JULLIANA LUIZ RODRIGUES

**Lésbicas e mulheres bissexuais: uma leitura
interseccional do cuidado à saúde**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do título
de Doutor em Ciências

Programa de Saúde Coletiva

Orientadora: Prof^a Dr^a Márcia Thereza Couto Falcão

(Versão corrigida. Resolução CoPGr 6018/11, de 1 de novembro de 2011. A versão original está disponível na Biblioteca da FMUSP)

São Paulo

2018

JULLIANA LUIZ RODRIGUES

**Lésbicas e mulheres bissexuais: uma leitura
interseccional do cuidado à saúde**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do título
de Doutor em Ciências

Programa de Saúde Coletiva

Orientadora: Prof^a Dr^a Márcia Thereza Couto Falcão

São Paulo

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Rodrigues, Julliana Luiz
Lésbicas e mulheres bissexuais : uma leitura
interseccional do cuidado à saúde / Julliana Luiz
Rodrigues. -- São Paulo, 2018.
Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.
Programa de Saúde Coletiva.
Orientadora: Márcia Thereza Couto Falcão.

Descritores: 1.Lésbica 2.Bissexualidade
3.Sexualidade 4.Assistência integral à saúde
5.Interseccionalidade 6.Construção social da
identidade

USP/FM/DBD-464/18

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

À mulher que se colocou inteiramente ao
meu lado e atravessou continentes comigo:
Jinha.

Agradecimentos

Às mulheres que participaram deste estudo e muito sinceramente aceitaram compartilhar comigo aspectos íntimos e por vezes, doloridos de suas trajetórias. A coragem e o desejo por mudanças foram forças motrizes tanto para elas, quanto para mim.

Agradeço imensamente a credibilidade, o carinho e a aposta da minha querida orientadora professora Dra Márcia Thereza Couto Falcão, carinhosamente chamada de Marcita por mim! Quando fui conversar com ela sobre minhas aspirações de doutorado, acolheu-me, ainda que o assunto lhe trouxesse novidades e desafios. Com todo seu jeito despojado e de muita competência no que faz, aceitou a proposta e construímos uma excelente parceria de trocas e aprendizado. Obrigada Marcita pela confiança e por ter me proporcionado um imenso crescimento pessoal e profissional.

Gostaria de agradecer duas figuras imprescindíveis para eu chegar aonde cheguei: meus pais. Minha mãe ao carinho, amor e preocupações constantes em garantir que eu estivesse bem, e acima de tudo, feliz. Obrigada por ser o maior exemplo de mulher que tive e tenho. Meu pai, pelo exemplo de responsabilidade, dedicação aos estudos e apoio para que eu chegasse ao final desta etapa. Sem o suporte que recebi deles ao longo de minha vida, em todos os aspectos, eu não teria obtido mais esta conquista.

Queria agradecer a Fran, que como uma boa irmã mais velha, demonstra um enorme cuidado comigo, colocando-se sempre disponível e carinhosa para me ajudar no que for preciso. Obrigada por se mostrar tão parceira e segurar a barra de inúmeras situações em que eu não pude estar presente. Sem seu apoio, eu não teria chegado ao fim desta etapa!

Agradeço a minha avó, senhora de 81 anos que com todas as diferenças geracionais que nos separa, vem se mostrando uma mulher sensível às diversidades e às mudanças sociais ocorridas especialmente nos últimos anos. A minha vizinha, meus agradecimentos pelo amor e respeito a minha trajetória, colocando-se disponível para me ajudar no que precisasse.

A conquista desta titulação ganhou outro brilho e importância quando passou a ser compartilhada de perto com minha namorada. À Raquel, meus sinceros agradecimentos pela parceria indescritível, pela força e pela paciência nos momentos em que ficava nervosa com os prazos e com as dificuldades intrínsecas da pós-graduação. A possibilidade de compartilhar cada aprendizado, me fez a admirar ainda mais. Obrigada

pela escuta, pelo colo carinhoso e pelos jantares, docemente preparados, que alimentaram muito além de meu corpo físico.

Agradeço aos colegas de pós-graduação pelas trocas acadêmicas, que me ajudaram muito na construção teórica deste trabalho, como também pelas trocas para além da universidade, em momentos de conversas, risadas e bons brindes.

Agradeço aos professores cujas aulas e referências bibliográficas por eles indicadas colaboraram para a produção da pesquisa e para ampliar meu repertório de conhecimento sobre temas caros a mim. Entre eles, incluo os professores Rosana Machin, Cristiane Gonçalves e Gustavo Venturi que participaram de minha banca de qualificação, momento ímpar de aprendizado. Meus agradecimentos às valiosas sugestões dadas por eles para enriquecer e aprimorar o trabalho.

Gostaria de agradecer a professora Anne Line Dalsgaard, da Aarhus University pela acolhida carinhosa e pelas trocas que marcaram profundamente minha trajetória.

Agradeço à Lilian e Goreti pela paciência e disponibilidade em fornecer informações imprescindíveis durante os anos em que estive no Departamento de Medicina Preventiva.

Ao Departamento pela oportunidade, confiança e estímulo a esta conquista que me possibilitou grande aprendizado e ampliação de horizontes no campo da Saúde Coletiva.

Finalmente, gostaria de agradecer amigos próximos pelo incentivo, reconhecimento e pela paciência que tiveram comigo.

Doutor advogado e Doutor médico: até quando?

Sei muito bem que a língua, como coisa viva que é, só muda quando mudam as pessoas, as relações entre elas e a forma como lidam com o mundo. Poucas expressões humanas são tão avessas a imposições por decreto como a língua. Tão indomável que até mesmo nós, mais vezes do que gostaríamos, acabamos deixando escapar palavras que faríamos de tudo para recolher no segundo seguinte. E talvez mais vezes ainda pretendêssemos usar determinado sujeito, verbo, substantivo ou adjetivo e usamos outro bem diferente, que revela muito mais de nossas intenções e sentimentos do que desejaríamos.

Afinal, a psicanálise foi construída com os tijolos de nossos atos falhos. Exerço, porém, um pequeno ato quixotesco no meu uso pessoal da língua: esforço-me para jamais usar a palavra “doutor” antes do nome de um médico ou de um advogado.

Travo minha pequena batalha com a consciência de que a língua nada tem de inocente. Se usamos as palavras para embates profundos no campo das ideias, é também na própria escolha delas, no corpo das palavras em si, que se expressam relações de poder, de abuso e de submissão. Cada vocábulo de um idioma carrega uma teia de sentidos que vai se alterando ao longo da História, alterando-se no próprio fazer-se do homem na História. E, no meu modo de ver o mundo, “doutor” é uma praga persistente que fala muito sobre o Brasil. Como toda palavra, algumas mais do que outras, “doutor” desvela muito do que somos – e é preciso estranhá-lo para conseguirmos escutar o que diz.

Assim, minha recusa ao “doutor” é um ato político. Um ato de resistência cotidiana, exercido de forma solitária na esperança de que um dia os bons dicionários digam algo assim, ao final das várias acepções do verbete “doutor”: “arcaísmo: no passado, era usado pelos mais pobres para tratar os mais ricos e também para marcar a superioridade de médicos e advogados, mas, com a queda da desigualdade socioeconômica e a ampliação dos direitos do cidadão, essa acepção caiu em desuso”.

Em minhas aspirações, o sentido da palavra perderia sua força não por proibição, o que seria nada além de um ato tão inútil como arbitrário, na qual às vezes resvalam alguns legisladores, mas porque o Brasil mudou. A língua, obviamente, só muda quando muda a complexa realidade que ela expressa. Só muda quando mudamos nós.

Historicamente, o “doutor” se entranhou na sociedade brasileira como uma forma de tratar os superiores na hierarquia socioeconômica – e também como expressão de racismo. Ou como a forma de os mais pobres tratarem os mais ricos, de os que não

puderam estudar tratem os que puderam, dos que nunca tiveram privilégios tratem aqueles que sempre os tiveram. O “doutor” não se estabeleceu na língua portuguesa como uma palavra inocente, mas como um fosso, ao expressar no idioma uma diferença vivida na concretude do cotidiano que deveria ter nos envergonhado desde sempre.

Lembro-me de, em 1999, entrevistar Adail José da Silva, um carregador de malas do Aeroporto Salgado Filho, em Porto Alegre, para a coluna semanal de reportagem que eu mantinha aos sábados no jornal Zero Hora, intitulada “A Vida Que Ninguém Vê”. Um trecho de nosso diálogo foi este:

- E como os fregueses o chamam?

- Os doutor me chamam assim, ó: “Ô, negão!” Eu acho até que é carinhoso.

- O senhor chama eles de doutor?

- Pra mim todo mundo é doutor. Pisou no aeroporto é doutor. É ó, doutor, como vai, doutor, é pra já, doutor....

- É esse o segredo do serviço?

- Tem que ter humildade. Não adianta ser arrogante. Porque, se eu fosse um cara importante, não ia tá carregando a mala dos outros, né? Sou pé de chinelo. Então, tenho que me botar no meu lugar.

A forma como Adail via o mundo e o seu lugar no mundo – a partir da forma como os outros viam tanto ele quanto seu lugar no mundo – contam-nos séculos de História do Brasil. Penso, porém, que temos avançado nas últimas décadas – e especialmente nessa última. O “doutor” usado pelo porteiro para tratar o condômino, pela empregada doméstica para tratar o patrão, pelo engraxate para tratar o cliente, pelo negro para tratar o branco não desapareceu – mas pelo menos está arrefecendo.

Se alguém, especialmente nas grandes cidades, chamar hoje o outro de “doutor”, é legítimo desconfiar de que o interlocutor está brincando ou ironizando, porque parte das pessoas já tem noção da camada de ridículo que a forma de tratamento adquiriu ao longo dos anos. Essa mudança, é importante assinalar, reflete também a mudança de um país no qual o presidente mais popular da história recente é chamado pelo nome/apelido. Essa contribuição – mais sutil, mais subjetiva, mais simbólica – que se dá explicitamente pelo nome, contida na eleição de Lula, ainda merece um olhar mais atento, independentemente das críticas que se possa fazer ao ex-presidente e seu legado.

Se o “doutor” genérico, usado para tratar os mais ricos, está perdendo seu prazo de validade, o “doutor” que anuncia médicos e advogados parece se manter tão vigoroso

e atual quanto sempre. Por quê? Com tantas mudanças na sociedade brasileira, refletidas também no cinema e na literatura, não era de se esperar um declínio também deste doutor?

Ao pesquisar o uso do “doutor” para escrever esta coluna, deparei-me com artigos de advogados defendendo que, pelo menos com relação à sua própria categoria, o uso do “doutor” seguia legítimo e referendado na lei e na tradição. O principal argumento apresentado para defender essa tese estaria num alvará régio no qual D. Maria, de Portugal, mais conhecida como “a louca”, teria outorgado o título de “doutor” aos advogados. Mais tarde, em 1827, o título de “doutor” teria sido assegurado aos bacharéis de Direito por um decreto de Dom Pedro I, ao criar os primeiros cursos de Ciências Jurídicas e Sociais no Brasil. Como o decreto imperial jamais teria sido revogado, ser “doutor” seria parte do “direito” dos advogados. E o título teria sido “naturalmente” estendido para os médicos em décadas posteriores.

Há, porém, controvérsias. Em consulta à própria fonte, o artigo 9 do decreto de D. Pedro I diz o seguinte: “Os que frequentarem os cinco anos de qualquer dos Cursos, com aprovação, conseguirão o grau de Bacharéis formados. Haverá também o grau de Doutor, que será conferido àqueles que se habilitarem com os requisitos que se especificarem nos Estatutos, que devem formar-se, e só os que o obtiverem, poderão ser escolhidos para Lentes”. Tomei a liberdade de atualizar a ortografia, mas o texto original pode ser conferido aqui. “Lente” seria o equivalente hoje à livre-docente.

Mesmo que Dom Pedro I tivesse concedido a bacharéis de Direito o título de “doutor”, o que me causa espanto é o mesmo que, para alguns membros do Direito, garantiria a legitimidade do título: como é que um decreto do Império sobreviveria não só à própria queda do próprio, mas também a tudo o que veio depois?

O fato é que o título de “doutor”, com ou sem decreto imperial, permanece em vigor na vida do país. Existe não por decreto, mas enraizado na vida vivida, o que torna tudo mais sério. A resposta para a atualidade do “doutor” pode estar na evidência de que, se a sociedade brasileira mudou bastante, também mudou pouco. A resposta pode ser encontrada na enorme desigualdade que persiste até hoje. E na forma como essas relações desiguais moldam a vida cotidiana.

É no dia a dia das delegacias de polícia, dos corredores do Fórum, dos pequenos julgamentos que o “doutor” se impõe com todo o seu poder sobre o cidadão “comum”. Como repórter, assisti à humilhação e ao desamparo tanto das vítimas quanto dos suspeitos mais pobres à mercê desses doutores, no qual o título era uma expressão importante da desigualdade no acesso à lei. No início, ficava estarecida com o tratamento

usado por delegados, advogados, promotores e juízes, falando de si e entre si como “doutor fulano” e “doutor beltrano”. Será que não percebem o quanto se tornam patéticos ao fazer isso?, pensava. Aos poucos, percebi a minha ingenuidade. O “doutor”, nesses espaços, tinha uma função fundamental: a de garantir o reconhecimento entre os pares e assegurar a submissão daqueles que precisavam da Justiça e rapidamente compreendiam que a Justiça ali era encarnada e, mais do que isso, era pessoal, no amplo sentido do termo.

No caso dos médicos, a atualidade e a persistência do título de “doutor” precisam ser compreendidas no contexto de uma sociedade patologizada, na qual as pessoas se definem em grande parte por seu diagnóstico ou por suas patologias. Hoje, são os médicos que dizem o que cada um de nós é: depressivo, hiperativo, bipolar, obeso, anorético, bulímico, cardíaco, impotente, etc. Do mesmo modo, numa época histórica em que juventude e potência se tornaram valores – e é o corpo que expressa ambas – faz todo sentido que o poder médico seja enorme. É o médico, como manipulador das drogas legais e das intervenções cirúrgicas, que supostamente pode ampliar tanto potência quanto juventude. E, de novo supostamente, deter o controle sobre a longevidade e a morte. A ponto de alguns profissionais terem começado a defender que a velhice é uma “doença” que poderá ser eliminada com o avanço tecnológico.

O “doutor” médico e o “doutor” advogado, juiz, promotor, delegado têm cada um suas causas e particularidades na história das mentalidades e dos costumes. Em comum, o doutor médico e o doutor advogado, juiz, promotor, delegado têm algo significativo: a autoridade sobre os corpos. Um pela lei, o outro pela medicina, eles normatizam a vida de todos os outros. Não apenas como representantes de um poder que pertence à instituição e não a eles, mas que a transcende para encarnar na própria pessoa que usa o título.

Se olharmos a partir das relações de mercado e de consumo, a medicina e o direito são os únicos espaços em que o cliente, ao entrar pela porta do escritório ou do consultório, em geral já está automaticamente numa posição de submissão. Em ambos os casos, o cliente não tem razão, nem sabe o que é melhor para ele. Seja como vítima de uma violação da lei ou como autor de uma violação da lei, o cliente é sujeito passivo diante do advogado, promotor, juiz, delegado. E, como “paciente” diante do médico, como abordei na coluna anterior, deixa de ser pessoa para tornar-se objeto de intervenção.

Num país no qual o acesso à Justiça e o acesso à Saúde são deficientes, como o Brasil, é previsível que tanto o título de “doutor” permaneça atual e vigoroso quanto o que ele representa também como viés de classe. Apesar dos avanços e da própria

Constituição, tanto o acesso à Justiça quanto o acesso à Saúde permanecem, na prática, como privilégios dos mais ricos. As fragilidades do SUS, de um lado, e o número insuficiente de defensores públicos de outro são expressões dessa desigualdade. Quando o direito de acesso tanto a um quanto a outro não é assegurado, a situação de desamparo se estabelece, assim como a subordinação do cidadão àquele que pode garantir – ou retirar – tanto um quanto outro no cotidiano. Sem contar que a cidadania ainda é um conceito mais teórico do que concreto na vida brasileira.

Infelizmente, a maioria dos “doutores” médicos e dos “doutores” advogados, juízes, promotores, delegados etc estimulam e até exigem o título no dia a dia. E talvez o exemplo público mais contundente seja o do juiz de Niterói (RJ) que, em 2004, entrou na Justiça para exigir que os empregados do condomínio onde vivia o chamassem de “doutor”. Como consta nos autos, diante da sua exigência, o zelador retrucava: “Fala sério....” Não conheço em profundidade os fatos que motivaram as desavenças no condomínio – mas é muito significativo que, como solução, o juiz tenha buscado a Justiça para exigir um tratamento que começava a lhe faltar no território da vida cotidiana.

É importante reconhecer que há uma pequena parcela de médicos e advogados, juízes, promotores, delegados etc que tem se esforçado para eliminar essa distorção. Estes tratam de avisar logo que devem ser chamados pelo nome. Ou por senhor ou senhora, caso o interlocutor prefira a formalidade – ou o contexto a exija. Sabem que essa mudança tem grande força simbólica na luta por um país mais igualitário e pela ampliação da cidadania e dos direitos. A estes, meu respeito.

Resta ainda o “doutor” como título acadêmico, conquistado por aqueles que fizeram doutorado nas mais diversas áreas. No Brasil, em geral isso significa, entre o mestrado e o doutorado, cerca de seis anos de estudo além da graduação. Para se doutorar, é preciso escrever uma tese e defendê-la diante de uma banca. Neste caso, o título é – ou deveria ser – resultado de muito estudo e da produção de conhecimento em sua área de atuação. É também requisito para uma carreira acadêmica bem sucedida – e, em muitas universidades, uma exigência para se candidatar ao cargo de professor.

Em geral, o título só é citado nas comunicações por escrito no âmbito acadêmico e nos órgãos de financiamento de pesquisas, no currículo e na publicação de artigos em revistas científicas e/ou especializadas. Em geral, nenhum destes doutores é assim chamado na vida cotidiana, seja na sala de aula ou na padaria. E, pelo menos os que eu conheço, caso o fossem, oscilariam entre o completo constrangimento e um riso

descontrolado. Não são estes, com certeza, os doutores que alimentam também na expressão simbólica a abissal desigualdade da sociedade brasileira.

Estou bem longe de esgotar o assunto aqui nesta coluna. Faço apenas uma provocação para que, pelo menos, comecemos a estranhar o que parece soar tão natural, eterno e imutável – mas é resultado do processo histórico e de nossa atuação nele. Estranhar é o verbo que precede o gesto de mudança. Infelizmente, suspeito de que “doutor fulano” e “doutor beltrano” terão ainda uma longa vida entre nós. Quando partirem desta para o nunca mais, será demasiado tarde. Porque já é demasiado tarde – sempre foi.

Por Eliane Brum.

Do livro “A menina quebrada”.

Este texto está de acordo com as seguintes normas:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Júlia de A.L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3ª ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2001.

Sumário

Resumo	xvi
Abstract	xvii
Apresentação	xviii
1. Introduzindo a problemática	1
1.1 Da luta dos movimentos LGBT às Políticas à Saúde que contemplem as Mulheres Bissexuais e Lésbicas.....	5
1.2 Condições de saúde de lésbicas e mulheres bissexuais	22
2. Questões norteadoras	27
3. Objetivos	29
4. Referenciais teóricos	30
4.1 Construcionismo Social, o sistema Sexo-Gênero e identidade.	30
4.2 Para além da categoria gênero: a abordagem da Interseccionalidade.	38
5. Passos Metodológicos	45
5.1 Participantes da pesquisa e aspectos éticos	46
5.2 A obtenção dos dados: narrativas de vidas reais	51
5.3 Análise do material	54
5.4 Impressões durante o trabalho de campo	56
6. Resultados e Discussão	61
6.1 Mulheres participantes: trajetórias e contextos de pertencimento social	61
6.2 Visibilidade de mulheres bissexuais e lésbicas e a relação com os familiares. .	107
6.3 O cuidado com a saúde e as questões que emergem da relação com o profissional	123
6.4 Lésbicas e mulheres bissexuais: percepções acerca de atendimento sensível às suas demandas e o atravessamento dos marcadores sociais	167
7. Considerações finais	187

8. Referências Bibliográficas	194
--	------------

ANEXOS

Anexo 1 – Aprovação do projeto no Comitê de Ética	202
Anexo 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	205
Anexo 3 – Roteiro de Entrevista	206

Resumo

Rodrigues JL. *Lésbicas e mulheres bissexuais: uma leitura interseccional do cuidado à saúde*. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2018.

A invisibilidade das lésbicas e das mulheres bissexuais, bem como a escassez de conhecimento científico a seu respeito ainda se faz presente no Brasil. Nas políticas de saúde brasileira elas são incluídas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher de 2003 e na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transgêneros de 2010. No entanto, é imprescindível conhecer suas concepções e práticas de saúde, no sentido de possibilitar interpelar as políticas elaboradas e identificar desvantagens sociais relacionadas aos processos de discriminação a que são submetidas. Este trabalho, de vertente qualitativa, teve por objetivo analisar como as lésbicas e mulheres bissexuais vivenciam a sexualidade e experienciam o cuidado à saúde em geral e à saúde sexual, em particular, a partir da abordagem da interseccionalidade. Participaram da pesquisa 17 mulheres com 18 anos ou mais que se auto referiram lésbicas ou bissexuais. A produção dos dados empíricos se deu por meio de entrevistas semiestruturadas seguindo roteiro temático previamente elaborado. Os cuidados éticos incluíram explicação detalhada acerca dos objetivos da pesquisa, de modo a garantir a participação voluntária e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética da USP. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas. Para análise dos dados utilizamos a abordagem da interseccionalidade, compreendendo como os marcadores sociais da diferença dialogam com o cuidado à saúde. A idade das participantes variou de 19 a 68 anos; seis eram negras, nove brancas e duas pardas; doze eram lésbicas e cinco bissexuais. Raça/cor e orientação sexual foram auto referidos. A diversidade na composição das participantes foi uma escolha metodológica para abarcar diferentes marcas identitárias quanto à raça, classe social, geração e orientação sexual. A intersecção entre sexualidade e geração opera vulnerabilizando mulheres jovens, pois estão expostas a intenso sofrimento psíquico em função da dependência financeira de familiares. Questões raciais surgiram no discurso de mulheres negras como marca identitária e de opressão em situações para além de contexto de saúde. O sentido e a visibilidade em torno da orientação sexual dependem, entre outras coisas, de experiências racistas. Finalmente, o intercruzamento entre sexualidade e classe social foi apreendida a partir da noção de territorialidade. A periferia de São Paulo parece interferir na maneira como as mulheres se apropriam e performatizam gênero. Percebemos relação entre regiões centrais e maior flexibilidade na expressão de gênero e de orientação sexual. No tocante aos temas relativos à saúde e à saúde sexual, os resultados apontam para a invisibilidade bissexual no contexto clínico. As dificuldades de lésbicas e bissexuais na consulta ginecológica vão desde receios quanto à exposição da orientação sexual até a não validação de sua sexualidade, quando sua vivência sexual com mulher é classificada como *não sexo* pelo profissional que a atende. A consulta em ginecologia opera com preponderância dos aspectos reprodutivos em detrimento dos sexuais e é marcada por pressupostos heteronormativos. A intersecção entre orientação sexual e gênero pode produzir invisibilidade às bissexuais, que são lidas socialmente enquanto heterossexuais ou homossexuais.

