

6

Considerações finais: apenas o início do percurso

Senhoras e senhores, no último ato desta dissertação, pretendemos assumir que, as considerações finais aqui apresentadas, na realidade são apenas indicadores de reflexão de um tema que ainda engatinha e que merece ser explorado em outros espaços. Neste sentido, ao invés de fecharmos as cortinas, o roteiro trazido pela dissertação busca incitar a produção de reflexões outras que favoreçam a discussão e transformação da realidade de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres e saúde.

As narrativas das mulheres e médicos nos indicaram elementos fundamentais para pensarmos numa atenção em saúde e em políticas públicas (terceiro objetivo desta dissertação) sensíveis às práticas sexuais e os impactos destas nos atendimentos ginecológicos. A disjunção entre identidades e práticas apresentou-se como elemento que deve ser mais bem aprofundado nas pesquisas e ações/documentos governamentais que envolvam sexualidade e saúde, pois a tensão presente nesta relação pode reverberar na invisibilidade de demandas de saúde de grupos específicos.

Portanto, esta dissertação comunga com a premissa de que, se os contornos dos corpos e as erogenizações são produzidos socialmente, ou seja, se sexo e gênero são fabricados pelas relações de poder, como poderíamos produzir políticas fluídas, que atendam tal mobilidade? Que outras formas de organização podem ser pensadas nos grupos de saúde que não seja pela via da identidade? A política *queer* ou política pós-identitária, parece nos auxiliar a pensar nestas questões, pois advoga não pela ultrapassagem ou negligenciamento das identidades, mas pela possibilidade (necessidade) de trabalharmos com identidades não fixas.

A baixa percepção dos riscos apresentada na pesquisa (tanto por mulheres, quanto por médicos), parece fazer parte de uma engrenagem que se retroalimenta, pois ambos encontram-se vulneráveis no que se refere a informações neste sentido (desamparo institucional). Ora, se os médicos são formados para trabalhar tendo como referência um estatuto de mulher heterossexualizado, o atendimento é conduzido em relação a determinadas práticas específicas. Se o atendimento é direcionado, às mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres não é

ofertado um ambiente acolhedor para o relato de suas práticas, caso seja seu desejo. Por fim, os profissionais deixam de realizar um atendimento de modo mais integral, visto não possuírem a dimensão das práticas e as mulheres não recebem informações que as auxiliem na melhor resolução de suas queixas, e, questões preventivas, permanecem negligenciadas. O micro-dispositivo “invulnerabilidade de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres” parece ser produto desta engrenagem. Todavia, para que os profissionais da ginecologia possam atender suas pacientes de modo mais integral e consubstanciado, a partir de uma prática que não se restrinja às queixas, o sistema deve oferecer condições mínimas de trabalho, pois com o curto espaço de tempo que têm para atender as pacientes, torna-se inviável uma acolhida mais implicada.

Em relação aos médicos ginecologistas, criar condições para que discussões que envolvam sexualidade, gênero e saúde estejam presentes em suas formações, seria um modo possível de avançar neste sentido. Possibilitar também que haja momentos de reflexões (e não meramente formações continuadas que parecem tão distanciadas dos cotidianos de trabalho e que se tornam uma pedagogia esvaziada por vezes) nos ambientes de trabalho, que se tenha em pauta questões que envolvam a diversidade (tanto sexual, quanto outras) seria um modo de relativizar as indicações de saúde, compreendendo os usuários como sujeitos. Utilizamos a palavra usuário ao invés de paciente pois acreditamos que um tipo de trabalho deste gênero, não deva ocorrer apenas com os médicos, mas com toda a equipe de saúde, de modo que se realize um trabalho articulado¹.

Dois elementos foram sugeridos pelos participantes para desestabilizar o micro-dispositivo “invulnerabilidade de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres” acima especificado: inserção nas fichas de atendimento do quesito orientação sexual (e/ou práticas sexuais) e construção de dispositivos de proteção. Ainda que seja inegável a contribuição destes elementos, há que considerarmos que isolados, não garantem os abalos necessários e podem produzir impactos contraditórios. Explicitar nas fichas de entrada no sistema tal informação, se por um lado pode oferecer aos profissionais mais dados acerca dos usuários do

¹ O interessante desta proposta seria que, assim como nesta pesquisa, parte significativa dos médicos que atendem em clínicas privadas no Brasil, trabalha também no serviço público. Logo, se este tipo de discussão ocorrer nas equipes destes serviços, estaremos propiciando a sensibilização dos profissionais de ginecologia não apenas na atenção pública, mas também em contextos distintos (privados, por exemplo), que beneficiarão outras mulheres.

