria visto que, historicamente, após o movimento contribuir com tais pesquisas, não recebia nenhuma devolutiva e não se beneficiava das discussões provocadas pelo pesquisador.

participar de um movimento que promove a visibilidade da experiência homo/bissexual, esta mulher narrava receio em se expor, mesmo que minimamente, numa pesquisa de Mestrado. Respeitei seu desejo, mas tal fato me levou a pensar que o pesquisador, mesmo que não saia do lugar social de pesquisador, atravessado por suas questões, deve se despir ao máximo de seus preconceitos e certezas, duvidar do óbvio, estranhar o familiar, pois o inusitado se revela no momento menos esperado. Neste caso, ser militante não poderia significar apenas visibilidade e orgulho em ser “lésbica” ou “bissexual”, mas também, estar sujeito a pressões sociais e preconceitos. Surpresas do campo! Dessa forma, por meio dos contatos com o movimento social, consegui também que mulheres militantes participassem da pesquisa.

4.2.2 2

O acesso aos médicos ginecologistas

Ao fim dos encontros com as mulheres, a pesquisa mais uma vez teve que reordenar seu caminho: como acessar os médicos ginecologistas? Tendo em consideração a experiência que ocorrera com as mulheres, decido fazer o caminho inverso. Portanto, ao invés dos caminhos clássicos e oficiais, procuro os médicos extraoficialmente, por meio de indicação de terceiros. Entretanto, uma nuance se apresenta entre acessar as mulheres e acessar os médicos, pois por meio da estratégia de indicação de terceiros, nenhum contato se efetivou de antemão para indicação de médicos. O mesmo campo que sinalizara que seria mais proveitoso acessar os participantes pela via não-oficial de um lado (mulheres), por outro, impõe o contrário (médicos). Dessa forma, decido procurar estes profissionais em locais mais oficiais. Note-se que estas nuances se referem também às identidades dos participantes, ou seja, a identidade médica (profissional), exigiu um acesso mais oficial. Este episódio foi alusivo à necessidade de se estar atento ao campo, visto que apresenta, mesmo que sutilmente, suas reivindicações.

Procuro, portanto, uma sociedade de ginecologia do Rio de Janeiro. Apesar de ter realizado junto a esta instituição inúmeros contatos, por fim, foi-me indicado procurar outra instituição, de nome Sexualidade e Vida¹⁸, pois tratava do

¹⁸ O nome utilizado é fictício.

assunto de meu interesse. Este episódio foi alusivo, mais uma vez, ao lugar que o tema (não) ocupa, em especial, no interior do discurso médico. A indicação da sociedade de ginecologia para que se procurasse outra instituição para tratar de assunto referente à saúde sexual de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres sugeriu que tal temática, sob o ponto de vista desta sociedade, se referia ao campo da sexualidade e não ao escopo médico.

A partir do contato com a Sexualidade e Vida, dois médicos se prontificaram a participar da pesquisa e, apesar de serem de uma mesma instituição de saúde, que tem como foco o atendimento ambulatorial e formação acadêmica, concederam relatos extremamente díspares acerca da temática. Neste meio tempo, mais alguns profissionais foram acessados por conta da indicação de terceiros (a estratégia finalmente produziu alguns aceites).

Faz-se necessária uma pausa para breve relato de questão que atravessou todo o trabalho de campo com os médicos: antes que os encontros ocorressem de fato, inúmeras vezes os profissionais desmarcavam e, quando os encontros ocorriam, quase sempre se realizavam após longas horas de atraso. Estes episódios suscitaram à pesquisadora uma dimensão mais encorpada da prática destes profissionais, que enfrentam longas horas seguidas de trabalho e tiveram que se organizar de inúmeros modos, para participarem da pesquisa¹⁹.

Faço um balanço dos *encontros de conversa(ação)* já ocorridos até aquele momento e decido buscar, junto à Secretaria de Saúde da cidade, mais profissionais para a pesquisa. Tal decisão deveu-se à necessidade de investigar a prática profissional destes médicos, em consideração ao contexto de trabalho presente no sistema público de saúde²⁰.

Portanto, para acessar os profissionais da rede, tive que mais uma vez reorientar meu caminhar. Essas curvas de percurso reforçaram, após a leitura de meus diários de campo, meu lugar de pesquisadora-saltimbanco, pois, ao deambular, seguia caminhos que iam se apresentando “no fazer”.

¹⁹ Gostaria de nesse momento, agradecer formalmente aos participantes da pesquisa, tanto médicos quanto as mulheres em questão, visto que acompanhei o esforço individual de cada um em adaptar seus cotidianos e rotinas de trabalho, para que fossem possíveis os encontros. Enredados por uma sociedade de valores bastante individualistas, os participantes foram demasiado generosos e contribuíram para a pesquisa em questão, que não existiria sem suas contribuições.

²⁰ Até o momento, as entrevistas haviam ocorrido apenas nos consultórios particulares, ainda que os médicos atendessem também no público.

Acessar os médicos da rede foi uma verdadeira batalha, visto que após alguns encontros e desencontros nas instituições de saúde que visitei, sou por fim esclarecida que, para realizar qualquer pesquisa numa unidade de saúde do município, devo submeter um processo de autorização junto ao Conselho de Ética da Secretaria Municipal de Saúde. Este processo se apresentou longo e desgastante, mas seus pormenores não serão aqui apresentados, visto os objetivos deste texto. Entretanto, podemos resumir que exigia duas ações paralelas: a primeira se referia a visitas às instituições para avaliar o interesse destas em participar da pesquisa e oficialização do aceite por meio de documentação. Para receber cada aceite, várias visitas às instituições foram feitas para levar documentos, entregar projetos em formatos distintos, dentre outros pormenores. Finalizada a parte documental deste processo, tive de esperar mais dez dias em média, para cada Centro de Estudos (instâncias responsáveis por estes processos nas instituições de saúde) assinar documento que oficializava a permissão de realização da pesquisa na unidade (foram 3 (três) unidades pesquisadas). A segunda ação do processo se referia à união de documentação ao aceite deferido pelos Centros de Estudos e encaminhamento de todos estes documentos ao Comitê de Ética da Secretaria de Saúde. Após a conclusão desta parte do processo, tive de esperar cerca de 45 (quarenta e cinco) dias para que o mesmo fosse aceito (após uma recusa inicial).

A demora na conclusão deste processo, quase fez com que desistisse da pesquisa com profissionais das unidades. Mais eis que mesmo para abandonar o processo, o Comitê de Ética exigia nova burocratização. Para isso, seria necessário fazer carta de desistência e entregá-la pessoalmente, sob pena de algumas sanções (como barragens de novos projetos junto à Unidade de Saúde no futuro, por exemplo).

Diário de campo: Descerra-se um paradoxo: se de um lado há um processo extremamente moroso e burocrático em que a própria instituição parece utilizar desta ferramenta como barreira às entradas das pesquisas na rede, por outro lado, se o pesquisador não puder concluir o processo exigido pelas dificuldades antes apresentadas, implicitamente é “quase obrigado” a permanecer e concluí-lo, sob o pretexto de que a desistência é tomada como um desrespeito aos profissionais que se envolveram com o processo até aquele momento, de meu ponto de vista. Logo, ao refletir sobre esta situação, me remeti a pensar no funcionamento dos dispositivos proposto por Foucault (Foucault, 2000; Deleuze, 1990). Um dispositivo que funciona produtivamente, para o autor, é aquele que controla os

sujeitos e estes, mesmo sabendo controlados, não conseguem dele se desligar e pelo contrário, o reforça. Nesta acepção, o dispositivo pelo qual o Conselho de Ética desta secretaria trabalha, funciona perfeitamente, pois, obriga os sujeitos a participarem do processo de aprovação dos projetos, controla o que pode ou não ser pesquisado e obriga o sujeito a permanecer nessa teia.

Todo o processo burocrático vivido pela pesquisadora, além de ser alusivo também ao discreto lugar que o tema ocupa neste cenário, tanto quanto à sua invisibilidade, proporcionou-me repensar várias questões importantes, em especial, no que se refere ao funcionamento do sistema de saúde, ponto já denunciado por algumas mulheres (ver próximo capítulo). Questões ecoaram: que ideologias e interesses estão presentes nos bastidores do discurso da ética em pesquisa? Tamanha burocracia e exigências que são reatualizadas no interior das Secretarias sugerem uma preocupação com a exposição indevida da vida ou é ferramenta de controle da produção do conhecimento, utilizada como barreira politicamente correta à visibilização de um sistema sustentado por muitas falhas?

As questões acima se tornaram ainda mais legítimas quando fui informada que deveria dar devolutiva do trabalho ao Comitê de Ética. Concordo com a devolutiva ao órgão, mas quando os interpele acerca da mesma aos médicos participantes, nenhuma exigência é feita. O Comitê não se mostrou implicado com esta questão, achando-a até mesmo desnecessária. Fico intrigada, pois, segundo meu ponto de vista em relação à ética, a devolutiva aos participantes, numa pesquisa, é questão de primeira ordem. Digno de nota é que durante todo o processo, mesmo que eu não tenha sido hostilizada nas Unidades de Saúde, fui recebida com alguma distância. Entretanto, a partir do momento em que tenho a posse do documento de autorização da pesquisa emitido pela Secretaria (Comitê de Ética), minha relação com as unidades é modificada:

Diário de campo: Achei muito interessante como o documento da Secretaria é realmente uma materialidade que interfere na configuração das relações. Quando tenho posse desse papel, entro no sistema como um ator diferenciado, e as Unidades de Saúde me recebem como tal. É um passaporte que me insere num lugar social distinto daquele que eu ocupava quando era uma mera estudante de Mestrado. A posse do documento me empoderava, pois, com ele em mãos, fazia com que as Unidades agora estivessem sob minha tutela e tivessem que se submeter à minha pesquisa obrigatoriamente (ainda que não fosse esse o lugar buscado pela pesquisadora).

O trabalho de campo em questão foi permeado por encontros e desencontros que foram aqui apresentados. A dificuldade de acesso às mulheres e aos médicos, deflagrada tanto por questões pessoais quanto institucionais, foram alusivas ao lugar que o tema (não) ocupa no cenário oficial das pesquisas acadêmicas, nos discursos da saúde e na cotidianidade extraoficial dos indivíduos.

4.2.3

Encontros de conversa(ação)

Os encontros que intitulam este tópico foram produtos da (re)invenção metodológica pela qual a pesquisa foi submetida. No anteprojeto que originou esta dissertação, o dispositivo metodológico sugerido foram entrevistas semi-estruturadas. Entretanto, após os primeiros encontros, fui incitada no sentido de sistematizar uma metodologia própria ao trabalho de campo que se desenvolvia na prática, tão distante do que se compreende por entrevista semiestruturada.

Os *encontros de conversa(ação)*²¹ foram criados de modo que possibilitasse um afastamento conceitual do que viria ser uma entrevista, em seu sentido mais usual. A relação estabelecida na pesquisa não objetivava reproduzir o binômio eu-pesquisador-perguntador e outro-participante-responder. Isso porque os papéis e sentidos eram constantemente negociados e a tessitura dos roteiros ocorria conjuntamente, visto que, de acordo com Bakhtin (1992), a resposta presumida do outro atravessa e modifica meu ato de fala, que é construído em consideração às concepções acerca do destinatário, que guia qual gênero de discurso será por mim acessado para compor minha fala projetada (Bakhtin, 1992).

O sentido de encontro sugeria, mais do que numa entrevista, momentos atravessados por partilhas de sentidos, de vivências, de estranhamentos e aprendizagem, algo que procede quando da presença do eu e do outro. A palavra *encontro* também possibilitou uma interpretação mais porosa do que venha a ser cada conversa, pois qualquer roteiro pré-estabelecido se tornava obsoleto frente à densidade das inúmeras questões que se atravessavam. A *ação* é aqui compreendida também como uma prática discursiva, um fazer no mundo por meio

²¹ Ainda que se compreenda que uma mudança conceitual (criação do neologismo), desprovida de um reposicionamento epistemológico, não garanta o sentido que se pretende oferecer ao termo, preferiu-se redefinir o conceito, de modo que se marcasse com nitidez, a diferença entre entrevista e os *encontros de conversa(ação)*.

da palavra. *Conversa(ação)* portanto, no sentido de uma construção ou tessitura discursiva entre o eu e os outros: discursos, tempos, pessoas (Bakhtin, 1992). Com o termo *conversa* ou *conversa(ação)* pretendemos partir do princípio de um diálogo em pesquisa que prescindia de um *setting* investigativo artificializado, para nos aproximar das conversas que ocorrem no dia-a-dia, no cotidiano, a partir de microlugares, que serão sempre situados (Spink, 2008).

Os *encontros de conversa(ação)*, portanto, poderiam ser comparados aos exercícios de improviso, comumente utilizados nas oficinas de teatro (lançando mão mais uma vez desta metáfora). Trata-se de duas ou mais pessoas que se encontram no palco, para executarem uma cena com tema pré-estabelecido, mas sem nenhuma fala definida de antemão. Logo, todo o diálogo é executado de acordo com a resposta dada/proposta pelo outro com quem joga. O sentido do exercício só se efetiva (qual seja, treinar o ator para responder às diversas situações de cena sem roteiro definido, na tentativa de exercitar seu raciocínio e criatividade) por causa da existência do outro. Sem o outro que provoca um roteiro ou se insere na cena que proponho, o jogo deixaria de existir. Em resumo, assim como no exercício de improviso, os *encontros de conversa(ação)* se basearam no que Bakhtin compreende como sendo a base constituidora do diálogo, em que se diz sempre para um outro, estando o sentido situado no entre (Jobim e Souza, 1994).

Neste sentido, sendo o dialogismo e a alteridade bases fomentadoras do trabalho de campo, compreende-se o outro, participante da pesquisa, como sujeito, que reflete e refrata a palavra da pesquisadora e vice-versa. Logo, para assegurar esta proposta, de acordo com Bakhtin (1992) é necessário que sustentemos certo modo *desinteressado* de estar no campo, ou seja, mesmo que nosso lugar social permaneça, o pesquisador deve desvencilhar-se de expectativas prévias que possam hegemonizar suas referências e apagar as contribuições, estranhamentos e códigos que o outro pode oferecer (Bakhtin, 1992).

Nos *encontros de conversa(ação)*, portanto, os participantes da pesquisa, mulheres e médicos, foram compreendidos como personagens narradores de si. A narração das experiências e dos sentidos que circundaram suas trajetórias possibilitou que pudessem olhar para o lugar que ocupam e de perceber elementos

que os constituem, reinventar o eu (eu que para Bakhtin (1992) seria sempre um nós) por meio da palavra (palavra que sempre será habitada por outras vozes).

4.3 Análise da trajetória metodológica

Este tópico tem o objetivo de analisar a trajetória metodológica já brevemente apresentada nos tópicos anteriores. Busca problematizar alguns acontecimentos ocorridos no campo, de modo que se teça uma análise da trajetória metodológica utilizada, ou seja, pretende-se refletir como alguns acontecimentos, ocorridos na prática, consubstanciaram a construção teórico-metodológica aqui apresentada.

4.3.1 Ficha de identificação: o que o papel fez pensar

Os *encontros de conversa(ação)* iniciavam-se geralmente de modo semelhante: leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e preenchimento da Ficha de Identificação. O TCLE expunha breve resumo da pesquisa e os direitos do participante, tendo como finalidade maior oficializar o aceite da pessoa em participar da pesquisa. A Ficha de Identificação era preenchida em seguida pelo participante com seus dados pessoais (nome, idade, telefone, email, dentre outras informações), de modo que a pesquisadora pudesse entrar em contato com a pessoa em momento posterior, para a devolutiva²².

A Ficha de Identificação teve um segundo objetivo (no que se refere às mulheres), que foi desencadear uma reflexão sobre os dados prestados pelas participantes e os sentidos que rondavam tais informações²³. A ficha dispunha de

²² Nesta ficha, um dos itens se referia ao estado civil da participante. Apesar de todas as mulheres realmente não viverem em coabitação com suas parceiras, este tópico possibilitou que a pesquisadora repensasse os limites da informação requerida. Ora, se a legislação no Brasil não ampara legalmente o casamento entre pessoas de mesmo sexo, logo, mesmo que houvesse alguma participante convivendo com sua parceira, ainda assim, no que se refere ao estado civil, seria assinalado o item solteiro(a) e não casado(a). Além disso, a pesquisadora refletiu que mais do que ter a informação acerca do estado civil da participante, para o objetivo desta pesquisa, de maior necessidade seria tomar conhecimento se haveria relacionamentos fixos ou não.

²³ Em relação aos médicos, a ficha teve um objetivo meramente prático, ou seja, armazenar informações dos participantes de modo sistemático para contatos futuros.

três itens a serem escolhidos: homossexual, heterossexual e bissexual. A partir da marcação de um dos três, a pesquisadora utilizava-se da opção assinalada para problematizar o que, na experiência e nas trajetórias de vida das mulheres, as conduziam a escolhê-la. Mesmo que a estratégia da pesquisadora tenha sido eficaz e problematizado uma reflexão mais subjetiva do dado objetivo prestado, desencadeou inúmeras reflexões, tanto da pesquisadora e seu grupo de pesquisa²⁴, quanto das próprias mulheres, que puseram em xeque o dispositivo:

Rita (26a, nunca fez sexo com homens) – *Não, acho que para quê definir isso. É complicado. Eu tava até fazendo semestre passado, em Antropologia, que a gente tava falando sobre homossexualidade e tal, e a gente se perguntou: “E aí, como é que a gente, como é que a gente vai definir isso, né? É quadrado assim mesmo, né? A gente tem que botar mesmo esses rótulos? Fica complicado. E aquela pessoa que é homossexual, só fica com mulheres, mas, e que uma vez fica com homens? É bissexual de repente? Eu acho que é o que ela é, o que ela acha que é, e acabou entendeu? Eu penso dessa forma, mas... A não ser que alguém grave, olha você é bissexual, você ficou com homem uma vez na sua vida... Eu acho que é uma questão de identificação mesmo, na maneira que a pessoa se vê, né? Sei lá...*
 Cíntia (pesquisadora) – *Por quê? Existe uma pressão para se definir?*
 Rita – *Tem, às vezes tem.*

Mesmo que a pesquisadora tivesse a intenção de que a ficha apresentasse uma questão que comumente aparece em outros documentos (orientação sexual), mas que tal quesito fosse provocador/instigador de uma reflexão sobre os limites destes enquadres identitários, ainda assim, percebeu que talvez tenha reforçado a normalização identitária que procurara problematizar. Mesmo que a intenção tenha seguido por um caminho, a prática desviou-se da rota, em especial, quando a pesquisadora define apenas três orientações sexuais na ficha (homo, hetero e bissexual), sem que houvesse uma quarta opção, em que se sugerisse à participante definir/nomear suas práticas e/ou identidades sexuais.

Butler (2003) reflete que em relação à norma sexual, que busca assujeitar os indivíduos, há a possibilidade que as repetições ocorram de modo distinto, o que a autora denominou de *repetição diferencial*²⁵. Neste sentido, mesmo que a ficha possa ter reforçado a norma sexual baseada nas identidades fixas, pretendeu-se

²⁴ Reitero meus agradecimentos aos membros do grupo de pesquisa do qual faço parte (GIPS), pelas refinadas contribuições acerca das análises neste trabalho e também ao Grupo de Estudos Teoria Ator-Rede (assim denominado pela pesquisadora, visto não haver um nome oficial), sob coordenação da Dra. Solange Jobim e Souza, Dr. Ronald Arendt e Dra. Márcia Moraes, tendo como elementos do grupo, os respectivos orientandos dos coordenadores.

²⁵ Este conceito é mais bem desenvolvido no capítulo II desta dissertação.

problematizá-la nesta análise, de modo que as vozes das mulheres pudessem não se conformar à ficha e possibilitar reflexões outras acerca destas categorias. Ainda que a ficha requisesse que a vida conformasse-se à categorização do documento da pesquisadora, as mulheres atuaram nas brechas e puderam externalizar questões outras que as constituíam.

Neste sentido, as mulheres participantes da pesquisa fizeram com que a própria pesquisadora revisasse o conteúdo teórico utilizado para matizar a discussão dos resultados, visto que, se o recorte de pesquisa privilegiou as práticas em detrimento das identidades (mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres), e se as próprias mulheres puseram em questão os tópicos da ficha de identificação referentes à orientação sexual, logo, o referencial teórico deveria estar coadunado com a prática²⁶.

Este episódio, portanto, foi considerado um *erro promissor* (Moraes, 2008), devido ao que desencadeou de reflexão ao tema de pesquisa e de questionamento à postura da pesquisadora, que pôde analisar como a norma sexual atravessa seu corpo de pesquisadora e a faz reproduzir até mesmo a premissa que problematiza.

4.3.2

A interferência do aparato técnico: para além da materialidade do aparelho

Os *encontros de conversa(ação)* foram gravados com o consentimento dos participantes. Entretanto, este aparato técnico, em alguns encontros, foi recebido com desconforto, mesmo que a pesquisadora explicitasse que o participante poderia não se pronunciar, quando achasse necessário e ainda que a pesquisadora explicitasse que somente a mesma teria posse desta gravação²⁷. No entanto, mesmo com tais cuidados, a interferência do gravador no processo de pesquisa foi tema que se apresentou como representativo (mesmo que para alguns, o aparato pouco causou desconforto). Tomemos como exemplo a situação de Rita, que

²⁶ Motivo pelo qual esta dissertação se apoiou nas reflexões de alguns teóricos que trabalham com reflexões pós-identitárias, como Judith Butler, por exemplo. Maiores informações sobre esta reflexão serão encontradas no tópico 5.1 do capítulo 5.

²⁷ Dessa forma, a pesquisadora seria a única a manusear a gravação, tanto quanto transcrevê-la, de modo que o nome do participante e qualquer dado que servisse de identificação fossem resguardados.

tematizou seu estranhamento antes do início da *conversa(ação)*, propriamente dita, causando surpresa à pesquisadora:

Diário de campo: A presença do gravador inibiu um pouco Rita, que relatou o desconforto logo no início da entrevista. Tentei tranquilizá-la dizendo que se tivesse alguma pergunta que não quisesse responder, que estivesse à vontade para fazê-lo. Lembrei-a sobre os aspectos de sigilo da pesquisa, na tentativa de tentar deixá-la menos preocupada e mais confiante. Ela relatou que estaria tudo bem se eu fosse utilizar o gravador, desde que não ouvisse sua voz, pois estranhava muito quando a ouvia gravada. Esse desconforto inicial foi sanado na medida em que a entrevista iniciou-se, apesar de Rita ser muito tímida e algumas perguntas terem lhe afetado.

A aversão ao gravador se mostrou como uma questão interessante. Apesar de no momento vivermos rodeados por aparatos tecnológicos de última geração, a presença de um simples gravador (muito pequeno, estilo MP4), ainda provocou algum desconforto. A pesquisadora ficou intrigada pelo efeito que este aparato, um tanto obsoleto se tomarmos em comparação a explosão de aparelhos para captação das imagens, ainda promove nas pessoas. O gravador é neste trabalho compreendido, portanto, como um ator que atravessa o discurso. Talvez este aparelho pudesse sugerir um lugar de oficialidade e veracidade da fala que estava sendo dita e gravada, espaço de eternização, visto que o ali dito poderia ser transportado para espaços outros. Para Rita, ao assumir não suportar ouvir a própria voz, parece também compartilhar com a pesquisadora certo estranhamento em receber um *excedente de visão* (Bakhtin, 1992) de si, trazido pela própria voz. Após os encontros, foi sugerido às mulheres que participassem de uma discussão vídeo-gravada sobre a temática da pesquisa. Entretanto, apenas as mulheres inseridas no movimento social aceitaram participar, sendo que as outras recusaram sob diversos pretextos.

Diário de campo: Perguntei-lhe [à Rita] sobre a possibilidade de fazermos um bate-papo em grupo vídeo-gravado posteriormente. Rita demonstrou-se muito constrangida com a ideia. Na verdade, disse que esta entrevista fora um exercício, o gravador a atrapalhava muito, a inibia por causa de sua timidez e uma câmara teria um efeito ainda pior. Disse que se o grupo fosse tratar de qualquer assunto que não fosse sobre sexualidade, poderia participar, mas este assunto lhe incomodava muito...

Percebe-se portanto que, mais do que a própria tecnologia, a temática a ser abordada e o contexto que esta ocorre, interfere nos modos como nos relacionamos com o aparato, em especial, quando a tecnologia deflagra e difunde a imagem de modo mais direto e explícito, como numa vídeo-gravação.

4.3.3

Quando o aparelho sai de cena e a cena se descortina: os bastidores dos encontros

Além do que desencadeou a presença do gravador, já tematizado anteriormente, também sua ausência impetrou questionamentos à pesquisadora. Ao fim dos encontros, quando era desligado, geralmente os participantes (em especial as mulheres), já mais vinculados à pesquisa e mais desinibidos por conta do momento anterior, davam prosseguimento à conversa. Entretanto, o que chamou a atenção da pesquisadora, foram os assuntos surgidos neste espaço, que se referiam a questões outras, tais como preconceito, discriminação por conta da orientação sexual, assumir-se, dentre outros.

Diário de campo: Após desligar o gravador, parece que Valéria mostrou-se ainda mais à vontade e a conversa prosseguiu. Falou de como a incomoda o racismo e a homofobia, pois não compreende como qualquer diferença pode fomentar a discriminação e inferiorização do próximo. Relata que acredita que um dia não vai haver a importância que se dá hoje para a escolha sexual de cada um.

...

Diário de campo: Por fim, a conversa terminou num tom descontraído. Saímos conversando mais uma vez sobre o sigilo da conversa, os direitos dela enquanto participante da pesquisa e sobre a devolutiva. Carla mostrou-se muito aberta e interessada em recebê-la. Entretanto, por causa de seus motivos pessoais em não se expor, em especial por causa de sua mãe, relatou que preferia não participar do grupo de discussão vídeo-gravado... Relatou que tem muitas amigas que ainda não se assumiram, e isso dificulta elas quererem participar das *conversa(ações)*. Falou que acredita que assumir, mesmo que ela não tenha feito isso completamente, é a melhor opção. Viver sendo algo que não se é, para Carla, é a pior coisa do mundo, faz mal à pessoa, à sua saúde e pode levar até a morte, se referindo a pesquisas de suicídios entre homossexuais que já leu. Mais uma vez, a ausência do gravador possibilitou que a conversa continuasse num tom mais solto e dali, muitas informações interessantes emergiram.

Neste sentido, o gravador parece ter ocupado o lugar do “senhor do tempo”, pois oficializa o que e quando algo deve ser falado. Quando estava ligado, sugeria a necessidade de que assuntos referentes ao tema da “pesquisa propriamente dita”

(saúde sexual de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres) estivesse em voga, como também inculcava ao participante um compromisso com o que deveria ser dito. Entretanto, quando este aparato sai de cena, ou seja, é desligado e a pesquisadora agradece ao participante pela conversa, tal movimento pareceu sugerir o término de um espaço mais oficializado. Deste momento em diante, a postura dos participantes que estenderam a conversa era muito mais descontraída e os assuntos abordados eram outros (talvez aqueles que fossem mais importantes acerca de suas experiências, de seus pontos de vista).

O gravador pareceu desencadear nos participantes, uma necessidade de montagem de um personagem de si, com um roteiro pré-determinado, ainda que este enquadre não tenha sido proposto pela pesquisadora (que tentou com ele romper quando necessário visto que não compreendia que a pesquisa iniciava-se com o gravador e findava com seu desligamento, mas se referia a um momento que extrapolava a presença deste aparelho).

Depois de desenovelado os encontros e desencontros ocorridos no processo de pesquisa, tanto quanto as escolhas metodológicas e seus redirecionamentos, se finda a discussão do processo do trabalho de campo, tendo em consideração que, mais do que ter possibilitado nos responder perguntas, a metodologia proposta e o trajeto percorrido introduziram questionamentos outros, que serão compartilhados no próximo capítulo.

Do caráter imprevisível não se deduz que os métodos e os projetos sejam totalmente inúteis. Eles servem como lugar em que se explicita o modo como o outro é representado. Servem também, na medida em que fracassam, para indicar o grau de alteração que a pesquisa e o olhar do pesquisador puderam sofrer. É através deles que posso olhar o outro e, paradoxalmente, defrontar-me com a alteridade pela descoberta dos pontos cegos (Amorim, 2001, p. 31).

5

A produção de um encontro: mulheres e médicos na arena discursiva

Diálogo é combate e jogo, jogo entre opiniões em confronto, confronto entre duas ou mais consciências, jogo que convida o público a participar do debate. Entrar na corrente do diálogo é renunciar à fala monológica, que seduz o outro de modo autoritário e impede a manifestação do caráter de acontecimento que assume o conhecimento dialógico (Jobim e Souza, 1997, p. 335).

Neste capítulo, a discussão teórica anteriormente tecida torna-se palco para a trama discursiva de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres e médicos ginecologistas. As vozes destes atores serão trazidas de modo que possam tensionar a discussão teórica apresentada e propiciar que uma dimensão mais encarnada do que se desenrola nas trajetórias de vida de ambos seja recuperada¹.

Depois de transcritos os encontros, muitos seriam os modos de apresentar as narrativas trazidas por mulheres e médicos em relação à temática, entretanto, se construiu a análise dos dados na costura das falas de mulheres e médicos de modo alternado². Dois fatores se apresentaram como fomentadores da opção por trazer estes discursos intercaladamente, e não separados: em primeiro lugar, por esta pesquisa apoiar-se numa visada metodológica, que tem o *dialogismo* como norte (Bakhtin, 1992). Portanto, num ato de fala, compreende-se que discursos sociais outros (outros tempos, outros lugares, outros sujeitos) se apresentam na produção discursiva como coautores, que afetam as maneiras como a palavra se reporta ao mundo. A partir desta lógica, na pesquisa, exime-se o pesquisador da garantia de qualquer neutralidade em relação ao outro, visto que ambos participam da

¹ Primeira consideração em relação à análise dos resultados se refere à pressuposição presença-ausência, trazida por Law (2009). De acordo com este autor, quando pesquisamos e expomos, seja de que modo for, os dados produzidos, estamos mostrando uma ínfima parte do todo, ou mesmo, excluindo quase tudo. Neste sentido, os dados criados pela pesquisa são assumidos como situados e limitados, uma versão possível dentre infinitos outros roteiros, ainda que o compromisso primeiro tenha sido com o campo em questão.

² A análise das conversas resguardou os nomes dos participantes (os utilizados serão fictícios), tais como informações que possam servir de reconhecimento das identidades das mulheres e médicos. Foi assinado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por todas as participantes e a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética do Departamento de Psicologia da PUC-Rio e ao Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, sob o registro 41/10 (ver anexo), respeitando a Resolução número 1, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que normatiza as pesquisas envolvendo seres humanos e oficializa com a revisão final pela Resolução número 196 de 10 de Outubro de 1996 (BRASIL, 1996). Na Psicologia essa resolução é complementada pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), por meio da Resolução 016, de 20 de dezembro de 2000 (BRASIL, 2006).

construção da rede semiótica com a qual e por meio da qual se constitui a linguagem. Sendo assim, é na concepção de que a unidade do mundo é polifônica (Bakhtin, 1992), que esta pesquisa apresenta em sua forma, uma maneira de ser fiel ao conteúdo que propõe debater e aos enredos que surgiram no campo. Por fim, para radicalizar a posição dialógica assumida nesta pesquisa e pluralizar o cenário discursivo acerca do tema, médicos e mulheres se (re)encontram, agora no texto teórico, e elaboram, de seus lugares sociais distintos, sentidos e posturas ideológicas acerca de uma mesma questão.

Em síntese, se as transformações da sociedade devem estar presentes na própria forma com se pretende expressar tais transformações, então o texto teórico deve fazer justiça à complexidade dos conteúdos inscritos na realidade, e, portanto, ir em busca do estilo textual que melhor dê conta desta tarefa (Jobim e Souza, 1997, p. 334).