Descritores: lésbica; bissexualidade; sexualidade; assistência integral à saúde; interseccionalidade; construção social da identidade.

Abstract

Rodrigues JL. *Lesbian and bisexual women: an intersectional approach to health care* [thesis]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2018.

The invisibility of lesbians and bisexual women, as well as the scarcity of scientific knowledge about them, is still present in Brazil. In Brazilian health policies, they are included in the National Policy for Integral Attention to Women's Health of 2003 and in the National Policy of Integral Health Care for Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Transgender of 2010. However, it is imperative to know their conceptions and health practices, in order to make it possible to question the policies elaborated and to identify social disadvantages related to the discrimination processes to which they are submitted. This qualitative study aimed to analyze how lesbians and bisexual women experience sexuality and experience general health care and sexual health, in particular, from the intersectionality approach. The study was attended by 17 women aged 18 years or over who reported on lesbians or bisexuals. The production of the empirical data was done through semi-structured interviews following the thematic route previously elaborated. Ethical care included a detailed explanation of the research objectives, in order to guarantee voluntary participation and the signing of the Informed Consent Term. The study was approved by the ethics committee of USP. All interviews were recorded and transcribed. To analyze the data we use the intersectionality approach, understanding how the social markers of difference dialogue with health care. The participants' ages ranged from 19 to 68 years; six were black, nine were white, and two were brown; twelve were lesbian and five bisexual. Race / color and sexual orientation were self-reported. The diversity in the composition of the participants was a methodological choice to embrace different identity marks regarding race, social class, generation and sexual orientation. The intersection between sexuality and generation operates by vulnerabilizing young women, as they are exposed to intense psychological suffering due to the financial dependence of their families. Racial questions have emerged in the discourse of black women as an identity mark and oppression in situations beyond a health context. The sense and visibility of sexual orientation depend, among other things, on racist experiences. Finally, the interbreeding between sexuality and social class was apprehended from the notion of territoriality. The periphery of São Paulo seems to interfere with the way women appropriate and performatize gender. We perceive the relationship between central regions and greater flexibility in the expression of gender and sexual orientation. Regarding health and sexual health issues, the results point to bisexual invisibility in the clinical context. The difficulties of lesbians and bisexuals in the gynecological consultation range from fears about the exposure of sexual orientation to the non-validation of their sexuality, when their sexual experience with women is classified as non-sex by the professional who attends her. The consultation in gynecology operates with preponderance of the reproductive aspects in detriment of the sexual and is marked by heteronormative assumptions. The intersection between sexual orientation and gender can produce invisibility to bisexuals, who are read socially as heterosexual or homosexual.

Descriptors: lesbian; bisexuality; sexuality; comprehensive health care; intersectionality; social constructions of identity.

Apresentação

O interesse pelos direitos de pessoas LGBT – lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais – tem me acompanhado há alguns anos, juntamente com a observação de crescente visibilidade desses grupos na cidade de São Paulo. A ideia de estudar academicamente surgiu quando eu cursava o Programa de Aprimoramento Profissional oferecido pela Faculdade de Saúde Pública da USP (FSP-USP), denominado “Psicologia em Contexto de Unidade Básica de Saúde (UBS)”. Após a formação em Psicologia pela Universidade Federal de São Carlos, mudei para São Paulo para dar seguimento a minha formação.

Durante o curso de Aprimoramento a temática da homossexualidade, especificamente, chegou a mim de diversas maneiras. Uma delas foi por meio dos atendimentos que realizava na Unidade: uma mãe veio me procurar buscando ajuda para os trejeitos afeminados de seu filho de seis anos. Ela estava *aperriada*, como ela própria descreveu, pois se preocupava se o comportamento da criança era sinal de problemas em seu desenvolvimento quanto à gênero. Ela também parecia angustiada com as dificuldades de socialização que ele poderia enfrentar. Uma outra paciente, de aproximadamente 65 anos, participante do grupo psicoterapêutico que eu coordenava verbalizou sua orientação homossexual, assumindo na frente dos demais pacientes que era lésbica, depois de muitos anos convivendo com esta informação em silêncio e sofrimento. No momento em que ela se colocou, tive receio de como o grupo reagiria, e como eu, terapeuta responsável por aquele encontro, deveria conduzi-lo de modo a ser acolhedora o suficiente.

Em várias sessões de atendimento em grupo ou individual, temas como discriminação de gênero, de violência e opressão sexual faziam-se presentes e me levavam a questionar que, além do sofrimento psíquico inegavelmente carregado nas falas, também reverberavam uma estrutura social mais ampla. Quando se tratava de familiares, alguns chegavam pedindo esclarecimentos, especialmente na velha discussão se era doença ou “normal” e como lidar. Com manejo e acolhimento, percebia que era possível desenvolver ótimos diálogos e condutas terapêuticas.

Além dos atendimentos psicológicos em si, eu observava o quanto os profissionais da Unidade em geral tinham dúvidas como agir quando uma pessoa “diferente”, mais extrovertida, mais masculinizada ou fora dos padrões normativos de

feminilidade/masculinidade chegava ao serviço. Não raro, quando adentravam na recepção, logo outro profissional disponível ia procurar alguém da Psicologia (o profissional reconhecido como mais preparado para lidar com adversidades) para intermediar a demanda do usuário.

As mulheres lésbicas, especialmente as masculinizadas, causavam desconforto nos profissionais que não sabiam como agir e não sabiam também como se referir a elas. O mesmo eu verificava com relação aos gays e às travestis, sendo que estas últimas raramente acessavam a UBS. Em algumas situações em que fui acionada, percebia que a demanda da usuária nada tinha a ver com o serviço de saúde mental, tampouco sobre a sua orientação sexual. Por vezes, a usuária queria uma informação ou apenas agendar consulta clínica, tarefa que eu entendia perfeitamente cabível a qualquer profissional.

Mesmo outras demandas, não diretamente relacionadas à temática da diversidade sexual, como por exemplo, planejamento familiar ou maternidade não desejada, causavam desconforto por esbarrar em estereótipos de gênero e em expectativas sociais em relação a “ser mãe”.

Assim, a experiência no curso de Aprimoramento levantou uma série de questionamentos sobre gênero e diversidade sexual, tanto com relação às pessoas que chegavam a mim pela demanda de atendimento na área da Psicologia, quanto com relação aos profissionais que se mostravam receosos ou até mesmo com atitudes homofóbicas. As lacunas do serviço de saúde para acolher usuários LGBT e as dificuldades para implementar diretrizes de um atendimento humanizado se mostraram claras e presentes em meu cotidiano.

Depois de finalizar este curso, ingressei na pós-graduação (Mestrado), pelo Programa da Faculdade de Saúde Pública da USP, Área de Saúde Materno-Infantil. Meu projeto era voltado à saúde sexual e reprodutiva de mulheres lésbicas e bissexuais na cidade de São Paulo. Escolhi desenvolver um estudo de vertente qualitativa, pois me sentia mais capacitada pela minha formação e percurso profissional. Primeiramente, a temática da dissertação se mostrou um desafio quando realizei o levantamento bibliográfico. Na busca por artigos e pesquisas (tanto na *Scielo* quanto nas bases de dados dos programas de pós-graduação das Universidades com teses e dissertações) privilegiei estudos que discutissem questões relacionadas ao cuidado à saúde, utilizando palavras-chaves “homossexualidade feminina”, “lésbica”, “mulheres” e “saúde”. Posteriormente incluí outras expressões, como “saúde sexual”, “gênero”, mas no geral, os resultados eram escassos. Percebi o quanto o tema da homossexualidade feminina e sua relação com a

saúde eram incipientes. Quando utilizava o termo “LGBT”, outras pesquisas eram apontadas, que incluíam outros grupos: gays, transexuais e travestis. Mas a questão sobre as lésbicas e mulheres bissexuais especificamente permanecia pouco expressiva, configurando uma dificuldade para a análise de dados empíricos produzidos no mestrado.

Segundo, discutir sobre mulheres lésbicas trouxe à tona a temática de mulheres em geral, questões de gênero e do machismo como formas de opressão em si, para além da orientação sexual. Esses apontamentos são caros a mim não só em minha trajetória profissional, mas também pessoalmente, por me considerar defensora de uma sociedade mais justa ou, no mínimo, menos violenta com relação à diversidade de orientação sexual e de identidade de gênero.

Depois de concluir o mestrado, decidi não ingressar imediatamente no Doutorado, pois senti necessidade de aprimorar minha prática profissional, ou como alguns colegas referem de “colocar a mão na massa”. Afinal, havia entrado em contato com tantos conceitos e referenciais teóricos, inclusive referentes ao campo da Saúde Coletiva, que busquei por um trabalho em que poderia aplicar o conhecimento adquirido, no constante aprender/fazer entre teoria e prática. Assim, participei de um processo seletivo para atuar em um Caps AD (Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e outras Drogas) da Saúde Mental do município de Campinas/SP, localidade cuja rede de saúde é referência por colegas de formação e alguns teóricos (ainda que apresente, inúmeras lacunas). Neste serviço, embora a temática da diversidade sexual não estivesse diretamente presente nos atendimentos, questões de gênero permeavam as falas dos(as) usuários(as), bem como era de fundamental importância a ser consideradas por nós, profissionais, na condução dos Projetos Terapêuticos Singulares. Cheguei a ser referência de uma usuária, dependente de cocaína e álcool, que residia num bairro de alta vulnerabilidade social e trabalhava como profissional do sexo. A exploração sexual enquanto forma de sustentar a dependência química era frequente entre as mulheres que chegavam ao serviço e tal condição reverberava como se apropriavam de seus corpos-mercadoria e também de seus relacionamentos afetivo-sexuais, agravada quando a violência doméstica fazia parte da trajetória delas.

A maioria dos pacientes que vinha buscar tratamento no Caps AD era homens, muito machistas. Não raro, nós trabalhadoras mulheres tínhamos que lidar com situações de depreciação ou agressão verbal pela nossa condição de mulher. Assim, a desigualdade e a opressão de gênero estavam presentes na instituição e também nas histórias de vida dos usuários e usuárias. Classe social e raça também se faziam presentes a partir da

primeira e mais evidente constatação que a maioria de nossos pacientes eram de camadas populares e alguns, negros. A experiência de atuar em um serviço público da rede de Saúde Mental foi inquestionável para me deparar com dimensões da vida humana que eu não via (ou pouco considerava), para agir criativamente na construção de vínculos e para me surpreender o quanto teorias não encaixam na prática com a exatidão que gostaria, ainda que sejam ferramentas indispensáveis para orientar o exercício profissional.

A rotina de trabalho no Caps AD exigiu bastante disponibilidade emocional que acabou dificultando que eu pudesse dar seguimento a minha formação em horários depois do expediente. Após dois anos em Campinas, voltei a sentir necessidade de retomar os estudos e dedicar boa parte de meu tempo a outras atividades.

Hoje atuo profissionalmente como Técnica de Assuntos Educacionais (TAE) na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), junto ao Departamento de Medicina Preventiva e sou responsável por, dentre outras coisas, conduzir com docentes e outros colegas TAEs aulas em Saúde Coletiva para o primeiro, segundo e terceiro anos do curso médico.

A necessidade de problematizar questões de gênero e de diversidade sexual na Graduação em Medicina se faz imperiosa e eu tenho levado tais temas para dentro das unidades curriculares, buscando discuti-los juntamente com a Política de Humanização e a Clínica Ampliada (Brasil, 2009). As aulas cujas temáticas debatem o Sistema Único de Saúde e o cuidado em saúde constituem-se em espaços privilegiados para discussão de como os marcadores sociais da diferença impactam e atravessam o processo de saúde-doença. A tentativa de explorar as categorias - gênero, classe social, raça, etc. - dialoga com os objetivos de uma formação humanizada e com os propósitos das políticas de saúde sobre cuidado, ainda que inúmeras dificuldades sejam encontradas neste percurso.

A aproximação com a abordagem da interseccionalidade surgiu a partir de iniciativas de minha orientadora, que vinha há algum tempo se apropriando desta ferramenta teórica-metodológica. Ela decidiu então, formar um grupo de estudos com seus orientandos de maneira a compartilhar o conhecimento e fomentar discussões que auxiliassem a cada pesquisador e seus respectivos projetos, com contribuições de todos envolvidos. Apesar da riqueza que a interseccionalidade trazia, fiquei receosa em adotá-la enquanto referencial teórico tendo em vista o desafio que ela continha. A ideia inicial de utilizar a categoria gênero para análise dos dados empíricos foi substituída pela abordagem da interseccionalidade, que nos pareceu (a mim e a minha orientadora) uma ferramenta mais pertinente aos objetivos deste trabalho. Além disso, incluir geração, raça

e classe social na análise fazia mais sentido em uma pesquisa diretamente preocupada com os aspectos sociais, na área da saúde.

Assim, a ideia de pesquisar no Doutorado sobre as condições de saúde de lésbicas e mulheres bissexuais veio de um desejo de dar seguimento ao que fora iniciado no Mestrado e consolidar um aporte teórico consistente para minha atuação profissional. A aproximação com a interseccionalidade deu-se no percurso do doutoramento e ainda que a apropriação desta ferramenta teórica-metodológica necessite de maiores aprofundamentos, foi sem dúvida, um importante legado desta etapa. A escolha do tema diz da necessidade urgente de considerar lésbicas e mulheres bissexuais nas políticas de saúde e enquanto sujeitos de direitos, rompendo com o silenciamento em que esta prática/sexualidade/orientação sexual vem sendo submetida no Brasil.

1. Introduzindo a problemática

A visibilidade de identidades denominadas LGBT – lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais tem provocado inúmeras inquietações quanto ao tema “sexualidade” tanto em grupos ativistas, como em pesquisadores de diversas áreas de conhecimento. Se a epidemia da aids na década de 1980 foi propulsora de debates sobre homossexualidade, ainda que centrada na homossexualidade masculina e sob o viés da saúde, atualmente os questionamentos em torno de práticas sexuais não hegemônicas certamente ultrapassam questões estritamente relacionadas ao HIV e às infecções sexualmente transmissíveis (IST).

Problematizações acerca da temática LGBT trazem à tona discussões sobre direitos sexuais e reprodutivos consagrados, até então, aos heterossexuais. Assim, a diversidade sexual e seus desdobramentos no campo médico, jurídico e social têm provocado vários questionamentos e reflexões por pesquisadores das Ciências Humanas e Sociais.

Compreendemos que a sexualidade é um campo extremamente fértil para apreensão de como certos comportamentos, sentidos e valores são criados ou mantidos, e mais, como o disciplinamento dos corpos, em termos foucaultianos, regulariza e propaga processos de estigma, preconceito e resistência (Foucault, 2010).

A visibilidade de identidades LGBT, a partir dos princípios de equidade e integralidade que norteiam o Sistema Único de Saúde (SUS) convoca os governos federais, estaduais e municipais a oferecerem respostas às demandas destes grupos populacionais, sejam elas relacionadas diretamente ao cuidado em saúde, ou em temáticas que ultrapassem este campo, como adoção de crianças por casais de mesmo sexo.

Cabe nos questionar quem são as pessoas LGBT no Brasil. De quais números estamos falando? Pesquisas populacionais sobre orientação sexual ainda são incipientes no cenário brasileiro. O próprio Censo realizado pelo IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística¹ –, que constitui uma importante ferramenta para mapeamento populacional, não inclui a questão “orientação sexual” em seu questionário. Um dado interessante levantado em 2010, publicado em 2012 era de que há cerca de sessenta mil famílias homoafetivas vivendo no Brasil, das quais 53,8% era formada por mulheres.

¹ <http://censo2010.ibge.gov.br/resultados>. Página visitada em 07/11/16.

Ainda deve-se considerar que o número apresentado estava subnotificado e, portanto, deve somar mais famílias.

Localizamos uma pesquisa denominada “Mosaico da sexualidade” realizada pelo *Projeto Sexualidade (Prosex)*, do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, na qual 8.237 pessoas de dez cidades brasileiras foram entrevistadas ao longo de 2008, com o objetivo de traçar um perfil do comportamento afetivo-sexual no Brasil. O Grupo LGBT de Brasília, *Estruturação*, utilizou os dados referentes às pessoas que se declararam homossexuais e bissexuais desta pesquisa e divulgou e os resultados sobre as dez cidades que foram pesquisadas².

Welton Andrade, coordenador do Grupo *Estruturação*, tomou a porcentagem da mostra do Distrito Federal e calculou em números levando em consideração a população acima dos 18 anos, divulgada pelo censo de 2007 do IBGE. De acordo com o levantamento, 10,8% dos homens e 5,1% das mulheres se referiram homossexuais ou bissexuais. O que significa, de acordo com os cálculos do *Estruturação*, aproximadamente 135 mil indivíduos. Na cidade de São Paulo, teríamos 9,4% dos homens e 7% das mulheres homo ou bissexuais.

A pesquisa *Diversidade Sexual e Homofobia no Brasil*, fruto de uma parceria da Fundação Perseu Abramo (FPA) e a fundação alemã Rosa Luxemburgo Stiftung com pesquisadores brasileiros envolvidos, investigou o preconceito e a discriminação contra homossexuais – lésbicas e gays – bissexuais e transgêneros, com objetivo de levantar dados sobre a violação dos direitos destes grupos populacionais e convocar respostas do Estado com a formulação de políticas públicas (Venturi e Bokany, 2011). Apesar do foco deste grande estudo não ter sido um levantamento populacional acerca das orientações sexuais, ele traz dados interessantes.

Nesta pesquisa, 3% da amostra da população, representativa, respondeu que havia namorado ou vivido junto como se estivesse casado com uma pessoa do mesmo sexo; 1% ficou, mas não chegou a namorar e 1% namorou, mas não casou. Estes dados são relevantes, pois apontam que considerando a população geral, pelo menos 5% afirmou declaradamente ter tido alguma experiência homoafetiva (Venturi e Bokany, 2011). Se considerarmos o último Censo de 2018, estes números se referem a dez milhões e quatrocentos mil brasileiros.

² Disponível em: <https://homofobiabasta.wordpress.com/2011/06/17/demografia-sexual-censo-gay-e-pansexualidade/>. Acesso em 07/11/16.

A expressão de pessoas que mantêm relacionamentos homossexuais também aparece em estudo internacional. Um grupo de pesquisadores (Mercer et al., 2013) da Grã-Bretanha realizou a terceira edição do *Survey Sexual Attitudes and Lifestyles* (Natsal 3), que consistiu num levantamento sobre comportamentos sexuais de homens e mulheres com idades entre 16 a 74 anos, produzindo dados possíveis de serem comparados com os resultados do Natsal 1 (realizado em 1990-91) e do Natsal 2 (realizado em 1999-2001). Um achado importante na análise dos dados no Natsal 3 é que a proporção de participantes que referiram ter tido uma experiência sexual com um parceiro do mesmo sexo foi maior entre as mulheres que entre os homens se comparadas ao Natsal 1 e 2; sendo que esta vivência se mostrou mais frequente naquelas com idades inferiores a 35 anos. A porcentagem média de homens, considerando todas as idades (16 a 74 anos), que afirmaram ter tido uma experiência homossexual é de 8% e entre mulheres 11%, apontando para um aumento de experiências lésbicas nos últimos anos.

Os autores do estudo sugerem que a maior independência econômica, o decréscimo da proporção de mulheres que casam jovens ou escolhem dividir uma moradia com um parceiro e a possibilidade de experimentarem diferentes parceiros sexuais podem favorecer o aumento de experiências lésbicas entre mulheres (Mercer et al., 2013). Assim, os resultados do Natsal 3 quando comparados ao 1 e 2 mostram que o comportamento sexual é passível de mudanças e está inevitavelmente relacionado a mudanças sociais, como experienciar uma vivência sexual com outra mulher, o que há quarenta anos atrás era menos possível/provável.

O estudo também conclui, a partir da análise e comparações com os levantamentos anteriores (Natsal 1 e 2) que o comportamento sexual na Grã-bretanha mudou nos últimos 60 anos, sendo que as mudanças relacionadas às mulheres parecem maiores que as relacionadas aos homens (Mercer et al, 2013).

Tais dados reforçam o aumento de relacionamentos entre pessoas do mesmo sexo e trazem à tona diversas questões, seja em relação ao cuidado em saúde propriamente dito, seja em relação a temáticas que ultrapassem este campo, como casamento, união civil e outros temas jurídicos.

Partindo do pressuposto que lésbicas e mulheres bissexuais foram as participantes deste estudo, parece-nos importante pontuar a distinção entre orientação, identidade e prática sexual e nos posicionarmos quanto a escolha dos termos.

Por identidade entendemos um longo processo de construção de subjetividade atrelado, invariavelmente às formas, discursos e possibilidades forjadas em uma dada

cultura, num momento histórico específico. As identidades são variadas porque dizem respeito aos diferentes aspectos da vida de um sujeito, ao longo de sua trajetória de vida. Quando uma mulher se apresenta como mãe, professora e feminista, por exemplo, ela situa seu lugar em determinada configuração familiar, sua profissão e preceitos político-ideológicos. Esses termos expressam certa compreensão que tem de si, a leitura que os outros fazem dela (com repercussões em suas subjetividade) e assim, os sentidos, responsabilidades e efeitos que *mãe*, *professora* e *feminista* produzem em sua vida. Identidade de gênero refere-se, no âmbito da cultura, os modos de organização e pertencimento ao gênero masculino e ao gênero feminino (Seffner, 2011). Interessa-nos entender como as regras e a organização em torno do gênero produz determinadas configurações. A produção de identidades de gênero está atrelada com as relações de poder na sociedade, que a todo momento posicionam homens e mulheres (Seffner, 2011). Está atrelada também a ideia de performatividade, no sentido de que nos apropriamos, rejeitamos e criamos certas características de feminilidade ou masculinidade, a depender do contexto situacional.

