

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 debrucem 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 a 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.