O segundo motivo que impulsionou a união discursiva de mulheres e médicos no texto teórico, se deu a partir da constatação de certo distanciamento entre esses atores na vida, relação esta que se estabelece (quando se estabelece) quase sempre assimetricamente e por meio da técnica. Sendo assim, para garantir a polifonia não apenas como teoria organizadora do trabalho de campo, mas também na produção estrutural desta dissertação, se pretende neste capítulo possibilitar o encontro e confronto de seus discursos. Ora, se na vida prática a relação discursiva entre mulheres e médicos apresenta-se incipiente, esta pesquisa visa fomentar um espaço, no interior de seu texto, para que estes conversem entre si e nesse movimento, possa se produzir, no texto, *excedentes de visão*³ (Bakhtin, 1992).

O dialogismo bakhtiniano desemboca em uma reflexão original sobre a autoria. Esta reflexão gerou uma compreensão articulada da constituição da consciência de si com a comunicação estética. No que diz respeito à constituição da consciência, Bakhtin afirma que o território interno de cada um não é soberano; ser significa ser para o outro e, por meio do outro, para si próprio. É com o olhar do outro que comunico com o meu interior. Tudo que diz respeito a mim, chega à minha consciência por meio da palavra do outro, com entoação valorativa e emocional. Do mesmo modo que o corpo da criança, inicialmente, forma-se no interior do corpo da mãe, a consciência do homem desperta a si própria envolvida na consciência alheia... (Jobim e Souza, 1997, p. 338-339).

³ Este conceito foi desenvolvido com mais profundidade no capítulo IV.

Busca promover uma costura destas duas realidades monológicas⁴, dar forma a uma aproximação e possibilitar que a sutura resolvida no texto, possa produzir reflexões acerca da cisão que se opera na vida. Imbuídas nos silêncios que rondam a relação profissional entre mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres e médicos ginecologistas, encontram-se questões que em contato, podem produzir sentidos outros e problematizar o lugar e os discursos destes atores sociais. A estratégia metodológica de ordenação deste capítulo, portanto, se baseou numa costura, que envolveu os discursos de mulheres e médicos, tanto quanto da própria pesquisadora e suas impressões acerca do campo, e de vozes teóricas. O roteiro polifônico deste capítulo foi construído na coautoria entre estes discursos, produzidos em consideração aos ditos, aos não-ditos e aos interditos. Deste modo, ao longo do texto se lança mão de citações (tanto de textos teóricos, quanto das falas dos participantes), de forma que se pluralize a forma textual aqui apresentada.

Os encontros foram áudio-gravados e transcritos. A análise do material ocorreu em duas etapas: (1) leitura sistemática das transcrições, de modo que fossem assinaladas as questões mais representativas para se discutir a temática proposta; (2) agrupamento das questões levantadas em blocos de temas semelhantes e, portanto, a construção das categorias em consideração a essa divisão. A análise aqui apresentada resguardou os nomes dos participantes (os utilizados são fictícios⁵), tais como informações que pudessem servir de reconhecimento das identidades de mulheres e médicos.

⁴ De acordo com Amorim (2001), ao trazer a diferença entre monologismo e dialogismo: “... o monologismo consiste justamente num discurso que fala apenas de seu objeto, o que quer dizer que ele não faz nunca de seu próprio discurso um objeto. (Reciprocamente, o objeto monológico não tem voz própria, uma vez que ele e o discurso sobre ele estão inteiramente assimilados um ao outro)”.

⁵ Durante a análise do material de campo, as mulheres foram identificadas com nome fictício e, entre parênteses, registrou-se: a idade, indicação se é do movimento LGBT (militante) ou nenhuma indicação para aquelas que não o são e indicação se teve relações sexuais com homens ou não – tendo em consideração que todas relataram, no momento da entrevista, terem relações sexuais com mulheres. Definir a presença ou ausência de relações sexuais com homens se justifica visto que, em pesquisas em saúde, se faz necessário explicitar tal informação, pois são práticas consideradas de maior risco para a saúde sexual (Facchini & Barbosa, 2006). Compreende-se por práticas sexuais, sexo ou relação sexual o que foi definido pelas mulheres em seus discursos. Entretanto, percebeu-se que no geral, o sexo propriamente dito para estas mulheres foi considerado mais atrelado à prática penetrativa. Os médicos foram identificados por nome fictício, idade e indicação da profissão (médico ou médica), para diferenciá-los dos discursos das mulheres.

Importante consideração acerca da análise dos dados se refere à postura epistemológica advogada neste trabalho. A proposta sustentada se refere à procura de uma positividade das ciências humanas (Foucault, 1966), que não se esgote nos pressupostos teórico-metodológicos das ciências naturais (que possuem um domínio delimitado na *epistêmé* e se baseiam nos princípios das constatações verificáveis). Dessa forma, ao invés de uma análise que privilegie a recorrência quantitativa de questões apresentadas nos discursos dos participantes, posição que se afiliaria a uma positividade naturalista, as vozes que serão trazidas serão aquelas que ofereçam densidade de sentidos à temática de pesquisa. Ou seja, os discursos selecionados pela pesquisadora para comporem a rede analítica do próximo capítulo foram aqueles que questionaram e cartografaram as linhas de força que atravessam a temática saúde sexual das mulheres em questão.

Dessa forma, como a pesquisa intenciona resgatar os sentidos acerca da saúde sexual de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres, tanto do ponto de vista das mulheres quanto dos médicos, não se justifica que as falas sejam tomadas comparativamente, mas que se entrecruzem e a partir deste encontro, produzam sentidos e questões outras, sem a pretensão de que a temática se esgote.

5.1 Heterogeneidade das gramáticas sexuais

Este tópico tem a intenção de problematizar as gramáticas sexuais apresentadas pelas mulheres na pesquisa de campo, tendo como foco as práticas sexuais e os sentidos que as entremeiam. A questão das gramáticas sexuais que regem as trajetórias das participantes, mesmo que tematizada antes da ida a campo, revelou-se ainda mais complexa e heterogênea após as *conversa(ações)*. Ainda que tenha se partido da premissa das práticas sexuais para o acesso às mulheres, foi observado que os comportamentos se constituíam de maneira singular, em consideração aos sentidos e trajetórias que cada mulher apresentava em sua biografia. Ou seja, estavam dissimulados nos discursos acerca das práticas, sentidos que escapavam à definição convencional. Portanto, apesar de que os comportamentos possam sugerir objetividade (e obviedade) do que venham significar, nos discursos das mulheres, as práticas se apresentaram enredadas a diversos fatores subjetivos, e só puderam ser compreendidas na malha ideológica

que as constituiu. O que se pretende com a discussão deste tópico é revelar as nuances e sentidos que se encontram submersos nos discursos das práticas sexuais apresentados pelas mulheres⁶.

Para que esta questão fosse tematizada na pesquisa, construiu-se uma ficha de identificação, já devidamente problematizada no capítulo anterior, em que as mulheres que autodeclararam manter relações afetivo-sexuais com mulheres, deveriam responder antes do início dos *encontros de conversa(ação)*. A partir da opção assinalada nesta ficha (homossexual, bissexual ou heterossexual), a pesquisadora problematizou a escolha feita pela mulher, como modo de iniciar a discussão e perceber como e se, a marcação identitária, faria sentido nas biografias narradas. Problematizar as identidades, mesmo em consideração ao recorte das práticas, foi uma estratégia para analisar as contribuições e limitações que pesquisas que se sustentam apenas nas práticas sexuais poderiam apresentar, tal qual a pesquisa em questão.

Rita (26a, nunca fez sexo com homens) – *É como eu me identifico mesmo. Eu tava conversando com um amigo meu, que ele virou homossexual, quando a gente foi para São Paulo e aí ele falou: “Ih, fui para São Paulo e virei bissexual”. E eu falei, como assim? “Não é mentira, não é bissexual, eu sou homossexual, mas peguei meninas”. E acontece isso comigo assim, eu me identifico como homossexual, mas raramente, mas acontece, eu fico com meninos. Mas a maneira como eu me identifico é homossexual. É uma questão de, não sei, para mim é de identificação mesmo... Eu acho engraçado você está me perguntando isso. A última vez que eu fiquei com um homem, eu fico predominantemente com mulheres, então os meus amigos não são acostumados com isso. E então eles chegaram e me perguntaram: “Como assim? O que é que é isso?” Então tem aquela tendência, aquele estranhamento. “Por que você tá fazendo isso?”, “Não estou entendendo?!” E eu até achei engraçado que eu tava numa boate até, nesses tempos agora, e um amigo virou para mim no final e disse: “Eu não consigo entender...” O que é que você não consegue entender? “Sua mudança de time”. Eu falei: “Que mudança de time?” Eu não tenho time nenhum, sabe? Puxa, que time sabe (entre risos, com cara de espanto). Só tive vontade de ficar com ele, e pronto, só... “Mas não é a primeira vez, sabe, que você fica...” E daí, não tem problema nenhum, sabe? Sei lá, acontece. E é isso (breve silêncio. Rita fica pensativa).*

Rita nos revela importante reflexão acerca do que define sua sexualidade, ou seja, mesmo que se compreenda como “homossexual”, esporadicamente, mantém

⁶ Das 7 (sete) mulheres participantes da pesquisa, 5 (cinco) delas afirmaram só manterem práticas sexuais com mulheres ao longo de suas trajetórias sexuais e, apesar de se relacionarem esporadicamente com homens, as práticas sexuais não ocorriam com estes. As outras 2 (duas) mulheres assumiram manter relações sexuais com homens e mulheres desde o início da vida sexual.

práticas sexuais também com homens. Entretanto, apesar da identidade que assume, as incursões sexuais com o sexo oposto não implicam estremeamento de sua identificação sexual. Neste sentido, outras mulheres também narraram suas trajetórias:

Cíntia (pesquisadora) – *Então Jane, quando você marca nesta ficha, que como eu disse, é uma provocação, porque com certeza, nos lugares que você frequenta, nas fichas, nas fichas que você tem de responder, né, sempre há vários quadradinhos e você tem de se inserir num deles. Então, eu queria saber, o que na tua vida, sabe, na sua história de vida, te leva a marcar homossexual e não, não os outros?*

Jane (21a, militante, nunca fez sexo com homens) – *Olha, assim. Eu, eu sou homossexual, né, lésbica, porque eu só gosto de meninas e tipo, não gosto nem um pouco de ficar com meninos, e assim, daí não me encaixo nos outros. Acho que é isso (pausa para pensar). Eu já até que fiquei com meninos, assim, mas é só ficar mesmo, eu nunca transei com ninguém. Nunca transei com meninos. Nunca tive esse desejo assim, meu desejo é por mulheres, disse eu não tenho dúvida... Sei lá, é estranho para mim assim, até que eu gostava de ficar com os meninos naquela época, mas, desde que não pensasse nessa coisa, né, de transar. Isso não. Agora sabe, de um tempo para cá, eu só fico com meninas, e é disso que eu gosto.*

(...)

Carla (30a, nunca fez sexo com homens) – *Homossexual? Porque, como vias de fato, né, com um homem eu ainda não fiz. Então eu me defino como homossexual, mas eu já fiz as preliminares com um homem. Entendeu? Mas chegar em si, na transa, ainda não. Só com mulher. Não com homem...*

Cíntia – *Mas assim, existe o desejo, por ambos os sexos, como é que é o afetivo?*

Carla – *O afetivo com o homem é assim estranho. Até acho o homem muito mais prático, mais direto do que a mulher entendeu? Acho que a mulher é até muito mais complicada do que o homem, mas dentro de mim, o meu desejo, é por mulher...*

Assim como Rita, Carla e Jane apesar de se autodefinirem como homossexual ou lésbica, em suas práticas sexuais ensaiam outras possibilidades de relações que extrapolam as expectativas que compõem as referências identitárias. Percebe-se que a presença da relação sexual predominantemente com pessoas de mesmo sexo é o pivô para a definição das identidades. Dessa forma, os discursos das mulheres sugeriram que, mesmo que os marcos de identidade estivessem presentes em seus discursos (tanto quanto no da pesquisadora), os arranjos sexuais se conectavam de modo híbrido. Surge uma questão: estariam as identidades sendo definidas por outros padrões que escapavam aos convencionalmente instituídos, ou o campo deflagrava os limites das referências identitárias? Esta questão se radicaliza em consideração ao relato de Valéria:

Valéria (29a, faz sexo com homens e mulheres) – *Tá. Sexualidade mesmo, de uma forma, sexo, quer dizer, eu sou bissexual desde os 14 anos. Eu tinha namorados,*

namoradas, eu não tenho problema nenhum com homens, eu não tenho nada. Eu atualmente estou namorando uma mulher, por questões de afinidade mesmo. E de fato tenho compromisso com uma pessoa e atualmente, eu poderia dizer para você que sou homossexual por conta disso. Mas, por eu mesmo, eu tenho uma abertura com minha namorada, que como ela era hetero até então, eu também não tenho problema nenhum com homem. A gente comenta sobre homem, a gente fala de homem, a gente tem uma abertura de se um dia a gente quiser trazer algum homem para a relação como, é, um fetiche, alguma coisa assim, não fazer um a três, um compromisso, nada disso, mas assim: “Ah, vamos ver alguma coisa, vamos fazer alguma coisa diferente”. Então assim, eu acho que sexualmente, eu me considero bissexual. Mas se eu fosse falar tipo de emoção, de sentimento, aí sim, atualmente eu seria homossexual.

O relato acima anuncia como o desejo parece se esquivar da pedagogização que por vezes lhe é imposta e se (re)produz de modo bastante heterogêneo. Valéria, apesar de ter assumido durante toda a conversa que se relaciona afetivo-sexualmente com homens e mulheres e se considera bissexual, tendo em vista a prevalência do que ocorreu em sua trajetória sexual, no momento atual, ou seja, temporalmente, define-se como homossexual, por estar na ocasião da pesquisa, instalada num relacionamento fixo com uma mulher.

O relato de Valéria se aproxima do que denuncia Bárbara, que também mantém práticas afetivo-sexuais com mulheres e homens. Esta mulher relata as cobranças sociais por ser relacionar afetivo-sexualmente com ambos os sexos, pois seu comportamento é considerado indefinido, e problematiza o próprio estatuto do que venha a ser a definição sexual, e sua utilidade.

Bárbara (29a, militante, faz sexo com homens e mulheres) – Olha, eu vejo isso, de uma forma muito forte e contundente em todos os âmbitos. Assim, na sociedade, quando você vai se relacionar com alguém, já passei muito por isso. Eu estar me relacionando com uma mulher, com uma mulher lésbica e ela não aceitar muito bem essa coisa, né, de eu ser bissexual. Tipo assim, gerar uma certa insegurança no relacionamento. Tipo: “Como assim você é bissexual? Então de repente você pode ficar com homem?” Posso. Da mesma forma que você fica com mulheres. Eu posso ficar com homens e eu posso ficar com mulheres. E isso também num relacionamento com homens, também há uma certa insegurança que eu vejo que acontece no outro lado, né? Que a pessoa fica assim: “Pô, mas essa mulher não se define, né?” Como se tivesse que ser definido.

(...)

Valéria (29a, faz sexo com homens e mulheres) –... Por que eu não abri mão de uma coisa, para ter outra, então, em tempo algum, eu só somei. Então talvez isso tenha me ajudado. Porém, socialmente, isso é uma coisa que até me prejudica, porque as pessoas, acho que ainda não tem bons olhos com o bissexual. Ou é heterossexual ou é homossexual. Parece que ser bissexual é só putaria. Não levam a sério. “O bissexual ainda não se achou na vida”.

Cíntia (pesquisadora) – Ainda tem essa coisa aí?

Valéria – Com certeza tem. Você não é levada a sério. Você fica naquela do meio do caminho, um dia ela vai se descobrir ainda. É mais difícil, eu acho que para o

bissexual, é mais difícil... Para os outros, porém para ele, no meu caso, é mais fácil. Porque já sei, não abri de uma coisa pela outra, então tá tudo bem. Tipo o fato de eu estar com homens, me relacionar com homens, não me tirou identidade nenhuma.

Os discursos apresentados puderam auxiliar a pesquisadora a encontrar respostas mais satisfatórias às indagações apresentadas no início do tópico. As mulheres, apesar de basearem seus discursos nas definições identitárias (além de serem estas sugeridas pela pesquisadora no início da pesquisa, ao longo das falas, o modelo das identidades sexuais esteve bastante presente como conceitos que ofereciam significação às narrativas), as identidades sexuais foram insuficientes para abarcarem o rol de práticas e arranjos sexuais apresentados em suas narrativas. Sendo assim, trazer a discussão das identidades sexuais, mesmo frente à definição utilizada nesta pesquisa (práticas sexuais), foi necessário na medida em que se postulou com mais propriedade (a partir dos discursos), os avanços oferecidos por meio do recorte das práticas sexuais, em detrimento do marco identitário. Neste sentido, as contribuições dos estudos *queer* mostram-se relevantes, na medida em que advogam por uma política pós-identitária, ainda que não percamos de vista que o marco identitário pode oferecer dois elementos: sujeição, de modo que a experiência seja encarcerada em moldes estanques de ser, e também de emancipação, na medida em que possibilita que tal referência crie sentimento de pertença e coesão, nomeando um conjunto de experiências que fazem sentido em alguns momentos e aspectos específicos de cada indivíduo.

5.1.2

Pluralidade de sentidos: as práticas sexuais em questão

Tecidos os argumentos que alicerçam a opção pelas práticas sexuais como norte para a construção dos argumentos da pesquisa, este sub-tópico busca, ainda assim, resgatar os sentidos que permeiam as práticas afetivo-sexuais relatadas. Tal opção parte da premissa de que os comportamentos sexuais relatados podem estar entremeados por sentidos outros, que não se restringem àqueles usualmente conferidos às práticas. Apreender tais sentidos possibilita que haja uma compreensão mais densa da experiência das mulheres e suas sexualidades.

No excerto abaixo, Bárbara atenta para o fato de que, o que caracteriza o ato sexual, numa concepção mais disseminada socialmente, é a penetração peniana

(questão que se confirmou também na clínica da médica Renata). Muito mais do que a atualização do patriarcalismo, esta mulher denuncia as consequências práticas deste tipo de representação, em especial no que se refere à saúde sexual. Ora, se há riscos nas relações sexuais, a necessidade de evitá-los pode surgir como uma questão relevante. Entretanto, se não há relação sexual, tal representação não se justifica. Portanto, percebe-se que as práticas não possuem um significado estanque e que estudos acerca das sexualidades, devem se propor apreender este universo semiótico, de modo que se aproxime dos sentidos que permeiam os comportamentos sexuais, questão também problematizada por Barbosa e Facchini (2009).

Bárbara (29a, militante, faz sexo com homens e mulheres) – *Cara, eu acho que é isso ainda é um pensamento da relação patriarcal heterossexual. Que é aquela coisa assim, não, então ter uma relação sexual é um homem penetrar uma mulher. A relação sexual é uma relação que há penetração. Seja um homem com outro homem, ou um homem com uma mulher. Eu acho que tem muito forte isso, que relação sexual é onde há penetração da mulher... Faz uma brincadeira ali... Já vi outra que eu escuto muito dos homens: “Ah, mas você consegue se sentir completa tendo relações com mulheres? Não acha que falta alguma coisa? Que falta o pênis?”*

Cíntia (pesquisadora) – *Como se o completo fosse só com o pênis...*

Bárbara – *Isso, entendeu... Ou então amigas hetero que eu tenho, falam assim: “Não, mulher com mulher não ia dar certo transar, por que para mim ia faltar alguma coisa. Como é que eu vou saber o lugar, tem pele... Não tem como”. Aí não concebendo, tudo bem, o que vale é a experiência, né, daquela mulher, mas não conta conceber que a relação sexual é você dar e receber prazer. Com vários instrumentos físicos e não físicos. Agora as pessoas não pensam nisso. Tá muito arraigado nessa coisa da relação sexual padrão heterossexual, que é a relação de penetração. Então, se não tem penetração, não tem aids, não tem DST, não tem hepatite, não tem nada, não tem herpes, não tem nada. O que é muito louco, né? Uma mulher se relacionar com outra mulher e pensar um tipo de coisa dessa, né? Ou isso não ser questão.*

(...)

Renata (33a, médica) – *Eu falo que vou colher o preventivo. Aí eu pergunto: já fez o preventivo? E ela fala: “Fiz há cinco anos atrás.” Ué, mas você tem relação? “Tenho.” E você faz, mas porque você não faz todo ano? “Não, porque eu não tenho relação com homem.” Que é uma ideia muito errada, porque muitas vezes, tem mulheres com este tipo de relação, elas acham que não precisam colher o preventivo... Mas tem muitas doenças que podem ter, mesmo que ela nunca tenha tido relação. Isso tem uma ou duas pacientes que nunca tiveram relações heterossexuais, e elas nunca colheram preventivo. Porque na opinião delas, elas são de alguma forma virgens, né? Porque nunca tiveram penetração com um homem. E aí, enfim, acaba que nesse momento agente acaba dando um esclarecimento, enfim. Que a virgindade não é ausência do ato de penetração.*

Além de as mulheres apresentarem sentidos e concepções múltiplos no que se referem às práticas sexuais presentes em suas trajetórias, alguns médicos

ginecologistas, de acordo com Priscilla, parecem desconhecer as práticas sexuais comumente exercidas no sexo entre mulheres. O discurso dos profissionais acerca destas práticas, se baseia na representação de que estariam no registro da incompletude, visto que não possuiriam penetração, portanto, destituídas estariam de riscos. A alegação desta mulher parece reforçar, por uma via oficial (por meio do discurso médico), a representação apresentada acima. Importante frisar que o desconhecimento de tais práticas por estes profissionais não se refere apenas ao lugar profissional que ocupam. Ou seja, está disseminada socialmente a representação de atividade sexual correspondente à penetração peniana, logo, os médicos seriam mais um elemento desta rede, que atualizam tal concepção (questão problematizada por Laqueur (2001) e Navarro-Swain (2004) acerca da invisibilidade histórica de mulheres que mantêm práticas afetivo-sexuais com outras mulheres)⁷.

Priscilla (24a, militante, nunca fez sexo com homens) – *E assim, quanto mais masculina, quanto mais estereótipo a lésbica tem, ela não é nem atendida. Se você pega lésbicas muito masculinas, elas não conseguem nem marcar consulta. Ah, sempre vem a desculpa assim: “Ah, não tá tendo no momento”. Ou: “Ah, não tá tendo ginecologista neste período”. Quando consegue, quando chega na hora o ginecologista não atende, olha, vê, já atende lá de fora. “Ah, mas você não precisa, você não tem penetração”. Eles ainda estão muito focados na questão da penetração.*

Após a incursão no universo plural das práticas afetivo-sexuais entre mulheres, o discurso da médica abaixo se mostrou distante do que se desenrola nas trajetórias destas mulheres.

Bruna (52a, médica) – *Bom... (ficou muito pensativa). Para mim é simplesmente uma mulher que gosta, se relaciona com outras mulheres (continua pensativa). Basicamente isso. Não sei falar... (não conclui a frase, fica pensativa).*

...

Cíntia (pesquisadora) – *Hum... E quanto ao estereótipo, há muitas mulheres que vem de estereótipo masculinizado ou não?*

Bruna – *Tem, tem. Eu acho que talvez, meio a meio. Que você olha e diz que essa pessoa é masculinizada, né? Metade das que vem são mais masculinizadas. Blusão, calça jeans... E tem outras que não, são totalmente femininas. Batom, brinco, tudo certinho...*

Mesmo que a médica acima não pudesse definir o que caracterizaria o universo de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres, em seu discurso

⁷ Ver capítulo II.

emerge a representação das expectativas clássicas de gênero, que associa as mulheres ao estereótipo de feminilidade. No sentido butleriano (2003), nessas sorradeiras reiterações das normas, o gênero se constitui e se reforça⁸. “Tudo certinho” parece aferir também a tudo que está errado, deslocado de seu lugar devido, como mulheres com estereótipo masculinizado. Desvela-se, portanto, o estatuto de mulher presente neste discurso e a lente axiológica utilizada pela profissional. Destarte, Olga, médica ginecologista, também se posicionou em relação à mesma questão, ao considerar que tais mulheres vivenciaram uma incursão fracassada ao universo “heterossexual” e, portanto, se justificaria as relações sexuais com outras mulheres:

Olga (49a, médica) – Eu já tenho consultório há 27 anos, que é meu tempo de formada e eu observo que cada vez mais, a cada ano, eu tenho mais pacientes homossexuais. É, não sei se exatamente pela liberdade sexual, ou se cada vez mais as pessoas estão se desinteressando pela relação heterossexual, ou estão ficando entristecidas por relacionamentos não bem sucedidos, estão optando pelo homossexualismo. Mas o que eu observo é que isto está muito amplo... Eu tenho uma paciente e agora eu me lembrei dela, que ela começou a vida como homossexual, agora quando eu fui atendê-la há dois, três anos, depois do início da vida sexual, então ela me referiu que ela agora se tornou heterossexual. Mas ela iniciou como homossexual. Então, essa paciente, por exemplo, eu acho que tem tudo a ver com o fato de ela ser uma paciente com sobrepeso, mais gordinha, eu acho que talvez ela tivesse mais vergonha, de se expor talvez, pela parte masculina...

Apesar disso, o médico Sérgio, parece oferecer uma visão mais alargada no que se refere às sexualidades. Percebe-se que sua aproximação com a temática (docência no curso de Medicina e formação de psicólogo), produziu um discurso diferenciado em relação aos outros médicos:

Sérgio (69a, médico) – É claro que a gente tem que cuidar muito porque pode-se ter uma atitude policialesca, de ficar contundentemente cobrando determinado padrão de comportamento, até porque esse padrão nem existe, né? Ela é homossexual acidentalmente, daqui a pouco não é mais. Ela é hetero, ela é bi, não sei... Eu tô falando quando ela era hetero, numa leitura temporal, não é uma leitura do drive dela. Provavelmente ela já era homossexual lá atrás, provavelmente ela era pelo menos bissexual, e no momento ela exercia mais a heterossexualidade dela... Não é isso que eu estou dizendo não. Temporalmente, se comportava como heterossexual. Daí se apaixonou por uma amiga, e hoje se define como homossexual.

⁸ Para maiores informações sobre esta discussão, ver capítulo II.

Em resumo, os discursos apresentados ao longo deste tópico, em que se evidenciou a pluralidade que constitui as trajetórias sexuais de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres, explicita a necessidade de que as sexualidades não sejam compreendidas imersas em categorias *apriorísticas* e homogêneas. Entretanto, ainda que seja necessário promulgar e discutir este projeto, é um desafio não apenas para médicos, mas para parte significativa da sociedade, visto que nossa inteligibilidade acerca das sexualidades foi construída amparada num padrão de complementaridade entre os sexos e, portanto, numa heterossexualidade presumida (Laqueur, 2001; Arán, 2009).

Práticas e desejos se agenciam de modo que extrapolam as exigências sociais, e o discurso da saúde deve estar atento a estas ordenações, de forma que suas políticas atendam a tais especificidades. A postura de Sérgio nos sugere a importância da institucionalização de alguns temas, para que os profissionais possam ter em mãos subsídios para repensarem a pluralidade de vida dos sujeitos que atendem. Logo, uma compreensão mais consubstanciada das trajetórias sexuais destas mulheres, possibilitaria que pontos de vulnerabilidades de saúde, por exemplo, pudessem ser mais bem identificados. De acordo com Barbosa & Facchini (2009):

Além da variação do significado associado a categorias de classificação, é importante lembrar que, embora expressem a identidade sexual da mulher no momento da consulta, tais termos não necessariamente refletem as práticas sexuais mantidas ou a trajetória sexual e reprodutiva... No aconselhamento quanto à prevenção de DST/AIDS, é importante investigar as práticas sexuais efetivamente mantidas, uma vez que podem variar consideravelmente e não mantêm relação com os termos usados pelas mulheres para a auto-classificação (p. 297).

Sendo assim, a disjunção entre práticas e identidades sexuais, questão surgida em outros estudos, tanto nacionais quanto internacionais⁹ se apresenta também nesta pesquisa – que constatou, na prática, as limitações de qualquer abordagem que se determine meramente identitária no que se refere à sexualidade – e deflagra-se como ponto a ser enfrentado pelas políticas públicas de saúde.

Os discursos surgidos no campo puseram em xeque até mesmo a postura da pesquisadora que, ao analisar as *conversa(ações)* com as mulheres, percebeu que

⁹ Diamant, 1999; Richardson, 2002; Bauer & Welles, 2001; Dolan & Davis, 2003; Bailey et al., 2003; Pinto, 2004; Almeida, 2005; Facchini & Barbosa, 2006; Bjorkman & Malterud, 2009; Barbosa & Koyama, 2006; Mora, 2009; Melo, 2010.

dedicou atenção mais às trajetórias afetivo-sexuais das mulheres com outras mulheres, do que as que envolviam o sexo oposto (mesmo que o objetivo do trabalho fosse a análise das trajetórias afetivo-sexuais como um todo). Implicitamente, a concepção da exclusividade sexual pareceu imperar e, portanto, de uma identidade “lésbica” homogênea e fixa, circunscrita às práticas sexuais com outras de mesmo sexo. A expectativa acerca de certa “homossexualidade” socialmente convencionada (Weeks, 1999), além de estar implícita na postura da pesquisadora (mesmo que o recorte de pesquisa definisse seu trajeto tendo em consideração as práticas), esteve presente de forma sutil no discurso de alguns médicos (questão que será apresentada ao longo das falas destes profissionais). Dessa forma, deflagra-se a complexidade deste campo e a necessidade de que se dissolva a premissa da exclusividade e das expectativas acerca das identidades, e que se tenha em consideração as trajetórias sexuais como um todo, como questões que implicam diretamente, as demandas de saúde destas mulheres.

5.2

“Riscos, que riscos?”: percepções de mulheres e médicos acerca dos riscos nas práticas sexuais entre mulheres

Este item tem como objetivo recuperar as falas (e os silêncios) apresentados nos *encontros de conversa(ação)* por mulheres e médicos acerca da saúde sexual de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres, mais especificamente, no que se refere à percepção da dimensão dos riscos. Compreende-se que a saúde sexual não se resume ao espectro da ausência de patologias, dessa forma, faz-se necessário problematizar as percepções e sentidos que rondam a questão dos riscos, visto que, alguns estudos (trazidos no capítulo III), apontam para a vulnerabilidade de saúde, no que diz respeito às práticas sexuais desta população.

Com o advento da epidemia da aids e a emergência do conceito de grupos de riscos, em que mulheres com práticas sexuais com mulheres não foram inseridas, possibilitou a potencialização de um ideal de invulnerabilidade (Dolan, 2005; Meinerz, 2005). Por sua vez, tal prerrogativa produziu um imaginário em que o “corpo lésbico” (termo de Almeida, 2005) seria imune aos agravos transmitidos por meio das práticas sexuais, o que dispensaria cuidados específicos em relação a esta população. Entretanto, Almeida (2005) analisa como um “corpo lésbico” passa da representação de total imunidade à vulnerabilidade de saúde.

Esta é uma questão alarmante, visto que estudos internacionais¹⁰ apontam a probabilidade de infecção por via sexual entre mulheres, tanto por DST, quanto por HIV. Estes estudos denunciam a raridade com que os serviços de saúde são acessados por estas mulheres, o sendo apenas quando há presença de agravos muito comprometedores. Investigações brasileiras¹¹ apontam para a mesma direção, mas sinalizam a importância de estudos nacionais mais consistentes.

A partir das questões epidemiológicas apresentadas anteriormente, faz-se necessário explicitar o que se desenrola para além das estatísticas, nas cotidianidades das práticas das mulheres em questão, como das práticas profissionais dos médicos, e dos sentidos que são construídos. Uma ressalva, antes de passarmos às conversas propriamente ditas, refere-se à peculiar importância, neste tópico, de se trazer as vozes de mulheres e médicos conjuntamente. Os profissionais puderam contribuir com informações acerca da saúde sexual de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres, tendo em consideração as pacientes que receberam em seus atendimentos. Entretanto, os dados de estudos¹² apontam a dificuldade de acesso e a baixa procura destas mulheres pelos serviços ginecológicos.