A orientação sexual refere-se ao objeto do desejo sexual, articulando-se em torno de três posições: homossexual, bissexual e heterossexual (Seffner, 2011). Essas três possibilidades estão longe de esgotar as experimentações no campo da sexualidade. Sem dúvida, são termos limitados. No entanto, utilizamos *orientação sexual* para demarcar a atração afetiva-sexual das participantes por outras mulheres, no caso das lésbicas, e por homens e mulheres, no caso das bissexuais.

Embora defendamos que tanto a identidade de gênero quanto a orientação sexual expressem uma posição não necessariamente fixa, estável, uma vez que é fruto de numerosas interpelações (por exemplo, geração), elas demonstram um apego que enfatiza a permanência, a partir de frases do tipo “eu sou homossexual”, como se a homossexualidade expressasse uma verdade anterior ou essência do sujeito.

Apesar da crítica sobre a fixidez que as categorias homossexual, bissexual e heterossexual contêm, o pertencimento e a exposição delas têm provocado um aumento em suas visibilidades. No âmbito da luta política e do movimento social, os termos lésbica, gay, bissexual, travesti e transexual adquirem relevância para obtenção de direitos e pela conquista de reconhecimento.

Justamente por reconhecermos que o desejo pode ser fluido, momentâneo e dependente de outras negociações, orientação sexual não caminha necessariamente no mesmo sentido e mesma linearidade que as práticas sexuais. Uma pessoa pode

denominar-se heterossexual, mas realizar práticas sexuais com homens, sem que isso implique em assumir-se homossexual ou adquira o sentido de ser gay. Assim, os comportamentos na esfera do erótico e do sexual podem ser mais amplos do que a orientação sexual visibilizada. Da mesma maneira, assumir determinada orientação sexual, pode incluir uma diversidade de práticas e excluir outras, que seriam perfeitamente cabíveis para outros sujeitos de mesma orientação.

Para fins desta pesquisa, o termo *homossexualidade* e *bissexualidade* foi utilizado para pontuar a atração afetiva-sexual em contraposição à heterossexualidade, ou seja, lançar luz à orientação sexual. Por razões políticas e de visibilidade, utilizamos *lésbica* e *bissexual* e não adotamos “gay” para referirmos às mulheres, como encontramos alguns documentos de décadas anteriores. Vale ressaltar que, apesar da suposta homogeneidade que os termos sugerem (a consequência inevitável das categorias em delimitar, como nos alerta Butler, 2003), reconhecemos que a visibilidade e as práticas sexuais adotadas são compostas a partir de um complexo jogo, na qual entram em cena diversos marcadores sociais – de raça, de geração e classe social, para citar alguns. Os termos lésbica e bissexual, portanto, foram escolhidos por razões políticas e de visibilidade, mas não se pretendem universais e homogêneos, reconhecemos que dentro destas denominações há pluralidades e tensões, e podem abarcar diferentes práticas sexuais.

A luta por representatividade e as reivindicações de lésbicas e mulheres bissexuais propiciaram alguns avanços no campo da saúde com a elaboração de Políticas Públicas, tema de interesse da pesquisa. No próximo tópico, apresentaremos um breve panorama das reivindicações por reconhecimento de direito de pessoas LGBT (com ênfase às lésbicas e mulheres bissexuais) no cenário nacional, desde o final dos anos de 1970. Abordaremos também a incorporação de parte de suas demandas pelo governo Federal, especificamente via Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) (Brasil, 2003), Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNAIS LGBTT) (Brasil, 2010) e Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS (Brasil, 2003).

1.1 Da luta dos movimentos LGBT às Políticas à Saúde que contemplem as Mulheres Bissexuais e Lésbicas.

A Política de Saúde voltada especificamente às lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais é recente (de 2010) e foi fruto de inúmeras lutas pelo reconhecimento da

diversidade sexual que vinham crescendo desde a década de 1970 no Brasil, para além da área da saúde. Concepções de que a homossexualidade era imoral, pecaminosa e patológica foram criticadas publicamente por ativistas homossexuais na década de 1970 e, em paralelo, grupos de mulheres passaram a questionar o irrevogável destino reprodutivo dos corpos femininos (Carrara, 2013). O grupo Somos de São Paulo, fundado em 1978 destacou-se por ser pioneiro no movimento de ativistas homossexuais no país. O movimento de mulheres lésbicas em si, iniciou-se atrelado ao grupo Somos em fevereiro de 1979 e remonta parte da história do movimento lésbico de São Paulo. Passados apenas três meses de atividades com os gays, perceberam atitudes machistas e discriminatórias desses colegas de militância e que suas especificidades enquanto mulheres não seriam contempladas. Decidiram então atuar como um subgrupo dentro do Somos, o Grupo de Ação Lésbico-Feminista ou apenas LF, com posicionamento político de independência frente à centralização do poder masculino.

Como pauta de suas reivindicações, as mulheres lésbicas solicitaram uma discussão sobre machismo e feminismo no Somos, delimitação de um tema específico para ser discutido por todos, consolidação de grupo de acolhimento e afirmação da identidade só para lésbicas e formação de alianças com o movimento feminista. Os demais integrantes do grupo não foram favoráveis às tais exigências, com exceção de um pequeno número de gays sensíveis às questões de gênero. Assim, o primeiro ano de consolidação do LF não se sucedeu tranquilamente; era um grupo heterogêneo, cuja lesbianidade era o único denominador em comum delas. As próprias ativistas encontraram barreiras que não esperavam, incluindo grande dificuldade de diálogo com os militantes gays.

Entre 1979 e 80, o Grupo de Ação Lésbico-Feminista (LF) integrou a organização do II e III Congresso da Mulher Paulista. Sua primeira aparição em público teve repercussão negativa e desastrosa, mesmo para as feministas que organizaram ou participavam do evento. As lésbicas defendiam que as mulheres lutassem pelo direito ao prazer e à sua sexualidade; que rompessem com o círculo de opressão e subordinação masculina e que tomassem conhecimento de que heterossexualidade era imposta a todas as mulheres como a única sexualidade “normal”. No entanto, essas ideias não foram bem-aceitas pela maior parte do movimento de mulheres e soava radical para as feministas. Direito ao corpo e ao prazer, sem estar atrelado de maneira alguma à figura masculina, parecia avançado demais. O discurso que as lésbicas traziam, pontuando o sexo como político - e não somente pessoal - impactou a discussão sobre sexualidade

junto às mulheres de baixa renda. Como em outros aspectos do comportamento humano, as formas institucionais da sexualidade em um determinado tempo e lugar são produto da atividade humana. Assim, são imbuídas de conflitos de interesse e manobras políticas, ambas deliberadas e incidentais. Nesse sentido, o sexo é sempre político, como adverte Rubin (1989).

A concepção de que mulheres de camadas populares estavam interessadas em discutir somente as desigualdades econômicas, mas não a sexualidade começou a ser questionada. As integrantes do LF também produziram provocações em torno da sexualidade não só pelo discurso do uso de anticoncepcionais, em alta na época, mas por conta da problematização de quem eleger para parceiro/parceira de vida e de cama.

Após dificuldades de diálogo e consenso com outros integrantes do Somos, o LF decidiu-se retirar definitivamente e iniciar seu próprio grupo de maneira independente, nomeado de Grupo de Ação Lésbica Feminista (Galf). O Galf vendia boletins, panfletava folhetos de conscientização sobre discriminação e violência contra as lésbicas e divulgava as atividades do grupo. Atuou fortemente contra a onda de prisões arbitrárias, de torturas e de extorsão nos anos 80, ainda sob a ditadura civil-militar de 1964. Teve participação em diversos episódios de repressão, manifestando sua resistência e luta pelo direito de expressão de orientação sexual. Um desses episódios foi especial: as mulheres integrantes do Galf, com apoio de alguns gays, feministas, defensores dos direitos humanos e políticos organizaram uma invasão a um bar no centro de São Paulo, cujo dono havia proibido a circulação delas e a venda de folhetins. Era um importante espaço de sociabilidade lésbica e por isso, diante de tamanho autoritarismo, no dia 19 de agosto, organizaram a invasão com cobertura da mídia. A ação foi uma vitória e um marco fundamental para a história do movimento de lésbicas brasileiro.

O Galf deixou de existir no ano de 1989 e se destacou por ter sido o primeiro grupo de lésbicas no Brasil com duração de 10 anos, participando de ações ininterruptas nesse período. O movimento de lésbicas feministas no Brasil já existia há quase 17 anos e suas pautas não encontravam apoio real junto aos movimentos feminista e homossexual (composto em sua maioria por homens gays). A trajetória do LF e, posteriormente do Galf denota que a história do movimento lésbico esbarrou, por muitos anos, em dificuldades de diálogo tantos com os movimentos GLBT³, por conta do machismo,

³ GLBT era a sigla utilizada no movimento nos anos 1980; a alteração para LGBT ocorreu somente no ano de 2008 para dar visibilidade às lésbicas, após reivindicações.

misoginia e lesbofobia, quanto com grupos feministas, que não reconheciam suas reivindicações.

Ao longo das décadas de 1980 e 1990 outros movimentos sociais que se propunham discutir diversidade sexual ganharam força e espaço no cenário nacional. A exemplo, podemos citar a Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Intersexo (ABGLT) fundada em 1995. A missão do ABGLT é promover ações que garantam a cidadania e os direitos humanos de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, contribuindo para a construção de uma sociedade democrática, na qual nenhuma pessoa seja submetida a quaisquer formas de discriminação, coerção e violência, em razão de sua orientação sexual e identidade de gênero⁴.

Além da atuação do LF e do Galf, outro marco importante na história das lésbicas no Brasil foi o primeiro Seminário Nacional de Lésbicas (Senale) realizado em 1996 com a participação de aproximadamente cem lésbicas. O encontro foi de suma importância para aperfeiçoar os posicionamentos políticos e as estratégias de combate ao patriarcado, à heterossexualidade compulsória, ao racismo, à lesbofobia, temas caros às lésbicas. Dentre as deliberações, o dia 29 de agosto, início do I Senale, passou a ser o Dia Nacional da Visibilidade Lésbica. Os Senale continuam acontecendo e são realizados em diferentes estados e regiões do país. No VIII Senale/RS, o nome foi alterado para Senalesbi, garantindo a visibilidade das mulheres bissexuais. Em 2003 tem-se a fundação da Liga Brasileira de Lésbicas (LBL) (Carrara, 2013).

A dificuldade de representatividade nos espaços e associações LGBT se exemplifica na reivindicação de paridade a cotas de participação em eventos nacionais, que só foi atendido em 1993, evidenciando a manutenção de posturas machistas e de poder patriarcal dentro do movimento. Na I Conferência Nacional GLBT/2008, as delegações da sociedade civil, obrigatoriamente, foram compostas de 50% de pessoas com identidade de gênero feminina (lésbicas, mulheres bissexuais, travestis e mulheres transexuais) e 50% de homens. A Liga Brasileira de Lésbicas (LBL) apresentou outra proposta: que as delegações fossem formadas por 20% de lésbicas, gays, bissexuais, transexuais e travestis, respectivamente.

A invisibilidade política das lésbicas também ficou evidenciada nas Paradas do Orgulho LGBT de São Paulo que, até 2003, denominava-se Parada do Orgulho Gay. Desde 1997 se pedia a alteração do nome que invisibilizava os segmentos de lésbicas,

⁴ Para maiores informações consultar o site da ABGLT: <https://www.abglt.org/historia>. Acesso em 10/10/2018.

travestis, transexuais e bissexuais. Para produzir visibilidade social e política às lésbicas, protestar por seus direitos específicos, demarcar suas pautas e celebrar, surge em 2003 a I Caminhada de Lésbicas e Simpatizantes. Até hoje ela continua a ocorrer no sábado que antecede a Parada. O nome da Caminhada foi alterado em 2013 para Caminhada de Mulheres Lésbicas e Bissexuais. A incorporação de lésbicas negras e bissexuais ocorreu somente em 2006 na organização do I Seminário Nacional de Lésbicas Negras: Afirmando Identidades, que aconteceu em São Paulo.

A conquista por visibilidade política apontada nos parágrafos anteriores traduz de maneira perspicaz hierarquias e poderes que atravessam movimentos sociais, inclusive àqueles que se colocam a favor de minorias. A história das lésbicas em São Paulo chama atenção como as diferenças de gênero e raça, repercutiram em desigualdades levando dificuldades enfrentadas pelas mulheres, nos processos de machismo, lesbofobia e racismo, presentes até os dias de hoje.

O movimento de mulheres ganhou força ao longo da década de 80, e em paralelo, o movimento feminista também começou a se autonomizar. No entanto, conforme exposto acima, não ausente de tensões e interesses específicos.

Os movimentos feministas são considerados responsáveis por grandes mudanças ocorridas na segunda metade do século XX e que mais influíram para a virada epistemológica ocorrida no Ocidente (Soares e Costa, 2012). Parker (1999) destaca a importância deles na luta pelos direitos reprodutivos ao se opor à concepção naturalizada da condição feminina. Dentre as diversas denúncias que fizeram, destacamos a objetificação do corpo da mulher e a regulação da sexualidade através da normalização do comportamento sexual. O surgimento da pílula anticoncepcional deu fôlego à crítica a maternidade obrigatória, como destino irrevogável dos corpos femininos. A desnaturalização das identidades de gênero, apoiada na concepção de construção social para definição de códigos e comportamento embasou as formulações feministas.

A partir dos anos de 1970, a relação entre os movimentos feministas e de mulheres lésbicas no Brasil foi fortemente marcada por encontros e tensões no campo epistêmico e no político, considerando as trajetórias destes. O feminismo no Brasil teve características próprias, com trajetória particular, que lhe conferiu heterogeneidade. O contexto político pela qual se solidificou foi o da ditadura militar, época de grandes repressões e ação violenta do Estado. Apesar de ter se iniciado por mulheres de classe média, maioria vinculadas às organizações e partidos de esquerda, expandiu-se através de uma articulação peculiar com as camadas populares (Sarti, 1988). O vínculo com estas

envolveu delicada interação com uma ala progressista da Igreja Católica denominada Teologia da Libertação. O movimento no Brasil, portanto, foi marcado pela presença de diferentes alianças (o feminismo, a esquerda e a Igreja) todos na luta contra o regime autoritário da época.

A heterogeneidade na composição dos atores sempre teve limites claros. Temas como a condenação do aborto, do divórcio e do planejamento familiar eram explicitamente defendidos pela Igreja e se sobrepunham aos interesses das mulheres. Além disso, como destaca Sarti (1988), as organizações de bairro, das quais mulheres de camadas populares faziam parte, tinham por característica a reivindicação de necessidades básicas e melhorias de infraestrutura urbana, a partir da referência de família e suas condições de vida; dessa forma, suas reivindicações refletiam identificação tradicional atribuída à mulher e os problemas sociais que as afligiam, num país desigual como Brasil. No contexto de autoritarismo que marcou o início do movimento, todos os grupos uniram-se por uma causa em comum: lutas democráticas em oposição ao regime militar. No entanto, as reivindicações feministas começaram a ganhar espaço e contornos diferentes quando o processo de abertura política vai se consolidando no país. Os conflitos com a Igreja católica quanto com alguns setores da esquerda foram se tornando mais expressivos. Até aproximadamente os anos de 1980, parece haver um consenso de que existiam duas tendências principais dentro do movimento, uma mais voltada para atuação pública da mulher e altamente interessada na revisão dos poderes entre os sexos e outra, preocupada com as relações interpessoais e as mudanças localizadas sobretudo no mundo privado (Sarti, 1988). No entanto, essas duas tendências pautavam-se na heterossexualidade como referência de relacionamento. Por isso que, quando as integrantes do LF se fizeram visíveis durante o II Congresso da Mulher Paulista, com uma postura sexual diferente e um discurso inusitado sobre sexualidade foram rejeitadas. O que elas reivindicavam não havia espaço nem legitimidade dentro do movimento feminista. A tendência do movimento foi estabelecer convivência com feministas lésbicas sem preocupar-se com a desconstrução da heteronormatividade⁵ na pauta política e teórica (Soares e Costa, 2012).

⁵ Por heteronormatividade, termo largamente utilizado ao longo deste trabalho, entendemos a vida social construída na suposição de que todas as pessoas são heterossexuais, especialmente na cultural ocidental, assumindo a norma heterossexual da família nuclear como natural e universal, tornando a homossexualidade socialmente invisível e de menor legitimidade (Bjorkman e Malterud, 2009).

A partir dos anos 1980, com o processo de redemocratização do país, o fio condutor contra o autoritarismo das diferentes vozes que compunham o movimento enfraqueceu a partir da abertura política; as divergências entre o movimento de mulheres e o movimento feminista acentuaram-se.

Na fase de pós ditadura, os feminismos avançaram da fase de denúncia e começaram a propor políticas públicas para equidade de gênero (Soares e Costa, 2012). A premência das questões da saúde reprodutiva (esterilizações em massa, mortalidade materna, abuso médico) e da violência contra a mulher ocuparam grande parte da agenda feminista, como desacato aos direitos humanos, associados à condição socioeconômica. Nas universidades surgem núcleos de pesquisas e estudo sobre a mulher, que depois viriam a ser denominados estudos de gênero (Sarti, 1988 e Soares e Costa, 2012).

Nos anos 90, seguido na mesma direção nos anos 2000, as pautas do movimento feminista se ocuparam da temática da violência contra a mulher, saúde da mulher e trabalho. Inúmeras ONGs (Organizações Não Governamentais) se formaram, muitas conectadas ao movimento feminista assumindo compromisso com os propósitos defendidos por ele. Houve um aumento de feministas em cargos governamentais e o processo de institucionalização foi um vetor para a manutenção da resistência a incorporação da crítica a heteronormatividade e as questões das mulheres lésbicas (Soares e Costa, 2012). O movimento feminista internacional, juntamente com a participação de feministas brasileiras, foi responsável por desenvolver e problematizar o conceito de Direitos Sexuais, concomitantemente a noção de direitos reprodutivos. O conceito de Direito Sexual, conforme destaca Soares e Costa (2012) teve o objetivo discutir “sobre a sexualidade feminina como um direito humano, assim como da denúncia de suas violações, todavia este foi restringido pelo enfoque da heterossexualidade.” (p.21 e 22). Por direitos sexuais entendemos a aceitação dos diferentes tipos de expressão sexual, a autonomia para tomar decisões sobre o uso do próprio corpo e a igualdade de gênero.

A história do movimento feminista no Brasil aponta que, no fundo, as feministas não incorporaram as reivindicações das mulheres lésbicas com a prioridade merecida, ainda que elas lutassem por temas relevantes para a pauta feminista, como livre expressão da sexualidade, aborto e concepção. Na verdade, houve uma intencionalidade de manter as lésbicas afastadas do movimento de mulheres e do movimento feminista, a partir de receios de serem confundidas por lésbicas. A dificuldade de lésbicas feministas terem suas reivindicações incorporadas nas agendas dos movimentos evidencia de maneira contundente a heteronormatividade em que se assenta a sociedade brasileira.

A despeito de sua luta e conquistas, o movimento feminista teve estreita relação com os pressupostos da heterossexualidade, baseado na divisão binária do humano, em torno de esquemas como casamento, família, maternidade, violência. As interpelações quanto a essas centralidades só adquiriram destaque mais recentemente, na segunda década do século XXI. As transformações no campo da sexualidade e a compreensão de que nem sempre há correspondência entre o sexo, o gênero e o exercício da sexualidade têm provocado críticas ao heterossexismo e a heteronormatividade como prerrogativa para legitimar violência de gênero contra mulheres com vivências heterossexuais e lésbicas (Soares e Costa, 2012).

Tal reconhecimento proporcionou novas dinâmicas sociais do movimento feminista, nas quais ganha destaque a instabilidade da categoria “mulher”, questionando-na como unívoca e homogênea. Neste campo de mudanças epistemológicas e políticas do feminismo, a contribuição da abordagem interseccional foi fundamental para que as diferenças ganhassem visibilidade e se constituíssem em campos de saber e político.

Se houve mobilizações no campo dos movimentos sociais, no campo acadêmico também se verificou estudos, principalmente a partir da década de 1980 (Aquino, 1995; Guimarães, 2004; Heilborn, 2004) sobre as liberdades de orientação e expressão sexuais, marcando a passagem de abordagens centradas no indivíduo e na “etiologia” da homossexualidade para uma abordagem centrada na inter-relação sujeito-sociedade e no contexto sociocultural. Alguns autores importantes, como Jeffrey Weeks (2010), Henrieta Moore (1997), Gayle Rubin (1975), Carol Vance (1991) fomentaram discussões sobre sexualidade compreendendo-na como um campo de atuação de forças e luta política, permeada por jogos de poder, para além de uma função biológica⁶. Nesta perspectiva, o comportamento sexual é atravessado por diversos marcadores sociais que fazem certas práticas serem mais aceitas que outras, relativizando o “normal” e o “patológico”.

Assim, os anos 80 e 90 foram marcados por algumas iniciativas visando questionar as diferenças hierárquicas entre homens e mulheres, que se expressaram tanto na academia quanto nos movimentos sociais.

Desde o início dos anos 2000, a organização cada vez mais efetiva de movimentos LGBT, o número crescente de pesquisas, congressos e reuniões acadêmicas sobre esta temática foi consolidando um campo importante de discussões sobre direitos sexuais,

⁶ Voltaremos a esses autores que pertencem ao Construcionismo Social no capítulo “Referenciais Teóricos”.

homofobia e violência de gênero. Neste cenário, o Governo Federal se viu cada vez mais convocado a elaborar estratégias e intervenções às mais diversas situações envolvendo discriminação aos gays, lésbicas, travestis e transexuais.

