

5

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.1 Heterogeneidade das gramáticas sexuais

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(...)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(...)

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

Cíntia (pesquisadora) – Ainda tem essa coisa aí?

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

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

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

5.1.2

Pluralidade de sentidos: as práticas sexuais em questão

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

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

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

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

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

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

(...)

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

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

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

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

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

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

...

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

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

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

⁷ Ver capítulo II.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.2

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(...)

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

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

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

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

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

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

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

Cíntia – *E em relação às mulheres?*

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

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

Valéria – *Não, nunca foi.*

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

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

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

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

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

Carla – *Na prevenção com duas mulheres?*

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

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

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

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

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

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

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

(...)

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

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

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

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

Cíntia (pesquisadora) – *É?*

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

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

Bruna – *Bem inferior...*

...

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cíntia – *Não, tudo bem...*

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

Cíntia – *Dependente?*

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

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

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

(...)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.3

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

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

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

5.3.1 Tecnologias de prevenção

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

...

Bruna – *O rolopack...*

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

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

(...)

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

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

Eva – *Não tem. Exatamente.*

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

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

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

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

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

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

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

...

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(...)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.3.2 Gestão dos riscos

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

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

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

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

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

(...)

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

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

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

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

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

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

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

5.4

Acesso aos serviços ginecológicos: invulnerabilidade e questões institucionais

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

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

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

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

Rita – *É.*

(...)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(...)

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

(...)

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

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

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

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

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

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

Cíntia – *Como é que funciona?*

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

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

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

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

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

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

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

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

Carla – *É, é.*

Cíntia – *Por que isso?*

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

Cíntia – *Ah tá...*

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

Cíntia – *Tinha susto disso...*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cíntia – *Raros casos que...*

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

Cíntia – *Algumas dizem...*

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

(...)

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

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

Renata – *Acho que umas dez pacientes.*

(...)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.4.1

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

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

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

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

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

Jane – *É, o público sim.*

(...)

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

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

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

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

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

Priscilla – *É...*

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

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

Cíntia – *Ah é?*

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

Cíntia – *Existe um cuidado maior.*

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

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

(...)

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

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

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

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

Cíntia – Vinte por dia?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(...)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tiago – *É, e funciona assim.*

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

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

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

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

5.5

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

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

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

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

(...)

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

Cíntia – Você chega e já assume.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(...)

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

Cíntia – *Não interfere...*

Vando – *Não interfiro.*

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

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

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

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

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

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

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

(...)

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

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

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

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

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

(...)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.6

Qual o estatuto de mulher utilizado pela ginecologia?

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

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

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

(...)

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

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

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

(...)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cíntia (pesquisadora) – *Por que isso?*

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

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

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

(...)

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

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

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

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

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

Cíntia – *Você acha que não?*

Rita – *Acho que não. Pelo menos o pouco conhecimento que eu tenho de ginecologia, mas, não tem muita coisa para adaptar.*

(...)

Sérgio (69a, médico) – *É, inclusive é importante. Não vamos também supor, ou pelo menos na prática eu não vejo, que existe uma medicina muito diferente, uma ginecologia muito diferente para uma hetero, e para uma para homossexual. Há muita diferença. Prática... Eu acho que conhecer o comportamento sexual no atendimento, pode ser uma forma de você ajudá-lo de alguma maneira, quanto às questões que ele possa ter de alguma maneira, são muito difíceis dele ou dela colocar na medida em que ela não tem um nível de relação suficiente para se definir seu comportamento sexual. Então é bom que você conheça como você está assumindo isso... Eu não vou ficar cobrando um determinado comportamento. Mas eu acredito, estou convencido de que o conhecer este comportamento é facilitador. Facilita... Mas eu diria que na prática, a meu ver não é tão relevante. Eu não vejo que exista uma ginecologia própria para homossexual...*

Em consideração às presentes falas, se concebe que, pensar em “ginecologias distintas” ou mesmo na adaptação dos atendimentos ginecológicos, ao invés de apenas possibilitar que mulheres com práticas sexuais distintas sejam atendidas em suas especificidades de saúde, estaria sendo reforçada a normatividade das práticas sexuais entre pessoas de sexo oposto. Ora, pensar em ginecologias distintas não seria também um modo de atualizar o *apartheid* que existe entre as sexualidades? Pensar em adaptação do atendimento, não se pressuporia uma norma fixa e verdadeira e que deveria abarcar outras configurações não tão legítimas? Na fala do médico Sérgio, visualiza-se como a norma sexual (práticas sexuais entre indivíduos de sexo distintos), alicerça o atendimento ginecológico, até que outra prática seja exposta.

Sérgio (69a, médico) – *Não, na verdade, veja bem. Se você vai examinar homossexuais ou uma mulher heterossexual, como patologia não é muito diferente. Agora a relação fica um pouco diferente... Por exemplo, eu ontem atendia um casal, homossexual, como ginecologista. E essa... Uma delas já teve filhos, já tem até netos. A outra, não teve nunca uma experiência hetero anterior. Essa segunda tem muita dificuldade nos exames. Tocá-la é muito desconfortável para ela. E a gente respeita muito essa dificuldade que ela tem, passar o espelho, o dedo, nessa outra, é muito desconfortável para ela. Na outra não... Ela também é homossexual e ela... Você não notaria. Claro que eu, se não tivesse a informação de que eram homossexuais, eu examinaria esta segunda, com todas essas dificuldades que ela tem, como se ela fosse, uma mulher heterossexual. Eu não identificaria por isso,*

não daria para eu identificar que ela é uma homossexual. Mas aí depois que eu sei que ela é homossexual...

Para Arán & Peixoto Júnior (2007), a normatividade, no sentido foucaultiano, está presente intrinsecamente nas práticas históricas e sociais e estabelece a divisão entre o que é da ordem do inteligível e aceito, do que é do registro do abjeto. Portanto, no discurso deste profissional, a norma se atualiza, na medida em que o médico atende todas as suas pacientes como se fossem heterossexuais.