Os discursos das participantes apontam que referente às suas práticas sexuais, não são visionados riscos, tendo em consideração às DST e HIV (questão que se apresenta, em especial, no discurso das mulheres que não estão inseridas no movimento LGBT). A baixa percepção dos riscos entre estas mulheres foi questão levantada por diversas pesquisas¹³. Isso se justifica pois, há a representação de que, assim como inexistente a possibilidade de gravidez em suas práticas, tal imunidade se estenderia também às DST e HIV (Meinerz¹⁴, 2005). Portanto, os métodos de barreira parecem estar mais associados à anticoncepção do que à prevenção de DST e HIV. Logo, se a concepção não é uma questão, também não o são as outras utilidades das tecnologias de proteção, como a prevenção às patologias. Para Valéria, a ausência de resultados que denunciem a

¹⁰ CDC, 2006; Fethers et al., 2000; Bauer & Welles, 2001; Bailey et al. 2003; Dolan & Davis, 2003; Marrazzo et al., 2005.

¹¹ Pinto, 2004; Barbosa & Koyama, 2006; Facchini & Barbosa, 2006; Mora, 2009; Barbosa & Facchini, 2009.

¹² Facchini & Barbosa, 2006; Bauer & Welles, 2001; Bailey et al. 2003; Bjorkman & Malterud, 2009; Barbosa & Facchini, 2009.

¹³ Richardson, 2002; Dolan & Davis, 2003; Almeida, 2005; Mora, 2009; Barbosa & Facchini, 2009.

¹⁴ Para maiores informações acerca desta discussão, ver capítulo III.

eminência dos riscos, mais do que dados que afirmem a baixa ou nula prevalência, é incorporada como ponto que reforça sua invulnerabilidade. A ausência de um dado de prevalência e como este se transforma em quesito que reforça a crença de imunidade de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres.

Valéria (29a, faz sexo com homens e mulheres) – *Exatamente. Acho difícil isso, porque você não engravida, acho muito difícil pegar HIV ou uma coisa mais pesada, até porque nem sempre a exposição é direta. Dependendo, em algumas posições, você não tem o contato com a vagina. Eu acho que isso acontece mais quando tem namorada mesmo, uma intimidade maior. Mas fora isso não sei. Então, enfim, acho que por não ter resultado mesmo. Acho que não existe ainda nada que eu tenha lido, tipo assim: “Mulher passa tal doença para mulher”. Pouco leio sobre isso, quer dizer, não é que eu não leia, é pouco, enfim, acho que são poucos resultados mesmo.*

Cíntia (pesquisadora) – *Então a estatística dá conforto nesse sentido...*

Valéria – *Exatamente, exatamente... A estatística dá este conforto. Exatamente.*

Tal percepção parece ser reforçada pela invisibilidade do tema no discurso oficial (Navarro-Swain, 2004). A ausência discursiva denunciada por Valéria se materializa num silêncio que tem um aspecto produtivo, ou seja, promove efeitos concretos na vida daqueles que se inserem nesta referência sexual, que passam a conceber o não-dito como afirmação da inexistência dos riscos. Portanto, a representação de total imunidade, que em parte é reforçada pelo próprio discurso oficial da saúde que não apresenta dados consistentes referentes à saúde sexual nas práticas sexuais entre mulheres (Almeida, 2005), endossa a produção deste ideal de invulnerabilidade (Dolan, 2005). Percebe-se portanto que, não há simplesmente a negligência dessas mulheres em relação à preocupação com seus próprios corpos, discurso culpabilizador que pode povoar o imaginário do dispositivo da saúde, visto que, para algumas mulheres a saúde sexual é uma questão. Entretanto, a ausência de dados nos mecanismos oficiais naturaliza a representação de imunidade ou de sexo “cem por cento garantido” (Meinerz, 2005). Assinala-se, portanto, o poder dos números e estatísticas, mesmo em sua ausência.

Priscilla (24a, militante, nunca fez sexo com homens) – *Assim, a gente ainda mantém um diálogo muito grande com o Ministério da Saúde, para estudar e ver como se pode ter um preservativo que atraia, que não espante as mulheres. Mas, como a incidência, como os dados são de: “Ah, a fulana pegou alguma DST, fulana pegou aids fazendo sexo com outras mulheres”. Eu acho que esses dados*

são de zero vírgula um. Pelo que eu sei, só um dado foi comprovado até hoje que foi mesmo de sexo por mulheres.

Cíntia (pesquisadora) – *Por DST ou aids?*

Priscilla – *De aids. Então como a gente tem apenas um caso de todos, e as DST ainda são tão, assim, o pessoal ainda se foca muito no HIV, e acaba deixando as DST de lado, é muito complicado você ver do Ministério da Saúde uma preocupação com as mulheres que fazem sexo com mulheres... Os próprios ginecologistas informam isso. É porque se você for buscar os dados do Ministério da Saúde, não tem incidência. E aí a gente tem essa visão, não tem isso porque no formulário do SUS não tem lá se você é homo, se você é bi ou se você é hetero. Então, lógico que nunca vão ter dados direcionados, quando essa mulher diz que é, o sistema não está pronto para atender devido o preconceito. Então, os dados vão ser muito complicados de existirem, porque a gente ainda trabalha para que o sistema tenha lá, né, coloque pelo menos o x lá, se é hetero ou homo, para poder estar apto a atender.*

A premissa de que o “corpo lésbico” (Almeida, 2005) estaria infenso às patologias advindas do ato sexual desemboca em comportamentos ausentes de prevenção, assim como relatado abaixo por Rita.

Rita (26a, nunca fez sexo com homens) – *O contágio de doenças sexualmente transmissíveis... É mais difícil, é mais difícil. Por que não tem tanto cuidado assim. É pouca a troca de fluídos mesmo. A não ser que ocorra a penetração com o mesmo objeto, ou com a mão, mas mesmo assim, é mais difícil. Não sei, não tenho a mínima ideia.*

No relato de Rita, o sexo oral não se apresenta como prática de risco relevante em relação à transmissão de DST e HIV, se comparada às práticas vaginal e anal. Dessa forma, o cuidado em relação ao sexo oral se restringe às preocupações referentes aos hábitos de higiene da parceira, aspecto presente na investigação de Barbosa & Facchini (2009). Logo, para que haja esta prática, é necessário o conhecimento da vida pregressa da parceira e comprovação destes costumes higiênicos. O estranhamento com que as mulheres recebiam o questionamento acerca da prevenção no ato sexual apontou para o modo como visionavam a presença ou ausência dos riscos. Rita, depois de alguns momentos pensativa, relata:

Rita (26a, nunca fez sexo com homens) – *Sexo oral na verdade eu sou meio paranoica assim (risos). Só faço com uma pessoa que já conheço há algum tempo e tal, para saber os cuidados de higiene e tal. Eu tenho paranoia com essas coisas... Mas de resto, não tem muito como tomar cuidado.*

Cíntia – *Quando você conversa com suas amigas, às vezes de rolar esse papo aí, que critério você acha que você usa, as suas amigas... Alguém usa algumas tecnologias aí...*

Rita – *Acho que não, nenhuma... Existem impeditivos, é questão mecânica mesmo (todas as vezes que as mulheres respondem a esta pergunta existe um silêncio antes da resposta). É complicado. Têm as formas de prevenção e tal...*

Cíntia (pesquisadora) – *E que formas são essas? (breve silêncio).*

Rita – *Têm várias coisas que você pode fazer, mas não sei, não sei na verdade. Você acaba tomando cuidados tipo assim, pelo menos eu né, cuidados assim, meio basiquinhos, tipo, não sei... (muitos foram os silêncios até a conclusão desta resposta, que aparentemente causou desconforto). Não sei, por exemplo, no dedo, não usar o mesmo dedo, não voltar né, a mão.*

As mulheres da presente pesquisa, apesar de apresentarem em seus discursos consciência da possibilidade de algum tipo de risco, este não se representa como peso suficiente para que haja algum comportamento de proteção. Além do imaginário da imunidade do “corpo lésbico” (Almeida, 2005), em contrapartida, o órgão masculino ocuparia o lugar de vetor central das infecções. Podemos observar que o discurso patriarcal se atualiza, pois a norma heterossexual e suas consequências práticas são utilizadas como referência padrão para justificar outro lugar sexual, com efeitos práticos distintos: o da lésbica “imune”. Entretanto, tal raciocínio deve ser compreendido desde sua ontologia, pois a representação de imunidade não é inaugurada por estas mulheres. Este discurso é um produto do dispositivo da sexualidade (Foucault, 1988). De acordo com o autor, o dispositivo é um conjunto de forças discursivas e práticas que organizam e legitimam determinado *status quo*, que se mantém por meio de contínuas reiteraões.

No caso em questão, podem insurgir interpretações deturpadas no que se refere às infecções e modos de contágio no ato sexual, como efeito deste dispositivo, que de acordo com Foucault, (1988), é também heteronormatizador. O micro-dispositivo “invulnerabilidade de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres” tem um aspecto peculiar, pois, se produz não apenas na concorrência de discursos, mas no interior das ausências discursivas, na linha do tempo de uma História patriarcal que prescindiu da voz da mulher para sua construção, em especial, à mulher que se desvia do eixo heterossexual (Navarro-Swain, 2000). Dessa forma, para Carla, a prevenção das DST só se justifica quando da relação sexual entre um homem e uma mulher, pois, o órgão masculino representa o único responsável pela possibilidade de transmissões, o que confirma a suspeita do ginecologista abaixo, acerca da visão de suas pacientes sobre esta mesma questão:

Carla (30a, nunca fez sexo com homens) – *Porque hoje vendo... Acho que talvez (titubeia) eu tenha não me entregado muito, né? Nesse sentido de confiança. E a pessoa talvez não tenha merecido tanta confiança. Mas também tem todo um, como você falou, tem toda uma coisa do momento, né? A gente não pensa, né? A gente tá namorando, na hora lá que você tá bem, você não vai pensar em, né? A não ser que, em casos, talvez nas relações entre homens, talvez isso seja mais, e nas relações de homem e mulher heteros, isso seja mais, a camisinha, a prevenção, em relação a... Para pegar outras doenças, né? Não só a aids, mas outras. Seja mais, seja mais intensivo. Agora no meu caso, eu não, eu não...*

(...)

Vando (54a, médico) – *Não sei, talvez elas acham que não vão pegar. Provavelmente, eu suponho que seja isso. Eu acho que ela acha que porque só se pega isso através de um homem... Não sei. Eu já peguei paciente com condiloma, que tinha relação sexual com mulher, agora me lembrei, eu cauterizei e orientei que a parceira deveria procurar...*

Cíntia (pesquisadora) – *Também para...*

Vando – *Lógico, evidente! Ela precisava saber dessa necessidade. Orientei que deveria haver esse acompanhamento. Mas não foi ela que veio trazer, foi a partir do exame que eu percebi que ela tinha o condiloma. Onde ela pegou não sei... Agora o HIV, ninguém nunca me perguntou nada, absolutamente! Acho que para elas... Não sei, nunca perguntei também... Nunca perguntei, sei lá, se ela acha que pelo fato de não ter penetração, de não ter um homem, que o homem que transmite para a mulher... Não sei, pode ser que seja isso. Vou até perguntar...*

A partir destes discursos, percebe-se que o ideal de que o sexo entre mulheres seria mais seguro ou totalmente seguro (Meinerz, 2005; Mora, 2009) parece vigorar no imaginário destas mulheres.

Valéria (29a, faz sexo com homens e mulheres) – *Ah, com homem, com certeza. Com homem sim. Mas tipo, nunca tomei pílula estas coisas assim, porque meus namoros nunca foram muito duradouros. Quando eram, sei lá. E acho que agente confiava muito no outro, botava fora, essas coisas assim. Tomei mesmo só por causa do Carnaval, eu tinha menstruação. Muita camisinha, com certeza.*

Cíntia – *Quase sempre, sempre ou às vezes?*

Valéria – *Quase sempre... Quase sempre. Eu sempre procurei usar, mas quando não tinha, enfim. Ou quando fazia botava fora, ou se fosse desconhecido não fazia, enfim.*

Cíntia – *E em relação às mulheres?*

Valéria – *Olha, eu não sei te dizer como é a prevenção cara. Eu acho que...*

Cíntia – *Isso nunca foi uma questão para você...*

Valéria – *Não, nunca foi.*

Na conversa acima, Valéria, que declara se relacionar afetivo-sexualmente com homens e mulheres, ao ser interpelada sobre prevenção no ato sexual, afirma com presteza e convicção que se previne na relação com homens, e se reporta, no que se refere à prevenção, ao âmbito da gravidez, visto que menciona também o anticoncepcional. Entretanto, a prevenção entre mulheres apenas se apresentou em seu discurso, quando tematizado pela pesquisadora.

A centralidade do pênis no que se refere à noção de risco se materializa tanto no que refere à presença real de prática sexual com homem, quanto por meio de objetos. Quando os riscos são compreendidos como existentes, estão relacionados com a “presença” de penetração (pênis, objetos, “brinquedinhos”, dildos, vibradores, consolo, dentre outros). Em outros modos de penetração, como a digital (dedos), por exemplo, não se refere à mesma preocupação. Dessa forma, para Carla, a prevenção das DST e HIV só se justifica quando da relação sexual que inclua a presença de um homem:

Cíntia (pesquisadora) – *Porque é que é que você acha que existe diferença: entre os homens, os heteros, por exemplo, com as duas mulheres que estão juntas?*

Carla (30a, nunca fez sexo com homens) – *É por que...*

Cíntia – *O que é que é diferente e porque é tão difícil pensar a coisa da prevenção entre duas mulheres?*

Carla – *Na prevenção com duas mulheres?*

Cíntia – *Isso. Prevenção que eu digo é na coisa da DST, da aids, camisinha, ter relação sexual com outra pessoa, existe perigo, não existe perigo...*

Carla – *É porque eu acho que tudo deve vir até com o falo, né? Acho que vem com o pênis, acho que a relação do pênis, a infecção, acho que tá na questão dessa visão. Eu, depois que eu caí em mim, eu pensei nisso. Que tanto quanto agente transava com o consolo, agente usava o preservativo...*

No que se refere aos médicos, percebeu-se certa discordância no que se compreendia por percepção de riscos no sexo entre mulheres, visto que não há consenso sobre qual a probabilidade de transmissão de infecções (questão ainda em discussão no próprio meio das pesquisas científicas epidemiológicas). Para alguns deles, tal possibilidade seria evidente, mesmo que em suas práticas clínicas, quando atendiam essas mulheres, nenhuma modificação no atendimento ocorria, de modo que tal questão fosse incluída.

Cíntia (pesquisadora) – *E o senhor poderia falar, existe algum percentual de risco de transmissão de DST na relação de duas mulheres, na relação sexual?*

Márcio (55a, médico) – *Claro. Claro que sim (silêncio).*

Cíntia – *Existe alguma demanda que chegue até o senhor? De mulheres: “Olha eu tenho uma parceira e aí aconteceu essa transmissão”.*

Márcio – *É. Existem bactérias, fungos vaginais. Existe na conduta sexual, introdução de objetos no ânus, na vagina, muitas vezes associa até um homem na relação... E mulheres bissexuais, que transam com o companheiro, com a companheira. Claro que existe.*

(...)

Eva (41a, médica) – *Existe, porque a doença sexualmente transmissível, ela é transmissível quando a gente fala através do ato sexual, é, ato sexual não é só penetração, na verdade a transmissão é feita de secreção contaminada para secreção contaminada. E você pode ter o encontro das secreções sem que haja penetração vaginal. Você tem o sexo anal, você tem oral, você tem o sexo sem a*

penetração em nenhum lugar. Então existe a troca de secreções, então existe o veículo aí.

Para um segundo grupo de ginecologistas, esta possibilidade seria praticamente remota, de tal modo que não se justifica tematizá-la, visto a baixíssima prevalência. O excerto abaixo propõe que se reflita sobre as linhas que produzem os baixos índices afirmados pela médica, no que se refere à transmissão de patologias nas práticas sexuais entre mulheres. A médica Bruna, em momento posterior da conversa, afirma que em sua clínica, há raros casos de mulheres com esta prática sexual. Entretanto, o que se deve problematizar são as fronteiras entre essas duas afirmações. Em sua clínica, esta médica estaria possibilitando que práticas sexuais entre mulheres fossem manifestadas, de modo que se pudesse ampliar e aprofundar informações acerca do diagnóstico, tratamento e prevenção? As queixas das infecções sexualmente transmissíveis são consideradas advindas de qualquer prática sexual ou apenas por meio do vetor peniano? Por outro lado, os dados que afirma seriam assim tão concludentes? Seriam tão raros estes casos?

Bruna (52a, médica) – *E que eu tenho uma clientela muito grande...*

Cíntia (pesquisadora) – *É?*

Bruna – *É. Assim, sabido, sei lá... Um por cento, dois por cento...*

Cíntia – *Bem inferior em relação às hetero...*

Bruna – *Bem inferior...*

...

Bruna – *Bom, depende do que é, né? DST, é... Mulher... Homossexual exclusiva...*

É pouco prevalente, né? É pouco prevalente, é pouco prevalente. Eu acho que isso nunca me aconteceu, não teve nenhum caso. Mas se tiver, tem que ter umas orientações, né? Uma pessoa que é HIV positiva e outra que não é, mesmo assim, sexo oral, tem que ter cuidado, né? Agente sabe que tem que ter proteção... E agente tem que orientar neste sentido. Que pode sim, com o sexo oral contaminar, porque tem que ter esse cuidado, esse cuidado durante a menstruação. Do risco, né? De transmissão... Essas coisas né? Mas assim, acho que nem é o foco que é tão raro...

Cíntia – *É bem raro? Pelos dados mesmo de epidemiologia... Os dados são muito baixos...?*

Bruna – *Homossexual exclusivo é... É raro.*

Cíntia – *E isso se estende à aids, quer dizer, se estende mais à aids do que as outras DST ou no geral?*

Bruna – *No geral... Herpes genital, por exemplo, é sexualmente transmissível. Tem que ter o cuidado ali... Se a companheira tem herpes labial, e vai fazer sexo oral, pode transmitir, mas isso é assim, tão infrequente esta questão, que não dá nem para...*

De acordo com a pesquisa de Melo¹⁵ (2010), a ideia de prevenção de alguns profissionais de saúde se estende apenas a quem faz sexo com homens, questão que não se apresenta entre as mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres. Em suas palavras:

Alguns profissionais de saúde reproduzem essa concepção denotando a qualidade de não sexo às práticas entre mulheres, dispensando-as da necessidade do exame de prevenção. Ao adotarem esse tipo de estratégia para uma das mais trabalhadas e divulgadas ações de saúde voltadas para mulheres no PSF, podem reforçar a concepção de que a procura por atendimento e cuidado a saúde para mulheres com práticas homoafetivas é desnecessária... (p. 125).

Nesta vertente, Priscilla denuncia que o discurso da não incidência de riscos nas práticas sexuais entre mulheres, presente tanto nas falas de médicos, quanto nas de algumas mulheres, tem uma relação estreita e parecem se retroalimentar:

Priscilla (24a, militante, nunca fez sexo com homens) – *É alto porque a gente independente dessa coisa de “santo de casa não faz milagre”, a gente mantém as capacitações, o trabalho, né? A gente sempre tá correndo atrás de orientar as mulheres de fazer o sexo seguro, de usar a dedeira, de correr atrás de luva, principalmente nesta questão de mulheres que fazem sexo com mulheres, acontece de menstruar na hora, por causa do útero, os ovários estão ali em movimento. Então, pô, não vai parar o tesão, então coloca uma luva, vamos ver, a gente tá sempre orientando à elas fazerem sexo seguro, independente de não fazer muito resultado, né? Então assim, elas nos procuram muito por que elas vão lendo e muitas delas não têm noção de que podem... Porque como vai ao ginecologista e às vezes em muitos dos casos o médico fala: “Ah, você é mulher, você pode fazer sexo com mulher que não tem incidência...”*

Um terceiro grupo de profissionais não se posicionou de antemão frente à questão, visto que, tal assunto só lhes ocorrera de modo tão sistemático e direto, a partir da pesquisa. Ou seja, após a questão dos riscos nas práticas sexuais entre mulheres ser provocada pela pesquisadora, percebeu-se o esforço e trabalho mental dos médicos para alargarem as informações que possuíam sobre os riscos, de modo que atingisse e se referisse à experiência sexual destas mulheres:

Tiago (60a, médico) – *Sim, sei, sei sim... Eu te falei, né? Que eu trabalho com isso... aids. Uma mulher infectada pelo HIV, e adquiriu a infecção por via hematogênica, ou é... Tóxico injetável, por via sexual com parceiro masculino,*

¹⁵ Para maiores informações sobre esta pesquisa, ver capítulo III ou a dissertação de Melo (*Mulher Mulher* e *“Outras Mulheres”*: gênero e homossexualidade(s) no Programa de Saúde da Família, 2010).

essa paciente ela pode transmitir por sexo oral, praticado nela, para outra mulher. Porque sexo oral, não evita, ou melhor, não impede a transmissão do vírus.

Cíntia (pesquisadora) – *E de outras DST também?*

Tiago – *Nem todas... tricomoníase é provável que não. Quer dizer, mas existe uma condição, existe uma condição. É... Herpes... Eu não posso te dar dados, de verificação, tá?*

Cíntia – *Não, tudo bem...*

Tiago – *Mas eu posso te falar de probabilidade. Talvez não tenha nenhuma que seja dependente do pênis* (essa resposta foi dada com dificuldade pelo profissional, que falava muito devagar e pensativo, com os olhos voltados para o teto, ia dizendo palavra a palavra, parece que tomando muito cuidado com o que ia falar).

Cíntia – *Dependente?*

Tiago – *Talvez nenhuma seja dependente. Por via exclusiva.*

Cíntia – *Depende sim, de mucosa para mucosa...*

Tiago – *Sim, de mucosa para mucosa... Bom tricomoníase é assim, herpes é assim, cancro mole é assim, herpes é assim, clamídia também... Veja bem, não tem nenhum que o agente tenha a necessidade de estar em esperma... Entendeu?*

(...)

Sérgio (69a, médico) – *Sem dúvida... O HIV especificamente é bem mais restrito, mas pode acontecer. Mas agora quando agente diz transmissão heterossexual do HIV e transmissão homossexual feminina do HIV, estamos falando de números absolutamente distantes. Absolutamente distantes. Eu não estou dizendo que seja zero. Mas tem um percentual. Se você me cobrar agora o percentual eu não vou ter. Agora para o HIV menos, outras DST não. Claro que se uma mulher tem uma lesão sífilítica que está ali, altamente contaminante na vulva e tem uma relação em que ela toca a sua vulva na vulva do outro, lógico! Ou numa relação de sexo oral, aí é bem mais fácil. É claro que também há uma tendência em agente não admitir muito isso, engraçado, né? Agora eu estou falando e a gente tem a tendência de não admitir muito isso, né? (pensativo) Ou não pensar, como se numa relação homossexual feminina, fosse destituída deste tipo de perigo, o que não é verdade. Tem esse risco em qualquer relação. Um vírus papova (vírus do HPV), por exemplo, isso pega numa relação homossexual. Gonorréia menos. Mas todas as doenças que estamos dizendo, isso pode ter.*

O que podemos analisar é que a baixa percepção dos riscos, tanto quanto a não tematização da questão, atravessa mulheres e profissionais. Assim, o micro-dispositivo da “invulnerabilidade de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres” parece ser cotidianamente reforçado, nos discursos de mulheres, profissionais, documentos e políticas. Em relação à questão ainda tão atravessada por controvérsias, uma médica posicionou-se:

Renata (33a, médica) – *Eu tento dar a mesma orientação, olha, é lógico que com o pênis concentra mais perigos, mas se você tiver uma lesão na boca ou na vagina dela, você vai pegar também... É lógico que com o HIV é mais difícil, porque tem menos quantidade de vírus ali no canal vaginal do que tem no esperma do homem, então o índice é menor. Mas eu não posso jurar que o índice não existe... Ninguém pode. Aliás, isso não é uma coisa que você vê, nem na literatura científica, tem-se certeza dessas coisas... Então, eu divido isso, essa minha dúvida com a paciente. Olha, eu não posso te dar certeza disso, vamos tentar ter o cuidado que você teria com qualquer outra pessoa. Acho que hoje em dia, as pessoas precisam de muita*

informação, se não há nenhuma certeza de nada, eu acho que você tem que dividir isso com seu paciente. Olha, conversa com sua parceira, na dúvida, vamos ver o que dá para usar com a sua parceira, a camisinha feminina... Você está exposta a algum tipo de risco, o risco é menor, mas certeza que não vai pegar, não sei.

Estudos (Marrazzo et al., 2005; Pinto, 2004) apontam, em detrimento das informações trazidas pelos médicos, a possibilidade de transmissão de DST/HIV por meio das práticas sexuais entre mulheres, visto que, questões como o contato entre as mucosas vaginais, troca de fluídos (inclusive o sangue menstrual), tanto quanto formas mais ou menos brandas das práticas sexuais (que ocasionam ou não lesões), podem facilitar a transmissão destas patologias (CDC, 2006). Além destas questões, o nível de infecção do portador e o sistema imunológico do parceiro influenciam nos graus de vulnerabilidade. Consideram-se quesitos importantes e que devem ser incorporadas nas pesquisas acerca da incidência de transmissão, de acordo com Mora (2009) e Facchini & Barbosa (2006), as variáveis relacionadas às práticas sexuais, tais como as trocas de objetos nas práticas penetrativas, de modo que se crie uma visão mais ampla em relação às vulnerabilidades.

Apesar de se afirmar na literatura que a prevalência de infecção do HIV no sexo entre mulheres é inferior do que as DST (Facchini & Barbosa, 2006), por outro lado, a presença de uma DST aumenta em até dezoito (18) vezes, a probabilidade de infecção e transmissão pelo/do HIV (Pinto, 2004). Além destes dados, a representação de que mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres se relacionariam exclusivamente com mulheres, mesmo aquelas que se autodenominam homossexuais ou lésbicas, dissimula o que ocorre nas práticas cotidianas e que se apresentou também nas falas das participantes desta pesquisa, que mantém práticas sexuais com ambos os sexos, sem que suas práticas interfiram em suas identidades relatadas (Almeida, 2005). Neste sentido, importante estudo desenvolvido sobre as práticas sexuais de lésbicas e bissexuais (termo dos autores), registrou que entre essas mulheres, as primeiras relações sexuais geralmente aconteciam com o sexo oposto e, mais tarde, com as parceiras de mesmo sexo (Bailey et. al., 2003).

Portanto, além dos riscos existentes nas práticas sexuais entre mulheres, estas mantêm tais práticas também com homens, portanto, os riscos de infecção por DST e HIV potencializam-se. O dado em questão implica que o discurso

abaixo deva ser reavaliado e tomado como questão na agenda das políticas de saúde:

Valéria (29a, faz sexo com homens e mulheres) – *É inviável, é inviável, com certeza. Até porque eu não sei te dizer, mas assim, são muito poucas, eu leio bastante sobre isso. E é muito pouca, é muito baixa a transmissão de alguma coisa, de mulher com mulher, entendeu? Eu acho que o que transmite, são coisas diárias, cândida, alguma coisa assim, coisas da própria mulher, independente de ela estar com outra ou não. Assim, a gente desenvolve por si só. E que isso assim, quando você está namorando, você pode passar, mas são coisas totalmente tratáveis, curáveis. Não são, enfim, incuráveis e tudo.*

É necessário realçar que neste trabalho, não se intenciona advogar pela obrigatoriedade das mulheres se prevenirem em suas práticas sexuais, de modo que se pretenda que o discurso médico, ocupe novamente um lugar de controle das condutas, como o que ocorre com outras práticas sexuais (entre homens e entre mulheres e homens). Mesmo que seja pertinente, do ponto de vista epidemiológico, tais indicações, não são o objetivo central desta pesquisa. Busca-se com este estudo problematizar os modos como o discurso médico atua, até mesmo em seu silêncio e da necessidade de que as questões de saúde desta população sejam tematizadas, para que estas mulheres, possam construir uma ética do *cuidado de si* (Foucault, 1988) e que possam governar suas vidas no registro da prevenção, caso desejem.

5.3

“Prevenir é melhor que remediar... Será?”: tecnologias de prevenção¹⁶ e gestão dos riscos

Frente as questões apresentadas no item anterior, em que se destacaram as controvérsias entre os ditos e não-ditos que tangenciam as práticas afetivo-sexuais entre mulheres e seus riscos, este tópico tem a intenção de resgatar os discursos que se referem aos modos de prevenção utilizados nestas práticas sexuais. Os autocuidados analisados foram divididos em dois grupos: tecnologias de prevenção e gestão dos riscos.

¹⁶ Neste trabalho, quando utilizamos o termo tecnologias de prevenção, nos referimos aos métodos de barreira indicados para proteção nas práticas sexuais entre mulheres, como preservativos cortados, luvas cirúrgicas, plásticos de cozinha, dentre outros. Entretanto, devemos assinalar que não há nenhuma tecnologia destinada especificamente para o sexo entre mulheres, mas apenas material adaptado.

5.3.1 Tecnologias de prevenção

Dentre as mulheres que anunciaram a preocupação com os riscos advindos do ato sexual com suas parceiras, muitas foram as queixas em relação às dificuldades de se adotar práticas preventivas, em especial, no que se refere à utilização de tecnologias. Além da denúncia da dificuldade operacional em utilizar as poucas tecnologias de que se dispõem (sendo que inexiste alguma tecnologia de prevenção criada especificamente para atender às demandas destas mulheres no Brasil), há também o desconhecimento das tecnologias que podem ser adaptadas, reflexo indireto da baixa percepção dos riscos apresentada no último tópico:

Cíntia (pesquisadora) – *E quando você ficava com essas mulheres, tinha alguma precaução com prevenção.*

Neila (28a, nunca fez sexo com homens) – *Prevenção como assim?*

Cíntia – *De se prevenir de alguma doença, DST...*

Neila – *Ah... Olha, essa é uma questão muito complicada sabe? Muito complicada mesmo. Como é que se protege nas relações, meio difícil né? Eu, particularmente, nunca me preveni, assim nunca usei nada, até porque eu acho que não tem nada que dá para comprar para fazer isso. Eu até que me preocupo, mas é complicado, por isso que não uso nada até o momento.*

Meinerz (2005) sugere que as mulheres de sua pesquisa se pautaram em duas premissas: não prevenção por motivo de desconhecimento dos riscos de um lado, e não utilização de tecnologias, mesmo quando há a percepção dos riscos, pela inviabilidade dos métodos de prevenção existentes, de outro. Priscilla, mesmo que militante e mais próxima das discussões acerca da saúde sexual de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres, ainda assim sinaliza a dificuldade que a utilização destas tecnologias desencadeia.

Priscilla (24a, militante, nunca fez sexo com homens) – *É uma questão. Mas por exemplo, o sexo seguro entre mulheres, é uma coisa assim, uma piada, né? Principalmente na questão do sexo oral. Por que você tem aquela barreira, você corta a camisinha, ou você usa aquele Dental Flex ou plástico de alimento... Então assim, o sexo seguro, o sexo oral, para fazer sexo seguro oral é muito complicado. Eu particularmente nunca fiz e conheço muitas ativistas que também não fazem.*

Os médicos da pesquisa apresentaram clareza no que se refere aos modos de prevenção de DST e HIV, afirmando que é mais seguro por meio de métodos de barreiras que impeçam a troca de fluídos entre as parceiras. Entretanto, apesar

deste discurso, apresentaram dúvidas referentes aos métodos possíveis para realizar tal evitação, quase sempre aferindo a informações extraoficiais. Tal questão é compreensível de um ponto de vista mais amplo visto que, até mesmo as mulheres inseridas nesta prática sexual, tiveram dificuldades em reconhecer e narrar sobre os possíveis métodos de prevenção.

Bruna (52a, médica) – *Evitar. Evitar durante o período da lesão e nas três semanas subsequentes. Evitar de ter contato direto. Eu não sei assim, de métodos de barreira para isso, até me lembro de ter lido algumas coisas em relação à aids, de homossexual usar aquele filme plástico, mas eu nem sei se tem trabalho com isso. Porque o...*

...