Uma das primeiras mobilizações do governo federal nos anos 1980, visando o segmento homossexual, que posteriormente viria a ser tido como população LGBT, deu-se por meio do Programa Nacional de Aids, cujo foco era a prevenção ao HIV e atenção aos adoecidos. A luta contra a aids foi um importante ponto de apoio para articulação dos grupos ativistas e as políticas públicas, uma vez que a Constituição de 1988 estabeleceu a saúde como direito universal.

A partir das diretrizes de universalidade, integralidade e equidade do cuidado outras ações estratégicas foram lançadas pelo Governo visando garantir acesso e atendimentos de qualidade incluindo as diferentes práticas e orientações sexuais. Dentre elas podemos citar o “Programa Mais Saúde - Direito de Todos” (Brasil, 2008) e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) de 2010, cujo foco é o enfrentamento da iniquidade e a redução das desigualdades em saúde relacionadas a esses grupos populacionais, reafirmando o compromisso do SUS com a integralidade e universalidade.

Alguns objetivos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde LGBT (Brasil, 2010) incluem a promoção da saúde integral, exclusão da homofobia e de qualquer forma de discriminação, inclusão de ações educativas nos serviços de saúde voltados a promoção da auto-estima de LGBT e a prevenção de novos casos e ampliação do acesso ao tratamento qualificado de cânceres ginecológicos entre lésbicas e bissexuais.

Como o foco deste trabalho são as mulheres, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM - Brasil, 2003) também tem estreita relação com os objetivos propostos. A PNAISM, assim como Política Nacional de Atenção Integral à Saúde LGBT, é entendida aqui como outra tentativa de responder politicamente às demandas de mulheres lésbicas e bissexuais, no campo da saúde.

A PNAISM foi implantada em 2003 buscando avançar na superação da noção de saúde materno-infantil na qual o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) elaborado em 1984 já se preocupava, mas ainda tinha relação.

A elaboração de um programa na década de 1980 voltado às necessidades de saúde das mulheres foi fundamental para redução da mortalidade materna, aperfeiçoamento da atenção obstétrica, assistência em anticoncepção e incorporou os princípios e diretrizes que vieram a tecer o eixo conceitual do Sistema Único de Saúde. Apesar dos inegáveis

avanços que o PAISM proporcionou à saúde das mulheres, a partir de sua atuação junto à Atenção Básica, as ações priorizaram a saúde reprodutiva. Esta perspectiva de atuação comprometeu a transversalidade de gênero e raça e denotou algumas lacunas como atenção ao climatério, queixas ginecológicas, infertilidade e reprodução assistida, saúde da mulher na adolescência, doenças infecto-contagiosas, dentre outras (Brasil, 2003).

Em 2003, a Área Técnica da Saúde da Mulher do Ministério da Saúde (MS) identificando a necessidade de inclusão da perspectiva de gênero e raça e de articulação com outras áreas técnicas, propõem novas ações, nas quais as mulheres lésbicas passaram a ser incluídas.

O trecho da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Brasil, 2003) que se refere à saúde de mulheres lésbicas especificamente destaca alguns pontos que precisam ser incorporados ou considerados na formulação e implantação de políticas públicas. O primeiro deles diz respeito ao acesso e realização de exames preventivos de câncer de colo de útero e de mama, uma vez que ainda persiste a noção de que estes exames são indicados para mulheres com práticas heterossexuais e, portanto, mulheres que fazem sexo com mulheres podem prescindir deste cuidado.

A PNAISM também aponta a violência a que mulheres lésbicas estão submetidas, seja intrafamiliar quando são expulsas de casa ou sofrem retaliações ao revelarem a homossexualidade, ou nos próprios serviços de saúde. Carrara e Ramos (2005) chamam atenção ao fato de que mulheres lésbicas podem sofrer menos ataques homofóbicos em lugares públicos se comparadas aos gays e travestis, pois as modalidades de discriminação nas quais são submetidas têm menos visibilidade, por ocorrerem geralmente dentro da esfera privada.

Outra questão que o documento assinala refere-se ao acesso às tecnologias reprodutivas, particularmente à inseminação assistida na rede SUS, que deveria incluir lésbicas que desejam exercer o direito à maternidade voluntária (Brasil, 2003).

Finalmente, a PNAISM (Brasil, 2003) reconhece que o atendimento na área da ginecologia e em outras áreas da saúde pode ser dificultado a partir do pressuposto de que a vida sexual de uma mulher é regida pela heterossexualidade. A compreensão da dinâmica de que elas transitam por diferentes experiências é crucial no cuidado à saúde, uma vez que a categoria “mulheres exclusivamente homossexuais”, que nunca tiveram ou nunca terão relações sexuais com homens, praticamente inexistente (Barbosa e Koyama, 2006).

Assim, a PNAISM (Brasil, 2003) adverte a necessidade de os serviços disporem de profissionais capacitados para o atendimento às mulheres, considerando a possibilidade de algumas usuárias terem práticas homossexuais (mas não necessariamente apenas homossexual); fato que deveria ser compreendido como um *direito* em relação a sua vida sexual. Entendemos que este direito não diz respeito somente à esfera privativa do sujeito e a sua escolha de parceria sexual. Ele traz à tona valores morais, jogos de poder e se constitui um campo que sofre constantes interferências de preceitos médicos, como por exemplo, a patologização de pessoas transgêneros.

Dois pontos importantes das Diretrizes da PNAISM (Brasil, 2003) que dialogam com o tema sobre mulheres lésbicas são:

a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher deverá atingir as mulheres em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais (pág 63; neste trecho temos a especificação *mulheres de orientação homossexual*⁷...) e

a elaboração, a execução e a avaliação das políticas de saúde da mulher deverão nortear-se pela perspectiva de gênero, de raça e de etnia, e pela ampliação do enfoque, rompendo-se as fronteiras da saúde sexual e da saúde reprodutiva, para alcançar todos os aspectos da saúde da mulher (pág 63).

Como objetivo específico a PNAISM estabelece a ampliação e qualificação da assistência clínico-ginecológica, incluindo-se portadoras de HIV e outras IST. Neste tópico são claramente incluídas: mulheres no climatério, na terceira idade, mulheres negras, indígenas e trabalhadoras do campo, porém, não há referência às mulheres lésbicas. Mesmo que a transmissão do HIV e outras IST seja uma preocupação do Ministério da Saúde, é interessante notar que parece não haver a mesma atenção nesta questão em relação às mulheres lésbicas.

A Política de Humanização – HumanizaSUS existe desde 2003 para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil. Ela se destaca aos propósitos deste estudo exatamente pelo compromisso em defesa do SUS, do reconhecimento da diversidade da população brasileira, de modo a oferecer a todos cidadãos acesso à saúde, sem distinção de idade,

⁷ Itálicos nossos.

etnia, origem, gênero e orientação sexual. As diretrizes da política de Humanização (Brasil, 2009) preconizam acolhimento, gestão participativa/cogestão, ambiência, clínica ampliada e compartilhada, valorização do trabalhador e defesa dos direitos dos usuários.

A problematização do cuidado em saúde de mulheres lésbicas e bissexuais dialoga com o *acolhimento*, postura de reconhecer as demandas trazidas pelos pacientes como singulares e legítimas (Brasil, 2003). A partir de uma escuta qualificada, compreende-se as queixas verbalizadas como únicas, inseridas e produzidas na vida do usuário, com toda sua complexidade. O acolhimento é uma ferramenta chave para construção de vínculos e co-responsabilidade do cuidado, a partir do que é nomeado pelo sujeito. A *clínica ampliada* também se mostra dispositivo indispensável na produção de cuidado, a partir de recursos que permitam enriquecimento dos diagnósticos (para além do enfoque orgânico, inclusive percepção dos afetos produzidos nas relações clínicas) e a qualificação do diálogo, tanto entre os profissionais de saúde envolvidos no tratamento quanto destes com o usuário. (Brasil, 2003)

Esta perspectiva, portanto, oferece legitimidade ao que é trazido pelo paciente e entende suas demandas para além do corpo biológico, assumindo outros aspectos que compõem o processo saúde-doença. A compreensão de dificuldades que podem fazer parte da vida de mulheres lésbicas e bissexuais, por exemplo, discriminação e estigma a que são submetidas, se faz necessária para um atendimento integral e humanizado. Além disso, é igualmente relevante compreender os sentidos do que é verbalizado pela paciente acerca de sua prática sexual, de sua sexualidade. Quando não há esta escuta e diálogo qualificados, as orientações médicas adquirem caráter meramente prescritivo e permanecem à margem da vida do sujeito.

Vale ressaltar que as ações governamentais diante da visibilidade LGBT não se restringiram à área da saúde. Em 2005 o Ministério da Educação passou a editar programas para selecionar projetos de capacitação sobre orientação e identidade sexual destinados aos profissionais da educação. A Secretaria Especial de Direitos Humanos, por sua vez, se organizou por meio de centros de referência em direitos humanos para combater formas de violência e discriminação homofóbica, oferecendo suporte jurídico e psicossocial aos que procuram o serviço (Carrara, 2013).

Como exemplo de ações para além da área da saúde podemos citar o Projeto *Escola Sem Homofobia*⁸ que integrava o *Brasil sem Homofobia* (Brasil, 2004). Tratava-se de uma notável articulação entre organizações da sociedade civil e o Ministério da Educação para levar às escolas discussões sobre machismo, diversidade sexual, provendo humanização e sensibilização aos pares, especialmente quanto à violência e ao sofrimento que pessoas LGBT estão submetidas. No entanto, projetos desta natureza encontram barreiras significativas no Brasil e exemplificam as tensões políticas, expressas por grupos conservadores que se colocam contrários a diversidade sexual como prática igualmente livre e respeitável. O material que seria utilizado com os alunos, elaborado por profissionais e integrantes da Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais foi jocosamente denominado de “kit gay” por setores conservadores da sociedade e pelo Congresso Nacional. O Projeto foi alvo de crítica, com o argumento equivocado de que fazia apologia à homossexualidade e teve sua veiculação suspensa pela Presidência em 2014.

Outro exemplo de iniciativa que encontra dificuldades para sua execução é trazido por Alexandre Landim Félix. Em trabalho apresentado na ANPOCS de 2016 ele expõe parte de sua dissertação de mestrado que discute a regulamentação do casamento entre pessoas do mesmo sexo no Brasil, no período de 1995 a 2013 evidenciando argumentos utilizados pelos políticos favoráveis e contrários a esta questão. Não adentraremos na complexidade do tema, porém, de toda forma, o documento evidencia o quanto os argumentos contrários estão relacionados a deputados defensores da família cristã e aliados a bancadas religiosas, sustentando a premissa de que somente pessoas de sexo opostos possuem condições necessárias para casarem (Félix, 2016).

O reconhecimento da união homoafetiva foi aprovado pelo Supremo Tribunal Federal - STF em 2011, depois de grandes conflitos e fortes argumentos que iriam contra o preceito fundamental da dignidade da pessoa humana do qual decorre a autonomia da vontade. Em 2013, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) decretou a Resolução n.175 obrigando os cartórios a realizarem casamento entre casais do mesmo sexo.

Finalmente, podemos citar o projeto de Lei n. 122 de 2006, também conhecido como lei anti-homofobia, apresentado pela então deputada Iara Bernardi (PT-SP). O

⁸ Projeto Escola sem Homofobia integrava o Brasil sem Homofobia – Programa de Combate à Violência e à Discriminação de LGBT e Promoção da Cidadania Homossexual (2004), da Secretaria Especial dos Direitos Humanos – SEDH. Para acessar o Programa na íntegra: <http://www.prsp.mpf.gov.br/prdc/area-de-atuacao/dsexuaisreprod/Brasil%20sem%20Homofobia.pdf>

projeto tinha por objetivo criminalizar a homofobia ou qualquer forma de preconceito baseada na orientação sexual e identidade de gênero no país e foi arquivado após passar oito anos no Senado sem obter aprovação. Semelhantemente às dificuldades do “casamento gay”, alguns políticos do Congresso estão submetidos, às influências religiosas, dentre outras, organizados nas denominadas bancadas cristãs - evangélica e católica. O posicionamento em condenar a homossexualidade como desvio ou como pecaminosa a partir de interpretações da Bíblia é um dos pilares de arguição deste grupo.

Um dos desafios para os movimentos e defensores dos direitos de pessoas LGBT perpassa em construir um argumento no sentido de que é injustificável a execução de ações violentas, sejam elas de quaisquer formas, baseadas na condenação da maneira do outro relacionar-se. Não se trata de uma questão opinião (a favor ou contra aos relacionamentos homossexuais), mas sim de uma aceitação irracional da violência para condenar a vida sexual de outrem, baseada fundamentalmente em preceitos religiosos, dentro de um Estado que se diz laico.

Assim, a questão dos direitos LGBT colocou em jogo o próprio caráter democrático e laico do Estado. Se propostas do Governo Federal – como o Projeto *Escola Sem Homofobia* – são vetadas pela bancada cristã do Congresso, fica explícito o quanto a questão dos direitos sexuais não diz respeito somente à liberdade dos indivíduos para vivenciar sua sexualidade, mas também questiona as noções de igualdade e laicidade sob as quais o Estado está pautado.

Ao problematizarmos a sexualidade no campo da cidadania, convocamos a figura do Estado para intermediar os direitos de diferentes sujeitos sociais, sejam eles reconhecidos por suas orientações sexuais não normativas (lésbicas, gays, bissexuais), sejam por sua identidade de gênero (mulheres, travestis e transexuais). Estender a noção de direitos sexuais a outros atores sociais (para além do casal heterossexual) leva-nos a repensar o papel do Estado na execução de ações sob sua responsabilidade, como a formulação de legislações, políticas de saúde, programas escolares, mecanismos de adoção, etc.; exige também discutir a “natureza complexa e heterogênea dos modos de regulação das práticas erótico-sexuais e das expressões de gênero” (Carrara, 2015, p.324).

O dispositivo da sexualidade, como pensado por Foucault (1976) parece estar em transformação. Concordamos com o filósofo que as práticas sexuais foram e continuam sendo tema de interesse para o Estado e para diversas disciplinas, como a Medicina e o Direito. Sempre se falou em sexo, e justamente por ser foco de discussões, é que o sexo é regulado, controlado.

Era de grande preocupação para o Estado os assuntos ligados à sexualidade, como discorreu Foucault sobre o biopoder, uma vez que a procriação e a continuidade da população dependiam da reprodução. Neste âmbito, o interesse dos assuntos jurídicos buscava proteger o casal heterossexual, ressaltando-se o ideal do casal monogâmico. Condenava-se o adultério, o aborto, a homossexualidade, a prostituição, etc., que direta ou indiretamente feriam as noções de família – heterossexual obviamente – raça e nação.

O final do século XIX e o XX marcaram um regime sexual na qual homossexuais (e outros sujeitos de práticas “desviantes”) estavam sob a égide de pecado, fortemente influenciado pelos valores cristãos, e sob o diagnóstico de doentes ou detentores de uma sexualidade anormal, certificado pelo saber da Medicina. O casal heterossexual era promovido pela sua configuração natural para a continuidade da espécie, saudável e eugênica, que em última instância, servia aos interesses do Estado para a gestão da população.

Com efeito, no século XX a diferença se firmou entre os povos – distinguindo loucos e normais, pessoas perigosas e bons cidadãos; atravessou o discurso médico, e em particular as especialidades dedicadas à mulher e à reprodução. A ginecologia se converteu em uma verdadeira ciência da diferença, como adverte Rohden (2001). A distinção natural entre homens e mulheres, de caráter biológico e pré-determinado passou a ser o argumento central da medicina, legitimando as características físicas e também as características morais ou psicológicas. O gênero parecia invariavelmente atrelado ao sexo, a partir de uma única direção.

Assim, a ginecologia surge de modo a reiterar os argumentos que justificavam as características de masculinidade e feminilidade como frutos de uma condição biológica (Rohden, 2001). A prática médica comprometeu-se em averiguar os órgãos da mulher, garantindo seu pleno funcionamento, especialmente em relação à capacidade reprodutiva. Afinal, a reprodução – marca única dos corpos femininos – conferia às mulheres as características desejáveis relacionadas ao papel de mães. Como tradutores dos desígnios naturais, os médicos se dedicavam para que nada prejudicasse o rumo natural dos acontecimentos. Tal compreensão do surgimento da ginecologia lança luz às contruções sociais das ideias e das práticas em torno do sexo e da sexualidade das mulheres.

Debates fomentados pelos movimentos feministas e por movimentos sociais de LGBT, já iniciados nos anos de 1980 acerca de grupos que, por razões diversas, não podiam usufruir a sexualidade de modo pleno em sua totalidade ganham força no século XXI. A conquista dos direitos sexuais tem estreita relação com a história das mulheres,

na conquista da sexualidade e da reprodução como vivências livres e autônomas, como também dos homens homossexuais, que buscavam pelo reconhecimento de seus direitos no plano jurídico e na área da saúde (Villela e Arilha, 2003). Começa-se a pensar em sujeitos, como mulheres e crianças, que em determinadas circunstâncias não conseguem exercer o livre consentimento e autonomia para envolver-se em relações afetivo-sexuais.

Assim, a capacidade de tomar decisões nas questões reprodutivas e de viver saudavelmente a sexualidade começa a ser pensada como condição fundamental. Autonomia em decidir sobre as práticas sexuais passa a ser um dos eixos centrais para compreender quem são os sujeitos mais ou menos vulneráveis e pensarmos em proteção jurídica àqueles que não podem ou não conseguem em certas circunstâncias responder por si.

O que parece ser a grande questão do século XXI é a emergência dos *direitos sexuais*: gestão do erótico dentro do campo político, a partir da elaboração de *estilos de regulação moral* no plano jurídico (Carrara, 2015). As categorias identitárias relativas à orientação sexual parecem suscitar uma complexa discussão em torno da sexualidade quanto ao reconhecimento de sujeitos de direitos.

A linguagem dos direitos para atribuição de uma moralidade no plano dos prazeres, dos corpos e das práticas sexuais não hegemônicas significa uma importante mudança no dispositivo da sexualidade e nas definições de quais sujeitos são vulneráveis e precisam de proteção. De acordo com Carrara (2015), tais direitos podem ser considerados como um símbolo da emergência histórica de um “novo” regime secular da sexualidade:

o critério fundamental que separava o bom e o mau sexo se desloca progressivamente da reprodução biológica e da produção eugênica de uma população ou raça sadia para a promoção do bem-estar individual e coletivo através do bom uso dos prazeres (Carrara, 2015, p.329).

Percebemos que com todos os prós e contras, parece estar havendo uma mudança sobre quem são os sujeitos de direito. Se antes gays e lésbicas não podiam ter acesso ao direito ao casamento, por exemplo, atualmente esta possibilidade se constitui uma conquista (ainda que com toda a complexidade e questionamento que oferece). Certamente sabemos que não implica necessariamente terem o mesmo respaldo social se comparados a um casal heterossexual, tampouco, que é uma conquista neutra. Porém, verificamos um alargamento de quem pode usufruir de certos direitos.

O desfrute do sexo como atividade autônoma quanto às escolhas de seus parceiros sexuais assinala “o reconhecimento das diversas orientações sexuais e a legitimidade de suas expressões” (Villela e Arilha, 2003, p.136). Nesse sentido, “(...) colocam a heterossexualidade e a homossexualidade como práticas igualmente livres” (Ávila, 2003, p.467). A linguagem dos direitos, a partir das categorias identitárias opera ampliando quem são sujeitos de direitos, legitimando a entrada de “novos” atores sociais.

Portanto, o que parece ser uma mudança importante é o deslocamento do sexo como força fisiológica – estudado, diagnosticado e tratado pela ciência biomédica – para se tornar uma tecnologia de si, um exercício do sujeito no manejo de seu prazer sexual, desde que não coloque em risco a própria vida, nem de terceiros. (Carrara, 2015).

Assim, a linguagem dos direitos sexuais no século XXI traz uma nova moralidade: o exercício da sexualidade como realização pessoal e de projetos de felicidade. O que passa a ser condenado é a sexualidade “irresponsável”, parafraseando Carrara (2015), aqueles atos destinados a pessoas que não podem responder por si ou não desfrutam de condições de consentir o sexo.

Consensualidade e responsabilidade são critérios fundamentais na definição do “sexo bom”, deslocando a noção de “sexo ruim” (retomando a noção de gradação de sexo bom a ruim de Rubin) explicitado anteriormente numa linguagem médica, para uma linguagem jurídica. O que era classificado pelo discurso biomédico por perversão e/ou doença (por exemplo, *homossexualismo*) ganham um *novo status* de legitimidade, desde que não coloque em risco a vida de si próprio ou de outrem, como já assinalado. Dessa forma, a nova moralidade possibilita a ampliação de direitos consagrados até então ao casal heterossexual.

No entanto, as marcas da patologização da homossexualidade ainda se faz presente na atualidade percebidas por meio dos processos de exclusão social a lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. Quando adentramos a área da saúde, o reconhecimento de que a discriminação interfere no processo de saúde-doença é imperioso para revermos a maneira como o cuidado vem sendo oferecido. A respeito de lésbicas e mulheres bissexuais faz-se necessário repensar como o cuidado em ginecologia opera, quais os avanços desde a criação desta especialidade médica.

1.2 Condições de saúde de lésbicas e mulheres bissexuais.

Ao realizarmos um levantamento bibliográfico acerca da condição de saúde de mulheres lésbicas e bissexuais, verificamos que a maioria dos estudos é proveniente de outros países, especialmente dos Estados Unidos (Denenberg, 1995; Diamant, Schuster e Lever, 2000a; Diamante et al, 2000b; Aaron et al, 2001). A produção de conhecimento no Brasil a respeito deste grupo populacional parece-nos ainda tímida, apesar de ter havido na última década alguns esforços para problematizar a saúde de mulheres que se relacionam com mulheres (Pinto, 2004; Barbosa e Koyama, 2006, Barbosa e Facchini, 2009; Rodrigues, 2011).

Pesquisas que abordem a questão LGBT em geral foram encontradas, especialmente sobre homens gays, porém que contemplassem sobre cuidado à saúde e homossexualidade feminina especificamente foram menos expressivas. De toda maneira, os estudos localizados trazem dados importantes sobre as condições de saúde de lésbicas e bissexuais.

A consulta ginecológica por ser um momento extremamente delicado e lugar de exposição da intimidade, e que compreende não só o corpo em si, pode ser marcada por uma série de dificuldades, que vão desde a decisão de revelar ou não a homo/bissexualidade para o médico até as reações do profissional.