A questão a ser tensionada se refere também ao estatuto de mulher, do que é da ordem do feminino, que está sendo utilizado pela ginecologia. Para o médico acima, o estatuto de mulher empregado é aquele do registro heterossexual, norma que se justifica até que outra experiência sexual seja relatada pela paciente. Entretanto, devemos colocar em questão não apenas a fala em si do médico pois, o profissional, quando parte da heterossexualidade como pressuposto implícito de sua prática, é reflexo de um modo de olhar para a sexualidade que não diz respeito apenas de seu lugar de médico, mas de uma dinâmica social mais ampla, que parte da heterossexualidade como norma. Neste sentido, a preocupação das pacientes de Renata parece se materializar na prática:

Renata (33a, médica) – A gente vai percebendo muito isso de cada um. E normalmente é assim. Mas interfere para mim, dessa forma. Uma mulher que às vezes não tem algum cuidado com o corpo porque ela acha que ela está mais imune do que outras. Ou às vezes tem dificuldade na relação homossexual que ela não verbaliza, porque muitas vezes ela acha que... Eu acho que uma grande parte, o que eu percebo é que algumas mulheres acham, que a gente como ginecologista, está esperando atender uma pessoa que tem relação hetero.

Torna-se necessário colocar em pauta uma lógica que conceba a mulher na integralidade de sua experiência, sem que nenhum sentido hegemônico do que seja “a mulher” impere e sufoque a heterogeneidade desta experiência. Butler (2003) concebe que o sujeito político “a mulher” deve ter em pauta sua função (e limitação) representativa, que será sempre aquém da multiplicidade de modos de subjetivação submersas na experiência de ser mulher.

Cíntia (pesquisadora) – E até elas relatarem, é, a senhora vai conduzindo como se tivesse uma relação hetero ou...

Renata (33a, médica) – Conduzo como se tivesse as duas coisas. Para mim me interessa o que ela está sendo exposta, independente qual. São perguntas que

podem ser feitas tanto numa relação homo como numa relação hetero. Independente disso.

Portanto, ao invés de se advogar por uma ginecologia que abarque as experiências de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres, talvez a questão fosse construir uma prática ginecológica que atenda integralmente as mulheres, consciente de que estas possam se constituir em meio a práticas sexuais múltiplas.

5.7

Mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres: atravessamentos das trajetórias pessoais e profissionais

Neste tópico objetiva-se explicitar quais as relações entre a perspectiva dos médicos em consideração à temática da pesquisa em questão, enredada com suas trajetórias pessoais e profissionais. Compreende-se que não haja uma causalidade que ampare a postura apresentada pelos profissionais nesta pesquisa com suas biografias, mas pretende-se considerar os discursos dos profissionais, atravessados por contingências outras que os constituem.

Assim como as mulheres assinalaram, ao longo da pesquisa, a ausência de dados consistentes acerca da saúde sexual de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres, também os médicos se depararam com um desamparo institucional e de informações acerca da temática. A “invulnerabilidade” (Dolan, 2005) que esteve presente nos discursos das mulheres, também se apresenta nas falas dos médicos, visto que, no ensino formalizado e no discurso científico-médico, centraliza-se o saber sobre os riscos presentes nas práticas sexuais entre homens e mulheres. Portanto, o silêncio ao redor de questões outras, como as das práticas sexuais entre mulheres, ao invés de ser tema de questionamento, transforma-se em imunidade conjecturada.

Com exceção de duas médicas, todos os profissionais que participaram desta pesquisa se formaram antes da epidemia da aids. Este evento preconizou outro olhar para a saúde sexual, composta agora por grupos de risco. As práticas sexuais desprotegidas tornaram-se o grande vetor de transmissão, portanto, se intensificou o controle dos corpos neste sentido.

Cíntia (pesquisadora) – *E aí durante a faculdade, por exemplo, na sala de aula, existia alguma discussão sobre isso, sobre esta questão da prática sexual. Da prática sexual da paciente, ou enfim, era um corpo, um corpo de homem e um corpo de mulher, e as práticas não eram abordadas. As possibilidades de utilização deste corpo não eram importantes...*

Bruna – *Não, não...*

Cíntia – *Não era discutido... A senhora acredita que isso persiste até hoje?*

Bruna – *Bom, acho que mudou um pouco por conta da aids, né? Como inicialmente foi uma doença de homossexuais, eu acho que mudou um pouco. Mas assim, no homossexualismo feminino eu acho que não.*

(...)

Márcio (55a, médico) – *O profissional médico ele não teve orientação sexual na faculdade. Vai aprender que nem todos, nos erros e nos acertos. Mas a cultura oficial é muito grande em cima do comportamento. Pai, mãe e sociedade têm um peso muito grande na atitude médica. Eu tenho que parecer assim. Eu tenho que ter um verniz, daí sobe num patamar e dali não desce (se referindo aos médicos).*

Percebe-se acima como a “invulnerabilidade” sugerida por Dolan (2005) e Richardson (2000) que, após a epidemia da aids rondou as práticas sexuais que prescindiam do pênis, se atualiza nas falas dos profissionais.

Renata (33a, médica) – *Sem dúvida. O que se passa para a vagina e o que a vagina passa para o pênis. Não o que uma vagina passa para uma vagina. É um pouco isso. Com certeza, não tem este tipo de orientação. Não faz parte da orientação. Pelo menos, eu que fiz universidade pública.*

Cíntia (pesquisadora) – *E você se formou recente... Não faz muito tempo...*

Renata – *Oito anos. Não, não tem. Não tem este tipo de orientação. A primeira vez que eu fui atender uma paciente homossexual que ela perguntou se tinha que fazer o preventivo, eu tive que pensar se ela precisava ou não fazer preventivo. Mas eu por um momento tive de parar para pensar se precisava colher o preventivo dela o não. E isso tudo vem com uma carga de explicação, tem que botar o espelho, ela pode nunca ter tido penetração. Aí vêm todos esses mitos: “Ah, eu não tive relação e você vai botar o espelho, mesmo sendo homossexual...”. Aí vai esclarecer, dizendo olha, você não é virgem, então o vibrador ou o espelho estarão agindo da mesma forma.*

Renata que se formou a menos de dez anos, portanto, após a epidemia da aids, ainda assim denuncia que as formações privilegiam as práticas sexuais entre pessoas de sexo oposto e as questões de saúde advindas destas práticas. Dessa forma, mesmo após a epidemia, o discurso institucionalizado parece atualizar o dispositivo “invulnerabilidade de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres”.