Bruna – *O rolopack...*

Cíntia (pesquisadora) – *Ah, o rolopack...*

Bruna – *Mas eu nem sei se tem trabalho, é uma coisa só que eu ouvi dizer... Nunca li nada mais profundo a respeito.*

(...)

Eva (41a, médica) – *Na verdade (pensativa), na verdade de doença sexualmente transmissível você não tem outra forma de prevenção a não ser que você coloque uma barreira onde isole e não troque secreções, então não tem...*

Cíntia (pesquisadora) – *Nada específico. A coisa sempre adaptada...*

Eva – *Não tem. Exatamente.*

Por outro lado, alguns médicos que apresentaram discernimento sobre os métodos de barreiras existentes, sinalizaram a dificuldade de utilização destes, haja vista que, mesmo que concordem que a única forma de prevenção possível seria por meio da contenção dos fluídos corporais, na prática, seria inviável. Isso porque a adesão a estes métodos adaptados expulsaria qualquer conteúdo erótico, logo, a possibilidade de adesão efetiva. Sérgio se insere nesse grupo de médicos e avança na discussão, ao advogar a favor de que o tema da sexualidade seja discutido amplamente, de modo que estas questões tomem visibilidade e sejam problematizadas.

Sérgio (69a, médico) – *É uma coisa assim, pouco prática. Existe por exemplo um filme, sabe aquela coisa de plástico que agente embrulha fruta?*

Cíntia – *Ah eu sei, um molinho? Sei, sei...*

Sérgio – *Existe uma toalhinha daquilo que a mulher bota na vulva, para fazer um sexo oral por exemplo. Mesmo que ela tenha uma sífilis, um cancro, o contato não vai ser direto. Mas é muito teórico. Fica muito no mundo da teoria. Pouco provável que um casal homossexual vá colocar uma toalha plástica em contato com a pele. Mas existe claro. Eu acho que mais importante do que isso, seja a discussão aberta sobre doenças sexualmente transmissíveis, sobre sexualidade em si, sobre riscos. Mas é muito difícil.*

Os discursos, tanto de mulheres, quanto de médicos, assinalam que a criação de uma tecnologia destinada ao sexo entre mulheres, provocaria avanços consideráveis neste campo. Entretanto, percebe-se que mais do que a presença física destes dispositivos de proteção, o avanço maior se daria devido à inserção ideológica provocada pela materialidade do objeto. Qual seja, seria introduzido, mesmo que indiretamente na pauta social, a questão da saúde sexual de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres e, portanto, a representação da “imunidade do corpo lésbico” (Almeida, 2005) sofreria abalos.

Priscilla desabafa sobre os impeditivos de manter práticas sexuais protegidas, visto que, as tecnologias passíveis de serem utilizadas requerem adaptação e não se encaixam no universo material convencionalmente presente nas práticas sexuais. Logo, os objetos que não se destinam *a priori* ao sexo, como luvas cirúrgicas e plásticos de alimento, designados para finalidades outras, parecem aumentar o incômodo e ter baixa adesão entre as mulheres. Os preservativos, tanto feminino quanto masculino, são aderidos com menor resistência (não sem reticências), visto terem sido desenvolvidos para a proteção sexual propriamente dita, mesmo que para usá-los tenha que haver adaptações.

Priscilla (24a, militante, nunca fez sexo com homens) – *É, mas eu acho que assim, essa coisa de não ter o preservativo específico, acaba já desestimulando. E aí é aquela coisa, você está saindo com uma menina pela primeira vez, aí, você vai pegar uma luva, você vai cortar a luva, você vai pegar a camisinha, vai cortar... É uma coisa que assusta, né? Nossa, a pessoa vai achar que você é uma maníaca. Com uma tesoura, com uma luva (risos). Então, agente acaba não usando. É complicado.*

...

Priscilla – *O maior cuidado é com o sexo oral. Luva, o cuidado com, se tem algum corte na mão, é lógico que se tem algum corte na mão, eu vou evitar, não vou usar aquela mão, aquele dedo. Mas assim, muito mais assim, quando você vai conversar com as meninas então, luva, dedeira, é algo então mais... Muito mais mitológico que a camisinha.*

Cíntia (pesquisadora) – *Usa-se muito menos...*

Priscilla – *Muito menos. Acaba sendo até uma piada mesmo. Você pegar uma luva para fazer o sexo com uma mulher.*

Entretanto, mesmo que entre as tecnologias indicadas para a proteção nas práticas sexuais entre mulheres, o preservativo seja mais bem aderido, ainda assim, são assinaladas dificuldades em sua utilização. As tecnologias de proteção seriam barreiras à intimidade e provocariam desconforto, segundo seus relatos. Na pesquisa de Meinerz (2005) as mulheres também assinalaram a relação entre

métodos de proteção e barreira à intimidade. O preservativo masculino é citado como mais utilizado, em detrimento do feminino. Há que se assinalar que dentre todas as mulheres participantes da pesquisa (7), apenas duas (2) afirmaram utilizar tecnologias de proteção nas práticas sexuais com mulheres ou mesmo dispor de informações mais consistentes acerca da temática.

Bárbara (29a, militante, faz sexo com homens e mulheres) – *Cara, eu costumo usar o preservativo masculino mesmo, cortado. Que isso também é uma questão, por que o látex tem um gosto horrível, então tem todo um investimento para isso acontecer. As pessoas não pensam nisso. Mas eu acho que pensando num mundo idealizado, de políticas públicas idealizadas, pensando no fomento de material, entendeu? Tem a camisinha feminina que é cara à beça. Entendeu? E mesmo assim, tenho que para mim, assim em termos de segurança, eu prefiro, invisto no preservativo masculino, tapando toda a área da vagina.*

Além das dificuldades práticas na utilização de algumas tecnologias, outra questão levantada por Bárbara se refere às controvérsias que rondam o uso destes métodos de proteção (como utilizá-los e onde encontrá-los). Mulheres e médicos assumem posturas distintas acerca das tecnologias a serem utilizadas e a eficácia destes dispositivos:

Bárbara (29a, militante, faz sexo com homens e mulheres) – *Eu acho que é mais eficaz nesse sentido, até porque tenho amigas que usam, né, a camisinha feminina. E aí tem o contato da língua com as outras partes da vagina, mas aí tem a secreção e tal, mas eu não acho muito legal não. Por que querendo ou não, é derme, né? Então, eu ainda acho meio complicado, para mim, para minha prática. Mas mesmo assim, eu ainda fico pensando, cara, que situação, né? Você pegar o preservativo masculino e você ter que adaptar porque não existe produto, não existe, para esse fim. Aí você vai ver lá em sex shop, nessas coisas têm lá a tal da camisinha para a língua. Mas aquilo ali não tem valor de proteção alguma...*

Cíntia (pesquisadora) – *Protege só a língua... E o resto todo, né?*

Bárbara – *Então, eu acho que ainda tem que ter muito investimento nessa área, cara. Eu acho que tem que ter muito investimento nessa área. Isso não é visível. Então, se não é visível, as próprias mulheres não vão perceber isso.*

(...)

Renata (33a, médica) – *Hoje em dia elas até me falam, de uns protetores de língua, mas eu realmente eu nunca vi e não vou poder te falar. Nos sex shop têm. Mas eu nunca vi, nem sei se aquilo é eficaz ou não, não sei. É difícil até orientar, porque a gente não tem um meio voltado para isso.*

Cíntia (pesquisadora) – *Uma tecnologia...*

Renata – *A gente não tem certeza também dessas coisas... Um fala uma coisa e outro fala outra. Falam que vai pegar, que não vai pegar. Mas na verdade não se tem, então eu divido isso com elas. Você vai estar exposta assim como qualquer pessoa e a gente tenta indicar. Tentar conversar com a sua parceira, mas isso é complicado, elas, as minhas pacientes, não têm relação estável. De todas as minhas pacientes, eu tenho uma mais velha, que mora já com uma pessoa já há muito tempo. As outras...*

No encontro das vozes de Bárbara e Renata (médica), percebem-se as nuances que rondam a questão das tecnologias de prevenção no sexo entre mulheres. Bárbara assinala as limitações que apresentam algumas tecnologias, que são adquiridas nos mercados de produtos sexuais. Percebe-se portanto que, quando o Estado não realiza seus deveres de modo que atenda as especificidades de grupos específicos, o mercado se aproveita das brechas para oferecer seus produtos, ocupar este lugar ausente, mesmo que de forma errônea ou insuficiente (como denuncia Bárbara).

Frente a estes debates, a médica Renata parece se posicionar de forma parcial, ao assumir as limitações de informação. Se por um lado não há dados no que se refere às tecnologias indicadas, por outro, realizar qualquer indicação neste sentido torna-se delicado, visto que o profissional da Medicina se apoia em evidências e estatísticas de saúde para comporem suas práticas médicas. A médica enfim, opta por uma relação mais franca com sua paciente e prefere dividir as incertezas. Tal invisibilidade, no discurso de mulheres e médicos, produz o que anuncia Bárbara: “... *as mulheres não vão perceber isso...*”, discurso que se apresenta nas palavras de Rita, participante da pesquisa e profissional da área da saúde. Mesmo que esteja numa profissão que possibilitaria estar em contato com tal discussão, revela a escassa rede de informações.

Rita (26a, nunca fez sexo com homens) – *Quase não tem, não tem nem divulgação para isso. É só tomar mais cuidado, sei lá, de repente bota uma luva, sei lá, é pensar em várias coisas, eu não sei, se usar objetos, usar a camisinha... Tem pouca informação sobre isso.*

Cíntia – *Você nunca ouviu falar sobre isso, nem no Ministério da Saúde, TV, site, ou na faculdade de Medicina...*

Rita – *Nunca. Pode até ter alguns sites assim, mas quem acessa são as pessoas mais engajadas, mas também não é de ampla divulgação. Eu não sei mesmo, não sei nada. Se tem mesmo é muito restrito e não consegue atingir.*

Ao fim de sua fala, a médica Renata introduz outra questão merecedora de discussão: relações estáveis e não instáveis entre mulheres. Em sua clínica, esta médica percebe, por meio do relato de suas pacientes, que a relação estável entre mulheres é pouco frequente. Jane compartilha da mesma percepção da médica:

Jane (21a, militante, nunca fez sexo com homens) – *Assim, nos dois. Tanto com homens, quanto com mulheres, sempre tem muita troca de parceiros. Tem gente que acha que é só com homem, mas eu acho meio igual sim. Eu por exemplo, já tive namoradas, casinhos, só ficantes, mas também já rolou sexo casual...*

Levantar a questão do menor ou maior grau de relação estável ou instável entre homens e mulheres, entre homossexuais masculinos e femininos, entre heterossexuais e homossexuais, não é o objetivo desta pesquisa visto que tais comparações maniqueístas não oferecem densidade à discussão e podem produzir essencialismos. Mais do que isso, a percepção de que há sexo casual e relações instáveis entre mulheres pretende escamotear qualquer representação homogênea e estritamente romântica daquelas. A naturalização das relações entre mulheres como circunscritas à amizade e de que não se inserem em relações sexuais sem envolvimento emocional, deve ser revista, visto a heterogeneidade presente nos arranjos afetivo-sexuais entre mulheres (Navarro-Swain, 2000). Destarte, não se pretende afirmar que não haja mulheres que se subjetivam com tais características, mas a questão é torná-las padrão hegemônico.

Ainda assim, este ideal romanesco, mesmo que sorrateiramente, se atualiza nos discursos de alguns médicos, em especial, quando afirmam que o modo de prevenção mais eficaz e indicado se refere ao controle dos exames entre as parceiras, sem qualquer menção às relações não estáveis. Apesar de que a indicação de realização periódica dos exames entre as parceiras seja uma prática pertinente e importante à saúde sexual, essa não pode ser a única recomendação médica possível para se atingir modos de prevenção eficazes, visto que atinge apenas aquelas inseridas em relacionamentos fixos (questão que deve ser mais bem pensada pelas políticas públicas de saúde). Deste modo, os médicos parecem atualizar o discurso por vezes moralizador impetrado pela própria saúde, que frente às adversidades de saúde advindas das práticas sexuais, acaba por advogar pela contenção ou restrição das práticas sexuais ocorridas entre diversos parceiros, como forma de proteção.

Cíntia (pesquisadora) – E no caso, eu não sei se já chegou até a senhora, mas no caso em que há relação sexual casual, elas relatam alguma coisa no sentido de prevenção, porque aí não tem a possibilidade de fazer uma averiguação anterior.

Olga (49a, médica) – Olha, dentro do homossexualismo feminino, eu não observo muito essa relação causal. É a maior parte tem parceiras fixas. Tem algumas que estão sozinhas, mas esta relação, por exemplo, casual não é comum...

Por outro lado, os discursos assinalam também que a presença de tecnologias de proteção por si só, não promoveria uma mudança considerável nos

comportamentos sexuais. Portanto, a necessidade de um trabalho em torno destes dispositivos, que leve em conta os benefícios da prevenção, o prazer e a erotização do sexo seguro (Knerr & Philpott, 2008), se faria necessário, assim como analisa Bárbara, militante engajada com a questão.

Bárbara (29a, militante, faz sexo com homens e mulheres) – *Que é o que eu fico pensando assim, por exemplo, há, sei lá, 20 anos atrás, quando teve o “boom” da aids, de tudo, aí essa coisa, né, dos homens resistindo a usar camisinha. Aquela coisa: “Ah, usar camisinha é chupar bala com papel e não sei o quê...”*. Teve todo um trabalho de vários anos até os homens conseguirem aderir a essa coisa, ao uso do preservativo. Teve um trabalho de educação, né? Das pessoas para que isso acontecesse. Sendo que o público lésbico e bissexual não tem um trabalho voltado para isso. Então, por exemplo, a última Parada Gay lá de Niterói, eu tava trabalhando lá, distribuindo preservativos. Quando eu ia distribuir preservativos para as mulheres, era comum as mulheres: “Ah, eu não uso isso”. “Para que você está me dando isso?” E todo um trabalho, uma conversa. Olha, mas mulher também se protege e tal. Nossa, muito complicado. Eu acho que isso vai ter que ter um certo investimento, muito grande mesmo em política pública, para poder educar, né, as mulheres a se prevenirem. Entendeu?

5.3.2 Gestão dos riscos

Em consideração às mulheres que sinalizaram a preocupação com os riscos, mas por outro lado também, as dificuldades na utilização das tecnologias adaptadas existentes, algumas participantes apontaram *táticas* (Certeau, 1995), para driblar estas questões. Portanto, quando a utilização de tecnologias se torna inviável, visto as questões trazidas anteriormente pelas mulheres, estas lançam mão de modos outros de se prevenirem, de gerirem os riscos. Mesmo que estas posturas não eximam a mulher de qualquer risco e que não estejam legitimadas pelas indicações de prevenção da saúde, ainda assim, introduzem uma preocupação com os riscos, assimilando a possibilidade de um limite razoável/aceitável daqueles. A partir da fala de Neila, percebe-se que a tática utilizada para garantir algum nível de proteção, seria conhecer a vida pregressa e atual referente aos cuidados de saúde da parceira, tanto quanto de suas práticas sexuais. Este discurso remete ao que se apresenta na pesquisa de Mora (2009), em que os cuidados se organizam de acordo com a díade: conhecido x desproteção e desconhecido x proteção.

Neila (28a, nunca fez sexo com homens) – *Olha, uma coisa que eu sempre faço, e é uma coisa legal, pois como eu já estou com a pessoa, e depois que tem sexo, agente conversa um pouco sobre isso. Gosto de saber sempre da vida antes da*

pessoa, assim, quantos parceiros, se vai ao médico certinho. Se já teve relações com homens, isso é muito importante.

Cíntia (pesquisadora) – *Nessa conversa que você avalia...*

Neila – *É dessa conversa que eu avalio, que eu decido se dá para ficar ou não...*

(...)

Priscilla (24a, militante, nunca fez sexo com homens) – *Têm, algumas pessoas, a gente mantém. Por que, por exemplo, um tempo de relacionamento com a pessoa, pedir exame, conversar para ver se a pessoa faz exame. E a coisa do toque, que a gente brinca, que a gente passa a mão, aí depois dá uma passada assim (põe perto do nariz), para ver se tem algum cheiro. Dá uma olhada, né? Para ver. São coisas que a gente tenta... É, dá uma olhada para ver se tem alguma coisa de diferente, tem algum corrimento, né? O cheiro... São algumas coisas que a gente tenta, manter assim...*

Portanto, se a relação atingir um grau de intimismo razoável, muitas práticas passam a ser incorporadas ao repertório sexual. Ou seja, se houver relativa intimidade, algumas práticas se autorizam, e os riscos são geridos por meio do conhecimento da vida sexual (em especial, se a parceira já manteve práticas sexuais com homens, que em caso positivo, passa a ser considerada de maior risco) e hábitos de higiene. Por outro lado, a ausência de intimidade parece ser o passaporte para que algumas práticas não ocorram de modo que diminua a probabilidade dos riscos.

Quando da relação sexual com homens, a utilização de proteção não foi questão controversa no discurso das mulheres, visto a existência de tecnologia disponível (preservativo masculino). Entretanto, mesmo que haja o dispositivo de proteção e um arsenal de informações oficiais acerca da prevenção na relação sexual entre homens e mulheres, ainda assim, a utilização do preservativo não se mostrou consistente. Mais uma vez, a lógica conhecido x desproteção e desconhecido x proteção se atualiza. O relato de Valéria reforça a discussão sinalizada anteriormente acerca da necessidade de se introduzir o erotismo no sexo seguro, de modo que a utilização de proteção se incorpore de modo mais contundente às práticas sexuais.

Valéria (29a, faz sexo com homens e mulheres) – *Sempre, tranquilo. Tranquilamente. Nunca tive problema nenhum. Eu só tive problema de HPV, mas não sei te dizer de onde veio. Eu acredito que veio com homens, porque ela veio interna, não no colo do útero, mas assim, na vagina em si, no canal mesmo. Eu acredito que tenha sido por falta de camisinha, como eu te falei, quase sempre agente usa. Mas nunca engravidei, nunca fiz aborto e nem nada, mas alguma coisa acontece. Enfim, e isso acabou acontecendo comigo, tipo, uma vez HPV, mas imediatamente o ginecologista já me tratou e não tive mais.*

Ainda em consideração à gestão dos riscos, as mulheres, em especial as que não utilizam métodos de proteção, narraram controlar regularmente os próprios exames e de suas parceiras, de modo que os agravos fossem monitorados. Ainda assim, em relação a esta questão há limitações, visto que, o controle dos exames procede quando há uma relação estável, e não se configura como prática protetiva eficaz quando as práticas sexuais ocorrem casualmente ou com parceira desconhecida.

Priscilla (24a, militante, nunca fez sexo com homens) – *A gente lógico, a gente vai fazer capacitação, a gente orienta, a gente explica, a gente fala que faz, mas o sexo oral em si não. Agora, só na troca de brinquedos, de manter sempre, é, os exames em ordem, é o que a gente tenta, né?*

Dessa forma, o que estas mulheres nos sinalizam é que, mesmo com as adversidades presentes neste campo, o *cuidado de si* (Foucault, 1985), se apresenta como uma questão, ainda que alcançada por caminhos diferentes. Entretanto, este cuidado, que poderíamos considerar como gestão dos riscos, deve ser avaliado com algumas ressalvas. De acordo com Castiel (1996) e Castiel & Álvarez-Dardet (2007), gerir os riscos é uma forma de cuidado que não existe apenas na intenção de anulá-los, mas seria a tentativa de conviver com os mesmos do melhor modo possível e de forma moderada. Sendo assim, a gestão dos riscos implicaria a consciência da existência dos riscos e um modo de viver que os incluía. Entretanto, se não há informações consistentes e de ampla divulgação no que se refere aos riscos acerca das práticas sexuais entre mulheres, como se poderia geri-los? Pensamos a gestão como uma forma possível de lidar com a própria vida, pois se compreende que o discurso da longevidade e da prevenção devem ser relativizados, para que o indivíduo possa ser ator de suas escolhas de vida (Spink, 2007). Não obstante, estas mulheres parecem ainda permanecer num “oceano” de incertezas (com as controvérsias e ausência de discursos oficiais sinalizadas no item anterior) e dispor de escassas ferramentas para construir uma ética do cuidado pessoal.

5.4

Acesso aos serviços ginecológicos: invulnerabilidade e questões institucionais

Depois de percorrida a representação de mulheres e médicos acerca das práticas sexuais entre mulheres, dos riscos envolvidos e dos modos de prevenção e gestão dos mesmos, este item intenciona problematizar quais os impactos destas representações no acesso de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres aos serviços ginecológicos. Com exceção de uma mulher (Rita), que é profissional de saúde e afirmou frequentar periodicamente o ginecologista, as outras, por motivos diversos, assinalaram não o fazerem de modo regular.

Cíntia (pesquisadora) – *Ok, você falou muito de você, das estratégias que você usa na hora da relação sexual, e como é que é ir ao ginecologista para você, vai regularmente?*

Rita (26a, nunca fez sexo com homens) – *Regulamente.*

Cíntia – *O ginecologista que você vai é do privado, do particular?*

Rita – *É.*

(...)

Neila (28a, nunca fez sexo com homens) – *Olha é muito difícil falar sobre isso para mim, que eu vou muito pouco ao ginecologista. Muito pouco mesmo, fui, sei lá, umas duas vezes no máximo, na minha vida...*

Cíntia (pesquisadora) – *Você usa o sistema público de saúde?*

Neila – *Isso, o público. E público já viu, né? Acaba que eu só fui essas duas vezes... O público é muito difícil viu? Tem dia que funciona, tem dia que não funciona... Para você ver, na última vez que eu fui, foi para ver umas manchinhas que apareceram nas minhas pernas, por isso que eu fui...*

As falas dessas mulheres introduzem questões distintas acerca do acesso aos serviços ginecológicos. Rita, apesar de não ter relatado conhecimento acerca dos riscos e dos métodos de prevenção nas práticas sexuais entre mulheres, ainda assim, visiona a necessidade de cuidados ginecológicos. No caso de Neila, a representação de imunidade relatada em momento anterior da entrevista, desencadeia a incipiente necessidade do serviço de ginecologia. Frequentar este especialista só se justifica com o objetivo de remediação¹⁷, visto também as dificuldades operacionais encontradas no sistema de saúde. Percebe-se portanto que, quanto menor a incursão afetivo-sexual com pessoas do sexo oposto, a procura pelos serviços ginecológicos apresenta-se mais discreta. Em consideração a estes dados, foram distintas as questões que levaram estas mulheres ao acesso esporádico ao ginecologista. Neila, no relato abaixo, parece não se identificar com

¹⁷ Nenhuma das mulheres desta pesquisa tem ou tiveram filhos. De acordo com Barbosa & Facchini (2009), a reprodução se configura como aspecto promotor de maior relação entre mulheres e serviço ginecológico.

o registro de “mulher” utilizado pelos ginecologistas, visto que não se sente amplamente atendida quando procura este serviço.

Neila (28a, nunca fez sexo com homens) – *Olha, eu acabo indo no ginecologista para remediar mesmo... Só se aparecer alguma coisa é que eu visito, do contrário...*

Cíntia – *Mas você sente algum desconforto nos atendimentos?*

Neila – *Olha, um pouco viu... Um pouco. Geralmente, se eu não falar para o cara, eles nem te perguntam... É complicado... Atendem do jeito que querem e não querem nem saber se tem que fazer algumas perguntas e pronto. É um pouco desconfortável, parece que ginecologista é apenas para mulheres e não para lésbicas...*

(...)

Carla (30a, nunca fez sexo com homens) – *Acho que, sinceramente eu não sei a quanto tempo que não vou num ginecologista. Por que depois que eu tive essa... Depois que eu, digamos assim, dei, que rompeu o hímen, eu não tive mais nada, então não fui. Tinha muito antes, eu ia muito assim, de 6 (seis) em 6 (seis) meses eu ia e tal... Era talvez o meu corpo que já tivesse pedindo para eu tirar isso de mim. Mas isso é... É realmente, eu nunca.. Depois de todo esse acontecimento eu acho que eu nunca fui. Tem uma amiga minha que ela é ginecologista e uma vez ela me receitou um remédio. Eu tava com um corrimentozinho e tal, e ela me prescreveu este remédio. Depois acho que nunca mais voltei. Acho que eu já tava até com a G. (nome de uma ex-namorada), depois nunca mais.*

(...)

Renata (33a, médica) - *Aí eu pergunto, já fez o preventivo? E ela fala: “Fiz há cinco anos atrás.” Ué, mas você tem relação? “Tenho.” E você faz, mas porque você não faz todo ano? “Não, porque eu não tenho relação com homem.” Que é uma ideia muito errada, porque muitas vezes, tem mulheres com este tipo de relação, elas acham que não precisam colher o preventivo.*

A médica Renata introduz uma reflexão sobre o que impulsiona suas pacientes a não procurarem o serviço ginecológico. Uma vez mais, a percepção de imunidade aos riscos parece se atualizar, quando a ausência de relação sexual com homens se apresenta. Os impactos desta visão são reforçados quando as mulheres verbalizam os motivos que as levaram a procurar o ginecologista, nas raras vezes que isso ocorre, ação quase sempre ligada a uma necessidade de remediação frente aos agravos de saúde muito comprometedores, e quase nunca preventiva. Por outro lado, as mulheres denunciam as dificuldades de acesso aos serviços do SUS e a própria postura dos profissionais que seguem um roteiro de atendimento que não inclui suas práticas sexuais.

As mulheres, mesmo frente às adversidades relatadas nos atendimentos ginecológicos, lançam mão novamente de *táticas* (Certeau, 1995), para conformá-los às suas realidades práticas (portanto, o baixo acesso destas mulheres aos serviços ginecológicos, além de proceder das dificuldades operacionais do serviço

público, se estende também ao privado, com questões, neste espaço, mais ligadas à ordem pessoal).

Priscilla relata a estratégia que utiliza para conseguir ser atendida de modo integral pelo ginecologista no serviço público de saúde. Segundo seu relato, os médicos parecem se guiar por um roteiro de trabalho que comporta apenas uma “heterossexualidade” presumida e por consequência, as questões que advêm destas práticas. Outros tipos de relações, além de não serem tematizadas, são compreendidos pelo espectro da invulnerabilidade, que é reforçado também pelo discurso dos profissionais.

Priscilla (24a, militante, nunca fez sexo com homens) – *Eu uso o SUS...*

Cíntia – *Como é que funciona?*

Priscilla – *É complicado porque quando você assume, muitas das vezes você tem que ir ao ginecologista, principalmente no SUS e falar que é bissexual, porque se você falar que é lésbica: “Ah, você não precisa”. O próprio ginecologista, eu não sei se é por preconceito, se é por nojo, se é por falta de informação, eles falam que não há probabilidade alguma de se pegar DST, muito menos de aids, quando você faz sexo com mulheres.*

A tática do relato da “bissexualidade” parece obter resultados visto que, a mulher que se relaciona com homens e mulheres, em alguma medida, se enquadra no registro da “heterossexualidade” e, portanto, o roteiro de trabalho dos médicos não se abala. Ou seja, a mulher se encontra num lugar de possível vulnerabilidade (sexualidade exercida também com homens), logo, as indicações de saúde são mantidas. Questão semelhante à trazida por Priscilla é o relato de Renata (médica), sobre a denúncia de uma paciente com práticas afetivo-sexuais com mulheres:

Renata (33a, médica) – *E como eu já ouvi: “Eu ia numa ginecologista, eu contei que eu era homossexual, ela não tratava nada, não fazia os exames”.*

Ao contrário de Priscilla, que lança mão de táticas para ser atendida integralmente, Carla nega suas práticas sexuais, de modo que possa se desviar do tão temeroso exame preventivo. O desconforto e fantasias acerca dos exames ginecológicos foram também levantados pelas mulheres da pesquisa de Pinto (2004) e Barbosa & Facchini¹⁸ (2009), ao analisarem que, as mulheres que tiveram maiores queixas acerca destes exames, foram aquelas que menos

¹⁸ Para maiores informações acerca destas pesquisas, ver capítulo III.

frequentam os atendimentos ginecológicos, com estereótipo mais próximo ao masculino. O relato de Carla introduz uma questão, que se refere às relações possíveis entre ausência de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres nos serviços ginecológicos, não apenas devido à representação da “invulnerabilidade” de saúde deste grupo, mas também à aversão por alguns exames, que são considerados invasivos e incongruentes com suas práticas sexuais.

Carla (30a, nunca fez sexo com homens) – *É, ele pergunta que, se você ainda é virgem e tal... Na época até falava que ainda era, né? Mas, assim...*

Cíntia (pesquisadora) – *Até quando você foi na última vez, falava que era?*

Carla – *É, é.*

Cíntia – *Por que isso?*

Carla – *Não sei... Acho que aquele negócio do Papanicolau...*

Cíntia – *Ah tá...*

Carla – *Entendeu? Aí como eu nunca, hum, digamos assim, é... Sempre foi uma coisa superficial, né? Superficial, digamos assim, não tive ato sexual com um homem, eu acho que eu nunca me dei de fazer esse tal... Esse exame, o Papanicolau.*

Cíntia – *Tinha susto disso...*

Carla – *É (em tom irônico), deve ser assim, m-a-r-a-v-i-l-h-o-s-o.*

Outro aspecto relatado pelas mulheres se refere ao despreparo dos profissionais de ginecologia, que por vezes, não conseguem individualizar o atendimento e incluir as demandas que não se enquadram nas práticas sexuais entre homens e mulheres. O desconhecimento de práticas sexuais outras e as consequências de saúde produzidas por estas práticas possibilitam, de acordo com Bárbara, a emersão do (pré)conceito, mesmo que não intencional e/ou velado.

Bárbara (29a, militante, faz sexo com homens e mulheres) – *Cara, eu, para mim é tranquilo isso. Mas eu vejo muitas, mas muitas... Eu já troquei de ginecologista algumas vezes por causa disso, um preconceito, um não saber junto com o preconceito em relação a essa coisa da prática sexual entre mulheres.*

Priscilla introduz uma questão que não fora tematizada pelas outras mulheres da pesquisa: os estereótipos e as expectativas de gênero. As participantes da pesquisa não se referiram às dificuldades no atendimento ginecológico referente ao estereótipo, questão que pode se justificar visto que, apresentavam aparência neutra, nem tão ligada ao masculino e nem ao feminino. Entretanto, Priscilla denuncia esta questão, visto que, apesar de apresentar um estereótipo mais neutro atualmente, em outros momentos – quando esteve mais

próxima ao estereótipo masculino –, sua aparência física desencadeou uma postura diferenciada pelos profissionais de saúde. Ainda assim, a influência dos estereótipos e expectativas de gênero se apresenta também, quando a mulher lésbica, de acordo com as palavras de Priscilla, apresenta aparência feminina e é enquadrada automaticamente como heterossexual. Em resumo, percebeu-se como a aparência física produziu implicações no acesso aos serviços ginecológicos, apresentado no relato abaixo:

Priscilla (24a, militante, nunca fez sexo com homens) – Aí a grande maioria que vai ao ginecologista aqui, que não tem este estereótipo masculinizado, fala que é homossexual e ainda sai com uma caixinha de anticoncepcional na bolsa... Quando, assim, agora eu já estou com o cabelo um pouco maior, por que, eu tinha um cabelão, aí eu era atendida, marcava. Aí o susto era quando eu entrava no consultório. “Nossa, mas você tão feminina, lésbica?” É, qual é o problema? E teve um tempo que eu injurieei, eu cortei o cabelo, e eu sempre gostei de usar roupa unissex, então eu já tava com o cabelo curto, eu era mais confundida. “Ah, deixa o menino passar”. “Deixa o garoto passar”. Então eu já tava, tinha uma barreira na hora de conseguir marcar consulta. Então ali, já olhava meu RG, olhava para minha cara: “Mas como assim?” Aí, ficava meio confuso, uma barreira. Aí você chegava no consultório, já inventava uma história, que eu sou bissexual, que tenho relacionamentos com homens e com mulheres, que eu não tenho parceiro fixo. Aí eu conseguia o exame tranquilamente. Agora que eu já estou com um cabelo um pouco maior, aí eu já não tenho tanto problema para marcar a consulta... não é porque eu tenho cabelo curto, porque eu uso roupa unissex que eu posso me sentir uma travesti. Mas quando você vai ver, por exemplo, no caso, as travestis contando, é a mesma coisa que eu sentia ali. O pessoal olha e vê um garoto. Aí chamam nome de mulher, aí levanta aquele garoto. Todo mundo tem aquele estranhamento, entendeu? E então você entra naquele consultório, a ginecologista está lá com nome de mulher e vê um garoto entrando. Então é muito complicado.