O estudo realizado por Barbosa e Facchini (2009) na cidade de São Paulo contou com a participação de vinte mulheres de estratos populares e dez de estratos médios, com idades variando de 18 e 45 anos, entrevistadas entre os anos de 2003 e 2006. “Metade das participantes relatou acesso à consulta ginecológica com regularidade anual. Para o restante das entrevistadas, o acesso aconteceu apenas esporadicamente, motivadas por demandas pontuais, ou nunca procuraram o ginecologista” (Barbosa e Facchini, 2009, p. 293). As mulheres que se referiram como “mais masculinizada” ou “mais masculina”, independentemente de suas inserções sócio-econômicas, apresentaram baixa e irregular frequência de realização de exames ginecológicos e de Papanicolau, ou nunca os realizaram (Barbosa e Facchini, 2009).

Dados semelhantes foram obtidos no estudo conduzido por Pinto (2004) também na cidade de São Paulo, com 145 mulheres lésbicas. Ele verificou que quase metade das participantes (47,6%) não revelou para seus médicos a condição de fazer sexo com outras mulheres. Quase todas as participantes (91,3%) não o fizeram por algum desconforto causado pelo profissional de saúde, durante a consulta, como a insistência por parte do

médico com perguntas heterossexistas (uso da palavra “parceiro”, questionamento sobre uso de camisinha, sobre adoção de métodos contraceptivos), inibindo qualquer possível iniciativa de revelação da orientação por parte da mulher.

Chama atenção o fato de 28% destas mulheres terem afirmado que os profissionais passaram a atendê-las de forma mais rápida e 17% delas referiram que o profissional de saúde deixou de examiná-las ou de pedir exames que as pacientes entendiam ser necessários. Quase a totalidade das mulheres entrevistadas referiu sentir necessidade de um serviço de saúde sensível às mulheres que fazem sexo com mulheres, de maneira que pudessem receber um tratamento que considerasse sua orientação sexual (Pinto, 2004).

Os relatos sobre a ida ao ginecologista reforçam fatores associados a convenções de gênero, pois as primeiras vias de acesso estão ligadas principalmente ao início da vida heterossexual e a maternidade (Barbosa e Facchini, 2009). Assim, questões como “ser feminina”, apresentar histórico de relacionamento com homens e preocupações com a temática da maternidade parecem operar para aumentar a adesão aos cuidados com a saúde sexual (Meinerz, 2005 e Rodrigues, 2011).

Interessante ressaltar que a revelação acerca da homossexualidade em si não se mostrou efetiva para que lésbicas recebessem orientações congruentes a suas práticas sexuais; assim, algumas mulheres que comunicavam ao médico sobre sua orientação sexual, apenas o faziam para diminuir a lista de perguntas que elas entendiam não serem pertinentes a sua vida sexual (Barbosa e Facchini, 2009).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde LGBT (Brasil, 2010) e a PNAISM (2003) corroborando com os estudos acima citados, destacam dificuldades semelhantes na consulta ginecológica: seja no acesso aos serviços de ginecologia ou na comunicação de sua orientação sexual ao profissional.

Outra preocupação quanto à saúde de mulheres lésbicas é a realização de exames de prevenção de câncer uterino, uma vez que esta medida aparece menos frequente entre mulheres que se relacionam com mulheres (Brasil, 2010). De fato, estudos conduzidos no Brasil (Pinto, 2004, Barbosa e Facchini, 2009, Meinerz, 2005 e Rodrigues, 2011) e em outros países (Aaron et al., 2001; Denenberg, 1995; Diamant et al., 2000a; Diamant et al., 2000b) apontam que profissionais da saúde solicitam menos a realização de exames de papanicolau entre mulheres com práticas homossexuais.

Medidas de buscar orientação médica e de realizar exames são acionadas somente em períodos de maiores agravos à saúde, geralmente quando a intervenção a ser realizada é mais grave e severa. Este comportamento parece estar relacionado ao fato de as

mulheres não reconhecerem a consulta ginecológica como espaço de cuidado pertinente às suas necessidades, passando a procurá-la somente quando há uma situação mais grave ou aguda, como uma infecção (Pinto, 2004, Barbosa e Facchini, 2009 e Rodrigues, 2011).

As condições de saúde de mulheres lésbicas e bissexuais também convocam importantes reflexões a respeito de suas percepções de risco às infecções sexualmente transmissíveis e ao modo como elas se apropriam de seus próprios corpos. Mulheres que apresentam posturas corporais e performances masculinas podem encontrar mais dificuldades na busca por cuidados e serem alvos de discriminação nos serviços, já que os espaços para o cuidado da mulher, inclusive a consulta ginecológica, não se organizam de modo a acolher mulheres que se reconhecem como menos femininas (Barbosa e Facchini, 2009 e Rodrigues, 2011). Com relação ao risco de contaminação de IST, maior vulnerabilidade é associada ao sexo com homens, fazendo com que relações sexuais com mulheres sejam compreendidas como fator de proteção em si.

O imaginário “ser cuidadosa e atenta à saúde”, associado a outras características da sexualidade feminina hegemônica – número pequeno de parcerias, desfrute do sexo quando há afetividade, controle da atividade sexual, etc. – favorecem a vivência de experiências sexuais desprotegidas na relação homossexual feminina (Rodrigues, 2011). Assim, valores hegemônicos de feminilidade, ao exigir da mulher contenção de sua sexualidade e envolvimento sexual mais esporádicos, fomentam a ideia de que relacionar-se com outra mulher é “naturalmente” mais seguro.

Práticas que remetem à noção de higiene e a valores morais são comumente referidas por lésbicas e bissexuais como estratégias de proteção às IST: verificar aparência e asseio da parceira, certificar se há atividade sexual com homens e observar/cheirar os genitais são alguns exemplos (Barbosa e Facchini, 2009 e Rodrigues, 2011). Assim como em casais heterossexuais, fidelidade e monogamia também aparecem como estratégias utilizadas para a prevenção de doenças.

Os dados epidemiológicos de que a contaminação por quaisquer ISTs aumenta o risco de contrair o HIV (Gogna e Ramos, 1999, Barbosa, 2003 e Pinto, 2004), o caráter frequentemente assintomático das ISTs nas mulheres, as vaginites raramente enfrentadas como doenças de transmissão sexual (Barbosa, 2003) e o uso raro de métodos de proteção às IST no sexo entre lésbicas são informações valiosas e presentes na realidade brasileira que justificam, reclamam e exigem estudos e intervenções com o grupo de mulheres que fazem sexo com mulheres.

Esses dados reforçam a necessidade de ações educativas entre profissionais e mulheres usuárias de serviços que desconstruam a suposição, fortalecida por interpretações do histórico da epidemia de aids, de que o sexo entre mulheres não oferece riscos, e que enfatizem a necessidade de exames ginecológicos periódicos independentemente da orientação sexual da mulher (Pinto, 2004).

Além disso, podemos nos questionar o quanto os espaços da saúde – inclusive a consulta ginecológica apontada anteriormente – de fato inclui e garante atendimento humanizado às mulheres lésbicas e bissexuais, considerando que preocupações em torno da concepção (desejo de engravidar ou de evitar gravidez) podem estar ou não presentes no cotidiano destas mulheres.

O contingente de mulheres lésbicas e bissexuais que se encontram excluídas dos serviços de saúde tem sido analisado a partir da hipótese de que os serviços ainda estão organizados em função de uma heterossexualidade presumida de suas usuárias, o que favorece o estabelecimento de um contexto discriminatório e a permanência de práticas preconceituosas dos profissionais (Pinto, 2004, Barbosa e Facchini, 2009 e Rodrigues, 2011). Entre as que têm acesso aos serviços, os profissionais dificilmente questionam o tipo de relacionamento de suas pacientes, assumindo que são heterossexuais, desconsiderando o fato de existirem identidades e práticas sexuais diversas (Pinto, 2004 e Rodrigues, 2011).

Sem dúvida quando mais se afasta da suposta linearidade sexo-gênero-sexualidade, mais propício para a produção de estigma que podem repercutir em dificuldades com relação ao cuidado em saúde. Se lésbicas ou bissexuais não pertencem à normatividade heterossexual e desafiam a lógica do cuidado ginecológico - marcada pela capacidade reprodutiva do corpo feminino - reconhecemos que as contribuições teórico-conceituais sobre estigma, preconceito e discriminação são valiosas para compreendermos as dificuldades e impasses acerca do cuidado oferecido.

A noção de estigma, trazida a partir de Goffman (1982), tem sido revisitada buscando-se perspectivas ampliadas e profícuas para a saúde. Parker (2013) tem buscado um novo quadro conceitual para pensar o estigma e suas repercussões em relação ao HIV e à aids. Como bem pontuado por ele e colaboradores (Parker e Aggleton, 2003 e Phelan, Link & Dovidio, 2008) a valorização de certos atributos/características, em detrimento de outras, não se dá de maneira livre e descontextualizada; o estigma é sempre constituído em relação ao momento em que aparece e a forma que assume. Ou seja, está sempre em estreita relação com as acepções culturais e os sistemas de poder.

Ao superar a noção de estigma enquanto um atributo negativo individual deixa-se de compreendê-lo como uma característica indesejável que um sujeito “carrega” e passa-se a considerar que a própria valorização de negativo ou positivo se dá no âmbito social, deixando de ser uma questão exclusivamente individual. Compreender o porquê certos estigmas e preconceitos são criados ou mantidos direciona o olhar sobre estruturas mais amplas de desigualdade social e processos de exclusão social.

Assim, a distribuição desigual de poder, de oportunidades e de acessos cria oportunidades de vida e de sofrimento desiguais, submetendo os sujeitos a uma série de “violências estruturais”. Como nos aponta Parker (2013) a origem exata deste termo não é algo completamente esclarecido, porém sabe-se que Johan Galtung (citado por Parker, 2013), importante estudioso sobre resolução de conflitos, desenvolveu este conceito. Embora o contexto de pesquisa de Johan fosse outro, a ideia de violência estrutural é bastante útil ao tentar compreender como as estruturas de uma sociedade colocam certos sujeitos em situações de maior vulnerabilidade.

Com base nesta perspectiva, a discriminação que mulheres lésbicas podem vir a sofrer é compreendida a partir de estruturas sociais amplas, que atuam na produção de parâmetros de normalidade e marcam suas trajetórias de vida com oportunidades desiguais, uma vez que não estão dentro da “normalidade” imposta. Estigma e preconceito são pontuados como consequência de processos sociais, e não a causa. Assim, mais que verificar as repercussões do estigma e do preconceito no cuidado em saúde, interessa-nos igualmente, a análise dos processos envolvidos em sua produção e reprodução.

Ida ao ginecologista sem regularidade, dificuldade de falar com o médico sobre a orientação sexual, o não reconhecimento de sua prática sexual como legítima são alguns dados encontrados na revisão bibliográfica que mostram claramente o preconceito como importante entrave para um atendimento humanizado. Além disso, o não recebimento de informações pertinentes durante a consulta médica ou o não encaminhamento para realização de exames, reforça algumas suposições equivocadas dos profissionais (por exemplo, de que o sexo entre mulheres é naturalmente mais seguro), apontando para a violência institucional a que podem estar submetidas.

2. Questões norteadoras

A diversidade sexual que se expressa nos movimentos sociais, nas pesquisas acadêmicas e na pluralidade de espaços de sociabilidade, como bares, clubes e pontos de encontro espalhados pelas cidades, fomenta discussões importantes acerca dos direitos de mulheres lésbicas/bissexuais e a necessidade de problematizar também dentro do campo da Saúde Coletiva questões sobre discriminação, estigma e condições de saúde.

A visibilidade lésbica/bissexual observada nos últimos anos levantou uma questão central da qual se derivou esta pesquisa: a compreensão de como se dá a experiência de ser lésbica ou bissexual num contexto de reconhecimento social e, ao mesmo tempo, num cenário onde o cuidado à saúde exige o enfrentamento de preconceitos, estigmas e discriminações ainda presentes.

Por um lado, reconhecemos os avanços nas políticas públicas voltadas para o cuidado à saúde, numa tentativa de abarcar as necessidades de mulheres lésbicas e bissexuais. Por outro lado, as dinâmicas de produção de discriminação estão ainda presentes e se mostram atreladas a processos históricos e sociais complexos. Assim, a possibilidade de vivenciar uma relação homoafetiva parece ser mais possível nos dias atuais, porém, ao mesmo tempo em que possibilita, convoca as mulheres a lidarem com o não reconhecimento de suas práticas sexuais (ou a um reconhecimento frágil, deficitário), ainda presente no discurso e no atendimento médico.

Além disso, o quadro de conhecimento científico que aborde a relação entre saúde e homossexualidade feminina é pouco expressivo no Brasil. Torna-se assim, imprescindível analisar o quanto as políticas elaboradas - PNAISM (Brasil, 2003), PNAIS LGBT (Brasil, 2010) e HumanizaSUS (Brasil, 2003) - de fato atendem às necessidades de saúde deste grupo populacional, bem como se suas demandas estão sendo acolhidas na perspectiva das próprias mulheres. É igualmente necessário identificar desvantagens sociais relacionadas aos processos de discriminação a que são submetidas, inclusive nos serviços de saúde.

Ao incluir as relações de poder e o reconhecimento da opressão sexual – explicitada, dentre outras coisas, na heteronormatividade – como produtoras de desigualdade, acreditamos poder avançar mais efetivamente na discussão sobre estigma e saúde.

Partindo de pressupostos defendidos pelos direitos sexuais, bem como do compromisso dos serviços de saúde com os princípios de universalidade e equidade preconizados pelo SUS, nos questionamos, a partir das mulheres, o quanto os espaços de saúde e especificamente as consultas em ginecologia operam incluindo a diversidade de mulheres lésbicas ou operam produzindo exclusões e reiterando padrões normativos, sejam em relação a gênero, a orientação sexual ou a outro marcador social.

Assim, num contexto de visibilidade LGBT nos perguntamos como mulheres lésbicas e bissexuais cuidam de sua saúde num cenário onde coexistem o reconhecimento de seus direitos e ao mesmo tempo, a existência de preconceitos e discriminação.

3. Objetivos

Objetivo geral

Analisar como as lésbicas e as mulheres bissexuais vivenciam a sexualidade e experienciam o cuidado à saúde em geral e à saúde sexual em particular, a partir da abordagem da interseccionalidade.

Objetivos específicos

Identificar como a visibilidade lésbica/bissexual construída na relação com os familiares interfere nas condições de saúde.

Analisar as ações de cuidado à saúde e a relação com os profissionais, nas consultas ginecológicas, considerando as relações entre marcadores sociais da diferença como classe, raça e geração.

Identificar como as mulheres lésbicas e bissexuais compreendem um atendimento médico ginecológico sensível às suas demandas.

4. Referenciais teóricos

É no interior da cultura que códigos e comportamentos são tomados de sentido, possibilitando que o sujeito seja reconhecido por determinada identidade, incluído ou excluído de espaços sociais e localizado como sujeito de direitos (ou não).

Esta pesquisa apoia-se na abordagem teórica-metodológica da *interseccionalidade*, compreendendo os processos de saúde-cuidado marcados pelo dinamismo e complexidade das articulações entre gênero, raça/etnia, classe social e geração, sexualidade, enquanto marcadores sociais. *Identidade sexual* é também um conceito presente neste estudo utilizado para inclusão das mulheres participantes, a partir de como elas se referiam quanto à orientação sexual. A possibilidade de vir a ser lésbica ou bissexual permite sensação de pertencimento no plano subjetivo e social. Igualmente, mostra-se importante categoria para o planejamento de políticas públicas. Por fim, entendemos a relação entre lesbianidade/bissexualidade e o cuidado à saúde a partir da perspectiva dos *direitos humanos* e *direitos sexuais*.

A seguir, faremos uma breve contextualização sobre o Construcionismo Social enquanto corrente teórica que se contrapõe à Sexologia, disciplina tradicionalmente reconhecida por estudar a sexualidade. Ao delimitar o estudo da sexualidade no campo construcionista, adotamos que a busca e o cuidado à saúde, tema de interesse desta pesquisa, está intrinsecamente relacionado com o aporte cultural e com os marcadores sociais da diferença que forjam comportamentos, expectativas, subjetividades e agências. Posteriormente, avançamos para a abordagem da interseccionalidade como possibilidade de análise que contempla os objetivos propostos.

4.1 Construcionismo Social, o sistema Sexo-Gênero e identidade.

Jeffrey Weeks é um dos autores que nos ajudam a fazer uma leitura histórico-sociológica da sexologia, estabelecendo parâmetros para identificarmos os passos estabelecidos pelo construcionismo social acerca da sexualidade.

Em linhas gerais, para este autor, a Sexologia – disciplina que se firmou no final do século XIX – parte de pressupostos biológicos para explicar comportamentos humanos descritos em termos mensuráveis, denotando claramente a preocupação pós-darwiana deste período. Ao compreender a sexualidade a partir de impulsos e instintos naturais

definiram-se caminhos de “normalidade” e de comportamentos mais ou menos adequados. Nesta perspectiva tornou-se possível estipular um desenvolvimento sexual “normal”, utilizado para estabelecer parâmetros, instituir disfunções no campo sexual e intervenções cabíveis para corrigi-las (Weeks, 2010).

Ao produzir um discurso sobre a sexualidade, reconhecemos que a sexologia contribuiu para que o tema ganhasse destaque no século XIX. No entanto, não podemos deixar de considerar as implicações que tal corrente teórica ofereceu a respeito do corpo, do sexo e da sexualidade. Tampouco, podemos ignorar o fato de ainda ser um discurso em pleno uso por alguns pesquisadores renomados e por diferentes atores sociais.

Nos primeiros anos de sua consolidação, foi um campo de conhecimento sexista e anti-homossexual, classificando como patológica toda prática sexual que não tinha por finalidade a procriação. Os discursos sobre sexo e prazer foram justificados com a naturalização da sexualidade; assim, as significações culturais das práticas foram praticamente ignoradas pela Sexologia (Weeks, 2010).

Se a definição do normal é a correspondência entre marca anatômica do corpo e identidade de gênero e, se as informações verdadeiras sobre a sexualidade podem ser pautadas na ciência objetiva, nos dados biológicos, as estruturas anatômicas parecem ser capazes de revelar ou determinar *a verdade* sobre o sujeito. A *verdadeira mulher* é, portanto, na perspectiva sexológica, aquela que apresenta genitália feminina e comporta-se dentro dos parâmetros esperados para os sujeitos que têm tal constituição anatômica. A instauração da normatividade decorre da equivalência direta e compulsória entre marcas biológicas e comportamentos. Para Foucault (1976) esta configuração de poder não apenas alinha anatomia e identidade sexual, mas também obriga o controle sobre os indivíduos não partir da repressão ou da proibição da sexualidade, mas pela imposição sobre o que é possível e correto.

A sexologia definiu assim, características de masculinidades e feminilidades com base nas estruturas biológicas e catalogou práticas sexuais, produzindo discursos numa perspectiva normatizadora e patologizante.

As contribuições do *Construcionismo Social* tomam outra direção em relação ao *essencialismo*, ponto de vista que busca explicações a partir de uma verdade sumarizada anteriormente. A sexualidade para os construcionistas opera como um dispositivo, é permeada por valores culturais e produzida em contexto social que, antes de tudo, deve ser compreendido e não revelado (Weeks, 2010; Paiva, 2008; Vance, 1991). Justamente por assumir que atitudes e comportamentos estão inexoravelmente imbricados ao

contexto em que são produzidos, os sentidos da sexualidade só poderão ser analisados a partir dos valores e dos jogos de poder que nos dizem o que é sexo e o que ele pode vir a ser.

O historiador Jeffrey Weeks (2010), por exemplo, pontua que as práticas não heterossexuais possivelmente já existiam em outros períodos; o porquê começaram a ganhar atenção no final do século XIX e início do XX reforça o quanto os discursos produzidos são atividades localizadas no tempo. Na medida em que a sociedade se tornou mais preocupada com a vida de seus membros, ela se tornou também mais preocupada com o disciplinamento dos corpos e com a vida sexual dos sujeitos. Nesta linha de argumentação, o que se produz no campo da sexualidade não é neutro; tem este ou aquele contorno porque dialogam com determinada época histórica e construção de poder.

Assim, nas palavras de Weeks (2010):

Só podemos compreender as atitudes em relação ao corpo e à sexualidade em seu contexto histórico específico, explorando as condições historicamente variáveis que dão origem à importância atribuída à sexualidade num momento particular e apreendendo as várias relações de poder que o modelam o que vem a ser visto como comportamento normal ou anormal, aceitável ou inaceitável (p. 43).

A questão para os construcionistas não é o sentido das práticas sexuais individuais, como cada sujeito significa sua vivência, e sim os processos sociais que tornam as práticas sociais mais ou menos aceitas. Para Gagnon (2006) uma grande contribuição dos estudos sobre sexualidade é compreender como o sexo podia expressar outros interesses, e não somente os conteúdos propriamente sexuais.

Vance (1991) aponta que, dentro da corrente teórica há autores mais radicais que consideram que o próprio desejo sexual é construído pela cultura e pela história, não existindo, portanto, a ideia de “impulso” ou “pulsão” sexual. Essa posição contrasta com a teoria construcionistas mais moderada, que aceita que um desejo inerente que é construído em termos de atos, identidade, comunidade e escolha de objeto sexual.

De qualquer modo, a grande contribuição comum a todas as vertentes da teoria é que ela questiona noções sobre a inevitabilidade ou naturalidade das normas e comportamentos sexuais, rejeitando formas de essencialismo e universalização; adotando que atos sexuais fisicamente idênticos podem ter importância social e significados subjetivos variáveis, dependendo de como são definidos e compreendidos em um determinado contexto histórico-cultural (Vance, 1991).

Ao retirar a “soberania” das genitálias quanto à determinação de masculinidade e feminilidade, bem como ao questionar as estruturas biológicas enquanto marcas para definições de sexualidade “normal”, abre-se a possibilidade de compreender a sexualidade como um conjunto mais complexo de significados, podendo variar em cada fase da vida, de acordo com a classe social, relações raciais e de gênero.