Os médicos que relataram uma formação diferenciada, como outra graduação ou pós-graduação, apresentaram um olhar diferenciado às práticas sexuais distintas e suas relações com as demandas de saúde. Renata, profissional que em seus discursos apresentou saberes mais detalhados acerca da saúde sexual

de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres, além de ser a profissional mais jovem a participar da pesquisa e com formação médica mais recente, é também mestre. Sua formação parece ter possibilitado um olhar mais alargado para questões que extrapolam a tríade corpo-saúde-doença. Entretanto, mesmo que a formação tenha um papel importante no que se refere a um maior envolvimento dos médicos com a questão, ainda assim, uma postura mais sensível acerca das singularidades clínico-ginecológicas desencadeadas pelas diversas práticas sexuais das pacientes não se esgota no acesso a uma formação mais abrangente.

Renata (33a, médica) – Já. Mas isso acho que não é nem uma dificuldade da pessoa, mas uma dificuldade que o médico tem, lógico que isso tem um pouco da carga pessoal de cada um, de lidar com isso. Quando a gente está na dúvida, a gente não fala. Então acho que tem um pouco disso, sempre acho que não abordam essa questão não é por não achar que não é importante, mas por não saber lidar com aquilo ou por não achar que aquilo é papel dele. Tem muita gente que encaminha para o psicólogo, mas enfim... Eu acho que é uma dificuldade mesmo, e acho que vem da nossa formação. Na nossa formação a gente não recebe este tipo de orientação. A gente recebe orientação sobre uma mulher que tem relação com um homem...

Dois ginecologistas de uma mesma instituição, que são especialistas em Terapia Sexual, apresentaram posturas distintas referente à questão central desta pesquisa. Enquanto um destes profissionais mostrou-se mais afeito às práticas sexuais entre mulheres e as implicações destas para sua prática médica, para o outro, as práticas não são questões que interferem em seu trabalho. Percebeu-se que, além de questões de cunho institucional e de formação, a carga pessoal dos profissionais se apresenta como questão importante.

Cíntia (pesquisadora) – Quando uma mulher chega até aqui para o atendimento, estou mais falando em atendimento ginecológico, as práticas sexuais em sua vida íntima, é um dado que é importante para como irá ocorrer o atendimento desta mulher?

Sérgio (69a, médico) – Olha, é muito... É claro que você vai ver uma distorção na minha resposta, pelo fato de eu ser médico e psicólogo, muda um pouco a minha perspectiva. E principalmente o fato de eu trabalhar com sexualidade, também muda um pouco a minha perspectiva. Eu não sei se a minha resposta seria a mesma se eu fosse somente médico.

(...)

Cíntia (pesquisadora) – E após ela relatar, existe alguma diferença no atendimento, do que, por exemplo, se ela tivesse relação só com homens, existiria uma diferença no protocolo ou na forma de atender?

Márcio (55a, médico) – Claro que não.

Cíntia – *Não existe diferença nenhuma se ela relatar que ela tem alguma prática e não têm outras... Como por exemplo, se há ou não penetração...*

Márcio – *De jeito nenhum. É a orientação dela sexual, e ponto final.*

Portanto, formação e carga pessoal foram dois quesitos que unidos, possibilitaram que as práticas sexuais e suas interfaces com as questões de saúde fossem vistas de modo distinto pelos profissionais. A médica Renata reflete ainda sobre uma necessidade, por parte dos profissionais, de delimitarem quais são suas atribuições. No discurso do médico abaixo, se apresenta a necessidade de diferenciar genitalidade (ginecologia) e sexualidade (terapia sexual).

Márcio (55a, médico) – *Por isso que o papel do terapeuta sexual é muito importante. Desde que ele tenha uma formação. E o Conselho Federal de Medicina permite ao ginecologista, fazer uma pós em sexualidade. E o psicólogo por natureza que tem a sua formação. É importante isso, médicos, psicólogos, terapeutas, sociólogos, para se ter uma macro visão da sexualidade, uma visão histórica da sexualidade. Porque também fica muito fácil você pegar a visão da história, para você trabalhar.*

Cíntia (pesquisadora) – *Começa a entender melhor, como funciona e por que, né...*

Márcio – *Então são pequenos movimentos que tentam dar seriedade a esta especialidade. Sexualidade multidisciplinar. Vários profissionais se juntam para compreender a diferença entre genitalidade e sexualidade.*

A questão acima esteve presente também quando a pesquisadora, no momento inicial da pesquisa, ao entrar em contato com instituições para acessar profissionais, se reportou a uma sociedade de ginecologia. Ao expor seu tema de pesquisa nesta instituição, foi aconselhada a procurar outra instituição, que trabalhasse com sexualidade humana. O que se encontra neste acontecimento e na fala do médico acima, é a necessidade de delimitação de fronteiras entre o que é da natureza (genitalidade) e da cultura (sexualidade), áreas que apesar de muito próximas, foram compartimentalizadas pelo saber científico e pouco se comunicam.