Em recente pesquisa, Melo (2010) faz um paralelo entre a dificuldade de acessar os serviços de saúde pelos homens, comportamento que se estenderia também, sob a ótica dos profissionais de saúde, às mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres de estereótipo masculinizado. Facchini (2004) e Meinerz (2005) assinalaram, na mão dos argumentos de Melo (2010), que as mulheres que fazem sexo com mulheres, consideradas mais femininas, em relação à sua performance de gênero, apresentaram maior adesão aos serviços ginecológicos e cuidados com a saúde sexual e reprodutiva.

As questões, tanto pessoais (crença na invulnerabilidade), quanto institucionais (dificuldades no atendimento), que rondam o acesso de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres ao serviço ginecológico, produzem consequências visionadas pelos médicos em seus consultórios. Grande parte dos

profissionais pesquisados afirmou relativa ausência de pacientes com práticas afetivo-sexuais com mulheres em suas rotinas de atendimento.

Cíntia (pesquisadora) – *Tá certo... E o senhor falou que essa proporção é pequena, dessas mulheres...*

Vando (54a, médico) – *Muito pequena, muito pequena. São raríssimas...*

Cíntia – *Raros casos que...*

Vando – *Raríssimo. Eu não posso nem dizer quantos, que são muito poucos. Ou elas não falam, ou elas omitem ou... Mesmo aqui em Copacabana, que é um bairro considerado liberal, né? Que existem, casas de massagem, e tal (fala com um tom muito baixo, quase inaudível). Até assim, elas não se referem. Algumas dizem: “Ah, eu trabalho na casa de massagem, eu trabalho na noite...” Algumas falam...*

Cíntia – *Algumas dizem...*

Vando – *Algumas dizem. Mas as homossexuais são muito raras... Eu contaria nos dedos da mão...*

(...)

Renata (33a, médica) – *Tanto que eu não sei se é isso, mas é, grande parte das pacientes que eu tenho homossexual aqui, que nem são tantas, não são muitas...*

Cíntia (pesquisadora) – *Quantas? Para eu ter uma ideia. Em relação ao geral.*

Renata – *Acho que umas dez pacientes.*

(...)

Tiago (60a, médico) – *Nada... Eu poderia até te dizer quantas mulheres chegam até mim... São poucas...*

Cíntia (pesquisadora) – *Pode ser... (ele fica mais alguns minutos pensativo).*

Tiago – *Será que eu vou mentir muito? Que eu me lembre são cinco pacientes só...*

Entretanto, os discursos destes médicos devem ser analisados com algumas ressalvas visto que, essas mulheres podem não estar sendo percebidas nos consultórios ginecológicos, por diversos motivos: o primeiro, pode se referir ao que as próprias mulheres relataram anteriormente, visto que, só procuram este serviço para remediar algum agravo e se consideram menos vulneráveis que mulheres com outras práticas sexuais, logo, não procuram o serviço de modo consistente; além disso, há que se avaliar se esta questão está sendo explorada ou ao menos, se está sendo criado um ambiente facilitador para o relato das práticas sexuais pela mulher, quando se fizer necessário. Um ambiente que não possibilite a emersão desta questão pode camuflar a presença destas mulheres. Sérgio, médico ginecologista, que após anos formou-se também em Psicologia, relata que sua percepção foi alterada após a segunda graduação e o número de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres, que era discreto anteriormente, se destacou:

Sérgio (69a, médico) – *No tempo que eu era mais ginecologista do que psicólogo eu via pouco... Na medida em que você talvez se envolva, ou a escuta é mais cuidadosa, você fica atento, aparece mais... No mundo médico, é muito frequente*

você encontrar colegas e, não é uma crítica, é uma constatação, eles vão dizer que no seu contexto médico não há quase nenhuma mulher que se defina homossexual. É uma distorção do ouvido, não é uma realidade. Creio que ele não foi capaz de identificar. Não quis identificar, ou inconscientemente não identificou, ou elas não se sentiram à vontade. Mas é claro que os ginecologistas atendem um número razoável de homossexuais que fazem parte do percentual.

Barbosa & Facchini (2009) sinalizam o menor acesso aos serviços ginecológicos entre mulheres que apresentavam trajetórias afetivo-sexuais marcadas por pouco ou nenhum contato sexual com homens (assim como nos discursos das participantes da presente pesquisa), coadunados com o pertencimento a segmentos populares, questão também presente na pesquisa de Meinerz (2005). Ainda assim, afirmam que os atributos corporais mais ligados ao masculino ou feminino produzem impactos nos modos de recepção e atendimento pelo sistema de saúde, tal qual, a baixa procura das mulheres com estereótipo masculino pelos serviços ginecológicos.

Por fim, os discursos trazidos anteriormente sinalizam que, ainda que haja em alguma medida a presença de homofobia e maus tratos por parte dos profissionais (questão apresentada em grande parte das investigações com a temática), o discreto acesso aos serviços ginecológicos nesta pesquisa se refere à concepção de que as mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres estão imunes às infecções transmitidas sexualmente, questão reiterada até mesmo pelos próprios profissionais de saúde. A heterossexualidade presumida por parte dos profissionais é também questão que cria uma barreira entre as mulheres e este serviço. Entre essas duas questões, ainda paira a representação de que o profissional na medicina é meramente um instrumentalizador da cura, portanto, é apenas procurado quando da presença de agravos comprometedores. Entretanto, os cuidados ginecológicos por meio de consulta com profissional possui uma particularidade pois, requer que as mulheres o acessem independente da sinalização das consequências dos agravos no corpo, até mesmo porque, muitas patologias são silenciosas (como no caso do câncer do colo do útero).

Dessa forma, o exame preventivo atuaria como um mapeamento importante do estado da saúde sexual e reprodutiva da mulher e deve ser realizado, de acordo com as indicações à saúde da mulher, mesmo que prescindida de sintomas, visto ser conduta universalmente aceita (Facchini & Barbosa, 2009).

5.4.1

Atendimento ginecológico no público e no privado: distinções, controvérsias e (des)vantagens

Este subtópico foi construído com a finalidade de ressaltar discursos e impressões acerca das nuances entre os atendimentos realizados no serviço privado e no sistema público de saúde, haja vista que, a dificuldade em acessar os atendimentos ginecológicos (levantada no tópico anterior) se refere também, às dificuldades de se acessar os serviços oferecidos (em especial, o público). Todos os médicos da pesquisa trabalham tanto no público quanto no privado, com exceção de uma médica que atualmente atende apenas no SUS, mas já atendera em ambos.

Sendo assim, possibilitar que estes dois universos dialoguem neste texto, é uma forma de reconhecer e denunciar as limitações e avanços que os constituem e tecer uma discussão sobre como mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres são compreendidas e acolhidas. As mulheres da pesquisa que declararam utilizar em especial o sistema público de saúde apresentaram algumas dificuldades:

Jane (21a, militante, nunca fez sexo com homens) – *No ginecologista eu vou, mas não é sempre não. Às vezes é muito difícil conseguir consulta, é meio complicado...*

Cíntia – *Você usa o sistema público, né?*

Jane – *É, o público sim.*

(...)

Priscilla (24a, militante, nunca fez sexo com homens) – *É o que mais atende, porque assim, no privado, às vezes que a gente acaba usando, alguns meses fica muito complicado o SUS. No privado a gente já não tem tanto esse problema. Às vezes você pega um “médico bolha”, aí você tem que ir lá, pegar o número do médico, ir lá e denunciar o médico, e acompanhar a denúncia, às vezes a gente acaba acionando até mesmo o Ministério Público e leva a Auditoria do SUS, mas assim, é muito complicado assim, é muito difícil, por conta de discriminação.*

Priscilla afirma que em alguns momentos, em que não se consegue consulta ginecológica no serviço público, o privado é acessado para suprir esta falha. As mulheres, frente às adversidades apresentadas (em especial, para obter a consulta), uma vez mais, utilizam de táticas para conseguirem serem atendidas integralmente pelo sistema público. Lançam mão de ações microrresistentes (Certeau, 1995) para garantir o acesso:

Cíntia (pesquisadora) – *É uma ativista e mesmo assim não consegue nem marcar a consulta?*

Priscilla (24a, militante, nunca fez sexo com homens) – *Nem marcar. Mas aí a gente vai ver assim, quando eu cheguei aqui no Rio, eu tenho uma moça, que passou por aqui, que foi atendida nossa, no caso que foi vítima de violência e trabalha no serviço público de saúde. Então assim, já por ela que utiliza essa fonte para marcar as consultas, então ela já marca para gente, então, é mais tranquilo. E assim que a gente vai fazendo, entendeu? Por exemplo, ela já conhece fulana que trabalha no postinho tal, às vezes nem é da nossa região, mas a gente vai lá e sabe que vai ser atendida ali.*

Cíntia – *Entendi. Acaba fazendo contato para tentar entrar no sistema...*

Priscilla – *É...*

Os médicos, ao longo de seus discursos, assinalaram as nuances presentes entre a oferta e qualidade dos serviços tanto do público, quanto do privado. Uma gama heterogênea de informações foi prestada neste sentido e algumas questões foram levantadas, como desencadeadoras dos modos de o serviço conduzir a acolhida, o diagnóstico e o tratamento, quais sejam: questões financeiras, afinidade e tempo de consulta. A relação médico-paciente, quando estabelecida por venda e compra de serviço, como no atendimento privado, constitui-se de modo diferenciado. Ou seja, o tempo de atendimento da paciente se estende (cria-se um ambiente em que questões mais amplas que se referem ao atendimento ginecológico possam ser incluídas), a vida íntima da paciente é mais preservada e há maior afinidade com o profissional da ginecologia, visto que a paciente pode escolhê-lo. No sistema público, como a relação médico/paciente é de outra ordem, de acordo com a denúncia abaixo da ginecologista Renata, há maiores brechas para que possa ocorrer um atendimento mais invasivo em alguns casos, até mesmo moralista (ainda que não possamos generalizar tais condutas, visto que tanto no público quanto no privado, há médicos extremamente competentes, assim como o inverso).

Renata (33a, médica) – *A diferença é, quando você está num hospital público, você vê algumas coisas, que as pessoas fazem. E eu acho que assim, no público, as pessoas têm um pouco, as mesmas pessoas que estão no público estão no privado, pois quem está no público geralmente está no privado. Mas acho que no público, eu tenho a impressão que às vezes a pessoa pode invadir um pouco mais a vida privada da pessoa, eu acho...*

Cíntia – *Ah é?*

Renata – *É, não sei. Eu fico pensando, eu duvido que no consultório a pessoa fale isso.*

Cíntia – *Existe um cuidado maior.*

Renata – *É, ficam até preocupados se a pessoa vai voltar ou não, existe um interesse financeiro, mas são umas coisas... Igual se chegar alguém aqui e disser*

que abortou, não abortou... Eu, igual eu estou te falando, se tirou ou se não tirou... Aí você dá um sermão e tal... Então, meninas de 20 anos que não têm relação hetero, mas só homo, daí, dá-lhe uma chamada: “Ah, mas não pode assim, não sei o quê!” Imagina se num consultório médico ele vai falar assim. A mulher levanta e vai embora. No público ninguém levanta e vai embora. A maioria fica, não tem outra opção. A mulher que entra no seu consultório ela tem outra opção. Se ela não gostar, ela levanta e nunca mais volta... Em relação a todo mundo. Não só homossexual, mas com aborto, chega com a vagina lacerada, alguma lesão, daí já faz uma brincadeirinha: “Ah, mas o que aconteceu, lacerou...”. É muito mais exposto, sem dúvida.

(...)

Eva (41a, médica) – Olha, é muito individual. A gente na ginecologia, a gente meio que direciona de uma forma muito parecida. Todos os médicos ginecologistas daqui. Até porque no serviço público é muito direcionado mesmo, diferente do consultório que você abrange mais, você vai fazer um acompanhamento.

No sistema público de saúde, o tempo de atendimento e a quantidade de pacientes a serem atendidas, parecem ser quesitos que agravam a possibilidade de uma relação médico-paciente mais sofisticada:

Cíntia (pesquisadora) – E aqui no posto está sempre assim? Muito cheio de pacientes... Como é que é a procura?

Vando (54a, médico) – Geralmente são vinte por dia.

Cíntia – Vinte por dia?

Vando – Vinte por dia, por turno. Das 08:30h às 10:30h, mais ou menos, este é o turno básico.

Cíntia – Então, cada atendimento dura o quê? Cerca de dez minutos mais ou menos...

Vando – Aí depende do que seja, se for só um resultado de preventivo, demora 8 ou 10 minutos. Mas um preventivo demora, para examinar, para examinar uma mama. Depende da história dela. Demora mais ou menos de acordo com o que ela tenha vindo fazer aqui. Que nem se for pegar um resultado é mais rápido, se for fazer exame ou uma coisa mais longa, aí demora muito mais tempo.

A médica Eva relata como, na Unidade de saúde que trabalha, são marcadas as consultas. Neste local, é privilegiada a realização do exame preventivo. Dessa forma, o atendimento ginecológico para outras demandas que não as deste exame, devem aguardar por uma desistência. Apesar de esta ser uma estratégia interessante de gestão de demanda, em que se impele a população à realização do Papanicolaou (esta tática é representativa do que discutiremos no capítulo II por Foucault (1989), acerca da passagem de uma medicina individualizada e privada a uma estratégia biopolítica, gerida pelo Estado), ainda assim, é limitada. Se algumas mulheres não procuram os serviços ginecológicos visto que não se percebem num grupo vulnerável ou mesmo pelo desconforto dos exames ginecológicos, com esta estratégia, a distância que as separa do serviço se amplia.

Eva (41a, médica) - *Elas têm duas vias para chegarem na consulta ginecológica. A primeira é uma marcação primeiramente do exame preventivo, que elas conseguem marcar e a segunda, é uma tentativa de pegar o que a gente chama de número de desistência. São os que sobram, das pessoas que desistem. Não vêm, faltam e esses números são distribuídos para quem tiver ali na porta de entrada.*

Cíntia (pesquisadora) – *Ah, tá, mas aí seria para atender a uma demanda qualquer.*

Eva – *Exatamente. O preventivo aqui é marcado. E a consulta é neste caso aí de tentativa de você pegar no número de desistência. Têm algumas situações que se marca consulta, por exemplo, para pessoas que têm um vínculo por algum tipo de programa, como de Planejamento Familiar, que é garantido o retorno, para pegar receita, reavaliar remédio, essas coisas. Agora a consulta assim, avulso, aleatória, aí tem que pegar um numerozinho lá na frente. Mas este é um funcionamento aqui do posto, não é do município. Enfim, cada posto faz a sua rotina, né? Cada posto funciona de acordo com o que achar mais certo, né?*

Já no atendimento privado, a possibilidade de que as pacientes sejam atendidas integralmente, num ambiente mais facilitador para a compreensão de sua demanda, foi também questão levantada pelo médico abaixo. Este profissional relata um roteiro de atendimento amplo, em que a paciente e as trajetórias de vida que remetem à demanda de saúde trazida são ouvidas. Os atendimentos são realizados em mais de uma consulta e os dados dos exames são analisados em consideração aos relatos.

Tiago (60a, médico) – *Assim, é, tem um espaço inicial para uma relação interpessoal, né? Para ter uma empatia, depois uma anamnese que ela segue mais ou menos a demanda da paciente, né? Mas ela tem que ser completa de qualquer forma... É. Então, a pessoa que vem aqui, a primeira vez mesmo, essa consulta ela acontece em três tempos. Para a de rotina, a consulta com dois tempos. O mais importante de vir à este segundo tempo, estou falando da paciente que já veio a primeira vez, ou o terceiro tempo na que vem a primeira vez, é para você nunca correr o risco de produzir resultados numa pessoa a partir de uma ação de exame, e você não sabe, não está presente, não vê a parte dela... Né? Então é isso.*

As distinções entre estes dois espaços de atendimento (público e privado) foram também sentidos pela própria pesquisadora. Os médicos que atendem no sistema público de saúde e que foram acessados por meio da Secretaria Municipal de Saúde (três profissionais), participaram da pesquisa nas próprias instituições públicas. Neste sentido, a pesquisadora pôde participar da lógica de funcionamento destes espaços. Os médicos que foram acessados por outras vias (cinco profissionais), que foram indicados por terceiros, mesmo que trabalhassem no sistema público, participaram dos encontros em seus consultórios privados.

Diário de campo: Por fim, depois de um longo trecho até chegar aos médicos da rede, após conversar com a responsável pelo Centro de Estudos, chego na Unidade de C. (nome da Unidade) numa terça-feira de manhã, sabendo que provavelmente deveria aguardar junto às pacientes do médico que me atenderia, para realizar a pesquisa em horário que atrapalhasse o mínimo possível a rotina. Logo na chegada, há um tumulto de pessoas em frente à recepção. Todos estão muito agitados. Um senhor baixo, de meia idade, pede que façam uma fila, vai distribuir 7 senhas que correspondem ao atendimento de uma médica. As pessoas estão furiosas, com certeza estão há muito tempo aguardando.

(...)

Diário de campo: Fico observando as pessoas na sala de espera na tentativa de perceber se os atendimentos seriam tão rápidos, assim como o do posto da G. (nome da Unidade). Para meu espanto, novamente isso se repete: cinco mulheres são atendidas em dez minutos (neste momento começo a compreender porque o espanto dos gestores quando eu declarava que os encontros durariam em torno de meia hora. Este tempo, que foi uma média para os médicos fora da rede que pesquisei, se torna impensável no serviço público).

O escasso tempo de atendimento de que dispõem os médicos da rede pública se apresentou mesmo na relação destes médicos com a pesquisadora. A reticência com que um dos médicos recebe a pesquisadora, além de se tratar do desconforto em relação à temática, se refere também ao que a presença da pesquisadora poderia representar em termos de sobrecarga de trabalho e atraso nos atendimentos. A questão que se impõe se refere à maneira como estes médicos poderiam realizar atendimentos mais integralizados, com questões que extrapolem à genitalidade *strito sensu*, em meio ao escasso tempo de trabalho e ao excessivo número de pacientes que devem atender.

Portanto, se atualmente o SUS requer de seus profissionais uma reorientação do modelo assistencial, de modo que se assimile o princípio da integralidade, há que ter em consideração se o sistema possibilita que o profissional da saúde atue nesta nova referência e se a formação destes profissionais os conduza neste sentido, tendo em consideração a realidade da saúde no país.

Deste modo, devemos levar em consideração as complexas condições de trabalho existentes no serviço público de saúde. A dificuldade da pesquisadora em acessar os médicos da rede, narrada no capítulo anterior, trajeto atravessado por problemas de comunicação e desencontros, possibilita pensarmos como os médicos, trabalhadores rotineiros deste serviço, enfrentam os entraves presentes na complexidade do sistema. A questão, neste caso, não seria meramente culpabilizar os profissionais ou o sistema de saúde (sendo este referência mundial

importante no atendimento em saúde), diante das denúncias das mulheres usuárias, pois, muito trabalho de qualidade é realizado nestes espaços. Entretanto, não podemos nos eximir de problematizar as adversidades presentes nos atendimentos ocorridos no serviço público de saúde, haja vista que, possamos reelaborar modos de pensar o funcionamento dos atendimentos e das práticas de saúde.

Após este balanço, puderam-se sinalizar as dificuldades trazidas por mulheres e médicos, acerca do atendimento realizado no sistema público de saúde. Mesmo que seja necessário tecer críticas neste sentido, de modo que os serviços públicos possam se questionar e oferecer atenção e cuidado necessários às especificidades de saúde das mulheres (de quaisquer práticas sexuais), ainda assim, uma questão se apresenta. No serviço público, percebeu-se certa preocupação mais acentuada com a prevenção. O médico abaixo relata uma ação muito interessante que reforça o papel também preventivo da saúde no serviço público.

Tiago (60a, médico) – *Sim, sim... Na sala de espera, só que não é na sala de espera... É uma sala grande, um auditório, em que os pacientes ao invés de ficarem no corredor, ficam naquela sala, antes de ser atendido, e quando o médico for atender vai chamá-la nesta sala, não é no corredor não...*

Cíntia (pesquisadora) – *Ah tá, e aí nesse tempo de espera, tem essa orientação...*

Tiago – *Isso... Essa sala rola a conversa que o grupo quer...*

Cíntia – *Ah, então nesta instituição isto funciona...*

Tiago – *É, e funciona assim.*

Cíntia – *E o senhor vendo, no lugar de médico, vendo o atendimento público no Rio de Janeiro, a parte de prevenção é qualquer coisa que os médicos, estão se apropriando também, com seus pacientes, ou isso não ocorre? No serviço público... Sabendo claro, das dificuldades, do tempo de atendimento, mas se estas questões perpassam também o serviço público...*

Tiago – *É mais, uma coisa é saber se o médico está fazendo isso, ou se o serviço público oferece isso... É... A resposta boa que eu posso te dar, é que, isso não é muito visível hoje... Quer dizer, não dá para ter uma visão clara, que eu possa responder sim ou não, a isso. Porque como a eficiência da rede é baixa, ela é baixa e uma característica de uma assistência baixa, cria-se pontos de referência e guetos de miséria, quer dizer, ela é irregular. Então, em muitos lugares isso se realiza, em outros não... Os serviços deveriam se articular... Quando o paciente entra aqui, e sabe para onde vai... Aqui no Rio de Janeiro nós temos serviços de altíssimo nível, mas, que não se interconectam... Individualizar a qualidade é difícil...*

Tiago relata uma prática muito interessante na unidade de saúde que trabalha, que otimiza o tempo de espera das pacientes, por meio de palestras sobre inúmeros assuntos de saúde. Pouco provável que no atendimento privado, haja um

momento em que se discutam questões não apenas do diagnóstico e tratamento, de modo tão objetivado. Entretanto, este médico alerta que esta é uma ação isolada e da necessidade de iniciativas deste gênero serem consideradas na agenda de saúde.

5.5

A produção do intimismo: ditos e não-ditos acerca das práticas sexuais

A questão que se apresenta neste tópico são os limites entre o público e o privado (ambos como construções socioculturais) e os modos como o que não é absorvido sob um prisma positivado pela cultura, como as práticas sexuais tidas como dissidentes (visto que se desviam do eixo heteronormativo), são manuseadas pelos indivíduos em suas relações sociais. O intimismo foi questão que surgiu, sem que tivesse sido tematizado de antemão, tanto na postura dos médicos, quanto da própria pesquisadora.

Outro aspecto que tangencia esta discussão se encontra nos limites entre o público e o privado, quando o outro, no caso o médico ginecologista, em sua prática profissional, lida com aspectos considerados socialmente mais intimistas. O médico ginecologista parece ocupar um lugar limítrofe entre o que é da ordem do público e do privado concomitantemente. Questionamentos se impõem: devo declarar ao ginecologista minhas práticas sexuais? O que pode beneficiar ao meu tratamento de saúde tal informação? Caso eu interpele minha paciente acerca de suas práticas sexuais, não estarei sendo intrusivo? As mulheres, em relação a expor ou não ao médico suas práticas sexuais, se posicionam sob múltiplos pontos de vista:

Rita (26a, nunca fez sexo com homens) – *Você pode falar, mas eu não sei se isso é importante. Talvez vai ser importante na questão da prevenção. É sempre bom falar. Eu sempre parto do princípio que é bom falar. Até porque, para eles terem mais noção sobre com o que eles estão lidando assim. Mas acho que não tem, não é assim, obrigatoriamente precisa falar. Tem gente que não fala. Que não fala nada e tal. Só se refere aos cuidados mesmo de, ah, estar usando alguma coisa para se prevenir, pílula, quer tomar pílula ou não, ou usa a camisinha e só. Faz um preventivo, é isso, né? Vou sempre no mesmo clínico. Não sei se tem necessidade de falar...*

(...)

Jane – *Olha, que eu lembre, eles nunca perguntaram, mas também nunca tive problemas de ir. Eu mesmo, eu mesma falo que sou lésbica, daí...*

Cíntia – *Você chega e já assume.*

Jane – *Olha, eu sempre falo, acho que é importante assim, e para não ter, não ficar sem informação... Não gosto de sair de lá com remédio, pílula na mão não...*

Rita, que é profissional de saúde, se posiciona em relação à questão e propõe uma relativização do discurso que muito imperou (e ainda encontra-se presente de algum modo), nos posicionamentos do movimento social: o “sair do armário”. Para esta mulher, apesar de acreditar que seja importante a declaração de suas práticas sexuais ao médico, relato que auxilia em especial no que se refere à prevenção, não é regra que tal exposição venha a ser obrigatória em todos os casos. Cada contexto e caso poderão demandar ou não que esta informação seja tematizada, questão a ser agenciada no interior da relação médico-paciente-demanda. Não obstante, Jane acredita que este dado, cedido de antemão, possibilita que o médico conduza sua prática em consideração a um comportamento sexual específico.

Entretanto, nas entrelinhas da fala de Jane, percebemos que o relato de suas práticas sexuais tem um aspecto protecionista, ou seja, expor ao médico sua vida sexual, mais do que ampliar as informações ao profissional (de modo que ele possa dispor de mais ferramentas para compreender a demanda e se portar mais conscientemente em relação às indicações de saúde), o relato tem um objetivo de se desviar de um atendimento que possui como padrão as práticas sexuais entre homens e mulheres e a reprodução. Neste sentido, Bárbara apesar de concordar com Rita e defender que nem sempre há a necessidade do relato, avalia que o trabalho do médico ginecologista se baseia em um *script* que escamoteia algumas experiências sexuais e seus desdobramentos de saúde.

Bárbara (29a, militante, faz sexo com homens e mulheres) – *Cara, eu em algumas situações, por exemplo, na situação da Cândida que eu te falei, é uma coisa que não tem como você saber se está se relacionando com outra mulher. Mas tem coisa que não tem muita necessidade de falar não. Mas se for necessário eu falo. Não é uma coisa que aí eu tô pensando assim, na coisa do ginecologista... Que realmente eles tendem a ter um roteiro, né? Que às vezes não, é, como é que se diz, é, inclui... Eu nunca tinha pensado nisso.*

Tal questão esteve presente também na pesquisa de Melo (2010), em que as mulheres que eram consideradas como “não-heterossexuais” pelos profissionais de saúde, eram apenas aquelas que apresentavam estereótipo mais próximo ao masculino. Todas as outras eram recebidas e tratadas como se fossem

heterossexuais. A norma, neste caso, das práticas sexuais, mais uma vez se atualiza, tendo como padrão o sexo exercido entre um homem e uma mulher. Algumas pesquisas analisam quais as vantagens e desvantagens de relatar as preferências sexuais no atendimento ginecológico (Meinerz, 2005; Bjorkman & Malterud, 2009; Facchini & Barbosa, 2009), ainda que não haja consenso se esta ação deve ser encampada pela mulher ou pelo médico, tanto quanto da necessidade desta informação. Nestas pesquisas, as mulheres denunciaram que ainda que o relato seja utilizado como desestabilizador do *script*, ainda assim, em alguns casos, não é o suficiente. As mulheres participantes desta pesquisa assumiram também que a declaração das práticas sexuais no atendimento ginecológico nem sempre desencadeou um atendimento diferenciado ou conduta adequada pelos profissionais. Com estes exemplos, as autoras afirmam que o “sair do armário” (Sedgwick, 2007) não seria uma solução única e final para a melhora dos cuidados de saúde de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres. Melo (2010) pondera a análise da postura dos médicos pois reforça o papel da formação na prática dos profissionais. Ou seja, se as práticas sexuais entre pessoas de mesmo sexo e as implicações de saúde envolvidas nestas práticas não são discutidas nos cursos de formação, os profissionais teriam escassos elementos para se posicionarem de modo distinto em seus atendimentos.

Bárbara (29a, militante, faz sexo com homens e mulheres) – *Por exemplo: “Ah doutor, estou com uma Cândida.” Aí tô tratando a Cândida, e aí quando que eu posso ter relações sexuais? Aí, por exemplo, aí quando você tem Cândida, como você se relaciona com homem, você tem que ir lá, geralmente como eles fazem, você tem que passar um remédio, um creme vaginal, mas também tem que tomar um comprimido. E esse comprimido você tem que dar para o seu parceiro também. Mas e quando você tem uma parceira? Ela vai tomar só um comprimido, ela vai passar o creme também, como é que é isso? Nossa senhora, já tive uma vez que eu fui falar um negócio com o ginecologista, o cara ficou sem conseguir responder.*

Em consideração à percepção dos médicos acerca da presença ou ausência de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres em seus atendimentos pôde-se, a partir do último tópico, visualizar duas questões que podem fomentar esta “ausência ótica” dos profissionais: a representação de “invulnerabilidade” de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres, que desencadearia o baixo acesso destas aos serviços ginecológicos e o “pacto de silêncio” entre mulheres e médicos ginecologistas acerca das práticas sexuais das pacientes, de modo que a

demanda daquelas fique invisibilizada. Nos discursos de alguns médicos, as práticas sexuais da paciente são tema de ordem pessoal, íntima, a ser discutido apenas quando da concessão da mulher. A postura destes profissionais é legítima se considerarmos que reflete todo um histórico da profissão e da perseguição moral que a acompanhou, em especial, quando esta área médica começa a se consolidar enquanto especialidade. Para que a prática ginecológica fosse aceita, foi necessário que uma cartilha moral fosse prescrita aos profissionais, para que estes não invadissem a pureza e recatos das mulheres, especialmente as chamadas “virgens” (Rohden, 2002).

Cíntia (pesquisadora) – *E dentro do, dessa conversa que o senhor tem com a paciente, as práticas sexuais que elas têm, seja com homem, seja com mulher ou ambos os sexos, isso é algo que interfere, uma especificidade, na hora de pensar a saúde sexual dessa paciente?(pensativo) Ou da própria demanda que ela vem trazendo, assim...*

Tiago (60a, médico) – *Bom, ah, eu não sou sexólogo, né? E então quando as pessoas vêm aqui elas sabem disso, que eu não sou sexólogo, é, eu sou médico, e eu acho que eu sou cada vez mais médico meio geral, meio... Então, eu estou para acolher a demanda, da paciente e tentar dar a resposta. É, e nisso eu acho que, talvez, pelo fato de ser um pouco, é... É... Afeito ao padrão da medicina, né? Você não invade, se a pessoa não abriu a porta. E a sexualidade é uma questão muito pessoal. Têm pessoas que respondem de uma forma a abordagem do tema, outras de outra forma, não é? É, então agente está para acolher a demanda. E na medida em que expõe questões da sexualidade, que são questões que podem ser problemas, e problema é o que pode ser resolvido, não é? É claro que agente dá desdobramento a isso até em termo de fazer o exame físico, não é? Agora a principal questão do acolhimento, a essa questão da sexualidade é ouvir bem e responder respostas técnicas, mas também, a técnica é fria e específica, mas também pensando em atingir a pessoa, né? Pensando em ter resultado a informação que agente dá. No caso, a tecnologia mais importante, mais sofisticada, para a demanda, para o problema da sexualidade, ou uma questão da sexualidade.*

(...)

Vando (54a, médico) – *Não, não. Para mim nunca fizeram esta pergunta, nunca questionaram isso, absolutamente. E eu absolutamente não questiono.*

Cíntia – *Não interfere...*

Vando – *Não interfiro.*

Cíntia – *Só aborda a sexualidade da paciente, só se ela trouxer...* (mais uma vez interrompe minha fala ao meio. Começo a perceber que um mecanismo seu, para se defender, é se antecipar sempre, para não ser pego em alguma questão, ou para minimizar a ansiedade que ele demonstra visivelmente enquanto bate a caneta na mesa e me responde afoito as perguntas).