Moore (1997) traz uma grande contribuição ao observar que a determinação de duas categorias fixas e distintas – homem e mulher – é própria de nossa cultura ocidental (e cristã) e não dá conta de explicar as diversas manifestações da sexualidade. A importância que atribuímos à genitália e às marcas corporais – centrais na definição de “menino” ou “menina” – vem reforçar que o binarismo é a interpretação que fazemos das evidências biológicas. Assim, Moore (1997) faz uma pontuação de extrema importância ao destacar que se o “sexo” é a marca biológica, a genitália em si, o modo como significamos as características biológicas, classificando os sujeitos inevitavelmente em homens ou mulheres, compõem o “Sexo” (com S maiúsculo), constituem o discurso acerca dessas evidências biológicas.

Basta um simples exemplo do quanto os discursos sobre “sexo” estão presentes em nossa sociedade: a determinação se uma gestante terá um menino ou uma menina é pautada na verificação dos órgãos genitais através do exame de ultrassonografia. A partir daí se cria expectativas e comportamentos orientados para a ratificação do gênero em consonância com a genitália. A contribuição de Moore (1997) é exatamente neste sentido: produzimos um discurso (o “Sexo”) tão poderoso sobre as marcas biológicas (o “sexo”), que naturalizamos uma questão que não é natural. A naturalização do “Sexo” é o que nos oferece o binarismo, necessidade de enquadrar os sujeitos invariavelmente como homens e mulheres.

Gagnon e Simon em *Sexual Conduct: the Social Sources of Human Sexuality* (1973) utilizam um recurso analítico bastante interessante: roteiro cultural, roteiro interpessoal e roteiro intrapsíquico. O roteiro cultural diz respeito aos espaços sociais; é composto pelas instituições que estão o tempo todo nos informando sobre como se portar e assim, forjando modos de ser. O sujeito aprende a vir a ser nos contextos interpessoais, nas relações familiares e com os pares. Essas duas esferas referem-se a espaços públicos.

Finalmente, o sujeito é uma unidade independente e é ele, em última instância, quem tomará as decisões acerca de sua vida. O roteiro intrapsíquico refere-se ao processo da vida mental, do planejamento, das lembranças e da fantasia. Para Gagnon, não há dúvidas que o intrapsíquico depende e está em interlocução com os outros dois campos.

O interessante é o intercâmbio que acontece entre espaço público e espaço privado, a maneira como o sujeito internaliza as possibilidades dadas pela cultura em suas escolhas. Nas palavras de Gagnon (2006) “lidar com uma situação social concreta requer um esforço mental concomitante” (p. 412); ao estar diante de uma pessoa, não vamos apenas lidar com o fato de ela ser mulher, mas uma mulher de certa cultura, etnia, geração e biografia.

Assim, os roteiros sexuais dizem sobre o sujeito, sobre os roteiros sexuais disponíveis na cultura e ainda, podem nos dizer sobre conteúdos não necessariamente sexuais, como por exemplo, relações de gênero e raça.

Um grande estímulo ao desenvolvimento da teoria da construção social surgiu por volta de 1970 a partir questões levantadas por feministas, acadêmicas e militantes que procuravam compreender a desigualdade entre homens e mulheres. A busca por explicações que justificassem a desigualdade levou-as ao reconhecimento da categoria analítica gênero, com impactos relevantes na concepção do que é natural e biologicamente determinado. Uma autora de destaque neste campo de conhecimento foi Joan Scott (1989).

Estudos antropológicos⁹ vieram mostrar que, embora o corpo feminino seja o local da reprodução, os significados construídos em torno da maternidade e da feminilidade não eram universais. Os discursos produzidos acerca do papel da mulher, inclusive pela sexologia, estavam invariavelmente atrelados a propósitos políticos para justificar a subordinação das mulheres e a dominação masculina (Vance, 1991).

O ativismo feminista foi também importante para questionar explicações naturalizadas e salientar a separação entre sexualidade e gênero: duas esferas distintas, porém em constante diálogo. As questões referentes à sexualidade não são explicadas ou causadas somente pelo gênero; da mesma maneira, o gênero também não se limita à sexualidade. Uma importante autora nesse movimento foi Gayle Rubin, que em 1975 escreveu o artigo intitulado “The Traffic in Women”, levantando fortes argumentos para criticar a explicação essencialista de que a sexualidade e a reprodução causavam a diferença entre homens e mulheres.

A produção da antropóloga feminista G. Rubin se deu em um momento de grande efervescência, marcado por questionamentos sociais importantes e por tentativas de

⁹ A exemplo, podemos citar o livro da antropóloga Margareth Mead de 1950 chamado “**Sexo e Temperamento**” e Eduardo Viveiros de Castro que estudou sociedades tribais brasileiras e publicou o livro “**Araweté: os deuses canibais**”, Editora Jorge Zahar, em 1989.

confrontar a opressão das mulheres, especialmente após 1968. “The Traffic in Women”, de 1975 foi um texto polêmico ao fazer apontamentos às ideias do antropólogo Lévi-Strauss quanto à circulação das mulheres nos coletivos sociais. O trabalho de Lévi-Strauss “Estruturas Elementares do Parentesco” (1982), original publicado em 1949, lançou luz à estrutura que faz famílias surgirem e se manterem, questão alvo para ele. Porém, Rubin vai além e aponta que as formas como os coletivos se organizam perpassam por hierarquias de gênero, na qual homens e mulheres desfrutam de direitos desiguais.

Assim, a troca de mulheres descrita por Lévi-Strauss na formação dos grupos humanos não diz respeito somente à formação de vínculos sociais e à continuidade da sociedade; diz também de uma desigualdade de gênero, na medida em que, as relações de parentesco estavam a serviço de uma heterossexualidade compulsória. Este é um dos avanços que Rubin promove.

A autora também fez críticas ao marxismo, já que se mostrava ser uma teoria interessante para pensar diferenças entre as classes sociais, porém precária quanto ao sistema sexo/gênero. Apesar de falar sobre mulheres em seu trabalho “A Origem da Família, da Propriedade Privada e do Estado”, Engels (1995, original publicado pela primeira vez em 1884) não havia conseguido explorar com êxito as diferenças de gênero e a opressão das mulheres.

Assim, durante a década de 1970, uma geração de feministas trouxe valiosas contribuições para o discurso da sexualidade ao pontuar que sexo (relativo ao biológico) é diferente de gênero (relativo à cultura) e as próprias instituições sociais agem para produzir desigualdades. O argumento central neste momento era desbancar explicações que justificavam como *naturais* os privilégios dos homens sobre as mulheres. As feministas não questionam que havia diferenças biológicas entre os corpos, o que era posto em questão eram os significados dessas diferenças – o gênero. O lugar e as relações entre homens e mulheres passaram a ser compreendidas e analisadas sobre o que se construiu socialmente sobre os sexos; para este avanço, gênero foi um conceito fundamental.

Outro estímulo para o desenvolvimento de uma perspectiva social da sexualidade derivou dos estudos sobre a homossexualidade e identidade. Carol Vance (1991) cita o ensaio de Mary McIntosh de 1968 sobre o papel do homossexual na Inglaterra e o historiador inglês Jeffrey Weeks, sobre diferenças entre comportamento homossexual e o desenvolvimento de uma “cultural gay”, com impactos na noção de família e na formação de novos espaços sociais. Posteriormente tivemos Michael Foucault em 1976

com a *História da Sexualidade*, livro de grande impacto e influência no campo acadêmico.

Louro (2001) refere-se a *estudos sobre mulheres* as produções acadêmicas e de militantes que almejavam tornar visível a segregação social e política das mulheres, tendo como uma das consequências a invisibilidade como sujeito, inclusive como sujeito para a Ciência. Esta autora destaca a importância política dos estudos feministas, ainda que com limitações e críticas.

Conforme exposto acima, na medida em que se afirma o caráter social do feminino e do masculino, afastando-se de posições essencialistas, o conceito de gênero provocou inquietações acerca da sexualidade, derrubando a linearidade entre ser mulher e heterossexualidade (Rubin, 1975; Vance, 1991; Moore, 1997). Aqui deparamo-nos com outro conceito complexo: o de identidade. Louro (2001), chama atenção para a diferença entre identidade de gênero e sexual, ainda que ao estabelecer distinções corre-se o risco de cair em esquematizações reducionistas, que certamente não dão conta da complexidade das relações sociais. Ela denomina *identidade sexual* a forma como os sujeitos vivenciam a sexualidade, com parceiros do mesmo sexo, do sexo oposto, de ambos ou sem parceiros/as. A *identidade de gênero*, por sua vez, refere-se ao processo de construção e reconhecimento de aspectos masculinos ou femininos (ou ambos, em alguma medida), levando a produção de subjetividades neste campo. Sujeitos masculinos ou femininos podem ser heterossexuais, homossexuais, bissexuais ou assexuais.

É importante ressaltar que gênero vai constituir tanto a sexualidade quanto a identidade acerca de ser mulher e homem. No entanto, as identidades são constituídas ao longo da vida, não são lineares e estão em constante diálogo com a complexidade de outros marcadores sociais como raça e classe social.

A consolidação do sujeito homossexual – ou seja, a possibilidade *social* de ser gay ou lésbica – tornou possível o existir, com estilos próprios, a partir de um processo de ocupar espaços públicos e de se fazer visto pela sociedade como sujeito de direito.

A escolha de uma identidade no dia-a-dia de um sujeito lhe auxilia a negociar os riscos, bem como faz parte de um processo mais amplo de construção de espaços sociais que acolham tais identidades e para a própria estruturação do sujeito. Assim, a afirmação de um modo de vida homossexual viabiliza mudanças na estrutura social, como por exemplo, o surgimento de bares, clubes, pontos de encontro destinados à LGBT, e o alargamento de noções como de família e de casamento. No “fluxo contrário”, a

consolidação destes mesmos espaços e questionamentos sociais possibilitam a (re)invenção do que é ser lésbica, gay, bissexual e travesti.

Parker (1994) também compreende “a via de mão dupla” entre fenômenos psíquicos e sociais ao sugerir que os sentimentos e sensações do corpo físico acontecem na esfera “interior” do sujeito, mas essas experiências se misturam inevitavelmente às formas simbólicas das representações culturais que modelam a experiência sexual, exatamente porque é esse sistema de significados que constitui uma determinada gama de possibilidades de práticas eróticas.

Para preservar a noção de individualidade o sujeito age independentemente – a que Gagnon e Simon (1973) chamou de roteiro intrapsíquico – ele precisa sedimentar o “eu”, o que se torna possível por meio de escolhas que darão o contorno de sua vida e de quem o é. Identidades possibilitam a sensação de pertencimento, dando sentido às práticas subjetivas.

O que chamamos atenção é justamente que a consolidação do *homossexual*, enquanto sujeito que pode existir e pode ser visto, possibilita a construção de novas identidades, reiterando certas normas e, paradoxalmente, instaurando outros ideais regulatórios.

O “sentimento do eu” é de fundamental importância para a noção de continuidade e de pertencimento, sem a qual seria mais enlouquecedor o viver. Porém, em consonância com Costa (1995) propomos que avancemos nesta discussão para que as classificações, historicamente produzidas, não sirvam apenas como rótulos aos indivíduos como desviantes, doentes ou aberrações sexuais. Ele afirma:

o vocabulário “heterossexualidade” e o da “homossexualidade” é uma dessas práticas linguísticas e culturais que devem ser abandonadas, jogadas na lata do lixo da história, como imprestável (Costa, 1995, p.5).

Butler (2003) também aponta que a linguagem e o surgimento da fala vão constituindo o “sujeito” por meio da diferenciação sexual. Crescemos num mundo e o acessamos por meio de uma linguagem, que classifica as coisas e os seres em “pai” e “mãe”, “ele” e “ela”. Certamente a sexualidade extrapola essas constelações linguísticas, o binarismo linguístico não dá conta de explicar a variedade de práticas sexuais; porém, a construção de identidade tem influência da linguagem, e esta por sua vez, tem caráter performativo (Costa, 1995). Performatividade é um ato intencional que produz significados, para além dos conceitos que constituem binarismos tais como sexo e gênero,

corpo e mente, natureza e cultura. Gênero e sexualidade se constituem materialmente através de atos performativos, ou seja, são atos de linguagem que não descrevem, mas constituem os sujeitos dentro de campos discursivos de saber e poder.

A performatividade, por um lado, diz respeito à ação de normas que constituirão os sujeitos e, por outro, o grau de ação do próprio sujeito para lidar com o que tem diante de si (Butler, 2003).

4.2 Para além da categoria gênero: a abordagem da Interseccionalidade.

O conceito de gênero, entendido como construção cultural e arbitrária tinha se difundido amplamente ao longo das décadas de 1970 e 80 e trouxe contribuições inegáveis aos estudos sobre sexualidade, dentre outros, ao desnaturalizar as desigualdades dos homens sobre as mulheres. No entanto, no final da década de 80, várias autoras (Scott, 1988; Strathern, 1988 e Haraway, 1991) publicaram textos críticos sobre gênero, tornando-se referências para o debate desta temática no cenário contemporâneo.

Uma das críticas foi com relação a fixidez e unidade presente na distinção entre sexo/gênero. Ao dividir os seres humanos a partir de uma base biológica, eles eram classificados como homens ou mulheres (dois sexos); consequentemente, em dois gêneros.

Autoras feministas contemporâneas como Anne Fausto-Sterling propõem cuidado com os riscos de cair no binarismo, sendo necessário romper com ele. Ao invés de insistirmos na velha discussão se sexualidade deve ser compreendida a partir de hormônios e estruturas físicas ou se em termos de construção social, a pesquisadora sugere que pensemos a partir de uma teoria desenvolvimentista sistêmica. “O termo gênero, pensado numa dicotomia, necessariamente exclui a biologia” (Fausto-Sterling, 2000/02, p. 61), fazendo com que análise sociocultural do corpo pareça impossível. É exatamente com este par de oposições – natureza *versus* cultura – que Fausto-Sterling sugere romper, já que o próprio sentido das ciências biológicas perpassa pelo social e os significados das experiências do corpo têm invariavelmente uma materialidade.

Judith Butler, filósofa feminista, também tenta avançar na discussão a partir de explicações não dualistas do corpo. Ela defende que a oposição binária, heterossexual/homossexual por exemplo, é limitante uma vez que, mesmo os discursos favoráveis à homossexualidade e defensores de direitos LGBT não escapam da referência

à heterossexualidade como norma. Desta maneira, a demarcação de uma identidade implica na apropriação de certos valores e na negação de seus opostos. Porém, exatamente esta parte que é negada, permanece presente por meio da ausência.

Outro aspecto problematizado na noção de gênero elaborado nos anos de 1970 foi com relação à universalidade atribuída a este conceito, partindo-se do pressuposto de que *mulheres estão* em posições inferiores de maneira semelhante ou que *homens desfrutam* de privilégios da mesma maneira. A diversidade, presente na categoria *mulher* ou *homem*, fica obscurecida e deixa de ser considerada quando se universaliza o termo *mulher* ou *homem*. A crítica se dirigia à necessidade de compreender a quais mulheres estamos nos referindo e de considerar que as relações sociais são dinâmicas e plurais e, portanto, podem colocar um mesmo sujeito em diferentes posições de poder a depender do contexto social e das hierarquias que subjazem as relações.

O olhar crítico à universalização do quadro ideológico do poder, presente no paradigma ocidental das relações de gênero, levou ao questionamento de modelos teóricos totalizantes e a rejeição de certas estruturas e instituições, como se fossem unidades estáveis e coerentes para constituir sujeitos exógenos a elas próprias. Nessa produção crítica, a noção de poder é utilizada de maneira pulverizada, como arranjos dispersos de relações desiguais (Piscitelli, 2008).

Diante de tais argumentos, a ideia de um gênero anterior ao corpo ou a algo externo a ele ficou enfraquecida, pois o que é gênero vai ser definido, construído e materializado no próprio corpo e ao longo da vida, nas diversas interlocuções sociais. Assim, para Butler (2003) gênero é antes de tudo, um conjunto de normas e produções discursivas que propiciam legibilidade. Normas que, em certa medida, os sujeitos não escolhem, não têm controle pleno.

Um corpo torna-se legível – possível de ser lido socialmente e assim, existir – por meio da constituição de normas de gênero; o sexo é efeito disto. Para melhor exprimir a ideia, Butler propõe que pensemos em termos de um verbo: “*generificar*”, um neologismo na língua portuguesa. Assim, um corpo vai se *generificando* ao longo da vida, expressando que se trata menos de uma substância e mais de algo em constante produção e materialização.

A radicalidade de sua formulação consiste na ideia que gênero é relacional, não no sentido de ser entre homens e mulheres, mas como um fazer, uma atividade em que se materializa as noções de feminino e masculino, mas também as desnaturaliza e desconstrói (Piscitelli, 2008).

Essas leituras críticas do conceito de gênero, formuladas no plano teórico, coincidem com reivindicações internas dos movimentos feministas, que chamavam atenção para outras diferenças que deveriam compor a categoria não homogênea das mulheres. A importância de considerar conjuntamente classe, raça e gênero, desde o aporte de uma perspectiva interseccional, tem sido cada vez mais expressiva por autoras feministas no cenário contemporâneo, porém, vale ressaltar não livre de tensões e disputas.

O início de análises interseccionais começou a partir de teóricas negras feministas e dos estudos de gênero, especialmente nos Estados Unidos e países da Europa. O termo “interseccionalidade”, apesar de ter sido cunhado pela feminista negra Kimberlé Crenshaw (1991), traz em seu cerne a preocupação em entrelaçar diferentes formas de diferenciação desde anos anteriores. Por exemplo, o manifesto de 1977 do *Combahee River*, coletivo de feministas negras e lésbicas, criticava não somente a opressão sexual das mulheres, mas defendiam uma luta articulada com outras formas de dominação, baseadas em racismos, heterossexismo e exploração por classe social (Henning, 2015).

Ainda muito antes, a fala de Sojourner Truth, mulher afro-americana que foi escravizada e proferiu um discurso em 1851 na Convenção dos Direitos das Mulheres, em Akron, Ohio, denota a complexidade da posição social em que ocupava. Em meio às reivindicações da época, de um lado a bandeira de anti-escravidão dos negros do Sul e de outro, das mulheres brancas do Norte, ela se perguntava, contundentemente: “e eu, não sou uma mulher?” Se a luta pelo direito ao voto e pela liberdade individual avançava, Truth evidencia que tal luta pertencia às mulheres brancas, e não à todas, pois ela, assim como as outras mulheres negras, permanecia à parte deste interesse.

Desse modo, autoras como Brah e Phonex (2004) apontam que a preocupação pelo entrelaçamento de diferenças e desigualdades que emergiram a partir da década de 1970, já estavam presentes há mais de um século. O próprio debate crítico acerca da universalidade do termo gênero, como nos provocou Butler (2003), já continha inquietações sobre o essencialismo de certos conceitos.

Nesse sentido, o movimento de mulheres negras foi importante ao denunciar que a luta por direitos civis de algumas feministas considerava apenas a categoria gênero, deixando de fora a questão da raça. As ativistas negras se viam frequentemente tendo de escolher um dos lados entre as lutas; escolha difícil a elas, uma vez que suas experiências não eram baseadas somente na raça *ou* gênero, mas sim na raça *e* gênero. Brah (2007) chama atenção para o número significativo de publicações de autoras da segunda onda do

feminismo que mostravam certo descaso com o racismo na produção de desigualdades sociais, colocando-o como interno às relações patriarcais.

Como bem salientado por Henning (2015), as preocupações em torno das articulações de diferenças e desigualdades não vinham necessariamente do campo acadêmico, mas também de coletivos feministas de negras e lésbicas. É notável o quanto a movimentação gerada fora do campo acadêmico tem contribuição relevante aos trabalhos contemporâneos fornecendo significativo impulso para a reflexão interseccional.

No esforço de se trabalhar com a interseccionalidade, a partir do intercruzamento de diferentes marcadores sociais, algumas autoras tendiam a frisar a preeminência de um marcador sobre os demais, ou seja, alguns marcadores eram secundarizados. De acordo com Piscitelli (2008), é o caso de Butler: apesar do reconhecimento das categorias raça e classe social interseccionando o gênero, o enfoque central de suas reflexões assentam-se em gênero e sexualidade.

Henning (2015) em consonância com Piscitelli (2008) propõe um giro conceitual, com o deslocamento da obrigatoriedade de um marcador específico para uma atenção localizada nas diferenças, e possíveis desigualdades presentes no contexto cultural analisado. A leitura e o exame de situações sociais específicas podem fazer emergir dois ou três marcadores sociais articulados em maior ou menor intensidade e relevância, a depender do estudo investigado. Nessa proposta, não é preciso desenvolver necessariamente “a análise de uma infinidade de marcadores em toda e qualquer análise social, mas atentar para àqueles que se mostram relevantes contextualmente (Henning, 2015, p.111)”.

Assim, a interseccionalidade constitui-se como ferramenta analítica para apreender a articulação de múltiplas diferenças e desigualdades (Piscitelli, 2008); sem a exigência de uma análise que abarque todos e quaisquer marcadores sociais, mas que seja sensível às diferenças que (re)produzem desigualdades em contextos específicos, localizados historicamente. Dentro da abordagem interseccional, podemos destacar duas correntes teóricas: a abordagem sistêmica/estrutural e a abordagem construcionista (Henning, 2015).

A abordagem sistêmica/estrutural da interseccionalidade, localizada principalmente nos Estados Unidos, tem o foco sobre o impacto das estruturas e dos sistemas sobre a formação de identidades. Raça, gênero e classe social operariam como sistemas de dominação, opressão e marginalização. Mara Viveiros Vigoya (2008)

localiza os trabalhos da autora Kimberlé Crenshaw (1991) como pertencente a esta abordagem, uma vez que para Crenshaw, ser negra faz com que recaia sobre o sujeito, a opressão de raça (racismo) e de gênero. Para esta autora as interseccionalidades são formas de apreender consequências da interação de duas ou mais subordinações; no exemplo acima, o efeito de ser mulher e negra. A interseccionalidade possibilita capturar como as estruturas sociais confluem e implicam no desempoderamento dos sujeitos.