Por fim, além da formação e da carga pessoal dos profissionais como elementos tensionadores de uma relação médica mais ou menos implicada com questões que extrapolam o biológico, outra questão que se apresenta é a carga de trabalho destes profissionais. As entrevistas com os médicos acessados por indicação (que ocorreram nos consultórios privados) aconteceram geralmente no fim da noite, após várias remarcações devido à incompatibilidade de agenda destes profissionais. Estes relataram que trabalhavam em pelo menos dois serviços (no público e no privado) e suas rotinas de atendimento findavam em

torno das 23 (vinte e três) horas, quando não faziam plantões e trabalhavam durante diversos dias e noites sem pausa. Por outro lado, os médicos da rede apontaram o grande contingente de pacientes que deveriam atender em cada turno de 2 (duas) horas (cerca de 20 (vinte) mulheres). O excesso de atividades laborais destes profissionais foi questão que sinalizou a dificuldade em realizar um trabalho que envolvesse questões mais amplas, como das práticas sexuais e prevenção.

Sérgio (69a, médico) – Mas, daí respondendo a sua pergunta, óbvio que é muito importante a gente fazer aferições das questões pessoais que passam às vezes de forma velada numa consulta. Muitas vezes esta questão não está intrínseca, mas está velada, mas ela está querendo falar sobre isso. Ela tem interesse em discutir esta questão. E como a consulta médica é uma consulta muito rápida, muitas vezes não dá tempo. Nem ela de adquirir um nível de relação tão facilitadora, é difícil para ela expressar.

Compreender que estas linhas de força atuam nos modos como os profissionais da ginecologia se portam em suas práticas de atendimento, não subentende que se justifique por vezes, posturas meramente técnicas e moralistas dos profissionais frente às mulheres em questão e suas demandas de saúde. Mas para que políticas públicas sejam construídas com o objetivo de problematizar este campo, é necessário que se mapeie os elementos que o constituem, de modo que se construam políticas e ações mais eficazes e próximas do que se desenrola no cotidiano desta profissão.

5.8

Institucionalização do tema: “quando a questão passa a existir”

Como enunciado no tópico anterior, o desamparo institucional e informacional, pelo qual os médicos estão submetidos, visto que compõem suas práticas em consideração aos dados e estatísticas de saúde, reverbera também entre as mulheres. Assim como já relatado, a percepção de ausência de riscos (ou baixa prevalência) nas práticas sexuais entre mulheres foi questão que esteve presente de modo central nas falas das mulheres participantes. De acordo com Renata (profissional que ofereceu informações muito interessantes sobre a temática, visto que apresentou uma postura aberta e ambiente acolhedor para que suas pacientes pudessem compartilhar suas práticas sexuais e questões de saúde

de modo mais amplo), suas pacientes apresentam inúmeras dúvidas primárias sobre prevenção e saúde sexual.

Renata (33a, médica) – *Vejo, vejo isso. E vejo outra coisa, eu não sei se é uma questão, científica, mas é uma coisa que a gente vai vendo no dia a dia, eu vejo muito entre elas uma coisa assim: “A minha parceira diz que só transa com mulher, mas eu acho que ela transa com homem, eu tenho medo de ela pegar alguma coisa do homem e passe para mim, o que é que eu posso pegar com ela...”. Existe um pouco de dúvida, do que é que uma pode transmitir para a outra... Que eu acho que é muito claro em relação ao homem, o que o homem transmite com o pênis, mas ela quer saber o que é que aquela outra vulva, o que aquela outra vagina pode passar para ela. Elas falam: “Ah, mas não tem penetração, se eu encostar a minha vulva na dela eu vou pegar HIV?” Eu vejo muita coisa... Acho que é difícil você ver, entre os homossexuais, uma estabilidade da relação: “Eu sou casada, estou com minha parceira há dez anos”. Eu tenho uma paciente assim aqui, é difícil se estabelecer, tanto entre os homens, como entre as mulheres. É difícil estabelecer relações, eu acho, longas. E isso é outra questão... “Eu não paro com ninguém, essas mulheres são muito malucas.” E aí elas têm uma preocupação de que a outra já tenha relação com homem ou esteja tendo e aí possa passar uma coisa para ela. Mas aí elas não passam nada para ninguém, mas elas se preocupam com o que os outros podem passar para elas. Então eu vejo uma preocupação mais em relação ao desconhecimento. Por exemplo: “Ah, eu tenho relação oral, tenho que usar camisinha? Ou não?” São coisas que você tem que parar para pensar, porque no dia-a-dia você não fica pensando nisso...*

Frente à inconsistência (e ausência) dos dados oficiais de saúde acerca da questão, o movimento social de cidadania LGBT se apresenta como o tensionador deste desamparo informacional e institucional. O movimento busca, frente a este quadro, advogar pelo direito destas mulheres a serem informadas sobre suas vulnerabilidades, enquanto cidadãs. Dessa forma, desenvolvem pesquisas que buscam produzir mais dados neste sentido (ver capítulo III). Além disso, buscam encampar estratégias e ações de modo que a questão da saúde sexual destas mulheres seja tema a ser discutido oficialmente. Essa parece ser a tarefa do Camelô Sexual (ação desenvolvida pela ONG de Jane), que tem o objetivo de distribuir materiais e informação sobre prevenção, acerca das diversas práticas sexuais, inclusive as que ocorrem entre mulheres.

Jane (21a, militante, nunca fez sexo com homens) – *Eu trabalho aqui basicamente com prevenção de mulheres lésbicas. Cuidado assim, com DST, HIV, toda essa parte... De saúde. A gente faz oficina, faz formação, entrega material, faz palestra, o que precisar... De vez em quando, a gente coloca essa mesa ali de fora e faz o Camelô...*

Cíntia (pesquisadora) – *Faz o quê?*

Jane – *Ah, o Camelô Sexual...*

Cíntia – *O que é isso? Não entendi...*

Jane – *Então, assim, a gente põe essa mesa lá fora, e distribui material aqui da ONG, folheto, camisinha... Vem cá, você já conheceu o material? É na calçada mesmo... A gente leva todo esse material aqui e distribuimos para os que passam na rua, explicamos como se usa, os perigos, como se prevenir, tudo... Mas quando vem uma mulher eu pergunto se é hetero ou lésbica e se for lésbica, explico que tem de se prevenir...*

Cíntia – *E elas? Elas recebem bem isso...?*

Jane – *Recebem bem. Mas umas não sabiam nem que tinham que prevenir, que havia perigo.*

Essa interessante estratégia parece sugerir a necessidade de que a questão da saúde sexual de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres não esteja atrelada apenas às instituições de saúde visto que, se paira no imaginário social de que não há riscos representativos nas práticas sexuais em questão, os serviços de ginecologia não são acessados de modo consistente (questão que foi desenvolvida no tópico 5.5 desta unidade). Logo, construir estratégias que extrapolem os serviços de saúde se faz necessário.