Vando – *Se ela trouxer eu falo. Mas se ela não pergunta nada, eu também não...*

O médico Vando, assume veementemente sua postura em relação às práticas sexuais de suas pacientes e a questão da prevenção, pois, assim como para Thiago, tematizar a sexualidade da paciente é um movimento que deve emergir da mulher

e em nenhuma hipótese pelo profissional, ainda que seja tema que se refira à prevenção. Percebe-se portanto que, estes médicos se posicionam num lugar de neutralidade no que diz respeito às práticas sexuais das pacientes e à seus desdobramentos em relação à saúde sexual, como forma de não serem considerados invasivos.

A postura destes profissionais tem uma justificação pertinente, se puder ser avaliada de acordo com a análise foucaultiana dos discursos sobre o sexo em interface com o poder (Foucault, 1988). A posição dos profissionais em não tematizar as práticas sexuais de suas pacientes, pode se inserir numa lógica de romper com o arquétipo do dispositivo da sexualidade, que busca conhecer para controlar. Por outro lado, devemos relativizar a necessidade de tematizar ou não as práticas sexuais da paciente, visto que não há uma cartilha para a conduta médica neste sentido. Cada relação e demanda exigem formas distintas de lidar com o tema e cabe ao profissional, possibilitar que um ambiente acolhedor seja mantido, para que a mulher possa participar ativamente dessa decisão.

Quando as práticas sexuais são compreendidas como questão que diz respeito à prática médica, são utilizadas estratégias específicas para se atingir a discussão. Ao invés de se introduzir formalmente o assunto, os médicos, por meio dos questionamentos acerca da reprodução, se aproximam do relato das práticas sexuais entre mulheres. Entretanto, esta estratégia é limitada visto que visiona todas as mulheres inseridas numa heterossexualidade anterior. Ou seja, consideram-se as práticas sexuais entre pessoas de sexo oposto como norma, por meio da qual todas as outras práticas são analisadas. Além disso, se apresenta nas entrelinhas desta tática, como a mulher é compreendida pelo discurso ginecológico, situada primeiramente no registro da reprodução (Jordanova, 1989).

Vando (54a, médico) – *Algumas sim, algumas sim... Muito raro. Eu atendo muito pouco pacientes que se revelam homossexual. Então não, não, não é muito comum não. Então normalmente a gente pergunta se usa algum método anticoncepcional, e algumas dizem que não usam porque tem vida sexual com mulher, ponto... Todas que vieram, vieram fazer preventivo, e sempre a descoberta foi através de: que método usa? Que método anticoncepcional... Têm filhos, não têm... Essas perguntas de praxe...*

(...)

Eva (41a, médica) – *Chega, chega. Normalmente, normalmente. Elas não chegam já falando que são homossexuais, mas faz parte das nossas perguntas básicas, você interrogar como é que ela faz para evitar a gravidez, qual o método anticoncepcional que ela usa, como é que está a data da menstruação, então nessa hora, em geral é nessa hora, eu pergunto qual é o método que ela usa para evitar*

gravidez. Usa pílula? “Não”. Uma camisinha? “Não”. Aí é a deixa, aí ela fala: “Sabe o que é que é? É que eu tenho relação com outra mulher”. Geralmente é nesse momento. Eu sempre pergunto que método que usa, é nesse momento que elas referem que não usam nada para evitar gravidez porque tem um relacionamento com outra mulher.

No discurso destes profissionais, após o relato de que a paciente não utiliza nenhum método contraceptivo visto que suas práticas sexuais são com mulheres, não se introduz nenhum questionamento que se refira à saúde sexual da mulher. Portanto, a ausência da gravidez legítima que nenhum cuidado preventivo seja necessário.

Alguns médicos, entretanto, se posicionaram a favor de tematizarem as práticas sexuais no atendimento, visto que estes relatos podem oferecer um contexto mais ampliado à demanda de saúde da mulher, de modo que diagnóstico, tratamento e prevenção sejam construídos em consideração à trajetória afetivo-sexual da paciente.

Sérgio (69a, médico) – Mas, daí respondendo a sua pergunta, óbvio que é muito importante a gente fazer aferições das questões pessoais que passam às vezes de forma velada numa consulta. Muitas vezes esta questão não está intrínseca, mas está velada, mas ela está querendo falar sobre isso. Ela tem interesse em discutir esta questão. E como a consulta médica é uma consulta muito rápida, muitas vezes não dá tempo. Nem ela de adquirir um nível de relação tão facilitadora, é difícil para ela expressar. Por essas várias razões que às vezes o contato se torna superficial... Mas a gente reconhece que se por acaso a gente tivesse um investimento maior de tempo e colocasse o ouvido um pouco mais disponível, essa questão apareceria até de forma espontânea. Não haveria a oportunidade de perguntar, mas sem dúvida é importante. É importante, vamos dizer assim, se levantar a questão sexual...

(...)

Márcio (55a, médico) – E essa certa inflexibilidade de muitos profissionais, termina por deixar o seu cliente, meio inseguro em relação... Ah, eu não posso falar isso que ele não vai entender. Nada! Como é que um cliente pode falar que não vou falar isso para o meu médico, no qual eu tiro a minha roupa, eu me deixo examinar, porque ele não vai entender minha postura. Quando você abre um pouquinho no atendimento, você tem uma abordagem muito maior, ultrapassa a genitalidade. E o cliente não te larga nunca mais. Se sente segura, compreendida. Não de uma maneira mediana, mas de uma maneira correta. Dando a mesma orientação de que se daria para um hetero, um homo, um bi...

Algumas questões de primeira ordem figuram nas falas destes profissionais. A primeira se refere à necessidade de um ambiente facilitador para que, caso seja a postura adotada pelo profissional não tematizar as práticas sexuais de antemão, a mulher possa ter um ambiente facilitador, se acreditar pertinente fazer o relato ao

ginecologista. Para Renata, é imprescindível que o atendimento ginecológico não se alicerce num referencial de práticas sexuais fixas, como o da relação entre homem e mulher. A neutralidade nesta questão, de modo que se foque na demanda, fomentando um ambiente de acolhida e escuta, pode proporcionar que as mulheres estejam num lugar confortável e decidam a importância e/ou necessidade deste relato.

Renata (33a, médica) – *Quer dizer, ela mesma acabou conduzindo de uma forma que para mim não gerou nenhuma dúvida, mas enfim, eu não procuro conduzir nem de um jeito e nem de outro. Eu acho que assim ela vai ficar mais à vontade, porque no momento que ela quiser falar ou não, porque também ela pode não querer falar. O que eu não posso é deixar de atender alguma demanda dela, porque eu acho na minha cabeça, que todo mundo é heterossexual. Então, se eu achar que eu estou orientando, atendendo independente da prática sexual dela, se ela não quiser falar é um direito dela.*

Cíntia (pesquisadora) – *Então, você acredita que essa questão da sexualidade da pessoa, da prática que ela está exercendo na sexualidade dela, depende muito do desejo de ela estar relatando aqui no teu consultório? Mais uma opção da pessoa em estar expondo ou não...*

Renata – *Eu acho que é uma opção dela... Acho que sim. Igual quando uma pessoa chega aqui e diz que tem... Eu faço tratamento de colo, e algumas pessoas têm aquelas verrugas. Eu pergunto, você teve relação sexual. Algumas dizem que não. Daí se eu insistir... Mas também, lógico que é importante saber onde ela pegou para poder orientar, mas antes do que ela for me dizer, eu vou tratar aquilo... Ou se ela é soropositiva, se abortou, para saber como foi, aonde foi, para mim basta saber o que é que levou o risco à ela, agora, se foi do namorado que separou, que bateu, sabe? Essa fofoca interna que gira, eu realmente não estendo.*

A questão central desta discussão não seria advogar pela necessidade ou não de exposição das práticas sexuais das mulheres aos ginecologistas, mas sim, problematizar o “pacto de silêncio” que ocorre entre mulheres e profissionais. Assim como relata Márcio anteriormente, apresenta-se um tanto contraditório que ginecologistas examinem os corpos das mulheres (tanto externa quanto internamente), mas que mesmo assim, tentem se desvencilhar de qualquer questão que acreditem ser de foro íntimo. O que convém analisar neste sentido seria o estatuto de intimismo submerso em suas palavras, pois, na pesquisa em questão, o relato das práticas sexuais foi considerado em alguns momentos imprescindível pelas mulheres (ver início do tópico), em especial, para direcionar o atendimento, sem que questões desnecessárias, não condizentes com suas práticas fossem levantadas. O relato teria a finalidade de otimizar o atendimento, ainda que em alguns casos isso não ocorrera.

A produção do intimismo se estendeu até mesmo à postura inicial da pesquisadora. Após várias recusas das mulheres a participarem da pesquisa e da discussão vídeo-gravada sobre a temática (atividade que havia sido proposta no anteprojeto), a pesquisadora passa a considerar que a pesquisa trata de assunto demasiado intimista, visto o tema e, portanto, considera ser este o motivo das recusas. Entretanto, percebeu-se que, o intimismo levantado pela pesquisadora, não condizia com a realidade de todas as mulheres (ainda que para algumas a hipótese procedia), pois motivos outros rondavam a decisão por não participar de alguma atividade da pesquisa (mas que não foram devidamente levantados pela pesquisadora).

Mesmo que o intimismo tenha se apresentado em algum nível na pesquisa, este não poderia ser generalizado a todas as mulheres que recusaram participar, tanto da pesquisa, quanto da discussão vídeo-gravada. Assim como no relato abaixo, em que se valoriza a participação na pesquisa com entusiasmo, por outro lado, a recusa de algumas participantes (uma mulher militante, após participar da pesquisa, enviou um email de desistência da mesma) poderia ser desencadeada por inúmeros fatores, tanto íntimos quanto não-íntimos.

Neila (28a, nunca fez sexo com homens) – *Nossa, quando a R. (uma amiga nossa em comum), falou da pesquisa e eu recebi seu email, puxa vida, fiquei muito feliz. De verdade, parece bobo, mas assim, tá gravando?*

Cíntia (pesquisadora) – *Está sim, mas não tem problema não... Pode falar.*

Neila – *Então, nossa fiquei muito feliz, sabe? Nossa, achei o máximo o tema, participar da entrevista e tudo sabe? O máximo... Muito legal mesmo.*

Cíntia – *Nossa, que legal, é bom ouvir isso.*

Neila – *Então, assim, fala-se muito pouco desses temas. Muito pouco mesmo... E quando tem uma pesquisa e eu assim, participando, nossa muito legal. É difícil ver umas pesquisas assim.*

Após uma análise mais aprofundada dos discursos e dos modos como os médicos recepcionaram a pesquisa e sua temática, observou-se que, mais do que para as mulheres, a pesquisa foi intimista para os profissionais. O que se considera como da ordem do íntimo, se refere não apenas às questões que, após a divisão entre público e privado instaurada pelas Revoluções europeias, convencionou-se como íntimo, como o sexo por exemplo. Considera-se íntimo o que se refere a questões que não são tão facilmente discutidas, que dizem respeito a assuntos mais reservados (que diferem de pessoa para pessoa), visto que os pudores não são fixos e estão agenciados com questões díspares para cada indivíduo.

No caso dos médicos, que ocupam o lugar de suposto saber e detém o passaporte de “verdade sobre a vida e a morte” no imaginário social, lidar com questões que extrapolam o conhecimento que possuem, como da saúde sexual de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres, mostrou-se um tanto delicado. Portanto, a pesquisa deflagrou que a ausência de saber sobre tal questão fosse visibilizada. Neste sentido, podemos considerar que a pesquisa tocou em aspectos íntimos aos profissionais, qual seja, o lugar de não-saber. A pesquisa, portanto, se apresentou mais íntima para os profissionais de saúde, visto as reações de desconforto de alguns deles frente ao tema, em especial, às questões que não possuíam respostas que poderiam ser facilmente resolvidas pelo conhecimento médico recebido em suas formações. Os médicos mostraram-se mais invadidos quando interpelados pelas questões de pesquisa do que as próprias mulheres, que expuseram sua vida sexual.

O que nos mobiliza no questionamento acerca do público, do privado, do intimismo e do relato das práticas, não se refere à necessidade de que as questões referentes às práticas sexuais devam necessariamente ser tematizadas pelos profissionais visto que, ocupam um lugar bastante delicado e a relação profissional deve manter certo enquadre, de modo que o médico ginecologista não seja considerado invasivo. Por outro lado, cabe, na relação médico/paciente, analisar em que medida a vida sexual da paciente tem relação com a demanda trazida, de modo que se justifique a tematização.

5.6

Qual o estatuto de mulher utilizado pela ginecologia?

Os atendimentos ginecológicos, de acordo com as experiências relatadas nesta pesquisa, pareceram ser guiados por certo roteiro fixo. O atendimento padronizado é utilizado por expressiva parte dos médicos participantes da pesquisa, visto que os corpos são vistos como idênticos (Laqueur, 2001), portanto, as questões de saúde não diferem. Ou seja, o *script* em que se apoiam é apenas modificado quando a paciente introduz alguma informação que não se encaixe no mesmo. Alguns ginecologistas, confrontados com o questionamento acerca de que modo experiências sexuais distintas poderiam interferir no atendimento

ginecológico, se posicionaram avessos à questão. Para estes profissionais, os corpos seriam idênticos, independente de seus usos.

Bruna (52a, médica) – *Bom, eu procuro não fazer diferença e assim, fazer a rotina de investigação que eu faço com todo mundo. Né? Se tem indicação para fazer mamografia, eu vou fazer mamografia, se tem indicação de colher Papanicolaou, eu vou colher o Papanicolaou, eu não diferencio, ao menos que tenha uma demanda extra... Mas assim, o cuidado geral com a paciente é igual. O corpo da gente é igual independente da prática sexual. Eu acho que o que diferencia um pouco são as dificuldades de ambos os lados, né? Tanto do ginecologista conduzir, quanto da paciente ficar à vontade, né? Até para dizer da opção sexual dela.*

(...)

Márcio (55a, médico) – *Muitas mulheres homossexuais que foram ao consultório, foram fazer exame rotineiro... Fazer preventivo, o Papanicolaou, quando ela é mais velha, fazer a mamografia... Às vezes até vem para conversar, desmistificar, para saber o que pode fazer o que não pode fazer... Mas eu vejo muita mulher homossexual fazer uma consulta rotineira. E as mesmas queixas que a mulher heterossexual apresenta, com falta de desejo, anorgasmia, o corpo feminino também tem.*

Em relação à questão acerca das especificidades que haveria no atendimento entre mulheres de práticas sexuais distintas, estes profissionais se posicionaram num modelo de inteligibilidade dos corpos no registro naturalista (da imutável biologia), ou seja, independente das práticas, os corpos não se alterariam. Dissimulada nestes discursos havia a necessidade de firmar uma postura de tolerância, ausente de preconceito, por parte dos profissionais, mesmo que a pergunta não fizesse alusão à questão diretamente. Se por um lado, a postura dos médicos busca firmar uma ética profissional e respeito em relação às práticas sexuais das pacientes, por outro, produz um atendimento homogêneo e que não individualiza a demanda das mulheres.

Vando (54a, médico) – *Não! Não! É igual, é igual. Para mim é igual! A vida sexual dela não importa no sentido de que tenha influenciado como eu a atendi. Ela diz que é homossexual e eu vou tratá-la da mesma maneira, quer dizer, conduzir o exame ginecológico igual, a uma paciente que diz que é heterossexual... E também tem um detalhe, não é diferente no modo de dizer. Não existe diferença nenhuma, na minha maneira de abordar paciente, se ela é homossexual ou não. Nenhuma. Eu nunca peguei, por exemplo, nenhuma virgem. Nenhuma das homossexuais eram virgens. Todas já tinham relações com homens anteriormente, ou, com algum objeto, mas nenhuma delas era virgem.*

(...)

Renata (33a, médica) – *É. E outras vezes não. Então eu acho que é muito a demanda de cada um. Acho que a gente como profissional de saúde, o importante é perceber que o atendimento ele é individualizado, não se pode atender todo mundo do mesmo jeito. Igual uma paciente já falou para mim. “Ah, eu ia numa médica, não gostava muito da médica, ela não fazia direito...”. Às vezes a médica é ótima,*

mas atende todo mundo do mesmo jeito. Eu acho importante é você não atender todo mundo da mesma forma. Se você perceber que ela é homossexual e tem uma demanda diferente, você vê até aonde você contribui naquela demanda dela, é diferente não porque ela é homossexual, mas porque ela tem outra queixa, enfim...

Tendo em consideração os olhares sobre os corpos e o estatuto que os ampara, Mol e Law (2004) afirmam que o corpo vivo é ao mesmo tempo objeto e sujeito (sendo objeto de estudo da medicina e sujeito/indivíduo). Para os autores, o corpo não é autoevidente, não é dado de antemão, como uma realidade natural inconteste, é antes enredado, conectado com diversos elementos que o circundam e o constitui, de modo que os limites dos corpos para os autores, extrapolam as fronteiras impostas pela pele. O corpo não é um todo coerente, mas um conjunto de tensões, dessa forma, a prática médica deve incorporar às suas técnicas, uma abordagem mais ampla das conexões que atravessam os corpos, de modo que se possibilite uma densidade de outra ordem ao diagnóstico e tratamento.

Sob o rótulo de que mulheres com práticas afetivo-sexuais exclusivamente com homens, quanto com mulheres, apresentam demandas iguais, portanto, também o diagnóstico e tratamento não diferem entre estes dois grupos, esconde-se uma heterogeneidade de questões, crítica tecida por alguns médicos. Na contramão dos argumentos do médico acima (Vando), foi problematizado por alguns profissionais a naturalização com que os corpos são concebidos. Nestes discursos, se revela uma preocupação com as intersecções entre corpos e o ambiente, em que, mesmo que a biologia se mantenha, estes são atravessados por usos e contingências sociais, que os afetam. Apesar de que as patologias que acometem as mulheres sejam as mesmas, as trajetórias do processo saúde-doença são distintas e se relacionam em grande medida com as práticas sexuais da paciente, questão a ser considerada no que diz respeito à prevenção.

Cíntia (pesquisadora) – É legal você falar isso agora porque eu ouvi bastante já dos médicos, eles falando: “Olha, o corpo feminino é um só...”. O que você acha disso?

Renata (33a, médica) – É, o corpo até pode ser um só, mas os usos são diferentes. É igual você ter relação anal, bota o troço no ânus e fala assim: “Ah, então o cara é gay...” Pode ser gay e pode não ser gay. Ele pode até enfiar a vela lá pensando que é um pênis, outra coisa é que dá prazer e ponto... A mulher a mesma coisa... Ela quer usar o vibrador porque gosta, pode usar o dedo ou não, ou porque não tem desejo por pênis... Porque quer se masturbar. Porque o desejo e o prazer, a sensação é a mesma... Falta você decidir de que forma você tem o seu prazer... O que agrada a um não agrada ao outro.

Cíntia – E os usos têm a ver às vezes com a demanda que chega aqui.

Renata – *É. Não, é porque tem hetero que nunca teve orgasmo. Aí você dá umas orientações, olha, em relação a isso faz isso ou faz aquilo... Depende... Às vezes você acha que uma indicação é melhor para um, mas não é para outra pessoa. Só que a gente está acostumado, somos treinados para atender a maioria, e então a gente acaba com essa postura mesmo...*

A consideração feita pela médica ao final de sua fala nos remete a pensar no modo como as áreas de conhecimento são constituídas em consideração a uma média que se refere a uma suposta maioria. Mesmo que, em se tratando da medicina, a generalização do conhecimento possa favorecer com que o processo saúde-doença possa ser mais bem gerido, a questão que se impõe alude à forma como estas informações se naturalizam e desconsideram as questões de saúde que escapam à lógica de representatividade hegemônica. Neste sentido, as mulheres trazem exemplos concretos dos modos como o olhar para os corpos de forma neutra, pode produzir implicações àquelas que apresentam práticas sexuais com mulheres:

Bárbara (29a, militante, faz sexo com homens e mulheres) – *Não, começou a gaguejar e tipo assim, aquele desconforto. E aí me deu uma sensação muito ruim, certo? É lógico que ele tem as questões dele, e tal, mas pôxa, se você está procurando atendimento médico, ainda mais, um atendimento ginecológico, você tem que ter uma dimensão da coisa imersa ali. E aí é muito ruim você perceber que está causando um desconforto no outro... Também tive casos de amigas também que passaram por isso. Até coisas mais graves assim, de serem hostilizadas. Aí por exemplo, se eu fico com uma mulher lésbica que não tem práticas de penetração ir ao ginecologista, cara, é muito complicado, né? A pessoa usar o instrumento de fato, né? Usar o bico de pato. Mas existem outras maneiras de usar. Tem lá aqueles cotonetezinhos, que você faz com uma menina é, virgem, né? Que não transa com homens. Agora, por exemplo, eu já vi, já ouvi relatos, de ginecologistas que se negam. Se negam a fazer esse tipo de exame, mas ele sabe usar aquele cotonetezinho para colher o material, sem usar o bico de pato...*

Cíntia (pesquisadora) – *Por que isso?*

Bárbara – *Ah: “Por que você já é adulta, então não sei o quê”. Então, entre aspas: “Que se foda se você transa sem ser penetrada!” É uma coisa violenta. Eu já ouvi mais de um relato sobre isso. De uma amiga minha que ela nunca tinha tido uma experiência e entre aspas, ela perdeu o hímen dela numa mesa ginecológica. Então, isso é uma coisa muito grave mesmo. Por que os ginecologistas não estão preparados. Para este tipo de situação.*

No que se refere ao exame preventivo (que consiste em colher material do útero para analisar se há presença de possíveis patologias por meio de introdução do espelho na vagina), a médica se posiciona:

Bruna (52a, médica) – *Alguns tipos que são muito raros, que não são associados ao HPV. Mas para fazer preventivo não tem jeito, o cotonete não serve de nada.*

(...)

Olga (49a, médica) – *É a pergunta que me faz saber exatamente isso. E é claro que eu tenho que esclarecer, quando a paciente me refere que é homossexual, eu tenho que saber se ela já teve um comportamento heterossexual, até para saber se ela tem um hímen roto ou não, se eu posso passar um espelho na hora do exame ou não, porque algumas pacientes nunca tiveram relação heterossexual. Então, eu preciso saber como é que eu vou examiná-las na parte técnica, ginecológica. Se é com espelho ou não. Então eu preciso saber com detalhes, para que eu possa examiná-la de maneira correta. Até para pedir exames, por exemplo, na paciente que é virgem, que tem o hímen íntegro, a gente pede uma ultrassonografia pélvica, para a paciente que já teve uma atividade heterossexual, eu vou prescrever uma ultrassonografia transvaginal, para não interferir na sexualidade dela.*

Os pontos de vista distintos destas duas médicas possibilitam refletir sobre como a ginecologia é exercida por diferentes profissionais. Percebe-se também que, quando há uma preocupação em relação às mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres, se refere em especial ao exame ginecológico e ao hímen. Esta visada indiretamente esconde em seu bojo um olhar hegemônico em relação às mulheres consideradas pelos profissionais como “não-heterossexuais”, que se resumiriam àquelas que não mantêm práticas sexuais penetrativas (questão que não se apresentou nas falas das mulheres visto que, tais práticas foram relatadas ocorrendo, quando não em relação sexual com homens, com objetos sexuais). Mais do que discutir sobre a necessidade ou não de introdução do espelho ou dos cotonetes no exame preventivo, na fala de Olga dissimula-se a necessidade de que haja maior interação entre médico e paciente para que o atendimento incorpore à técnica, as experiências e trajetórias das mulheres, indispensáveis a um diagnóstico mais preciso e tratamento mais eficaz e humanizado.

As reflexões anteriores ensejam que seja discutido como os usos dos corpos produzem impactos nos atendimentos ginecológicos. Em consideração à prevenção, por exemplo, questionar a trajetória da demanda trazida pela paciente, é caminho para que se compreenda melhor a queixa e, também, que fique explícito que comportamentos e situações devem ser evitados, para que a demanda não reincida. Entretanto, apesar destas considerações, mulheres e médicos se posicionaram distintamente frente às questões: haveria diferenças consideráveis no atendimento ginecológico, de modo que se justificasse a adaptação do atendimento, tendo em consideração práticas sexuais distintas? Há uma ginecologia a ser adaptada?

Cíntia (pesquisadora) – *E você quando foi ou vai, relata isso? Que tem relações com mulheres. Nas vezes que você falou, percebeu alguma diferença no atendimento?*

Rita (26a, nunca fez sexo com homens) – *Não, mas para mim acaba sempre tendo a questão da pílula, mas por outras questões, coisas de TPM mesmo, de cólicas e tal, mas na verdade não tem muito que adaptar o atendimento...*

Cíntia – *Você acha que não?*

Rita – *Acho que não. Pelo menos o pouco conhecimento que eu tenho de ginecologia, mas, não tem muita coisa para adaptar.*

(...)

Sérgio (69a, médico) – *É, inclusive é importante. Não vamos também supor, ou pelo menos na prática eu não vejo, que existe uma medicina muito diferente, uma ginecologia muito diferente para uma hetero, e para uma para homossexual. Há muita diferença. Prática... Eu acho que conhecer o comportamento sexual no atendimento, pode ser uma forma de você ajudá-lo de alguma maneira, quanto às questões que ele possa ter de alguma maneira, são muito difíceis dele ou dela colocar na medida em que ela não tem um nível de relação suficiente para se definir seu comportamento sexual. Então é bom que você conheça como você está assumindo isso... Eu não vou ficar cobrando um determinado comportamento. Mas eu acredito, estou convencido de que o conhecer este comportamento é facilitador. Facilita... Mas eu diria que na prática, a meu ver não é tão relevante. Eu não vejo que exista uma ginecologia própria para homossexual...*

Em consideração às presentes falas, se concebe que, pensar em “ginecologias distintas” ou mesmo na adaptação dos atendimentos ginecológicos, ao invés de apenas possibilitar que mulheres com práticas sexuais distintas sejam atendidas em suas especificidades de saúde, estaria sendo reforçada a normatividade das práticas sexuais entre pessoas de sexo oposto. Ora, pensar em ginecologias distintas não seria também um modo de atualizar o *apartheid* que existe entre as sexualidades? Pensar em adaptação do atendimento, não se pressuporia uma norma fixa e verdadeira e que deveria abarcar outras configurações não tão legítimas? Na fala do médico Sérgio, visualiza-se como a norma sexual (práticas sexuais entre indivíduos de sexo distintos), alicerça o atendimento ginecológico, até que outra prática seja exposta.

Sérgio (69a, médico) – *Não, na verdade, veja bem. Se você vai examinar homossexuais ou uma mulher heterossexual, como patologia não é muito diferente. Agora a relação fica um pouco diferente... Por exemplo, eu ontem atendia um casal, homossexual, como ginecologista. E essa... Uma delas já teve filhos, já tem até netos. A outra, não teve nunca uma experiência hetero anterior. Essa segunda tem muita dificuldade nos exames. Tocá-la é muito desconfortável para ela. E a gente respeita muito essa dificuldade que ela tem, passar o espelho, o dedo, nessa outra, é muito desconfortável para ela. Na outra não... Ela também é homossexual e ela... Você não notaria. Claro que eu, se não tivesse a informação de que eram homossexuais, eu examinaria esta segunda, com todas essas dificuldades que ela tem, como se ela fosse, uma mulher heterossexual. Eu não identificaria por isso,*

não daria para eu identificar que ela é uma homossexual. Mas aí depois que eu sei que ela é homossexual...

Para Arán & Peixoto Júnior (2007), a normatividade, no sentido foucaultiano, está presente intrinsecamente nas práticas históricas e sociais e estabelece a divisão entre o que é da ordem do inteligível e aceito, do que é do registro do abjeto. Portanto, no discurso deste profissional, a norma se atualiza, na medida em que o médico atende todas as suas pacientes como se fossem heterossexuais.

A questão a ser tensionada se refere também ao estatuto de mulher, do que é da ordem do feminino, que está sendo utilizado pela ginecologia. Para o médico acima, o estatuto de mulher empregado é aquele do registro heterossexual, norma que se justifica até que outra experiência sexual seja relatada pela paciente. Entretanto, devemos colocar em questão não apenas a fala em si do médico pois, o profissional, quando parte da heterossexualidade como pressuposto implícito de sua prática, é reflexo de um modo de olhar para a sexualidade que não diz respeito apenas de seu lugar de médico, mas de uma dinâmica social mais ampla, que parte da heterossexualidade como norma. Neste sentido, a preocupação das pacientes de Renata parece se materializar na prática:

Renata (33a, médica) – A gente vai percebendo muito isso de cada um. E normalmente é assim. Mas interfere para mim, dessa forma. Uma mulher que às vezes não tem algum cuidado com o corpo porque ela acha que ela está mais imune do que outras. Ou às vezes tem dificuldade na relação homossexual que ela não verbaliza, porque muitas vezes ela acha que... Eu acho que uma grande parte, o que eu percebo é que algumas mulheres acham, que a gente como ginecologista, está esperando atender uma pessoa que tem relação hetero.

Torna-se necessário colocar em pauta uma lógica que conceba a mulher na integralidade de sua experiência, sem que nenhum sentido hegemônico do que seja “a mulher” impere e sufoque a heterogeneidade desta experiência. Butler (2003) concebe que o sujeito político “a mulher” deve ter em pauta sua função (e limitação) representativa, que será sempre aquém da multiplicidade de modos de subjetivação submersas na experiência de ser mulher.

Cíntia (pesquisadora) – E até elas relatarem, é, a senhora vai conduzindo como se tivesse uma relação hetero ou...

Renata (33a, médica) – Conduzo como se tivesse as duas coisas. Para mim me interessa o que ela está sendo exposta, independente qual. São perguntas que

podem ser feitas tanto numa relação homo como numa relação hetero. Independente disso.

Portanto, ao invés de se advogar por uma ginecologia que abarque as experiências de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres, talvez a questão fosse construir uma prática ginecológica que atenda integralmente as mulheres, consciente de que estas possam se constituir em meio a práticas sexuais múltiplas.

5.7

Mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres: atravessamentos das trajetórias pessoais e profissionais

Neste tópico objetiva-se explicitar quais as relações entre a perspectiva dos médicos em consideração à temática da pesquisa em questão, enredada com suas trajetórias pessoais e profissionais. Compreende-se que não haja uma causalidade que ampare a postura apresentada pelos profissionais nesta pesquisa com suas biografias, mas pretende-se considerar os discursos dos profissionais, atravessados por contingências outras que os constituem.

Assim como as mulheres assinalaram, ao longo da pesquisa, a ausência de dados consistentes acerca da saúde sexual de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres, também os médicos se depararam com um desamparo institucional e de informações acerca da temática. A “invulnerabilidade” (Dolan, 2005) que esteve presente nos discursos das mulheres, também se apresenta nas falas dos médicos, visto que, no ensino formalizado e no discurso científico-médico, centraliza-se o saber sobre os riscos presentes nas práticas sexuais entre homens e mulheres. Portanto, o silêncio ao redor de questões outras, como as das práticas sexuais entre mulheres, ao invés de ser tema de questionamento, transforma-se em imunidade conjecturada.

Com exceção de duas médicas, todos os profissionais que participaram desta pesquisa se formaram antes da epidemia da aids. Este evento preconizou outro olhar para a saúde sexual, composta agora por grupos de risco. As práticas sexuais desprotegidas tornaram-se o grande vetor de transmissão, portanto, se intensificou o controle dos corpos neste sentido.

Cíntia (pesquisadora) – *E aí durante a faculdade, por exemplo, na sala de aula, existia alguma discussão sobre isso, sobre esta questão da prática sexual. Da prática sexual da paciente, ou enfim, era um corpo, um corpo de homem e um corpo de mulher, e as práticas não eram abordadas. As possibilidades de utilização deste corpo não eram importantes...*

Bruna – *Não, não...*

Cíntia – *Não era discutido... A senhora acredita que isso persiste até hoje?*

Bruna – *Bom, acho que mudou um pouco por conta da aids, né? Como inicialmente foi uma doença de homossexuais, eu acho que mudou um pouco. Mas assim, no homossexualismo feminino eu acho que não.*

(...)