As críticas a esta abordagem incluem, por um lado, o foco excessivo do impacto nas estruturas sociais para formação das identidades e, por outro, a fraqueza das tentativas de resistência diante de tais estruturas, tornado os sujeitos empobrecidos de agência. Outra crítica refere-se a forma como a noção de poder é incorporada: propriedade de alguns em detrimento de outros, e não como uma relação. De modo geral, esta abordagem ocupa-se em identificar ações coercitivas, mapeando como os sujeitos são atingidos material e simbolicamente pelos sistemas de subordinação. Como bem salientado por Piscitelli (2008), ao destacar o impacto das estruturas há um risco de se fundir a ideia de diferença à desigualdade, como se toda a diferença implicasse em opressão e subordinação. Vale o constante questionamento se a diferença leva exploração ou se, ao contrário, endereça à diversidade.

A abordagem construcionista não adota a perspectiva aditiva de opressões, tampouco as compreende como facetas que existem isoladas uma da outra. Trata-se de uma vertente que se preocupa com o teor coercitivo dos marcadores sociais e considera, ao mesmo tempo, os pontos de fuga, de resistência e agências que o inter cruzamento dos marcadores sociais pode produzir (Henning, 2015; Piscitelli, 2008). Gênero, classe e raça não só dizem respeito às estruturas sociais amplas que definem e categorizam sujeitos, mas também oferecem, simultaneamente, recursos que possibilitam a ação. Assim, a concepção de poder adotada é constitutiva das relações interpessoais e a identidade social é entendida como dinâmica e passível de ser modificada como resultado da prática articulatória.

Nesta abordagem, podemos situar a autora Avtar Brah (2006), cuja noção de articulação e agenciamento dos sujeitos estão presentes. Ela opta por reter o conceito de patriarcado, uma vez que se refere a uma forma específica de relação de gênero em que as mulheres estão numa posição subordinada. O que levaria a assunção de que as relações de gêneros estão todas atravessadas pela marca da desigualdade. Seria mais útil compreender *estrutura de classe, racismo, gênero e sexualidade* como opressões em que cada uma está inscrita na outra: “é constituída pela outra e é constitutiva dela” (Brah,

2006, p.351). Assim, os marcadores sociais deveriam ser analisados articulados com outras categorias e não de forma independente. Para ela, o racismo não é redutível à classe social ou ao gênero, nem inteiramente autônomo. Articulação não é a simples junção de duas ou mais posições, mas um movimento de configurações relacionais que está sempre se transformando.

Além disso, Brah (2006) também salienta que as interconexões são melhor exploradas quando analisadas dentro de um contexto específico, permitindo focar uma categoria como objeto de discurso social, como categoria analítica ou ainda como mobilização política, sem supor permanências e estabilidades ao longo do tempo e espaço.

A proposta da autora é trabalhar com “diferença” como categoria analítica, pensando-a como experiência, relação social, subjetividade e identidade (Brah, 2006). A experiência é o que possibilita a constituição do que chamamos de realidade: é o exercício de produzir sentido, simbólica e materialmente. Como relação social destaca-se a articulação dos regimes micro e macro de poder e instauração de estruturas que possibilitam as condições para as identidades de grupo, por exemplo a categoria “classe trabalhadora”. A produção de subjetividade envolve processos, ao mesmo tempo sociais e subjetivos, onde os investimentos psíquicos realizados estão em posições específicas de sujeitos socialmente produzidos. Finalmente, questões de identidade estão intimamente relacionadas à experiência, relação social e subjetividade, uma vez que as experiências pessoais, culturalmente inscritas por meio das relações, vão ganhando forma, são nomeadas e experimentadas como identidade.

O olhar sobre as formas de qualificação das diferenças permite compreender ações que o sujeito lança mão em resposta aos cenários potenciais de desigualdades com os quais se depara. Essas ações podem resultar em superação das desigualdades a que são submetidos ou a própria reprodução de desigualdades, quando manipulam vantagens de determinadas marcas identitárias socialmente mais positivas (Henning, 2015).

De toda maneira, o cuidado mais amplo que a perspectiva da interseccionalidade chama atenção é o de se evitar uma análise engessada nas estruturas, como se definissem subjetividades e posições fixas, assumindo que sujeitos são necessariamente vítimas *ou* algozes, subalternos *ou* privilegiados (Henning, 2015). Destaca-se a relevância de se atentar para as diferentes agências dos sujeitos, ainda que não bem-sucedidas sem, no entanto, desprezar o impacto das estruturas sociais na formação de identidades. Assim, para Henning (2015) a análise interseccional deve estar atenta para o modo pelos quais

os sujeitos se utilizam de suas próprias marcas identitárias (de gênero, classe, raça, geração) “para lidar com a criação, o questionamento e a desconstrução social de desigualdades” (p.117).

A partir da perspectiva da interseccionalidade, compreendemos que as categorias identitárias estão em constante diálogo com a cultura que as subjazem, pois são produzidas no complexo emaranhado dos marcadores sociais, que por sua vez, não são estáveis, estanques e lineares.

Para fins desta pesquisa, as ações de cuidado com a saúde foram compreendidas a partir da abordagem da interseccionalidade, uma vez que as interações das participantes com os profissionais são atravessadas pelos marcadores sociais da diferença. Interessamos igualmente depreender como eles se sobressaem nos contextos de cuidado à saúde e a maneira como respondem às opressões/privilégios em que são colocadas.

5. Passos Metodológicos

Dada à natureza do problema que abordamos nesta pesquisa, optamos pela adoção de metodologia *qualitativa*. Os resultados foram alcançados mais apropriadamente através do processo de interpretação, feito com o objetivo de analisar os dados e discuti-los a partir de esquemas explanatórios teóricos (Anselm-Strauss & Juliet Corbin, 2008).

De acordo com Minayo (2012), os verbos que dialogam com a perspectiva qualitativa são compreender e investigar. Estas ações exigem a capacidade de colocar-se no lugar do outro, levando em conta sua singularidade. Requerem também, considerar que cada trajetória de vida é escrita no âmbito da história coletiva, contextualizada pela cultura em que o sujeito está inserido. Ao buscar compreender, o pesquisador entra em contato com as contradições produzidas na interlocução com ele, com as relações de poder, com as desigualdades sociais e os interesses que subjazem a produção dos discursos (Minayo, 2012).

O percurso analítico em pesquisas qualitativas tem o sentido de gerar conhecimentos a partir de “opiniões, crenças, valores, representações, relações e ações humanas e sociais sob a perspectiva dos atores em intersubjetividade” (Minayo, 2012, p 626) e possui todos os requisitos para ser considerada como produção científica.

Antes de iniciar a pesquisa de campo, o projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética da Faculdade de Medicina Preventiva da USP para parecer e avaliação. O documento de aprovação do projeto pelo Comitê de Ética está em anexo (Anexo 1).

Entrevistas e o diário de campo foram escolhidos como recurso metodológico para obtenção dos dados. O que torna a entrevista instrumento privilegiado de produção de informações para as Ciências Sociais na interface com a Saúde é a possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistema de valores, normas e símbolos e ao mesmo tempo ser capaz de transmitir, através de um porta-voz, as representações de determinados grupos, em certas condições históricas, socioeconômicas e culturais (Minayo, 2004).

Questões relativas à trajetória afetiva, à vivência homo/bissexual, a busca por cuidados em saúde certamente contém aspectos subjetivos, que estão atrelados à história de vida de cada participante, mas também aspectos estruturais da sociedade, podendo conter elementos importantes de como performatividades de gênero, e também de como estigmas e discriminação são reproduzidos.

Assim, a entrevista apareceu-nos ser uma escolha adequada para atingir os objetivos do trabalho, pois se apropria de significados subjetivos e objetivos dos sujeitos, certamente constituindo-se como um instrumento privilegiado para/na troca de informações e de compreensão de aspectos vivenciais, emocionais, reflexivos, que só podem ser obtidos com a contribuição dos sujeitos envolvidos. Como nos adverte Duarte o “entrevistas semi-estruturadas como material empírico privilegiado na pesquisa constitui uma opção teórico-metodológica que está no centro de vários debates entre pesquisadores das ciências sociais” (Duarte, 2002, p.147).

Cabe ressaltar que a fala do pesquisador e do sujeito pesquisado certamente reverberam o lugar social de que esses atores “falam”, ou seja, contêm elementos da localização de um tempo histórico específico e dos marcadores sociais da diferença. Além disso, por ocuparem posições sociais diferentes na situação de entrevista, o diálogo estabelecido é invariavelmente influenciado por este jogo de posições e de poder. Assim, partimos do pressuposto de que a assimetria entre entrevistador/entrevistado deve ser compreendida e assumida criticamente em todo o processo de realização da pesquisa. As informações dadas pelas participantes podem ser afetadas pela natureza de suas relações com o pesquisador e pela atmosfera que é criada no momento da entrevista (Minayo, 2004).

5.1 Participantes da pesquisa e aspectos éticos

Os termos “bissexual” e “homossexual” dizem respeito à prática sexual e também à identidade. Porém, nem sempre identidade e vivência caminham juntas e de maneira linear. É possível ter relações sexuais com uma pessoa do mesmo sexo sem assumir, necessariamente, uma identidade “homossexual”. De modo semelhante, uma mulher pode se denominar lésbica, mas já ter tido, ou ainda ter, experiências sexuais com homens.

Resguardada a devida importância dos termos “lésbica” e “bissexual” tanto na questão de visibilidade política quanto na construção de identidades, para fins desta pesquisa nos atentamos às identidades e ao modo como as participantes se referiam quanto a orientação sexual.

Foram convidadas a participar da pesquisa mulheres bissexuais e lésbicas que tivessem 18 anos de idade ou mais. No convite para colaborar com o estudo houve a menção da orientação sexual como critério de inclusão. Assim, assumir a orientação sexual lésbica ou bissexual foi o marcador social em comum do qual partimos, inclusive

para realizar, posteriormente, a análise dos demais marcadores sociais sobre ele. Ainda que a visibilidade contruída em torno dela pudesse variar, o critério *orientação sexual* deu-se a partir de confirmação da própria pessoa referindo-se como lésbica ou bissexual.

A busca por participantes ocorreu em diferentes espaços. Algumas lésbicas foram convidadas a partir de contato feito via e-mail ou telefone diretamente pela pesquisadora, por conhecer algumas garotas que já haviam demonstrado interesse pelo tema e disponibilidade a participar, mas que não faziam parte de seu círculo de amizade. Outras participantes tiveram acesso à pesquisa a partir de convites de outras colegas que sabiam deste projeto (denominadas aqui de divulgadoras) e o difundiram em seus círculos sociais. Neste caso, a pessoa “divulgadora” foi orientada a fornecer o contato de e-mail e telefone da pesquisadora para que as possíveis interessadas pudessem entrar em contato, ocasião em que explicava mais detalhadamente sobre o estudo e elucidava possíveis dúvidas.

Finalmente, outras participantes souberam deste projeto na I Semana da Diversidade Sexual, ocorrida na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo em 2016, na qual a pesquisadora fora convidada para discutir questões relacionadas à saúde de mulheres lésbicas e divulgou o projeto de pesquisa. Nesta oportunidade, foi deixado o endereço de e-mail para que os presentes que tivessem interesse em participar pudessem entrar em contato.

Após a localização das primeiras mulheres que aceitaram ser entrevistadas, outras foram contatadas através de indicações das primeiras (rede). Este procedimento denominado *snowball*, ou bola de neve, refere-se quando o pesquisador se insere numa rede de relacionamentos lésbicos a partir das sucessivas indicações das entrevistadas.

Avaliamos que compor as possibilidades de convite às participantes resguardando o princípio de diversidade (etária, étnica/cor, classe social, pertencimento a grupos militantes, estar em relacionamento estável ou solteira), contribuiria para maior riqueza dos dados e análise dos mesmos. Assim, buscou-se a maior diversidade possível nas características acima apontadas para que a análise interseccional pretendida pudesse ser realizada.

A escolha metodológica para atender a diversidade das participantes partiu do pressuposto de que gênero, classe social, geração e raça produzem diferentes experiências na vivência da sexualidade (Cuádriz e Uttal, 1999). Ainda que o roteiro não tenha abarcado perguntas diretas sobre a cor da pele incidindo na experiência de discriminação, a postura adotada durante a entrevista era de atenção às vivências narradas de modo a compreender as estruturas sociais que davam sentido às falas. A mesma postura

metodológica sucedeu-se para geração e classe social. Assim, a escolha de compor as participantes resguardando o princípio da diversidade buscou superar uma falsa abordagem que pressupõe a igualdade e que os indivíduos foram expostos a oportunidades iguais. Este passo reconheceu que as trajetórias de vida são moldadas por localização situacional (o momento contemporâneo que foram forjadas) e por localização social, moldada por histórias de raça, classe e gênero (Cuádriz e Uttal, 1999).

De modo geral, não foi difícil localizar participantes, pois os critérios estabelecidos (orientação sexual e idade) foram bastante abrangentes para incluir possíveis participantes. A maior dificuldade se deu especialmente em relação à inclusão de mulheres diferentes quanto à classe social, estratégia metodológica que consideramos importante para a composição das narrativas de vidas. A dificuldade em acessar pessoas de camadas populares foi significativa, pois ainda que a pesquisa tenha sido divulgada via redes sociais em grupos em que havia participação de mulheres da periferia, não obtivemos êxito. Outra estratégia foi solicitar às divulgadoras que difundissem para outros círculos, no entanto, também não obtivemos retorno porque, apesar dos esforços empreendidos, ninguém demonstrou interesse em participar (não tivemos retorno de ninguém).

No entanto, vale ressaltar que o fato de não ter havido representantes de todas as classes sociais não significa que a análise de classe ficou comprometida, pois ao situar historicamente os sujeitos efetivamente entrevistados, tivemos elementos relacionados à posição social deles, inclusive classe social (Cuádriz e Uttal, 1999).

Conforme descrito acima, as mulheres contataram a pesquisadora (ou esta contactou algumas diretamente) por e-mail ou por telefone. Num primeiro momento, a pesquisa e seus objetivos eram apresentados, pontuando a instituição de pós-graduação a qual estava vinculada e esclarecendo que a participação consistia em uma entrevista a ser realizada em um dia e local de preferência para participante. Explicávamos também que por se tratar de uma pesquisa de vertente qualitativa, não buscávamos o “certo” e “errado” nas respostas, e sim trajetórias de vidas, com ênfase nas experiências em contexto de cuidado à saúde. Este ponto era explicitado logo no primeiro contato, pois notamos que favorecia a adesão ao estudo.

Diante da confirmação, o local e um horário eram combinados, de modo a garantir segurança e privacidade. No encontro, os aspectos éticos foram cuidadosamente falados pessoalmente com cada participante, esclarecendo que a participação era voluntária e caso desejasse interromper, poderia ser feito sem qualquer penalidade. O compromisso em não

revelar nomes verdadeiros também foi assegurado e a divulgação dos resultados, quando ocorresse, manteria o direito ao anonimato. Os objetivos da pesquisa eram retomados de maneira a garantir ciência sobre o que seria desenvolvido na entrevista e propiciar que a participante estivesse segura quanto a sua colaboração. Também explicávamos que ela podia discorrer livremente acerca de suas vivências, não se preocupando em oferecer respostas corretas ou socialmente adequadas, uma vez que estávamos interessadas nas experiências reais, na dimensão relacional e não ideais. Foi pontuado que para melhor condução da entrevista e melhor captação das falas, a conversa seria gravada e transcrita pela própria pesquisadora.

Quanto à confidencialidade, as participantes não se mostraram receosas ou preocupadas, demonstrando certa tranquilidade antes e durante a entrevista em abordar os temas propostos. Apenas uma participante nos questionou incisivamente se, de fato, seu nome verdadeiro não seria publicado, o que garantimos que não.

Embora os aspectos éticos já tenham sido abordados no contato inicial com as mulheres, na ocasião da entrevista todas receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2) para ser lido e assinado juntamente com a pesquisadora, oferecendo mais uma oportunidade para esclarecer quaisquer dúvidas e garantindo que a participante se sentisse confortável em participar da entrevista.

Assim, marcamos com cada uma separadamente desde que fosse seguro o suficiente para que pudéssemos realizar a entrevista. A escolha do local da entrevista ficou a encargo da própria participante, de modo a atender sua disponibilidade. No contato por telefone ou e-mail estávamos abertas a sugestões e oferecíamos quatro possibilidades iniciais: uma sala da universidade a qual a pesquisa era vinculada (Universidade de São Paulo - USP), em uma sala privativa de meu local de trabalho (Universidade Federal de São Paulo - Unifesp), em algum lugar público, como o Centro Cultural São Paulo onde é possível encontrar espaços com certa privacidade e conforto; todas localidades possíveis de serem acessadas com opções de transporte público, incluindo o metrô. A última alternativa oferecida era a própria residência da participante, de modo que ela não precisasse se deslocar. Porém, esta alternativa foi a menos recorrida.

A maioria delas utilizou o critério de proximidade de sua residência ou do trabalho para esta escolha. Oito participantes - Lara, Luiza, Cristina, Carol, Alana, Any, Manuela e Danila - optaram pelo meu local de trabalho (localizado próximo à estação Santa Cruz), por ser região de fácil acesso, onde circulavam com frequência. Naira escolheu pela universidade a qual a pesquisa está vinculada (localizada próximo à estação Clínicas).

Em todas situações a entrevista pôde ser conduzida com tranquilidade, sem a presença de outras pessoas, uma vez que foram realizadas em salas privativas, com mesa e cadeira, garantindo privacidade e ambiente confortável.

Quatro participantes optaram que eu me dirigisse à seus locais de trabalho: com Tatiana e Karen a entrevista foi realizada durante o intervalo de almoço em um salão com mesas e cadeiras (semelhante a um refeitório) sem a presença de outras pessoas, pois elas costumavam almoçar em horário não convencional (após às 16h), por isso o espaço encontrava-se vazio. Lembrando que o encontro ocorreu em dias diferentes, já que se sucedeu individualmente. Para a entrevista com Giane, dirigi-me a uma área externa, que se assemelhava a um quintal, após seu expediente, momento em que ela avaliou que seria mais tranquilo. E finalmente, com Keyla a entrevista foi realizada na própria loja em que trabalhava, pois ela considerou que o ambiente era suficientemente tranquilo e não a inibiria ou causaria desconforto. Apesar de certo receio inicial em conduzir a coleta de dados em seu ambiente de trabalho, de fato a loja oferecia um espaço privativo, uma vez que não houve a presença de outras pessoas. Fomos interrompidas somente uma vez quando chegou um cliente; ela o atendeu e depois retomamos a conversa sem dificuldade. Keyla ficou sentada atrás de um balcão, onde os clientes realizavam o pagamento dos produtos comprados e eu me sentei em um banquinho a sua frente. A loja vendia artesanatos e proporcionava ambiente tranquilo.

Duas participantes preferiram que nos encontrássemos em lanchonetes: Nayara em uma localizada próxima de sua faculdade e Thalita em um shopping, nas proximidades de seu trabalho. O local escolhido por Nayara teve o incômodo de apresentar muitos ruídos provindos da rua, visto que era uma região com intensa movimentação de ônibus municipal. No entanto, a gravação de áudio não ficou comprometida e a transcrição pôde ser realizada sem prejudicar a qualidade do material. O local escolhido por Thalita apresentou certo movimento de outras pessoas que ora chegavam, ora saíam de mesas ao nosso redor. Cheguei a questioná-la se movimentação da praça de alimentação onde estávamos a incomodaria, ao que Thalita respondeu negativamente. Com efeito, a condução da conversa foi fluida e não notei embaraços ou desconfortos em Thalita que comprometessem a qualidade da entrevista.

Finalmente, Magda optou pelo Centro Cultural São Paulo (localizado próximo à estação Vergueiro) e Lia em sua própria residência. A entrevista com Lia foi a que assumiu um caráter mais intimista pela inserção em seu ambiente doméstico e pelos quitutes (bolo e cafezinho) servidos como gesto de hospitalidade. Além disso, foi um

encontro atravessado por grande carga emocional e posicionamentos políticos, devido seu envolvimento na redemocratização do país nos anos posteriores da ditadura militar brasileira. A receptividade com que me recebeu e o interesse na pesquisa denunciaram que problematizações sobre mulheres lésbicas eram preciosas a ela.

De fato, entrevistas feitas em ambiente doméstico, privado, parece haver mais liberdade para expressão das ideias e menos preocupação com o tempo (Duarte, 2002). Por essa razão, costumam ser entrevistas mais longas e, de modo geral, mais densas. No entanto, quando oferecíamos a possibilidade de irmos à residência, esta opção não fora escolhida (entre dezessete participantes, somente Lia aceitou), o que pode denotar certos receios de adentrarmos o ambiente privado, seja pela exposição da intimidade ou intromissão.

De maneira geral, todos os locais foram adequados quanto ao conforto e privacidade; apenas com uma das que disponibilizou o horário de almoço, Tatiana, vale fazer uma ressalva com relação ao tempo que tivemos: a entrevista foi corrida e teve que ser finalizada às pressas, pois ela necessitava retornar ao trabalho. No entanto, pela riqueza do material produzido, decidimos incluí-lo na pesquisa.

5.2 A obtenção dos dados: narrativas de vidas reais

As entrevistas foram conduzidas a partir de perguntas norteadoras, seguindo um roteiro temático, elaborado e testado na fase piloto da pesquisa para ser avaliado com relação à clareza e pertinência dentro dos objetivos propostos. O roteiro continha 4 partes: primeira, abordava a trajetória da sexualidade, a vivência homoafetiva nos diferentes espaços sociais, incluindo a família, e moralidades dentro da relação afetivo-sexual; segunda, as ações de cuidado em saúde; terceira, a saúde sexual em contexto clínico ou de atendimento ginecológico; quarta e última, sobre possíveis situações de discriminações e preconceitos no atendimento médico e fora dele, se houvessem, e o que poderia ser implementado para melhorar o atendimento em saúde (Anexo 3).

O roteiro foi utilizado para nortear as entrevistas, garantindo que todos os temas previstos fossem abordados, porém como era de caráter aberto, não fora necessário segui-lo na ordem que estava estabelecido, privilegiando-se a fluidez com que os assuntos surgiam. Esse recurso metodológico permitiu que as mulheres pudessem discorrer mais livremente sobre os temas sem estarem presas às perguntas, evitando-se recorrer a respostas padronizadas. Assim, as falas das participantes foram o fio condutor,

procurando-se respeitar o tempo, as pausas e o interesse para adentrar e responder às questões levantadas.