A institucionalização da temática se apresenta como uma questão para o Estado pois, o movimento social, apesar de suprir parte desta demanda e poder ser um parceiro importante nesta ação, não deve ser o responsável maior de um dever estatal, que se refere aos direitos humanos. Priscilla delata como o Estado lida atualmente com a questão e o papel do movimento nesta empreitada:

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

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

Priscilla – *De aids. Então como a gente tem apenas um caso de todos, e as DST ainda são tão, assim, o pessoal ainda se foca muito no HIV, e acaba deixando as DST de lado, é muito complicado você ver do Ministério da Saúde, uma preocupação com as mulheres que fazem sexo com mulheres. A gente mantém o diálogo, agente mantém, tem Conselho, têm lésbicas envolvidas no Conselho, têm Grupos de Trabalho que mantém esse diálogo, mas a gente vê que os avanços são muito poucos. Então, se a gente for dar uma olhada no Plano de Feminização da Aids, você vê que ali é citado as mulheres, as lésbicas, muito pouco, mas é porque a gente tem que estar ali cobrando, eles não têm essa preocupação mesmo. Então é assim, uma luta, um trabalho que a gente vai ter durante muitos e muitos anos.*

O Estado se apresenta como um vetor central para a institucionalização de algumas questões, em especial, às que se referem a experiências marginais, que

não possuem ampla aceitação social, como as sexualidades tidas como dissidentes da norma sexual. Mesmo que dentre os discursos apresentados pelas mulheres, a família e a rede social mais ampla tenham conhecimento de suas práticas afetivo-sexuais, ainda assim, apesar de a questão estar assumida, esta fica em suspenso, como um assunto delicado e proibido. Se a relação entre mulheres e médicos é marcada por um “pacto de silêncio” (questão abordada no tópico 5.6), visto que não se institui uma discussão sobre as práticas entre as mulheres e suas famílias, deflagra-se um “acordo de sigilo”, em que mesmo que as práticas sexuais sejam admitidas, não devem ser explicitadas. Tanto num caso como em outro, a questão deve permanecer em suspenso, como uma presença ausente: “saber sobre e não falar de”.

Neila (28a, nunca fez sexo com homens) – *Não sei se é ruim, acho que é mais difícil. É muito dolorido você se assumir... Eu nunca me assumi assim, totalmente... Porque que eu pedi para gente se falar no jardim? Eu sou muito reservada, gosto mais de ficar na minha nessas coisas sabe... Mas o mais difícil é você se assumir para você mesmo. Depois que você assume, daí depois tudo fica mais fácil, sabe... Nessa sociedade que nós vivemos é muito complicado, muito mesmo... Por isso que eu preciso me preservar. É isso mesmo, eu me preservo, não me escondo, é uma questão de, de... Preservação mesmo...*

(...)

Priscilla (24a, militante, nunca fez sexo com homens) – *Ah, foi muito complicado, né? É, sou filha única, minha família é evangélica, então assim, eu carregava o peso de ter que dar netos para minha mãe, de encontrar um homem de Deus, então, assim, foi muito difícil... Para a família foi complicadíssimo... Aí ela achava meio estranho, até o momento que ela me perguntou: “Mas você é lésbica?” É, eu sou lésbica (em tom mais baixo). E aí foi complicadíssimo para ela, foi, porque, ela também veio de uma família, completamente patriarcal. Ela foi ver onde é que ela errou, ela começou a misturar com a religião lá. É doença, é sem-vergonhice, é demônio. E aí, e até que ela esperou eu completar os 18 anos, e quando eu completei 18 anos, ela me pediu, ou assim para ser mais delicada, para eu sair de casa e eu saí de casa. E depois disso a gente demorou dois anos, foram dois anos pra ela aceitar ou assim aceitar, até hoje ela não aceita. Ela pede pra mim encontrar um homem, ela reza, faz correntes na igreja, milhões de coisas.*

O estranhamento das famílias com que essas mulheres tiveram que lidar, reflete o que Butler (2003) enuncia como sendo a transgressão ao *paradigma expressivo autêntico* (conceito desenvolvido no capítulo II). Para a autora, nos organizamos socialmente em torno de um modelo estrutural que liga causalmente sexo-gênero-desejo. O primeiro (sexo no sentido biológico, órgão com o qual nascemos), desencadearia o gênero que nos constitui (circunscrito ao número de dois (2): masculino e feminino) e que imporia a orientação de nosso desejo (para o

sexo oposto). Entretanto, para a autora, os arranjos sexuais não se configuram meramente por meio desta inteligibilidade, visto que se em algumas situações ele se mantém, em outras esse formato se subverte. Neste sentido, Arán & Peixoto Júnior (2007) lançam mão de interessante exemplo para corporificar as reflexões de Butler:

Um dos exemplos mais notáveis da naturalização dos processos de construção da identidade decorrentes da repetição das normas constitutivas seria a interpelação médica. Nesse caso, através do procedimento da ultrassonografia, transforma-se o “bebê” antes mesmo de nascer em “ele” ou “ela”, na medida em que se torna possível um enunciado performativo do tipo: “é uma menina”! A partir desta nomeação, a menina é “feminizada” e, com isso, inserida nos domínios inteligíveis da linguagem e do parentesco através da determinação de seu sexo. Entretanto, essa “feminização” da menina não adquire uma significação estável e permanente. Ao contrário, essa interpelação terá que ser reiterada através do tempo com o intuito de reforçar esse efeito naturalizante. Certamente seria estranho, diante da imagem de um bebê numa ultrassonografia, afirmar que “se trata de uma lésbica”. Como este enunciado não faz parte de nossa inteligibilidade cultural, ele serve antes de tudo para demonstrar de maneira muito precisa como o ato de nomear é, ao mesmo tempo, a repetição de uma norma e o estabelecimento de uma fronteira (p. 133-134).