Márcio (55a, médico) – *O profissional médico ele não teve orientação sexual na faculdade. Vai aprender que nem todos, nos erros e nos acertos. Mas a cultura oficial é muito grande em cima do comportamento. Pai, mãe e sociedade têm um peso muito grande na atitude médica. Eu tenho que parecer assim. Eu tenho que ter um verniz, daí sobe num patamar e dali não desce (se referindo aos médicos).*

Percebe-se acima como a “invulnerabilidade” sugerida por Dolan (2005) e Richardson (2000) que, após a epidemia da aids rondou as práticas sexuais que prescindiam do pênis, se atualiza nas falas dos profissionais.

Renata (33a, médica) – *Sem dúvida. O que se passa para a vagina e o que a vagina passa para o pênis. Não o que uma vagina passa para uma vagina. É um pouco isso. Com certeza, não tem este tipo de orientação. Não faz parte da orientação. Pelo menos, eu que fiz universidade pública.*

Cíntia (pesquisadora) – *E você se formou recente... Não faz muito tempo...*

Renata – *Oito anos. Não, não tem. Não tem este tipo de orientação. A primeira vez que eu fui atender uma paciente homossexual que ela perguntou se tinha que fazer o preventivo, eu tive que pensar se ela precisava ou não fazer preventivo. Mas eu por um momento tive de parar para pensar se precisava colher o preventivo dela o não. E isso tudo vem com uma carga de explicação, tem que botar o espelho, ela pode nunca ter tido penetração. Aí vêm todos esses mitos: “Ah, eu não tive relação e você vai botar o espelho, mesmo sendo homossexual...”. Aí vai esclarecer, dizendo olha, você não é virgem, então o vibrador ou o espelho estarão agindo da mesma forma.*

Renata que se formou a menos de dez anos, portanto, após a epidemia da aids, ainda assim denuncia que as formações privilegiam as práticas sexuais entre pessoas de sexo oposto e as questões de saúde advindas destas práticas. Dessa forma, mesmo após a epidemia, o discurso institucionalizado parece atualizar o dispositivo “invulnerabilidade de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres”.

Os médicos que relataram uma formação diferenciada, como outra graduação ou pós-graduação, apresentaram um olhar diferenciado às práticas sexuais distintas e suas relações com as demandas de saúde. Renata, profissional que em seus discursos apresentou saberes mais detalhados acerca da saúde sexual

de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres, além de ser a profissional mais jovem a participar da pesquisa e com formação médica mais recente, é também mestre. Sua formação parece ter possibilitado um olhar mais alargado para questões que extrapolam a tríade corpo-saúde-doença. Entretanto, mesmo que a formação tenha um papel importante no que se refere a um maior envolvimento dos médicos com a questão, ainda assim, uma postura mais sensível acerca das singularidades clínico-ginecológicas desencadeadas pelas diversas práticas sexuais das pacientes não se esgota no acesso a uma formação mais abrangente.

Renata (33a, médica) – *Já. Mas isso acho que não é nem uma dificuldade da pessoa, mas uma dificuldade que o médico tem, lógico que isso tem um pouco da carga pessoal de cada um, de lidar com isso. Quando a gente está na dúvida, a gente não fala. Então acho que tem um pouco disso, sempre acho que não abordam essa questão não é por não achar que não é importante, mas por não saber lidar com aquilo ou por não achar que aquilo é papel dele. Tem muita gente que encaminha para o psicólogo, mas enfim... Eu acho que é uma dificuldade mesmo, e acho que vem da nossa formação. Na nossa formação a gente não recebe este tipo de orientação. A gente recebe orientação sobre uma mulher que tem relação com um homem...*

Dois ginecologistas de uma mesma instituição, que são especialistas em Terapia Sexual, apresentaram posturas distintas referente à questão central desta pesquisa. Enquanto um destes profissionais mostrou-se mais afeito às práticas sexuais entre mulheres e as implicações destas para sua prática médica, para o outro, as práticas não são questões que interferem em seu trabalho. Percebeu-se que, além de questões de cunho institucional e de formação, a carga pessoal dos profissionais se apresenta como questão importante.

Cíntia (pesquisadora) – *Quando uma mulher chega até aqui para o atendimento, estou mais falando em atendimento ginecológico, as práticas sexuais em sua vida íntima, é um dado que é importante para como irá ocorrer o atendimento desta mulher?*

Sérgio (69a, médico) – *Olha, é muito... É claro que você vai ver uma distorção na minha resposta, pelo fato de eu ser médico e psicólogo, muda um pouco a minha perspectiva. E principalmente o fato de eu trabalhar com sexualidade, também muda um pouco a minha perspectiva. Eu não sei se a minha resposta seria a mesma se eu fosse somente médico.*

(...)

Cíntia (pesquisadora) – *E após ela relatar, existe alguma diferença no atendimento, do que, por exemplo, se ela tivesse relação só com homens, existiria uma diferença no protocolo ou na forma de atender?*

Márcio (55a, médico) – *Claro que não.*

Cíntia – Não existe diferença nenhuma se ela relatar que ela tem alguma prática e não têm outras... Como por exemplo, se há ou não penetração...

Márcio – De jeito nenhum. É a orientação dela sexual, e ponto final.

Portanto, formação e carga pessoal foram dois quesitos que unidos, possibilitaram que as práticas sexuais e suas interfaces com as questões de saúde fossem vistas de modo distinto pelos profissionais. A médica Renata reflete ainda sobre uma necessidade, por parte dos profissionais, de delimitarem quais são suas atribuições. No discurso do médico abaixo, se apresenta a necessidade de diferenciar genitalidade (ginecologia) e sexualidade (terapia sexual).

Márcio (55a, médico) – Por isso que o papel do terapeuta sexual é muito importante. Desde que ele tenha uma formação. E o Conselho Federal de Medicina permite ao ginecologista, fazer uma pós em sexualidade. E o psicólogo por natureza que tem a sua formação. É importante isso, médicos, psicólogos, terapeutas, sociólogos, para se ter uma macro visão da sexualidade, uma visão histórica da sexualidade. Porque também fica muito fácil você pegar a visão da história, para você trabalhar.

Cíntia (pesquisadora) – Começa a entender melhor, como funciona e por que, né...

Márcio – Então são pequenos movimentos que tentam dar seriedade a esta especialidade. Sexualidade multidisciplinar. Vários profissionais se juntam para compreender a diferença entre genitalidade e sexualidade.

A questão acima esteve presente também quando a pesquisadora, no momento inicial da pesquisa, ao entrar em contato com instituições para acessar profissionais, se reportou a uma sociedade de ginecologia. Ao expor seu tema de pesquisa nesta instituição, foi aconselhada a procurar outra instituição, que trabalhasse com sexualidade humana. O que se encontra neste acontecimento e na fala do médico acima, é a necessidade de delimitação de fronteiras entre o que é da natureza (genitalidade) e da cultura (sexualidade), áreas que apesar de muito próximas, foram compartimentalizadas pelo saber científico e pouco se comunicam.

Por fim, além da formação e da carga pessoal dos profissionais como elementos tensionadores de uma relação médica mais ou menos implicada com questões que extrapolam o biológico, outra questão que se apresenta é a carga de trabalho destes profissionais. As entrevistas com os médicos acessados por indicação (que ocorreram nos consultórios privados) aconteceram geralmente no fim da noite, após várias remarcações devido à incompatibilidade de agenda destes profissionais. Estes relataram que trabalhavam em pelo menos dois serviços (no público e no privado) e suas rotinas de atendimento findavam em

torno das 23 (vinte e três) horas, quando não faziam plantões e trabalhavam durante diversos dias e noites sem pausa. Por outro lado, os médicos da rede apontaram o grande contingente de pacientes que deveriam atender em cada turno de 2 (duas) horas (cerca de 20 (vinte) mulheres). O excesso de atividades laborais destes profissionais foi questão que sinalizou a dificuldade em realizar um trabalho que envolvesse questões mais amplas, como das práticas sexuais e prevenção.

Sérgio (69a, médico) – Mas, daí respondendo a sua pergunta, óbvio que é muito importante a gente fazer aferições das questões pessoais que passam às vezes de forma velada numa consulta. Muitas vezes esta questão não está intrínseca, mas está velada, mas ela está querendo falar sobre isso. Ela tem interesse em discutir esta questão. E como a consulta médica é uma consulta muito rápida, muitas vezes não dá tempo. Nem ela de adquirir um nível de relação tão facilitadora, é difícil para ela expressar.

Compreender que estas linhas de força atuam nos modos como os profissionais da ginecologia se portam em suas práticas de atendimento, não subentende que se justifique por vezes, posturas meramente técnicas e moralistas dos profissionais frente às mulheres em questão e suas demandas de saúde. Mas para que políticas públicas sejam construídas com o objetivo de problematizar este campo, é necessário que se mapeie os elementos que o constituem, de modo que se construam políticas e ações mais eficazes e próximas do que se desenrola no cotidiano desta profissão.

5.8

Institucionalização do tema: “quando a questão passa a existir”

Como enunciado no tópico anterior, o desamparo institucional e informacional, pelo qual os médicos estão submetidos, visto que compõem suas práticas em consideração aos dados e estatísticas de saúde, reverbera também entre as mulheres. Assim como já relatado, a percepção de ausência de riscos (ou baixa prevalência) nas práticas sexuais entre mulheres foi questão que esteve presente de modo central nas falas das mulheres participantes. De acordo com Renata (profissional que ofereceu informações muito interessantes sobre a temática, visto que apresentou uma postura aberta e ambiente acolhedor para que suas pacientes pudessem compartilhar suas práticas sexuais e questões de saúde

de modo mais amplo), suas pacientes apresentam inúmeras dúvidas primárias sobre prevenção e saúde sexual.

Renata (33a, médica) – *Vejo, vejo isso. E vejo outra coisa, eu não sei se é uma questão, científica, mas é uma coisa que a gente vai vendo no dia a dia, eu vejo muito entre elas uma coisa assim: “A minha parceira diz que só transa com mulher, mas eu acho que ela transa com homem, eu tenho medo de ela pegar alguma coisa do homem e passe para mim, o que é que eu posso pegar com ela...”. Existe um pouco de dúvida, do que é que uma pode transmitir para a outra... Que eu acho que é muito claro em relação ao homem, o que o homem transmite com o pênis, mas ela quer saber o que é que aquela outra vulva, o que aquela outra vagina pode passar para ela. Elas falam: “Ah, mas não tem penetração, se eu encostar a minha vulva na dela eu vou pegar HIV?” Eu vejo muita coisa... Acho que é difícil você ver, entre os homossexuais, uma estabilidade da relação: “Eu sou casada, estou com minha parceira há dez anos”. Eu tenho uma paciente assim aqui, é difícil se estabelecer, tanto entre os homens, como entre as mulheres. É difícil estabelecer relações, eu acho, longas. E isso é outra questão... “Eu não paro com ninguém, essas mulheres são muito malucas.” E aí elas têm uma preocupação de que a outra já tenha relação com homem ou esteja tendo e aí possa passar uma coisa para ela. Mas aí elas não passam nada para ninguém, mas elas se preocupam com o que os outros podem passar para elas. Então eu vejo uma preocupação mais em relação ao desconhecimento. Por exemplo: “Ah, eu tenho relação oral, tenho que usar camisinha? Ou não?” São coisas que você tem que parar para pensar, porque no dia-a-dia você não fica pensando nisso...*

Frente à inconsistência (e ausência) dos dados oficiais de saúde acerca da questão, o movimento social de cidadania LGBT se apresenta como o tensionador deste desamparo informacional e institucional. O movimento busca, frente a este quadro, advogar pelo direito destas mulheres a serem informadas sobre suas vulnerabilidades, enquanto cidadãs. Dessa forma, desenvolvem pesquisas que buscam produzir mais dados neste sentido (ver capítulo III). Além disso, buscam encampar estratégias e ações de modo que a questão da saúde sexual destas mulheres seja tema a ser discutido oficialmente. Essa parece ser a tarefa do Camelô Sexual (ação desenvolvida pela ONG de Jane), que tem o objetivo de distribuir materiais e informação sobre prevenção, acerca das diversas práticas sexuais, inclusive as que ocorrem entre mulheres.

Jane (21a, militante, nunca fez sexo com homens) – *Eu trabalho aqui basicamente com prevenção de mulheres lésbicas. Cuidado assim, com DST, HIV, toda essa parte... De saúde. A gente faz oficina, faz formação, entrega material, faz palestra, o que precisar... De vez em quando, a gente coloca essa mesa ali de fora e faz o Camelô...*

Cíntia (pesquisadora) – *Faz o quê?*

Jane – *Ah, o Camelô Sexual...*

Cíntia – *O que é isso? Não entendi...*

Jane – *Então, assim, a gente põe essa mesa lá fora, e distribui material aqui da ONG, folheto, camisinha... Vem cá, você já conheceu o material? É na calçada mesmo... A gente leva todo esse material aqui e distribuimos para os que passam na rua, explicamos como se usa, os perigos, como se prevenir, tudo... Mas quando vem uma mulher eu pergunto se é hetero ou lésbica e se for lésbica, explico que tem de se prevenir...*

Cíntia – *E elas? Elas recebem bem isso...?*

Jane – *Recebem bem. Mas umas não sabiam nem que tinham que prevenir, que havia perigo.*

Essa interessante estratégia parece sugerir a necessidade de que a questão da saúde sexual de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres não esteja atrelada apenas às instituições de saúde visto que, se paira no imaginário social de que não há riscos representativos nas práticas sexuais em questão, os serviços de ginecologia não são acessados de modo consistente (questão que foi desenvolvida no tópico 5.5 desta unidade). Logo, construir estratégias que extrapolem os serviços de saúde se faz necessário.

A institucionalização da temática se apresenta como uma questão para o Estado pois, o movimento social, apesar de suprir parte desta demanda e poder ser um parceiro importante nesta ação, não deve ser o responsável maior de um dever estatal, que se refere aos direitos humanos. Priscilla delata como o Estado lida atualmente com a questão e o papel do movimento nesta empreitada:

Priscilla (24a, militante, nunca fez sexo com homens) – *Assim, a gente ainda mantém um diálogo muito grande com o Ministério da Saúde, para estudar e ver como se pode ter um preservativo que atraia, que não espante as mulheres. Mas é, como a incidência, como os dados é de, de: “Ah, a fulana pegou alguma DST, fulana pegou aids fazendo sexo com outras mulheres”, eu acho que esses dados são de zero vírgula um. Pelo que eu sei, só um dado foi comprovado até hoje que foi mesmo de sexo por mulheres.*

Cíntia (pesquisadora) – *Por DST ou aids?*

Priscilla – *De aids. Então como a gente tem apenas um caso de todos, e as DST ainda são tão, assim, o pessoal ainda se foca muito no HIV, e acaba deixando as DST de lado, é muito complicado você ver do Ministério da Saúde, uma preocupação com as mulheres que fazem sexo com mulheres. A gente mantém o diálogo, agente mantém, tem Conselho, têm lésbicas envolvidas no Conselho, têm Grupos de Trabalho que mantém esse diálogo, mas a gente vê que os avanços são muito poucos. Então, se a gente for dar uma olhada no Plano de Feminização da Aids, você vê que ali é citado as mulheres, as lésbicas, muito pouco, mas é porque a gente tem que estar ali cobrando, eles não têm essa preocupação mesmo. Então é assim, uma luta, um trabalho que a gente vai ter durante muitos e muitos anos.*

O Estado se apresenta como um vetor central para a institucionalização de algumas questões, em especial, às que se referem a experiências marginais, que

não possuem ampla aceitação social, como as sexualidades tidas como dissidentes da norma sexual. Mesmo que dentre os discursos apresentados pelas mulheres, a família e a rede social mais ampla tenham conhecimento de suas práticas afetivo-sexuais, ainda assim, apesar de a questão estar assumida, esta fica em suspenso, como um assunto delicado e proibido. Se a relação entre mulheres e médicos é marcada por um “pacto de silêncio” (questão abordada no tópico 5.6), visto que não se institui uma discussão sobre as práticas entre as mulheres e suas famílias, deflagra-se um “acordo de sigilo”, em que mesmo que as práticas sexuais sejam admitidas, não devem ser explicitadas. Tanto num caso como em outro, a questão deve permanecer em suspenso, como uma presença ausente: “saber sobre e não falar de”.

Neila (28a, nunca fez sexo com homens) – *Não sei se é ruim, acho que é mais difícil. É muito dolorido você se assumir... Eu nunca me assumi assim, totalmente... Porque que eu pedi para gente se falar no jardim? Eu sou muito reservada, gosto mais de ficar na minha nessas coisas sabe... Mas o mais difícil é você se assumir para você mesmo. Depois que você assume, daí depois tudo fica mais fácil, sabe... Nessa sociedade que nós vivemos é muito complicado, muito mesmo... Por isso que eu preciso me preservar. É isso mesmo, eu me preservo, não me escondo, é uma questão de, de... Preservação mesmo...*

(...)

Priscilla (24a, militante, nunca fez sexo com homens) – *Ah, foi muito complicado, né? É, sou filha única, minha família é evangélica, então assim, eu carregava o peso de ter que dar netos para minha mãe, de encontrar um homem de Deus, então, assim, foi muito difícil... Para a família foi complicadíssimo... Aí ela achava meio estranho, até o momento que ela me perguntou: “Mas você é lésbica?” É, eu sou lésbica (em tom mais baixo). E aí foi complicadíssimo para ela, foi, porque, ela também veio de uma família, completamente patriarcal. Ela foi ver onde é que ela errou, ela começou a misturar com a religião lá. É doença, é sem-vergonhice, é demônio. E aí, e até que ela esperou eu completar os 18 anos, e quando eu completei 18 anos, ela me pediu, ou assim para ser mais delicada, para eu sair de casa e eu saí de casa. E depois disso a gente demorou dois anos, foram dois anos pra ela aceitar ou assim aceitar, até hoje ela não aceita. Ela pede pra mim encontrar um homem, ela reza, faz correntes na igreja, milhões de coisas.*

O estranhamento das famílias com que essas mulheres tiveram que lidar, reflete o que Butler (2003) enuncia como sendo a transgressão ao *paradigma expressivo autêntico* (conceito desenvolvido no capítulo II). Para a autora, nos organizamos socialmente em torno de um modelo estrutural que liga causalmente sexo-gênero-desejo. O primeiro (sexo no sentido biológico, órgão com o qual nascemos), desencadearia o gênero que nos constitui (circunscrito ao número de dois (2): masculino e feminino) e que imporia a orientação de nosso desejo (para o

sexo oposto). Entretanto, para a autora, os arranjos sexuais não se configuram meramente por meio desta inteligibilidade, visto que se em algumas situações ele se mantém, em outras esse formato se subverte. Neste sentido, Arán & Peixoto Júnior (2007) lançam mão de interessante exemplo para corporificar as reflexões de Butler:

Um dos exemplos mais notáveis da naturalização dos processos de construção da identidade decorrentes da repetição das normas constitutivas seria a interpelação médica. Nesse caso, através do procedimento da ultrassonografia, transforma-se o “bebê” antes mesmo de nascer em “ele” ou “ela”, na medida em que se torna possível um enunciado performativo do tipo: “é uma menina”! A partir desta nomeação, a menina é “feminizada” e, com isso, inserida nos domínios inteligíveis da linguagem e do parentesco através da determinação de seu sexo. Entretanto, essa “feminização” da menina não adquire uma significação estável e permanente. Ao contrário, essa interpelação terá que ser reiterada através do tempo com o intuito de reforçar esse efeito naturalizante. Certamente seria estranho, diante da imagem de um bebê numa ultrassonografia, afirmar que “se trata de uma lésbica”. Como este enunciado não faz parte de nossa inteligibilidade cultural, ele serve antes de tudo para demonstrar de maneira muito precisa como o ato de nomear é, ao mesmo tempo, a repetição de uma norma e o estabelecimento de uma fronteira (p. 133-134).

Os relatos das mulheres acerca de como a questão sexual foi recepcionada por suas famílias, materializa a subversão ao paradigma apresentado anteriormente e, portanto, as expectativas que o circundam. Dessa forma, as mulheres tiveram dificuldades em níveis diferentes para assumirem seus desejos. Sendo assim, se a sexualidade destas mulheres não é assunto presente no interior familiar, acredita-se que tampouco seja a saúde sexual. Portanto, se reforça a necessidade de que esta questão se apresente a estas mulheres em outros âmbitos. Tal ponto se personificou após a análise do material de campo, em que se pôde perceber que havia certa peculiaridade entre mulheres inseridas no movimento social (LGBT) e mulheres não militantes (das 7 (sete) mulheres pesquisadas, apenas 2 (duas), que são militantes, se preveniam em suas práticas sexuais). A inserção de algumas mulheres nestes órgãos e, portanto, a institucionalização de certos tipos de discussões (como no caso da saúde sexual de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres), foram aspectos marcantes, que desencadearam um sentido do *cuidado de si* (Foucault, 1985) específico no que se refere à prevenção no ato sexual.

Bárbara (29a, militante, faz sexo com homens e mulheres) – *Cara, eu só fui começar a transar com mulher com proteção a partir do momento que realmente*

eu entrei para o movimento LGBT. Por que isso não era uma questão para mim... Não teve nenhum momento que eu pensei assim: “Não, será que existe algum modo de prevenção? Será que eu posso pegar uma DST?” Que isso não era questão mesmo... (com ar de preocupação). Era uma coisa impressionante. E aí a partir do momento que eu interessei pelo movimento LGBT, que eu comecei a ter contato, né? Com essas políticas de prevenção. Muito localizada ali, naquela coisa do movimento, foi que eu comecei a pensar sobre essas coisas e me proteger. Embora isso gere um problema muito complicado porque muitas mulheres, mas muitas mulheres mesmo, não querem transar com proteção.

(...)

Jane (21a, militante, nunca fez sexo com homens) – *Só uso camisinha... A masculina cortada desse jeito mesmo. Mas eu ensino todos, daí a pessoa escolhe o que achar melhor...*

Cíntia – *Desde sempre você se previne? Desde que começou?*

Jane – *Não, depois que eu vim conhecendo a ONG e lendo, lendo material... Antes não...*

As mulheres assinalaram como outros grupos de referência foram importantes para poderem entrar em contato com suas sexualidades e compartilhar questões. Pôde-se compreender como possuir uma rede social, seja de amigos, de colegas ou profissionais na escola ou em outros espaços, funciona como catalisador de desmistificação de questões que rondam suas sexualidades.

Jane (21a, militante, nunca fez sexo com homens) – *Assim, desde sempre eu gostei de meninas, mas, só na minha adolescência que eu fui pensar um pouco mais nisso, quando eu comecei a ficar, tipo... Ficar mesmo, sair de casa. Daí assim, eu gostava muito de uma amiga minha, era um, né, um sentimento estranho, diferente. Gostava mesmo, muito, muito dela... Na época, aqui no bairro tinha uma assistente social, muito boa, agente conversa com ela muitas, muitas coisas, né? Daí, eu tinha, sei lá, uns 13 anos. A menina era do meu grupo, do grupo de teatro que eu frequentava. Daí, um dia eu cheguei nela, na assistente social e pedi pra gente conversar, que eu queria entender umas coisas e foi na boa. Assim, a gente conversou e eu contei para ela tudo, contei para ela o que estava sentindo. Conteí que, contei para saber mais o que é que era, que eu sentia, saca? Daí, agente foi conversando e ela falou: “Olha, você deve estar gostando mesmo da sua amiga, e tudo bem...”.*

(...)

Carla (30a, nunca fez sexo com homens) – *Não. Só uma amiga que ela é muito politizada, é, ela dá palestras... Tem dois símbolos femininos na perna, acho que tem até uma bandeira nas costas gay. E uma vez ela conversando comigo, aí ela falou: “Carla, você que tem relações com mulheres chegadas mais para o bi, e tal, você já pensou em usar camisinha e tal...” Eu falei... Na época eu ri da cara dela, né? Falei pô, é uma coisa que não me passou na época, não passava. Hoje talvez passe, né?*

Sinaliza-se, por meio da fala destas mulheres, como as relações sociais, para além das familiares, tem papel determinante para instituir questões e sanar

dúvidas, relações que poderiam ser compreendidas como espaços outros de institucionalização da discussão acerca da saúde sexual.

Há que se afirmar que, com o discurso da institucionalização da saúde sexual enquanto questão a ser discutida entre as mulheres, não se pretende advogar que as mulheres devam obrigatoriamente ir ao ginecologista ou mesmo utilizar tecnologias de prevenção. A construção dos projetos de vida é idiossincrática e os indivíduos devem possuir a liberdade de se subjetivar, independente de uma cartilha moral, que pode ter um projeto implícito de docilizar os corpos. Entretanto, para que possam ter elementos para construir uma ética do *cuidado de si* (Foucault, 1985), torna-se necessário que as mulheres, enquanto cidadãs, manuseiem informações acerca dos riscos presentes em suas práticas sexuais, de modo que possam optar pelo cuidado que lhe convir.

Priscilla, por exemplo, mesmo que militante e engajada com as questões de saúde de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres, não incorpora as possíveis indicações de saúde para prevenção em suas práticas sexuais. Denuncia também que o mesmo ocorre com outras mulheres ativistas, visto que, ainda que trabalhem com a questão, as práticas preventivas não foram aderidas a suas rotinas. Se para algumas militantes a institucionalização do tema desencadeou certo interesse nesta questão, como no caso de Jane e Bárbara, por outro lado, a dificuldade referente à ausência de tecnologias adequadas, fomentou a baixa aderência de outras militantes às práticas preventivas (mesmo que suas práticas sejam desatreladas de seus discursos políticos).

Priscilla (24a, militante, nunca fez sexo com homens) – *É o mínimo que a gente consegue, pelo menos o que eu consigo é estar sempre fazendo exame de sangue, estar sempre indo ao ginecologista, quando for fazer sexo com brinquedos, é estar usando camisinha. Se for trocar então é lavar, colocar outra camisinha, mas sexo oral, infelizmente, é sempre uma...*

Cíntia (pesquisadora) – *E as pessoas que você conhece, amigas, pessoas aqui do movimento. Você acredita que isso não se mantém.*

Priscilla – *Olha, eu conheci uma ativista que falava que usava, mas as demais assim, todas tinham as mesmas críticas, as mesmas queixas. E eu assim, ainda acho que a camisinha masculina é a mais fácil de usar, mas como a gente não tem isso na nossa educação, por mais que a gente faça oficinas, que a gente oriente, mas não é algo que está dentro da gente, a gente acaba passando batido e vai bem pela sorte mesmo.*

Não obstante, quando nesta pesquisa, se analisa a necessidade que a carência informacional acerca da temática seja sanada, há que se definir que se

compreende que a informação por si, não resolveria a complexidade da questão. Tanto que, mesmo que nas práticas sexuais entre indivíduos de sexo diferentes, haja uma discussão de longa data acerca dos riscos e dos métodos preventivos, ainda assim, os números de infecções ainda existem. Todavia, a informação poderia ser um primeiro passo no sentido de buscar uma discussão mais abrangente sobre saúde sexual de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres.

Podemos analisar que mesmo que haja uma discussão mais consistente sobre a temática no discurso oficial da saúde e que estejam disponíveis tecnologias de prevenção, há componentes na sexualidade que extrapolam a informação e a racionalidade dos dados de saúde. Quiçá, devemos compreender de que forma tais questões de saúde devem ser introduzidas no meio social, de modo que façam sentido na cotidianidade das relações. Qualquer abordagem em saúde que parta de pressuposto de moralização dos prazeres e docilização dos corpos está fadada ao insucesso. O desafio que se propõe, no que se refere à sexualidade e saúde, é como (re)introduzir o erótico ao sexo seguro (Knerr & Philpott, 2008). Quiçá, a discussão mais franca dos dados que circundam o universo das mulheres em questão sobre saúde sexual, poderia promover que tais mulheres pudessem construir “projetos do eu” tendo em consideração os riscos existentes em algumas de suas práticas, sendo a estratégia de gestão dos riscos uma possibilidade est(ética) de estar no mundo.

5.8.1

O que a pesquisa fez pensar: sobre o excedente de visão

No tópico anterior construiu-se uma análise sobre a institucionalização do tema saúde sexual de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres, como quesito disparador de um olhar diferenciado destas mulheres para suas práticas sexuais, dos riscos envolvidos e dos cuidados. Neste item, pretende-se avaliar como a própria pesquisa, por meio dos *encontros de conversa(ação)*, possibilitou que de algum modo, a temática passasse a existir nas representações de mulheres e médicos, mesmo que de modos e intensidades distintos. Dessa forma, nos *encontros de conversa(ação)*, mulheres, médicos e a pesquisadora compartilharam

*excedentes de visão*¹⁹ (Bakhtin, 1992) e puderam intensificar os sentidos e questionamentos acerca de si e do outro. Sendo assim, a pesquisa possibilitou que algumas questões, que não haviam sido tematizadas de forma clara e organizada aos profissionais, quando se apresentaram nos encontros, produziram um *excedente de visão* (Bakhtin, 1992) sobre suas práticas médicas.

Sérgio (69a, médico) – *Claro que se uma mulher tem uma lesão sífilítica que está ali e altamente contaminante na vulva e tem uma relação em que ela toca a sua vulva na vulva do outro, lógico, ou numa relação de sexo oral, aí é bem mais fácil. É claro que também há uma tendência em a gente não admitir muito isso, engraçado, né? Agora eu estou falando e agente tem a tendência de não admitir muito isso, né? (pensativo) Ou não pensar, como se numa relação homossexual feminina, fosse destituída deste tipo de perigo, o que não é verdade.*

(...)

Tiago (60a, médico) – *Isso, isso... Mas então a lógica dela é esta, não tem nada de específico... Nada... É, agente se julga sempre muito aberto, né? Sempre... Estou confrontado porque eu vejo que... Mas eu não percebo demanda específica...*

Ainda que o *excedente de visão* devolvido aos médicos pela pesquisadora não fosse recebido de modo positivo no início, em que a relação foi movida por certa frieza e distância, os profissionais ao longo das conversa(ções) puderam receber com mais leveza as questões e ocupar o lugar de não-saber, sem maior desconforto.

Diário de campo: Apesar de a entrevista ter se iniciado com um pouco de desconforto da minha parte pelo modo como Márcio respondia às perguntas e se posicionava, também desconforto da parte do profissional com o assunto, ao longo do encontro esta situação se desfez. Terminamos num tom amistoso e informei-lhe como proceder para fazer a devolução dos dados.

(...)

Diário de campo: Durante o encontro estive o tempo todo muito sério e fechado, com respostas geralmente bastante curtas. Sua postura foi modificando ao final. Acredito que de início, havia certo temor de sua parte em falar desse assunto, que com certeza é muito pouco discutido nos cursos de Medicina. Pensei nisso pois ao vê-lo ler a carta resumo da pesquisa que entrego aos profissionais e o TCLE, que contém informações sobre a pesquisa, percebi certa preocupação em seu rosto. Leu várias vezes os mesmos documentos e ficou pensativo...

Apesar de que alguns profissionais tenham lidado com maiores dificuldades com as indagações suscitadas pela pesquisa, outros aproveitaram a ocasião para repensarem suas práticas. Tiago, médico que apesar da abertura e bom humor, participou da pesquisa um pouco pensativo e esteve bastante cuidadoso ao

¹⁹ Maiores informações sobre este conceito no capítulo IV.

responder qualquer questão, ao fim da conversa, com bom humor, ocupou o lugar de “pesquisador”, segundo ele, e interpelou a pesquisadora.

Diário de campo: Assim que eu desligo o gravador, Tiago me diz com bom humor que agora quem me entrevistará será ele. Acho engraçada sua proposta e aceito o desafio, o que me faz pensar o que o motivou a tomar este outro lugar. Ele me faz três perguntas: primeiro, qual o motivo de eu pesquisar tal temática; segundo, qual são minhas hipóteses; terceiro, o que venho encontrando no campo em minhas conversas. Achei muito interessante seus questionamentos sobre a pesquisa. Durante a conversa, ele se mostrou muito envolvido e pensativo com as reflexões que eu propunha, em muitas delas, me pareceu que ele nunca havia tido um espaço para refletir de forma tão tematizada acerca do assunto. Ao invés de isso confrontá-lo, como ocorreu com outros profissionais ao se desvendar os limites do saber médico, neste caso ocorreu o contrário, a conversa o instigou a pensar numa experiência para além do que lhe foi (in)formado, por vezes escondido no discurso de: “a vida íntima da paciente não deve lhe dizer respeito”.