serviço, pode por outro, repatologizar as sexualidades tidas como dissidentes. Não obstante, a alteração nas fichas pouco pode contribuir se não houver um movimento de educação e formação em que se discuta junto aos profissionais o melhor modo de trabalhar com este dado e sua utilidade para a organização da atenção em saúde. Em relação às tecnologias de proteção, caso não sejam criadas tendo em consideração a erotização e o prazer, e haja um trabalho educativo que promova os benefícios deste aparato não apenas focado num registro racionalizado da prevenção, sua presença pouco pode contribuir para o campo da saúde sexual destas mulheres. O que pretendemos introduzir é a necessidade de que políticas e ações no campo da saúde pautem-se num registro positivado (que envolva o prazer), para construírem estratégias de saúde referentes ao sexo seguro. Deste modo, os sujeitos poderão definir os trajetos de vida, não sob o efeito de uma ameaça, mas sob a égide de um benefício (ainda que se considere que seja uma opção possível de vida não seguir as indicações de saúde e pautar suas decisões a partir de outra lógica, compreendendo a ética do *cuidado de si* como prática da liberdade (Foucault, 2004)).

Entretanto, gostaríamos de resgatar outro sentido para concebermos o *cuidado de si*, que neste trabalho é compreendido distante da visão da responsabilidade individualizada dos sujeitos, que pode desembocar na desatenção dos serviços e culpabilização dos sujeitos dissidentes às prescrições médicas. Consideramos os cuidados mais próximos ao que se propunha no universo grego: a tecnologia de si como uma construção gestada por meio de uma ética pessoal, cuidado valorizado e amparado socialmente. Ao compreender o *cuidado de si* nesta acepção, complementarmente, sinalizamos a necessidade de uma discussão mais aprofundada do que seja a saúde sexual de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres, para que estas possam ter elementos para subsidiar uma ética do cuidado pessoal (que é o processo germinativo do cuidado com o outro ou uma ética do coletivo, sendo ambos os cuidados – vertidos a si e ao outro – compostos por meio de uma ontologia simétrica) e da gestão dos riscos como prática de liberdade possível.

Facchini & Barbosa (2006) concebem que políticas públicas destinadas às mulheres em questão são atravessadas por concepções que restringem as possibilidades da experiência que vivem e, portanto, tem eficácia reduzida por se destinarem a uma imagem idealizada que não corresponde às práticas cotidianas.

Portanto, trazer as vozes das experiências destas mulheres para se pensar políticas de saúde específicas é caminho para fomentar ações mais eficazes e subsidiar seus direitos. Estermann et al. (2006) afirmam a necessidade de se compreender como se constituem as vulnerabilidades por meio dos conhecimentos locais, visto que, reconhecendo os mecanismos que as engendram, podem-se criar condições para que se construam táticas para seu enfrentamento, por meio dos saberes populares e localizados.

Por fim, tendo como mote de reflexão as políticas existentes (e citadas nesta dissertação) que consideram a demanda de saúde de mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres, compreendemos que, mais do que construir políticas públicas outras, é necessário, em primeira instância, que se operacionalize as já existentes. Se colocadas em práticas de modo mais efetivo, haverá a possibilidade de que uma análise dos avanços e entraves deste campo seja feita e se produza um mapa mais preciso das demandas ainda desassistidas.

Devemos ter em consideração que as mulheres com práticas afetivo-sexuais com mulheres devem estar atendidas de modo global nas políticas de saúde da mulher. O mesmo se estende ao atendimento ginecológico pois, ao invés de advogarmos por uma ginecologias específica, desejamos que as mulheres sejam atendidas tendo em consideração práticas sexuais múltiplas e não apenas as que envolvem o sexo oposto. Deste modo, pretendemos oportunizar que as mulheres sejam atendidas e compreendidas imersas em sua heterogeneidade, sem que sejam sufocados alguns modos de ser, sob a égide de um modelo hegemônico de mulher. Neste sentido, ter em pauta as tensões entre sexo-gênero-desejo (Butler, 2003) seria um modo de agregar às políticas e ações estas cartografias sexuais, pensando políticas públicas e atendimentos ginecológicos a partir deste referencial.

Mais do que chegar à conclusão uma acerca da temática, buscamos explicitar a pluralidade e frentes de tensão que atravessam este campo, de modo que busquemos uma densidade cada vez maior de reflexões, que possam oferecer subsídios às políticas públicas de saúde. Espero que esta dissertação, assim como tenha produzido *excedentes de visão* (Bakhtin, 1992) nos participantes da pesquisa e na própria pesquisadora, produza excedentes de visão também ao leitor, de modo que este possibilite que a discussão desta dissertação crie vida e perambule, assim como os saltimbancos, por outros espaços.