Os relatos das mulheres acerca de como a questão sexual foi recepcionada por suas famílias, materializa a subversão ao paradigma apresentado anteriormente e, portanto, as expectativas que o circundam. Dessa forma, as mulheres tiveram dificuldades em níveis diferentes para assumirem seus desejos. Sendo assim, se a sexualidade destas mulheres não é assunto presente no interior familiar, acredita-se que tampouco seja a saúde sexual. Portanto, se reforça a necessidade de que esta questão se apresente a estas mulheres em outros âmbitos. Tal ponto se personificou após a análise do material de campo, em que se pôde perceber que havia certa peculiaridade entre mulheres inseridas no movimento social (LGBT) e mulheres não militantes (das 7 (sete) mulheres pesquisadas, apenas 2 (duas), que são militantes, se preveniam em suas práticas sexuais). A inserção de algumas mulheres nestes órgãos e, portanto, a institucionalização de certos tipos de discussões (como no caso da saúde sexual de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres), foram aspectos marcantes, que desencadearam um sentido do *cuidado de si* (Foucault, 1985) específico no que se refere à prevenção no ato sexual.

Bárbara (29a, militante, faz sexo com homens e mulheres) – *Cara, eu só fui começar a transar com mulher com proteção a partir do momento que realmente*

eu entrei para o movimento LGBT. Por que isso não era uma questão para mim... Não teve nenhum momento que eu pensei assim: “Não, será que existe algum modo de prevenção? Será que eu posso pegar uma DST?” Que isso não era questão mesmo... (com ar de preocupação). Era uma coisa impressionante. E aí a partir do momento que eu interessei pelo movimento LGBT, que eu comecei a ter contato, né? Com essas políticas de prevenção. Muito localizada ali, naquela coisa do movimento, foi que eu comecei a pensar sobre essas coisas e me proteger. Embora isso gere um problema muito complicado porque muitas mulheres, mas muitas mulheres mesmo, não querem transar com proteção.

(...)

Jane (21a, militante, nunca fez sexo com homens) – *Só uso camisinha... A masculina cortada desse jeito mesmo. Mas eu ensino todos, daí a pessoa escolhe o que achar melhor...*

Cíntia – *Desde sempre você se previne? Desde que começou?*

Jane – *Não, depois que eu vim conhecendo a ONG e lendo, lendo material... Antes não...*

As mulheres assinalaram como outros grupos de referência foram importantes para poderem entrar em contato com suas sexualidades e compartilhar questões. Pôde-se compreender como possuir uma rede social, seja de amigos, de colegas ou profissionais na escola ou em outros espaços, funciona como catalisador de desmistificação de questões que rondam suas sexualidades.

Jane (21a, militante, nunca fez sexo com homens) – *Assim, desde sempre eu gostei de meninas, mas, só na minha adolescência que eu fui pensar um pouco mais nisso, quando eu comecei a ficar, tipo... Ficar mesmo, sair de casa. Daí assim, eu gostava muito de uma amiga minha, era um, né, um sentimento estranho, diferente. Gostava mesmo, muito, muito dela... Na época, aqui no bairro tinha uma assistente social, muito boa, agente conversa com ela muitas, muitas coisas, né? Daí, eu tinha, sei lá, uns 13 anos. A menina era do meu grupo, do grupo de teatro que eu frequentava. Daí, um dia eu cheguei nela, na assistente social e pedi pra gente conversar, que eu queria entender umas coisas e foi na boa. Assim, a gente conversou e eu contei para ela tudo, contei para ela o que estava sentindo. Conteí que, contei para saber mais o que é que era, que eu sentia, saca? Daí, agente foi conversando e ela falou: “Olha, você deve estar gostando mesmo da sua amiga, e tudo bem...”.*

(...)

Carla (30a, nunca fez sexo com homens) – *Não. Só uma amiga que ela é muito politizada, é, ela dá palestras... Tem dois símbolos femininos na perna, acho que tem até uma bandeira nas costas gay. E uma vez ela conversando comigo, aí ela falou: “Carla, você que tem relações com mulheres chegadas mais para o bi, e tal, você já pensou em usar camisinha e tal...” Eu falei... Na época eu ri da cara dela, né? Falei pô, é uma coisa que não me passou na época, não passava. Hoje talvez passe, né?*

Sinaliza-se, por meio da fala destas mulheres, como as relações sociais, para além das familiares, tem papel determinante para instituir questões e sanar

dúvidas, relações que poderiam ser compreendidas como espaços outros de institucionalização da discussão acerca da saúde sexual.

Há que se afirmar que, com o discurso da institucionalização da saúde sexual enquanto questão a ser discutida entre as mulheres, não se pretende advogar que as mulheres devam obrigatoriamente ir ao ginecologista ou mesmo utilizar tecnologias de prevenção. A construção dos projetos de vida é idiossincrática e os indivíduos devem possuir a liberdade de se subjetivar, independente de uma cartilha moral, que pode ter um projeto implícito de docilizar os corpos. Entretanto, para que possam ter elementos para construir uma ética do *cuidado de si* (Foucault, 1985), torna-se necessário que as mulheres, enquanto cidadãs, manuseiem informações acerca dos riscos presentes em suas práticas sexuais, de modo que possam optar pelo cuidado que lhe convir.

Priscilla, por exemplo, mesmo que militante e engajada com as questões de saúde de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres, não incorpora as possíveis indicações de saúde para prevenção em suas práticas sexuais. Denuncia também que o mesmo ocorre com outras mulheres ativistas, visto que, ainda que trabalhem com a questão, as práticas preventivas não foram aderidas a suas rotinas. Se para algumas militantes a institucionalização do tema desencadeou certo interesse nesta questão, como no caso de Jane e Bárbara, por outro lado, a dificuldade referente à ausência de tecnologias adequadas, fomentou a baixa aderência de outras militantes às práticas preventivas (mesmo que suas práticas sejam desatreladas de seus discursos políticos).