Também as mulheres, a partir das indagações da pesquisa, puderam reavaliar suas experiências, em especial às que se referiam à saúde sexual, aos riscos e a relação com os profissionais da ginecologia. Bárbara verbaliza como a pesquisa disparou reflexões que não haviam lhe ocorrido anteriormente.

Bárbara (29a, militante, faz sexo com homens e mulheres) – *Cara, eu em algumas situações, por exemplo, na situação da cãndida que eu te falei, é uma coisa que não tem como você saber se está se relacionando com outra mulher. Mas tem coisa que não tem muita necessidade de falar não. Mas se for necessário eu falo. Não é uma coisa que eu tô pensando assim, na coisa do ginecologista... Que realmente eles tendem a ter um roteiro, né? Que às vezes não, é, como é que se diz, é, inclui... Eu nunca tinha pensado nisso.*

Não apenas entre os médicos e mulheres, também a pesquisadora, em muitos momentos da pesquisa, mesmo que não tenha intencionado, se beneficiou de *excedentes de visão* dos participantes, que lhe possibilitaram construir uma autocrítica sobre o trabalho desenvolvido, os modos de conceber a temática e de sua postura investigativa. Estes episódios estão diluídos ao longo dos tópicos anteriores, mas convém elencá-los, para impulsionarem breves reflexões sobre como foram produzidos.

Em primeiro lugar, a concepção da pesquisadora de que as mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres, que se identificam como “lésbicas” ou “homossexuais”, teriam relações sexuais apenas com mulheres, questão que foi desmistificada após a ida a campo e que instigou a pesquisadora (re)avaliar qual representação possuía sobre as práticas e identidades destas mulheres. Outra

questão se refere aos modos como a pesquisadora visionava a tensão entre as práticas sexuais das participantes e as suas próprias. A pesquisadora imaginava que suas práticas seriam tematizadas pelas mulheres, pois idealizava que estas esperariam ser pesquisadas por alguém que, imerso na mesma experiência, teria motivos e inquietações pessoais para encampar uma investigação deste gênero. Entretanto, esta fantasia se desfez a partir dos encontros com as mulheres e possibilitou repensar como o tema estava sendo, por vezes, exotizado. Dentre estes exemplos, muitos outros se apresentaram à pesquisadora, o que sugeriu que este campo de pesquisa está em construção e produz sempre novas indagações, *excedentes de visão* que fazem pensar tanto os sujeitos envolvidos, quanto a própria temática.

O *excedente de visão* que mulheres, médicos e pesquisadora puderam tecer entre si, a partir de seus lugares de experiência, possibilitou que a temática fosse avaliada por ângulos distintos. Portanto, os sentidos foram agenciados de modo que não se possibilitasse uma leitura única dos discursos emergidos na pesquisa, marcando-se uma heterogeneidade de questões. Ao fazer um balanço do que suscitaram os *encontros de conversa(ação)*, percebe-se que mais do que respostas, fazer com que as vozes de médicos e mulheres (e da própria pesquisadora) se aproximassem no texto acadêmico, produziu novos eixos de reflexão e indagação. Neste sentido, no que se refere à pesquisa intervenção propriamente dita, o trabalho de campo em questão, mesmo que não tenha sido construído com a intenção de ser interventivo, o processo da relação estabelecida entre pesquisadora e participantes, demonstrou que a pesquisa teve um caráter interventivo, pois proporcionou questionamentos de si por parte das mulheres e médicos (ainda que se parta do pressuposto que toda pesquisa tem um caráter interventivo, mesmo que em graus variados de intensidade e forma).

É no *excedente de visão* e as implicações que os produzem que se ancora a ética e a estética de Bakhtin, (1992) pois somos responsáveis e responsáveis pelo que devolvemos ao outro, como o completamos, damos um acabamento inconcluso à sua existência. Se médicos e mulheres não percebem de modo mais contundente a questão da saúde sexual de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres, isso se refere também ao *excedente de visão* que recebem de si. Deste modo, esta pesquisa não intencionou advogar por determinadas posturas pessoais e profissionais de mulheres e médicos, sob o risco que se incorreria em

renormatizar o lugar que ocupam e suas escolhas de vida. Não se pretendeu culpabilizar e nem partir das indicações oficiais de saúde para avaliar as práticas sexuais das mulheres e as práticas profissionais dos médicos. Intencionou-se, antes de tudo, que os discursos, em seu encontro, pudessem produzir novos sentidos e eixos de reflexão sobre a temática, de modo que se avance numa discussão política desta ordem. Devemos ter em consideração que ainda que a postura profissional de alguns médicos deva ser repensada, não podemos perder de vista que os que participaram da pesquisa são profissionais bastante engajados e merecedores de reconhecimento, pois se dispuseram em problematizar o trabalho que desenvolvem nesta pesquisa científica e possibilitar que fosse produzido conhecimento acerca do lugar que ocupam. Mais do que almejar conclusões, a intenção desta pesquisa foi possibilitar que a temática pudesse “sair do armário”, ao menos contingencialmente, e se impor como questão a ser debatida.

6 Considerações finais: apenas o início do percurso

Senhoras e senhores, no último ato desta dissertação, pretendemos assumir que, as considerações finais aqui apresentadas, na realidade são apenas indicadores de reflexão de um tema que ainda engatinha e que merece ser explorado em outros espaços. Neste sentido, ao invés de fecharmos as cortinas, o roteiro trazido pela dissertação busca incitar a produção de reflexões outras que favoreçam a discussão e transformação da realidade de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres e saúde.

As narrativas das mulheres e médicos nos indicaram elementos fundamentais para pensarmos numa atenção em saúde e em políticas públicas (terceiro objetivo desta dissertação) sensíveis às práticas sexuais e os impactos destas nos atendimentos ginecológicos. A disjunção entre identidades e práticas apresentou-se como elemento que deve ser mais bem aprofundado nas pesquisas e ações/documentos governamentais que envolvam sexualidade e saúde, pois a tensão presente nesta relação pode reverberar na invisibilidade de demandas de saúde de grupos específicos.

Portanto, esta dissertação comunga com a premissa de que, se os contornos dos corpos e as erogenizações são produzidos socialmente, ou seja, se sexo e gênero são fabricados pelas relações de poder, como poderíamos produzir políticas fluídas, que atendam tal mobilidade? Que outras formas de organização podem ser pensadas nos grupos de saúde que não seja pela via da identidade? A política *queer* ou política pós-identitária, parece nos auxiliar a pensar nestas questões, pois advoga não pela ultrapassagem ou negligenciamento das identidades, mas pela possibilidade (necessidade) de trabalharmos com identidades não fixas.

A baixa percepção dos riscos apresentada na pesquisa (tanto por mulheres, quanto por médicos), parece fazer parte de uma engrenagem que se retroalimenta, pois ambos encontram-se vulneráveis no que se refere a informações neste sentido (desamparo institucional). Ora, se os médicos são formados para trabalhar tendo como referência um estatuto de mulher heterossexualizado, o atendimento é conduzido em relação a determinadas práticas específicas. Se o atendimento é direcionado, às mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres não é

ofertado um ambiente acolhedor para o relato de suas práticas, caso seja seu desejo. Por fim, os profissionais deixam de realizar um atendimento de modo mais integral, visto não possuem a dimensão das práticas e as mulheres não recebem informações que as auxiliem na melhor resolução de suas queixas, e, questões preventivas, permanecem negligenciadas. O micro-dispositivo “invulnerabilidade de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres” parece ser produto desta engrenagem. Todavia, para que os profissionais da ginecologia possam atender suas pacientes de modo mais integral e consubstanciado, a partir de uma prática que não se restrinja às queixas, o sistema deve oferecer condições mínimas de trabalho, pois com o curto espaço de tempo que têm para atender as pacientes, torna-se inviável uma acolhida mais implicada.

Em relação aos médicos ginecologistas, criar condições para que discussões que envolvam sexualidade, gênero e saúde estejam presentes em suas formações, seria um modo possível de avançar neste sentido. Possibilitar também que haja momentos de reflexões (e não meramente formações continuadas que parecem tão distanciadas dos cotidianos de trabalho e que se tornam uma pedagogia esvaziada por vezes) nos ambientes de trabalho, que se tenha em pauta questões que envolvam a diversidade (tanto sexual, quanto outras) seria um modo de relativizar as indicações de saúde, compreendendo os usuários como sujeitos. Utilizamos a palavra usuário ao invés de paciente pois acreditamos que um tipo de trabalho deste gênero, não deva ocorrer apenas com os médicos, mas com toda a equipe de saúde, de modo que se realize um trabalho articulado¹.

Dois elementos foram sugeridos pelos participantes para desestabilizar o micro-dispositivo “invulnerabilidade de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres” acima especificado: inserção nas fichas de atendimento do quesito orientação sexual (e/ou práticas sexuais) e construção de dispositivos de proteção. Ainda que seja inegável a contribuição destes elementos, há que considerarmos que isolados, não garantem os abalos necessários e podem produzir impactos contraditórios. Explicitar nas fichas de entrada no sistema tal informação, se por um lado pode oferecer aos profissionais mais dados acerca dos usuários do

¹ O interessante desta proposta seria que, assim como nesta pesquisa, parte significativa dos médicos que atendem em clínicas privadas no Brasil, trabalha também no serviço público. Logo, se este tipo de discussão ocorrer nas equipes destes serviços, estaremos propiciando a sensibilização dos profissionais de ginecologia não apenas na atenção pública, mas também em contextos distintos (privados, por exemplo), que beneficiarão outras mulheres.

serviço, pode por outro, repatologizar as sexualidades tidas como dissidentes. Não obstante, a alteração nas fichas pouco pode contribuir se não houver um movimento de educação e formação em que se discuta junto aos profissionais o melhor modo de trabalhar com este dado e sua utilidade para a organização da atenção em saúde. Em relação às tecnologias de proteção, caso não sejam criadas tendo em consideração a erotização e o prazer, e haja um trabalho educativo que promova os benefícios deste aparato não apenas focado num registro racionalizado da prevenção, sua presença pouco pode contribuir para o campo da saúde sexual destas mulheres. O que pretendemos introduzir é a necessidade de que políticas e ações no campo da saúde pautem-se num registro positivado (que envolva o prazer), para construírem estratégias de saúde referentes ao sexo seguro. Deste modo, os sujeitos poderão definir os trajetos de vida, não sob o efeito de uma ameaça, mas sob a égide de um benefício (ainda que se considere que seja uma opção possível de vida não seguir as indicações de saúde e pautar suas decisões a partir de outra lógica, compreendendo a ética do *cuidado de si* como prática da liberdade (Foucault, 2004)).

Entretanto, gostaríamos de resgatar outro sentido para concebermos o *cuidado de si*, que neste trabalho é compreendido distante da visão da responsabilidade individualizada dos sujeitos, que pode desembocar na desatenção dos serviços e culpabilização dos sujeitos dissidentes às prescrições médicas. Consideramos os cuidados mais próximos ao que se propunha no universo grego: a tecnologia de si como uma construção gestada por meio de uma ética pessoal, cuidado valorizado e amparado socialmente. Ao compreender o *cuidado de si* nesta acepção, complementarmente, sinalizamos a necessidade de uma discussão mais aprofundada do que seja a saúde sexual de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres, para que estas possam ter elementos para subsidiar uma ética do cuidado pessoal (que é o processo germinativo do cuidado com o outro ou uma ética do coletivo, sendo ambos os cuidados – vertidos a si e ao outro – compostos por meio de uma ontologia simétrica) e da gestão dos riscos como prática de liberdade possível.

Facchini & Barbosa (2006) concebem que políticas públicas destinadas às mulheres em questão são atravessadas por concepções que restringem as possibilidades da experiência que vivem e, portanto, tem eficácia reduzida por se destinarem a uma imagem idealizada que não corresponde às práticas cotidianas.

Portanto, trazer as vozes das experiências destas mulheres para se pensar políticas de saúde específicas é caminho para fomentar ações mais eficazes e subsidiar seus direitos. Estermann et al. (2006) afirmam a necessidade de se compreender como se constituem as vulnerabilidades por meio dos conhecimentos locais, visto que, reconhecendo os mecanismos que as engendram, podem-se criar condições para que se construam táticas para seu enfrentamento, por meio dos saberes populares e localizados.

Por fim, tendo como mote de reflexão as políticas existentes (e citadas nesta dissertação) que consideram a demanda de saúde de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres, compreendemos que, mais do que construir políticas públicas outras, é necessário, em primeira instância, que se operacionalize as já existentes. Se colocadas em práticas de modo mais efetivo, haverá a possibilidade de que uma análise dos avanços e entraves deste campo seja feita e se produza um mapa mais preciso das demandas ainda desassistidas.

Devemos ter em consideração que as mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres devem estar atendidas de modo global nas políticas de saúde da mulher. O mesmo se estende ao atendimento ginecológico pois, ao invés de advogarmos por uma ginecologias específica, desejamos que as mulheres sejam atendidas tendo em consideração práticas sexuais múltiplas e não apenas as que envolvem o sexo oposto. Deste modo, pretendemos oportunizar que as mulheres sejam atendidas e compreendidas imersas em sua heterogeneidade, sem que sejam sufocados alguns modos de ser, sob a égide de um modelo hegemônico de mulher. Neste sentido, ter em pauta as tensões entre sexo-gênero-desejo (Butler, 2003) seria um modo de agregar às políticas e ações estas cartografias sexuais, pensando políticas públicas e atendimentos ginecológicos a partir deste referencial.

Mais do que chegar à conclusão uma acerca da temática, buscamos explicitar a pluralidade e frentes de tensão que atravessam este campo, de modo que busquemos uma densidade cada vez maior de reflexões, que possam oferecer subsídios às políticas públicas de saúde. Espero que esta dissertação, assim como tenha produzido *excedentes de visão* (Bakhtin, 1992) nos participantes da pesquisa e na própria pesquisadora, produza excedentes de visão também ao leitor, de modo que este possibilite que a discussão desta dissertação crie vida e perambule, assim como os saltimbancos, por outros espaços.

7

Referências bibliográficas

ALMEIDA, G. E. S. de. **Da invisibilidade à vulnerabilidade:** percursos do “corpo lésbico” na cena brasileira face à possibilidade de infecção por DST e AIDS. 2005. 307 f. Tese apresentada ao Programa de Doutorado em Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: 2005.

AMORIM, M. **O pesquisador e seu outro:** Bakhtin nas Ciências Humanas. São Paulo: Musa Editora, 2001.

ARÁN, M. **O avesso do avesso:** feminilidade e novas formas de subjetivação. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

_____. A psicanálise e o dispositivo diferença sexual. **Rev. Estud. Fem.** vol.17 n.3. sept./dec. 2009.

ARÁN, M; PEIXOTO JÚNIOR, C. A. Subversões do desejo: sobre gênero e subjetividade em Judith Butler. **Cadernos Pagu.** vol. 28, p. 129-147, 2007.

ARILHA, M. **Masculinidades e gênero:** discursos sobre responsabilidade na reprodução. Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Psicologia Social da Pontifícia Universidade de São Paulo. São Paulo: SP, 1999.

AYRES, J. R. de C. M. Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco. **Rev. bras. epidemiol.** vol. 05, supl. 1, 2002.

BAILEY, J; FARQUHAR, C; OWEN, C; WHITTAKER, D. Sexual behaviour of lesbians and bisexual women. **Sexually Transmitted Infections.** vol. 79, p. 147-150, 2003.

BAKHTIN, M. **Estética da criação verbal.** São Paulo: Martins Fontes, 1992.

BAKHTIN, M. (VOLOCHINOV). **Marxismo e filosofia da linguagem.** Trad. Michel Lahud e Yara Frateschi Vieira. Hucitec, p. 39-47, 1981.

BARBOSA, R. M.; FACCHINI, R. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, vol.25, supl.2, p. 291-300, 2009.

BARBOSA, R. M.; KOYAMA, M. A. Mulheres que fazem sexo com mulheres: algumas estimativas para o Brasil. **Cadernos de Saúde Pública.** vol. 22, n. 7, p. 109-118, 2006.

BAUER, G; WELLES, S. Beyond assumptions of negligible risk: Sexually transmitted diseases and women who have sex with women. **American Journal of Public Health.** vol. 91, n.8; ABI/INFORM Global: 1282. Aug, 2001.

BENEDETTI, M. R. **Toda feita**. O corpo e o gênero das travestis. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BENJAMIN, W. **Reflexões**: a criança, o brinquedo, a educação. São Paulo: Summus, 1984.

BJORKMAN, M.; MALTERUD, K. **Being lesbian – does the doctor need to know?** A qualitative study out the significance of disclosure in general practice. vol. 25, n. 1, 2007, p. 58-62.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996 aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, 1996. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/resoluções/1996/Reso196.doc>.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes 2004-2007**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2004.

_____. **Conselho Federal de Psicologia**. Resolução CFP n. 016 de 20 de dezembro de 2000. Dispõe sobre a realização de pesquisa em Psicologia com seres humanos, 2006. Disponível em: <http://www.enps.fiocruz.br/etica.br/resoluções/cfp16-00.pdf>.

_____. **Plano integrado de enfrentamento da feminização da epidemia de Aids e outras DST**. 2007. Disponível em: <http://www.pr5.ufrj.br/pedh/documentos/planfem07.pdf>.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais**. Brasília; 2009. Disponível em: http://www.abglt.org.br/port/planos_gov.ph.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. **Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT**. 2009.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc. saúde coletiva**. vol. 05, n.1, 2000.

BUTLER, J. **Cuerpos que importam**: sobre los limites discursivos del “sexo”. Buenos Aires: Paidós, 2002.

_____. **Problemas de gênero**: feminismo e subversão da identidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

_____. **Deshacer el género**. Buenos Aires: Paidós, 2006.

CASTIEL, L. D. Vivendo entre exposições e agravos: a teoria da relatividade do risco. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v.3, n.2, p.237-264, 1996.

_____. “Quem vive mais, morre menos?” Estilo de risco e promoção de saúde. In: BAGRICHEVSKY, A. et al. **A saúde em debate na educação física**. Blumenau (SC): Edibes, 2003.

CASTIEL, L. D.; ALVAREZ-DARDET, C. Saúde persecutória. **Rev. Saúde Pública**; vol.3. 2007.

CENTERS FOR DISEASE CONTROLE. **CDC HIV/AIDS Fact Sheet. HIV/AIDS among Women Who Have Sex with Women**. 2006. Disponível em: <http://www.cdc.gov/Hiv/topics/women/resources/factsheets/wsw.htm>. Acesso em 28/04/2008.

CERTEAU, M. **A invenção do cotidiano: artes de fazer**. Petrópolis: Vozes, 1994 (p. 57-106).

_____. **A cultura no plural**. Campinas: Papirus, 1995

CORNWALL, A.; JOLLY, S. (orgs.). **Questões de sexualidade: ensaios transculturais**. Trad. Jones de Freitas. Rio de Janeiro: Abia, 2008.

CORRÊA, S; JANUZZI, P. M.; ALVES, J. E. D. **Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores**. In: CAVENAGHI, S. (org.). **Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva**. Rio de Janeiro/Brasília: aBEP/UNFPA, 2006, p. 28-62.

DIAMANT, A.; M. SHUSTER, K.; LEVER, J. Lesbians' Sexual History With Men: Implications for Taking a Sexual History. **Archives of Internal Medicine**. vol.22, n.159, p. 2730-2736, Dec. 1999.

DOLAN, K. **Lesbian Women and Sexual Health: The Social Construction of Risk and Susceptibility**. New York: Haworth Press, 2005.

DOLAN, K; DAVIS, P. Nuances and shifts in lesbian womens constructions of STI and HIV vulnerability. **Social Science & Medicine**. vol. 57, p. 25-38, 2003.

ESTERMANN, D. et al. “Você aprende. A gente ensina?” Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol. 6, p. 1335-1342, 2006.

FACHINNI, R. Mulheres, Diversidade Sexual, Saúde e Visibilidade Social. In: RIOS, L. F. et al (orgs.). **Homossexualidade: produção cultural, cidadania e saúde**. Rio de Janeiro: ABIA. 2004. (p. 34-43).

_____. **Entre umas e outras:** mulheres, (homo)sexualidades e diferenças na cidade de São Paulo. 2008. Tese de Doutorado em Ciências Sociais. Programa de Doutorado em Ciências Sociais da UNICAMP. Campinas: 2008.

FACCHINI, R.; BARBOSA R. M. **Dossiê:** Saúde das Mulheres Lésbicas promoção da equidade e da integralidade. Rede Feminista de Saúde. Belo Horizonte: 2006. 43 p.

FAVRET-SAADA, J. “Ser afetado”. **Cadernos de Campo**, n.13, 2005.

FÉRES-CARNEIRO, T. **Família e Casal:** efeitos da contemporaneidade. Rio de Janeiro: Editora PUC-Rio, 2005.

FOUCAULT, M. **As palavras e as coisas:** uma arqueologia das ciências humanas. São Paulo: Martins Fontes, 1966.

_____. **História da sexualidade 2:** o uso dos prazeres. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

_____. **História da sexualidade 3:** o cuidado de si. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

_____. **História da Sexualidade 1:** a vontade de saber. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

_____. **Ditos e escritos - Ética, Sexualidade, Política.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

GAGNON, J. Teorizando as práticas sexuais de risco. In: **Uma interpretação do desejo.** Rio de Janeiro: Relumê Dumará, 2006.

JOBIM e SOUZA, S. **Infância e linguagem:** Bakhtin, Vygotsky e Benjamin. Campinas/SP: Papyrus, 1994.

_____. Mikhail Bakhtin e Wálter Benjamin: polifonia, alegoria e o conceito de verdade no discurso da ciência contemporânea. In: BRAIT, B. **Bakhtin, dialogismo e construção do sentido.** Campinas: Editora da Unicamp: 1997.

JOBIM E SOUZA, S.; KRAMER, S. **Política, cidade, educação:** itinerários de Walter Benjamin. Rio de Janeiro: Editora PUC-Rio e Contraponto Editora, 2009.

JORDANOVA, L. **Sexual Visions, Images of Gender in Science and Medicine Between the Eighteenth and Twentieth Centuries.** London: Harvester Wheatsheaf, 1989.

KNERR, W.; PHILPOTT, A. Reintroduzir o erotismo no sexo seguro – o Projeto do Prazer. In: CORNWALL, A.; JOLLY, S. (orgs.) **Questões de sexualidade:** ensaios transculturais. Trad. Jones de Freitas. Rio de Janeiro: Abia, 2008.

LAQUEUR, T. **Inventando o Sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud.** Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

LAW, J. **Collateral Realities.** 2009. Available at: <http://www.heterogeneities.net/publications/Law2009CollateralRealities.pdf>. (2009).

LAW, J.; URYYY, J. **Enacting the Social.** 2002. Available at: <http://www.comp.lancs.ac.uk/sociology/soc099jlju.html>.

LEITE, V. **Sexualidade Adolescente como Direito?** A visão de formuladores de políticas públicas. 2009. Dissertação de Mestrado do Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2009.

LOURO, G. L. Teoria *Queer*: uma política pós-identitária para a educação. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 9, n. 2, p. 541-553, 2001.

_____. **Um corpo estranho – ensaios sobre a sexualidade e teoria queer.** Belo Horizonte: Autêntica, 2004.

MARRAZZO, J; COFFEY, P; BINGHAM, A. Sexual Practices, Risk Perception and Knowledge of Sexually Transmitted Disease Risk among Lesbian and Bisexual Women. **Perspectives on Sexual and Reproductive Health**, vol. 37, n.1, p. 6-12, 2005.

MEINERZ, N. Método Cem por cento Garantido. Práticas de sexo seguro em relações homoeróticas entre mulheres de segmentos médios em Porto Alegre. **Boletim Eletrônico Ciudadania Sexual**, America Latina, v. 16, p. 1-7, 2005.

MELO, A. P. L. de. **“Mulher Mulher” e “Outras Mulheres”:** gênero e homossexualidade(s) no Programa de Saúde da Família. 2010. Dissertação apresentada como requisito para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2010.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. **3º Programa Nacional de Direitos Humanos.** Ministério da Justiça. Governo Federal. Brasília. 2009.

MIRANDA, L. L. Subjetividade: A (Des)construção de um Conceito. In: Jobim e Souza, S. (org.) **Subjetividade em Questão: A infância como Crítica da Cultura.** 2 ed. Rio de Janeiro: 7 letras, 2005.

MISKOLCI, R. A Teoria *Queer* e a Sociologia: o desafio de uma analítica da normalização. **Sociologias**. n.21. Porto Alegre, Jan./June 2009.

MOL, A.; LAW, J. Embodied Action, Enacted Bodies. The Example of Hypoglycaemia. **Body & Society**, v. 10. p. 43-62, 2004.

MORA, C. M. C. **Sida: sociabilidad y trayectorias de mujeres jóvenes con prácticas homoeróticas en Rio de Janeiro.** 2009. Dissertação de Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública na FIOCRUZ/ENSP. Rio de Janeiro: 2009.

NAVARRO-SWAIN, T. **O que é lesbianismo.** São Paulo: Brasiliense, 2000.

_____. O normal e o “abjeto”: a heterossexualidade compulsória e o destino biológico das mulheres. **Labrys, estudos feministas.** n. 6. 2004. Disponível em: <<http://www.unb.br/ih/his/gefem/labrys6/lesb/anhita.htm>>.

PECHESKI, R. Direitos sexuais um novo conceito a prática política internacional. In: PARKER, R; BARBOSA, R. M. (orgs). **Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1999.

PINTO, V. M. **Aspectos epidemiológicos das doenças sexualmente transmissíveis em mulheres que fazem sexo com mulheres.** 2004. Dissertação. Universidade de São Paulo. São Paulo: 2004.

REDE FEMINISTA DE SAÚDE. Os direitos que Não Podem Calar. In: **Jornal de Rede saúde.** São Paulo, n.24, p. 22-25, 2001.

RICHARDSON, D. The social construction of immunity: HIV risk perception and prevention among lesbians and bisexual women. **Culture, Health & Sexuality.** vol. 2, n.1, p. 33-49, 2002.

RODRIGUES, C. Butler e a desconstrução do gênero. **Rev. Estud. Fem.** vol.13 n.1. Florianópolis: Jan./Apr. 2005

ROHDEN, F. Ginecologia, Gênero e Sexualidade na Ciência do Século XIX. **Horizontes Antropológicos,** Porto Alegre, ano 8, n.17, p. 101-125, junho de 2002.

_____. A construção da diferença sexual na medicina. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2003000800002&lng=pt&nrm=iso>.

_____. A obsessão da medicina com a questão da diferença entre os sexos. In: Piscitelli et al. **Sexualidades e saberes: convenções fronteiras.** Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

RUBIN, G. Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad. In: VANCE, C. (org.). **Placer y peligro: explorando la sexualidad femenina.** Madrid: Revolución Madrid, p. 113-190, 1989.

_____. El tráfico de mujeres: Notas sobre la "economía política" del sexo. In: COMPILADORA, L. M. **El género: la construcción cultural de la diferencia sexual.** PUEG, México: 1996. (p. 35-96).

_____. Tráfico sexual – entrevista. **Cadernos Pagu**. vol. 21, p. 157-209, 2003.

SANTOS, E. dos. Da tradição greco-romana à contemporaneidade: considerações sobre o teatro itinerante. **Revista Eletrônica do Instituto de Humanidades**. vol. VIII, n.XXXI, 2009.

SANTOS, G. G. da C. Conjugalidade homossexual no Brasil: um estudo das uniões estáveis entre pessoas do mesmo sexo. **Anais do XII Congresso Brasileiro de Sociologia**, 2007.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 1, p. 29-41, 2007.

SEDGWICK, Eve Kosofsky. **Between Men**. English Literature and Male Homosocial Desire. New York, University of New York Press, 1985.

_____. A epistemologia do armário. **Cadernos Pagu**, n.28, p. 19-54, 2007.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Rev. Saúde Pública**. vol.31, n. 5. São Paulo: 1997.

SPINK, M. J. P. Sobre a promoção da saúde: tensões entre risco na modalidade da aventura e as estratégias contemporâneas de biocontrole. In: JACÓ-VILELA, A.M.; SATO, L. (orgs.). **Diálogos em Psicologia Social**. Porto Alegre: ABRAPSO SUL, p. 345-360, 2007.

SPINK, P. K. O pesquisador conversador no cotidiano. **Psicologia & Sociedade**, 20 (número especial), p. 70-77, 2008.

TORRANO, L. H. **O campo da ambivalência**. Poder, sujeito, linguagem o legado de Michel Foucault na filosofia de Judith Butler. 2010. Dissertação do Programa de Pós-graduação em Filosofia do Departamento de Filosofia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. 2010.

UNAIDS. Report on the global HIV/AIDS epidemic 2008: executive summary. **Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)**. July, 2008.

VANCE, C. S. — A Antropologia redescobre a sexualidade: um comentário teórico. **Physis**, Rio de Janeiro, vol.05, n.01, p. 7-31, 1995.

VOLOSHINOV, V. N./ M. M. BAKHTIN. **Discurso na vida e discurso na arte**. Tradução inédita de Cristóvão Tezza do artigo "Discourse in Life and Discourse in Art", apêndice in Voloshinov, V. N. **Freudianism: a marxist critique**. New York: Academic Press, 1976.

YOUNG, R. M; MEYER, I. H. The trouble with “MSM” and “WSW”: erasure of the sexual-minority person in public health discourse. **Am J Public Health**. vol. 95, p. 1144–1149, 2005.

WATNEY, S. **Policing Desire**. Pornography, AIDS and the media. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1996.

WEEKS, J. O Corpo e a Sexualidade. In: LOURO, Guacira Lopes (org.). **O Corpo Educado: Pedagogias da Sexualidade**. Belo Horizonte: Autêntica, 1999 (p.37-80).

8
Anexo



Comitê de Ética em Pesquisa

Parecer nº 86A/2010

Rio de Janeiro, 19 de abril de 2010.

Sr(a) Pesquisador(a),

Informamos a V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil - CEP SMSDC-RJ, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo discriminado:

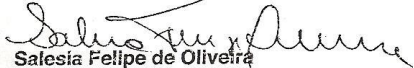
<p>Coordenadora: Salesia Felipe de Oliveira</p> <p>Vice-Coordenadora: Suzana Alves da Silva</p> <p>Membros: Alice de C. A. Vinhaes Andréa Ferreira Haddad Carlos Alberto Pereira de Oliveira Elisete Casotti José M. Salame Nara da Rocha Saraiva Pedro Paulo Magalhães Chrispim Rodrigo de Carvalho Moreira Sérgio Luis Aquino Sônia Ruth V. de Miranda Chaves</p> <p>Secretárias Executivas: Carla Costa Vianna Renata Guedes Ferreira</p>	<p style="text-align: center;">PROTOCOLO DE PESQUISA Nº 41/10</p> <p style="text-align: center;">CAAE: 0042.0.314.000-10, 0043.0.314.000-10, 0044.0.314.000-10 e 0045.0.314.000-10</p> <p>TÍTULO: Mulheres e (homo) sexualidades: saúde sexual em questão.</p> <p>PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Cíntia de Sousa Carvalho.</p> <p>UNIDADE (S) ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: CMS Heitor Beltrão, CMS Marcolino Candau, CMS João Barros Barreto e CMS Píndaro de Carvalho Rodrigues.</p> <p>DATA DA APRECIÇÃO: 19/04/2010.</p> <p>PARECER: APROVADO.</p>
--	---

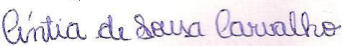
Atentamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata (*item V.13, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

O CEP/SMSDC-RJ deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (*item V.4, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas a este CEP/SMSDC-RJ, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Acrescentamos que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (*item IV.1.f, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (*item IV.2.d, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII. 13.d., da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).


Salesia Felipe de Oliveira
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa


Cíntia de Sousa Carvalho
PSICOLOGIA

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 715 – Cidade Nova – Rio de Janeiro
CEP: 20211-901 Tel.: 3971-1590
E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br - Site: www.saude.rio.rj.gov.br/cep

FWA nº: 00010761
FIS nº: 00005577