

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 construírem 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 debrucem 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: tricomoniase, 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

difficuldade 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 pregressa, 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 repitamos 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.