Priscilla (24a, militante, nunca fez sexo com homens) – *É o mínimo que a gente consegue, pelo menos o que eu consigo é estar sempre fazendo exame de sangue, estar sempre indo ao ginecologista, quando for fazer sexo com brinquedos, é estar usando camisinha. Se for trocar então é lavar, colocar outra camisinha, mas sexo oral, infelizmente, é sempre uma...*

Cíntia (pesquisadora) – *E as pessoas que você conhece, amigas, pessoas aqui do movimento. Você acredita que isso não se mantém.*

Priscilla – *Olha, eu conheci uma ativista que falava que usava, mas as demais assim, todas tinham as mesmas críticas, as mesmas queixas. E eu assim, ainda acho que a camisinha masculina é a mais fácil de usar, mas como a gente não tem isso na nossa educação, por mais que a gente faça oficinas, que a gente oriente, mas não é algo que está dentro da gente, a gente acaba passando batido e vai bem pela sorte mesmo.*

Não obstante, quando nesta pesquisa, se analisa a necessidade que a carência informacional acerca da temática seja sanada, há que se definir que se

compreende que a informação por si, não resolveria a complexidade da questão. Tanto que, mesmo que nas práticas sexuais entre indivíduos de sexo diferentes, haja uma discussão de longa data acerca dos riscos e dos métodos preventivos, ainda assim, os números de infecções ainda existem. Todavia, a informação poderia ser um primeiro passo no sentido de buscar uma discussão mais abrangente sobre saúde sexual de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres.

Podemos analisar que mesmo que haja uma discussão mais consistente sobre a temática no discurso oficial da saúde e que estejam disponíveis tecnologias de prevenção, há componentes na sexualidade que extrapolam a informação e a racionalidade dos dados de saúde. Quiçá, devemos compreender de que forma tais questões de saúde devem ser introduzidas no meio social, de modo que façam sentido na cotidianidade das relações. Qualquer abordagem em saúde que parta de pressuposto de moralização dos prazeres e docilização dos corpos está fadada ao insucesso. O desafio que se propõe, no que se refere à sexualidade e saúde, é como (re)introduzir o erótico ao sexo seguro (Knerr & Philpott, 2008). Quiçá, a discussão mais franca dos dados que circundam o universo das mulheres em questão sobre saúde sexual, poderia promover que tais mulheres pudessem construir “projetos do eu” tendo em consideração os riscos existentes em algumas de suas práticas, sendo a estratégia de gestão dos riscos uma possibilidade est(ética) de estar no mundo.

5.8.1

O que a pesquisa fez pensar: sobre o excedente de visão

No tópico anterior construiu-se uma análise sobre a institucionalização do tema saúde sexual de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres, como quesito disparador de um olhar diferenciado destas mulheres para suas práticas sexuais, dos riscos envolvidos e dos cuidados. Neste item, pretende-se avaliar como a própria pesquisa, por meio dos *encontros de conversa(ação)*, possibilitou que de algum modo, a temática passasse a existir nas representações de mulheres e médicos, mesmo que de modos e intensidades distintos. Dessa forma, nos *encontros de conversa(ação)*, mulheres, médicos e a pesquisadora compartilharam

*excedentes de visão*¹⁹ (Bakhtin, 1992) e puderam intensificar os sentidos e questionamentos acerca de si e do outro. Sendo assim, a pesquisa possibilitou que algumas questões, que não haviam sido tematizadas de forma clara e organizada aos profissionais, quando se apresentaram nos encontros, produziram um *excedente de visão* (Bakhtin, 1992) sobre suas práticas médicas.

Sérgio (69a, médico) – *Claro que se uma mulher tem uma lesão sífilítica que está ali e altamente contaminante na vulva e tem uma relação em que ela toca a sua vulva na vulva do outro, lógico, ou numa relação de sexo oral, aí é bem mais fácil. É claro que também há uma tendência em a gente não admitir muito isso, engraçado, né? Agora eu estou falando e agente tem a tendência de não admitir muito isso, né? (pensativo) Ou não pensar, como se numa relação homossexual feminina, fosse destituída deste tipo de perigo, o que não é verdade.*

(...)

Tiago (60a, médico) – *Isso, isso... Mas então a lógica dela é esta, não tem nada de específico... Nada... É, agente se julga sempre muito aberto, né? Sempre... Estou confrontado porque eu vejo que... Mas eu não percebo demanda específica...*

Ainda que o *excedente de visão* devolvido aos médicos pela pesquisadora não fosse recebido de modo positivo no início, em que a relação foi movida por certa frieza e distância, os profissionais ao longo das conversa(ções) puderam receber com mais leveza as questões e ocupar o lugar de não-saber, sem maior desconforto.

Diário de campo: Apesar de a entrevista ter se iniciado com um pouco de desconforto da minha parte pelo modo como Márcio respondia às perguntas e se posicionava, também desconforto da parte do profissional com o assunto, ao longo do encontro esta situação se desfez. Terminamos num tom amistoso e informei-lhe como proceder para fazer a devolução dos dados.

(...)

Diário de campo: Durante o encontro estive o tempo todo muito sério e fechado, com respostas geralmente bastante curtas. Sua postura foi modificando ao final. Acredito que de início, havia certo temor de sua parte em falar desse assunto, que com certeza é muito pouco discutido nos cursos de Medicina. Pensei nisso pois ao vê-lo ler a carta resumo da pesquisa que entrego aos profissionais e o TCLE, que contém informações sobre a pesquisa, percebi certa preocupação em seu rosto. Leu várias vezes os mesmos documentos e ficou pensativo...

Apesar de que alguns profissionais tenham lidado com maiores dificuldades com as indagações suscitadas pela pesquisa, outros aproveitaram a ocasião para repensarem suas práticas. Tiago, médico que apesar da abertura e bom humor, participou da pesquisa um pouco pensativo e esteve bastante cuidadoso ao

¹⁹ Maiores informações sobre este conceito no capítulo IV.

responder qualquer questão, ao fim da conversa, com bom humor, ocupou o lugar de “pesquisador”, segundo ele, e interpelou a pesquisadora.

Diário de campo: Assim que eu desligo o gravador, Tiago me diz com bom humor que agora quem me entrevistará será ele. Acho engraçada sua proposta e aceito o desafio, o que me faz pensar o que o motivou a tomar este outro lugar. Ele me faz três perguntas: primeiro, qual o motivo de eu pesquisar tal temática; segundo, qual são minhas hipóteses; terceiro, o que venho encontrando no campo em minhas conversas. Achei muito interessante seus questionamentos sobre a pesquisa. Durante a conversa, ele se mostrou muito envolvido e pensativo com as reflexões que eu propunha, em muitas delas, me pareceu que ele nunca havia tido um espaço para refletir de forma tão tematizada acerca do assunto. Ao invés de isso confrontá-lo, como ocorreu com outros profissionais ao se desvendar os limites do saber médico, neste caso ocorreu o contrário, a conversa o instigou a pensar numa experiência para além do que lhe foi (in)formado, por vezes escondido no discurso de: “a vida íntima da paciente não deve lhe dizer respeito”.

Também as mulheres, a partir das indagações da pesquisa, puderam reavaliar suas experiências, em especial às que se referiam à saúde sexual, aos riscos e a relação com os profissionais da ginecologia. Bárbara verbaliza como a pesquisa disparou reflexões que não haviam lhe ocorrido anteriormente.

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

Não apenas entre os médicos e mulheres, também a pesquisadora, em muitos momentos da pesquisa, mesmo que não tenha intencionado, se beneficiou de *excedentes de visão* dos participantes, que lhe possibilitaram construir uma autocrítica sobre o trabalho desenvolvido, os modos de conceber a temática e de sua postura investigativa. Estes episódios estão diluídos ao longo dos tópicos anteriores, mas convém elencá-los, para impulsionarem breves reflexões sobre como foram produzidos.

Em primeiro lugar, a concepção da pesquisadora de que as mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres, que se identificam como “lésbicas” ou “homossexuais”, teriam relações sexuais apenas com mulheres, questão que foi desmistificada após a ida a campo e que instigou a pesquisadora (re)avaliar qual representação possuía sobre as práticas e identidades destas mulheres. Outra

questão se refere aos modos como a pesquisadora visionava a tensão entre as práticas sexuais das participantes e as suas próprias. A pesquisadora imaginava que suas práticas seriam tematizadas pelas mulheres, pois idealizava que estas esperariam ser pesquisadas por alguém que, imerso na mesma experiência, teria motivos e inquietações pessoais para encampar uma investigação deste gênero. Entretanto, esta fantasia se desfez a partir dos encontros com as mulheres e possibilitou repensar como o tema estava sendo, por vezes, exotizado. Dentre estes exemplos, muitos outros se apresentaram à pesquisadora, o que sugeriu que este campo de pesquisa está em construção e produz sempre novas indagações, *excedentes de visão* que fazem pensar tanto os sujeitos envolvidos, quanto a própria temática.

O *excedente de visão* que mulheres, médicos e pesquisadora puderam tecer entre si, a partir de seus lugares de experiência, possibilitou que a temática fosse avaliada por ângulos distintos. Portanto, os sentidos foram agenciados de modo que não se possibilitasse uma leitura única dos discursos emergidos na pesquisa, marcando-se uma heterogeneidade de questões. Ao fazer um balanço do que suscitaram os *encontros de conversa(ção)*, percebe-se que mais do que respostas, fazer com que as vozes de médicos e mulheres (e da própria pesquisadora) se aproximassem no texto acadêmico, produziu novos eixos de reflexão e indagação. Neste sentido, no que se refere à pesquisa intervenção propriamente dita, o trabalho de campo em questão, mesmo que não tenha sido construído com a intenção de ser interventivo, o processo da relação estabelecida entre pesquisadora e participantes, demonstrou que a pesquisa teve um caráter interventivo, pois proporcionou questionamentos de si por parte das mulheres e médicos (ainda que se parta do pressuposto que toda pesquisa tem um caráter interventivo, mesmo que em graus variados de intensidade e forma).

É no *excedente de visão* e as implicações que os produzem que se ancora a ética e a estética de Bakhtin, (1992) pois somos responsáveis e responsáveis pelo que devolvemos ao outro, como o completamos, damos um acabamento inconcluso à sua existência. Se médicos e mulheres não percebem de modo mais contundente a questão da saúde sexual de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres, isso se refere também ao *excedente de visão* que recebem de si. Deste modo, esta pesquisa não intencionou advogar por determinadas posturas pessoais e profissionais de mulheres e médicos, sob o risco que se incorreria em

renormatizar o lugar que ocupam e suas escolhas de vida. Não se pretendeu culpabilizar e nem partir das indicações oficiais de saúde para avaliar as práticas sexuais das mulheres e as práticas profissionais dos médicos. Intencionou-se, antes de tudo, que os discursos, em seu encontro, pudessem produzir novos sentidos e eixos de reflexão sobre a temática, de modo que se avance numa discussão política desta ordem. Devemos ter em consideração que ainda que a postura profissional de alguns médicos deva ser repensada, não podemos perder de vista que os que participaram da pesquisa são profissionais bastante engajados e merecedores de reconhecimento, pois se dispuseram em problematizar o trabalho que desenvolvem nesta pesquisa científica e possibilitar que fosse produzido conhecimento acerca do lugar que ocupam. Mais do que almejar conclusões, a intenção desta pesquisa foi possibilitar que a temática pudesse “sair do armário”, ao menos contingencialmente, e se impor como questão a ser debatida.