Ao estarmos pessoalmente com a entrevistada, reforçávamos o quanto a pesquisa não requeria respostas do tipo “certas” ou “erradas”, uma vez que o objetivo era captar narrativas reais acerca de sua experiência pessoal, e não necessariamente, comportamentos esperados ou adequados.

Iniciávamos a conversa pedindo para se apresentar, elencando as características sociais significativas a ela. De maneira geral, idade, profissão e local de moradia eram primeiramente pontuados; algumas davam sequência com outras informações, por exemplo, se tinham irmãos ou animais de estimação, outras, aguardavam orientação para acrescentar outras informações. Em seguida, abordávamos como ocorrera a descoberta do desejo sexual por mulheres, em qual momento de vida e se ainda se relacionava com homens, procurando compreender como a participante compreendia sua identidade, lésbica ou bissexual. Posteriormente, questionávamos como a família havia lidado com a homo/bissexualidade, se houve rede de apoio por parte dos familiares ou pouco suporte, marcado por conflitos e ameaças. Iniciar a entrevista com estas perguntas nos pareceu positivo, pois era uma forma de nos abrir ao diálogo e ir construindo vínculo com a participante. Ainda que a finalidade daquele encontro não fosse terapêutica, entendemos que oferecer uma escuta acolhedora, favoreceria para que os temas delicados e desgastantes fossem falados com maior conforto.

Além disso, abordar sobre a expressão da orientação sexual nos diferentes espaços sociais, como trabalho, faculdade, em casa, parques, etc., possibilitou-nos apreender o lugar social que a participante ocupava, tanto em relação à visibilidade que ela dava a sua orientação sexual quanto ao que ela compreendia por situações de vulnerabilidade ao tornar visível a sua orientação. A partir das trajetórias de vida foi possível captar a classe social e a rede que compunha o cotidiano de cada participante a partir da captação de pertencimento de classe, prerrogativas políticas e valores culturais os quais a participante ia delimitando.

A maioria das entrevistas demandou mais tempo nesta primeira parte que no tema sobre cuidado em saúde especificamente. As falas sobre a descoberta do desejo sexual por mulheres e a repercussão de pouco acolhimento da família foram carregadas de sofrimento, lembradas com emoção. As participantes demonstravam interesse e preocupação em serem precisas ao narrarem sobre o início do envolvimento com mulher, o que nos dava uma sensação de que este tema mobilizava grande carga emocional. A

possibilidade de se nomearem lésbica ou bissexual parecia dizer de uma importante conquista, apesar das dificuldades enfrentadas. Nesta primeira parte, também procuramos compreender como a questão da territorialidade (regiões em que residiam e circulavam com frequência) se articulava com a vivência da sexualidade, a partir dos apontamentos em torno da visibilidade, de relatos sobre situações de invisibilidade, de violência e as maneiras de lidar com tais situações.

Em seguida, perguntávamos sobre as ações de cuidado que eram destinadas à saúde em geral, e posteriormente, à saúde sexual em específico. A pergunta sobre saúde em geral não propiciou respostas longas e reflexivas. Assim, logo na sequência adentrávamos a saúde sexual especificamente. Caso a consulta ginecológica fosse abordada espontaneamente pela participante, continuávamos a explorar o tema, buscando compreender como tinha sido o encontro com médico(a) (ou médicos/médicas), se ela havia se sentido acolhida e possíveis dificuldades encontradas no atendimento. Caso esta questão não fosse abordada pela participante, indagávamos diretamente. As perguntas referiram-se às consultas em geral, podendo abarcar mais de um médico (quando haviam ido a diferentes profissionais) e não estavam delimitadas à última. Nosso intuito foi de, num primeiro momento, deixar a questão sobre cuidado em saúde ampla, para depois focar no cuidado à saúde sexual. Para a intersecção entre sexualidade e atendimento médico, a consulta em ginecologia ganhou relevância. As demais especialidades médicas foram pouco exploradas (ou foram pontualmente) em função de não ganharem expressividade nas falas, mas procuramos estar atentas caso fossem citadas, de maneira a não excluirmos outras situações de cuidado. Quando adentrávamos sobre a consulta ginecológica especificamente, exploramos sobre a revelação da orientação sexual, o exame de prevenção de colo de útero (papanicolau), sobre aspectos do funcionamento do corpo feminino que as preocupavam (infecções sexualmente transmissíveis, tensão pré-menstrual, cólicas menstruais, etc.) e o recebimento de orientações pertinentes a sua prática sexual.

As entrevistas foram finalizadas com o questionamento sobre o que deveria haver no encontro com um profissional da saúde, do ponto de vista dela – mulher lésbica/bissexual – que favorecesse a troca e consequentemente, o cuidado. Nesta oportunidade, algumas acabaram por expor críticas acerca da Medicina e da prática médica.

A interação com as participantes, de modo geral fora bastante agradável, todas se mostraram satisfeitas por poder contribuir tendo em vista que elas próprias identificavam

a relevância da pesquisa. Algumas situações peculiares que ocorreram no encontro com as mulheres são descritas no item “*impressões durante o trabalho de campo*”.

As entrevistas foram gravadas em áudio digital de forma ininterrupta e transcritas na íntegra pela própria pesquisadora para posterior análise, respeitando-se expressões coloquiais, gírias e pausas. Como a transcrição ocorrera o mais breve possível após a realização da entrevista, expressões faciais, risos e tom de voz que denotassem raiva, desaprovação ou ironia foram pontuados na transcrição, procurando-se ser o mais fiel possível à situação da entrevista. A duração variou entre cinquenta minutos (a mais rápida) e duas horas e dez minutos (a mais longa), com média de 1h10m aproximadamente. As dezessete entrevistas realizadas contabilizaram um total de áudio de 1210 minutos (20h10m). Para a escrita dos resultados, todos os nomes, inclusive os citados durante as falas foram trocados por nomes fictícios para garantir o anonimato.

Foi utilizado também um caderno de campo no acompanhamento das entrevistas e no registro da evolução do projeto para que se pudesse registrar os acontecimentos, impressões gerais, reflexões, sentimentos e emoções relativos à situação da entrevista.

A coleta dos dados foi finalizada quando se mostraram suficientes para elucidar o fenômeno a que este projeto de pesquisa se propôs. Para isso utilizamos o critério de saturação teórica (Fontenella et al., 2008). Que significa que o material obtido a partir das entrevistas se mostrou bastante rico para produzir um *corpus* de fala para a emergência de significados acerca da experiência de cuidado à saúde de mulheres lésbicas e/ou bissexuais, possibilitando à pesquisadora a recursos suficientes para a interpretação das categorias empíricas investigadas.

5.3 Análise do material

A análise dos dados obtidos nas entrevistas se apoiou na hermenêutica filosófica de Gadamer, teoria que se refere à compreensão como condição humana. Schleiermacher (citado por Batista, 2012) precursor de Gadamer, postula que tudo que é passível de compreensão – fenômenos históricos, valores e a cultura – é também linguagem, pois não há pensamento sem ela.

Assim, a realidade a que temos acesso se manifesta por meio da linguagem e está sempre, sujeita à interpretação (Rohden, 2000). A tarefa da hermenêutica se torna universal e abarca a totalidade do que importa ao humano, uma vez que atribuímos à humanidade a característica de ser constituída pela e com a linguagem.

Gadamer, seguindo pressupostos de Heidegger, compreende que as palavras não têm um significado fixo e único, desvinculado de qualquer contexto. Estamos o tempo todo interpretando, sejam coisas, situações, pessoas ou até nós mesmos. A compressão das experiências que temos se dá de forma participativa, consensual e por meio do diálogo, pois elas estão sempre em intrínseca relação com o contexto e não acontecem isoladamente (Batista, 2012). A partir desta perspectiva o pesquisador não “descobre” significados de um texto, tampouco é neutro na interpretação de sentidos. Ele carrega consigo suas tradições, preconceitos e julgamentos.

Para a análise dos dados da pesquisa, partimos da concepção da hermenêutica, conforme afirma Batista (2012), que a compreensão “surge como algo *produzido* no diálogo e não como algo meramente reproduzido por um interprete ao se deparar com um texto ou ação na busca de compreendê-lo/a” (p.108).

O material advindo da transcrição foi lido minuciosamente até atingir impregnação de seu conteúdo, apreensão da lógica interna, das particularidades e ao mesmo tempo do conjunto. Após a impregnação do material empírico, foi novamente realizada a leitura atenta, agora direcionada a identificar os eixos temáticos no decorrer da entrevista; eixos previamente pensados, estipulados e incluídos no roteiro de entrevista para garantir que fossem abordados. Assim, as categorias estabelecidas a partir do roteiro proposto eram:

- 1) a trajetória da sexualidade,
- 2) as ações de cuidado com a saúde e saúde sexual especificamente, e
- 3) situações de discriminação e preconceito no atendimento médico.

A leitura vertical (cada entrevista) permitiu mapeamento de pontos de convergência e de divergência, e assim, identificar semelhanças e diferenças entre as falas das participantes.

Num segundo momento, foi realizada leitura horizontal dos relatos para compararmos as diferentes respostas para os mesmos temas investigados, possibilitando melhor delimitação das categorias temáticas. Nesta etapa, a apreensão do material empírico conformou com os marcadores sociais de classe, raça e gênero como possíveis geradores de diferenças entre as participantes.

Após as leituras verticais e horizontais foi feito um novo recorte temático, para aprimorar as categorias, procurando incluir aspectos que emergiram do campo. Na “trajetória da sexualidade”, a questão sobre como os familiares perceberam e lidaram com a homo/bissexualidade se destacou pela relevância que apareceu nos relatos das

participantes e, portanto, fora incorporado nos resultados. Quando abordamos a temática da saúde propriamente dita, elas verbalizaram situações que entenderam pouco acolhedoras e também exploraram situações para além da área da saúde, identificando outros cenários de opressão e de preconceito.

Assim, as categorias estabelecidas foram:

- 1) visibilidade lésbica/bissexual e a relação com familiares;
- 2) o cuidado com a saúde e as questões que emergem da relação com o profissional;
- 3) lésbicas e mulheres bissexuais: percepções acerca de atendimento sensível a suas demandas e o atravessamento dos marcadores sociais.

Para a discussão dos dados, conforme já explorado anteriormente no item “Referenciais Teóricos”, utilizamos o aporte da perspectiva construcionista de sexualidade e as noções dos direitos humanos e direitos sexuais. O material empírico foi analisado a partir da abordagem da interseccionalidade.

5.4 Impressões durante o trabalho de campo

Tendo em vista a postura metodológica que adotamos nesta pesquisa, de que a neutralidade entre pesquisador-pesquisado não é cabível, reconhecemos que a dimensão relacional e os jogos de poder se fizeram presentes durante as entrevistas e se mostraram importantes na produção dos dados. Por isso, achei relevante abordar algumas impressões e situações peculiares vivenciadas durante a interação com as participantes.

Para as mulheres cujo contato não fora feito diretamente por mim, e sim por terceiros ou por indicação, elas me contatavam questionando, em primeiro lugar, se o objetivo da entrevista era a respeito de alguma situação de violência sofrida em um serviço de saúde ou atendimento médico. Chamou-me atenção que pesquisar sobre saúde de lésbicas e bissexuais remetia para elas, num primeiro momento, interesse meu exclusivo à discriminação nos serviços expressa por frases e atitudes do profissional. Ao pontuar que estas experiências não eram necessariamente critérios de inclusão, elas se mostravam duvidosas se poderiam colaborar, porque suas vidas eram demasiadamente “normais”, não tinham histórias mirabolantes no tocante cuidado com a saúde. Parecia que ao serem simples pessoas, com uma vida rotineira, não havia com o que contribuir.

Interessantemente, ao final da entrevista, acabavam se dando conta de que suas vidas “normais” constituíam um terreno rico de vivências da qual a pesquisa tinha por

objetivo compreender. Além disso, alguns episódios narrados, até então não nomeados como violência foram revistos e entendidos como lacuna aos seus direitos sexuais. O que, em última instância, foi um importante reconhecimento de uma violência.

Ao longo da realização das entrevistas, notei que a fluidez na condução das mesmas ganhou qualidade, possibilitando que eu não estivesse presa ao roteiro e sim, mais atenta e presente ao conteúdo trazido pela participante. A segurança sobre os temas que deveria abordar, possibilitou que a fala das participantes fosse cada vez mais o fio condutor do encontro. A apropriação do roteiro e a oferta de uma escuta acolhedora propiciaram melhora na qualidade do material empírico produzido.

Por ter desenvolvido tema semelhante em pesquisa de mestrado, me senti relativamente tranquila e segura para conduzir as entrevistas. Para as participantes que chegavam receosas, procurava explicar os objetivos do estudo evitando utilizar expressões de difícil compreensão e destinei maior tempo para compreender a trajetória de vida, procurando estabelecer um clima de confiança e empatia. De maneira geral, todas elas, inclusive as mulheres mais tímidas, demonstraram receptividade e tranquilidade durante a entrevista.

Outro aspecto interessante foi com relação à escolha de como proceder quando um casal – as duas mulheres – se disponibilizaram a participar. Primeiramente, questioneei-me se deveria incluir ambas na pesquisa, já que, por compartilharem uma série de códigos culturais e valores poderiam oferecer respostas semelhantes e/ou enviesadas por conta da presença da parceira. Caso optasse pela inclusão das duas, como conduziria a situação da entrevista propriamente dita, uma vez que a presença de uma parceira poderia inibir ou constranger a espontaneidade da outra e vice-versa.

Achei curioso que no casal em que isto ocorreu, as próprias mulheres sugeriram para que eu conversasse com elas na mesma ocasião para que pudessem se ouvir e conhecer o que cada uma pensava sobre o tema da pesquisa. Compreendi como um pedido de espaço para diálogo do casal, que parecia escasso ou deficitário. Ponderei que caso realizasse a entrevista das duas ao mesmo tempo, poderia constituir ocasião delicada ao ter que intermediar possíveis conflitos ou lidar com disputas relacionadas à dinâmica do casal. A saída desse impasse se deu naturalmente pela disponibilidade para agendar o encontro: uma delas tinha um horário de almoço curto e avaliamos que não haveria tempo suficiente. Assim, ela cedeu, e a entrevista acabou sendo realizada somente com uma delas.

Uma última particularidade deste trabalho foi com relação aos marcadores sociais que me cercavam, delimitavam e me definiam. Eu, mulher, branca, classe média, pesquisadora vinculada a uma universidade pública e psicóloga, investigando sobre questões pertinentes às mulheres. Num primeiro momento, o marcador mais evidente e facilmente apreendido na situação de entrevista foi o gênero. Quando abordamos sobre diferentes formas de violências a que são submetidas ou sobre as pressões sociais da família, de colegas de trabalho pela adoção de estereótipos femininos, as questões compartilhadas comigo foram acompanhadas de frase “bom, você é mulher, você sabe do que estou dizendo”. O medo da violência sexual, reflexões acerca da cultura do estupro e do machismo foram também, sem dúvida alguma favorecidos pelo fato de eu ser mulher (e em alguns casos até o tocar nesses assuntos).

A consulta ginecológica, outro tema diretamente abordado nesta pesquisa pareceu-me mais plausível de ser compartilhado comigo, uma outra mulher, pois envolvia exposição de intimidade. A descrição de exames, como o Papanicolau, foi relatada pelas participantes com frases “você sabe que este é um exame incômodo... com certeza você já o fez” ou “a consulta é um espaço meio constrangedor, você sabe que estar deitada na posição ginecológica não é a melhor coisa desse mundo”. Diante de embarços relacionados à exposição do corpo feminino para fins médicos, elas me convocavam enquanto mulher que já havia experienciado semelhante situação. E tenho que admitir que, na maioria das vezes, sim, compreendia exatamente o que estava sendo pontuado por já ter passado pela mesma situação ou semelhante.

Assim, para os objetivos de nossa pesquisa, creio que ser mulher contribuiu, positivamente para as participantes se sentirem acolhidas durante a entrevista e falarem sobre temas difíceis, especialmente os relacionados à violência, opressão de gênero, machismo e a consulta ginecológica, uma vez que eles perpassam inquestionavelmente pela questão de gênero. Avalio criticamente que a presença de um homem pesquisador poderia dificultar a fluidez para abordar tais questões e abrandar o relato de situações machistas vivenciadas por elas. Scott (1989) entende o gênero como um saber sobre as diferenças sexuais. E, havendo uma relação inseparável entre saber e poder, gênero estaria imbricado às relações de poder, sendo, nas suas palavras, uma primeira forma de dar sentido a estas relações. As formas como se constroem significados culturais para essas diferenças e, conseqüentemente, posicionando-as dentro de relações hierárquicas implica em jogos de poder e formas de relação entre mulheres, entre homens e entre mulheres e homens. O fato de eu também ser mulher, colocou-me em uma posição relacional que

pode ter favorecido a emergência de determinados temas, exatamente por eu ocupar o mesmo lugar social expresso em inúmeras situações, por exemplo no medo de ser estuprada.

Se por um lado, ser mulher propiciou identificação e maior acolhimento para abordagem de temas que perpassavam pela opressão de gênero, por outro lado, o fato de eu atuar na área da saúde pode ter criado maior distanciamento e receios diante de algumas perguntas, especialmente àquelas que pressupunham conduta socialmente adequada. Ainda que eu tenha pontuado reiteradamente que não se preocupassem com a emissão de respostas corretas, o lugar social que eu ocupei nas entrevistas era de uma especialista e pesquisadora da área da saúde. Dessa forma, senti o anseio de algumas justificarem o não cumprimento de certas normas sociais, por exemplo o porquê não compareciam às consultas ginecológicas com a regularidade recomendada, como se o argumento apresentado as liberasse de uma possível retaliação da minha parte.

Não notei movimento das participantes em me questionarem acerca de comportamentos adequados, como se elas estivessem à espera de respostas de uma especialista em saúde de mulheres lésbicas. Imaginei que poderia se suceder quando perguntava sobre as IST, no sentido de elas me devolverem às indagações sobre este assunto solicitando orientações. Isto não ocorreu. No entanto, minha formação universitária fora questionada por mais de uma participante, como se estivesse procurando compreender qual exatamente minha área e interesse naquele estudo. Assim, no decorrer de algumas entrevistas, chegaram a me perguntar explicitamente se eu era médica; curiosamente quando explicava que era psicóloga, a reação expressava sentimento de alívio e descontração. Pontuar a faculdade a qual a pesquisa esteve vinculada (Medicina) pode ter contribuído para certos receios e até para resistências, no sentido de criar expectativas de ser uma pesquisa prescritiva. Por outro lado, considero que o desenrolar da entrevista (qualidade das perguntas feitas, geralmente abertas, sem caráter de certo e errado) e minha formação, quando explicitada, auxiliou para que se estabelecesse um clima de reciprocidade e escuta.

Ainda com relação ao lugar social que eu ocupava na interação com as participantes, certamente o pertencimento de classe atravessou o encontro, não somente eu por compor uma parcela restrita da população que acessa a pós-graduação, mas também pela demarcação de território e valores culturais que compuseram/compunham minha trajetória de vida. Os colégios que estudei, a universidade onde cursei a graduação e minha atuação profissional também diziam de mim. Metodologicamente isso ficou

evidente na dificuldade para acessar mulheres de periferia ou de camadas populares. Ainda que eu tenha feito um esforço significativo para divulgar a pesquisa de modo a incluí-las, o território e as redes que compõem meu cotidiano interferiram na possibilidade de acesso a determinados sujeitos.

6. Resultados e Discussão

Nesta sessão, exporemos os resultados e discussão, fruto das dezessete entrevistas realizadas entre os anos de 2016 e 2018. Inicialmente, apresentamos as mulheres participantes, destacando marcas identitárias (geracionais, de raça/etnia, de classe social, identidade de gênero e orientação sexual) e aspectos relevantes de suas trajetórias abordados durante a condução das entrevistas por nós ou pelas próprias participante. Em seguida, desenvolveremos a questão da visibilidade lésbica que cada uma vem construindo em torno da sexualidade, bem como a rede social acionada ao longo do processo de reconhecimento da lesbianidade e bissexualidade. Apesar deste tópico não ter sido inicialmente colocado como um objetivo da pesquisa, ele se mostrou relevante na fala das participantes e importante para compreendermos como suas existências, os sentidos atribuídos à saúde e suas condições concretas se relacionam com o suporte proporcionado pela rede social que compõem o cotidiano delas.

No capítulo seguinte, adentraremos a questão do cuidado à saúde propriamente dito, e finalmente, apresentamos as percepções acerca do atendimento que receberam, pontos de tensão na relação com os profissionais de saúde e o que poderia ser incorporado ou modificado de modo a torná-los mais sensíveis a suas demandas.

6.1 Mulheres participantes: trajetórias e contextos de pertencimento social

Como apresentado na sessão metodológica, o estudo contou com a participação de dezessete mulheres da região metropolitana de São Paulo que se auto referiam como lésbicas ou bissexuais. Raça/cor, orientação sexual, classe social e condição afetiva (namorando, solteira ou em união estável) também foram auto referidos.

A idade delas variou entre 19 e 68 anos: na faixa etária entre 19 e 29 anos tivemos dez participantes, entre 30 e 45, seis e entre 46 e 68 anos, uma. Com relação à raça-cor, seis manifestaram que eram negras, nove brancas, duas morenas; estas últimas se percebiam como *não brancas*, no entanto, não se sentiam seguras de se afirmarem *negras* por não terem ascendentes negros e não manifestarem características fenotípicas próprias a este grupo. Dentre as negras, tivemos o caso particular de Alana: em decorrência de algumas características físicas, nariz e lábios finos, e por apresentar tom de pele claro explicou que frequentemente era classificada como branca, ela própria se entendia assim

até aproximadamente 20 anos de idade, como sua mãe e irmãs. No entanto, após participar de coletivos e grupos que se debruçam sobre questões raciais, tem refletido e discordado da marca identitária “branca” na qual foi encaixada e tem se entendido como negra. O posicionamento de Any e Tatiana nomeando-se de morenas expressa um tipo de racismo que vem acompanhado de uma insistência de grande parte da sociedade para que não se entendam como negras (Oliveira, 2007).

A colocação de Any, Tatiana e Alana remonta delicadezas conceituais que são abordadas em entrevista com Antônio Sérgio Guimarães¹⁰. Ainda que não seja o nosso foco, é importante refletir como a questão da raça e cor da pele se fazem presente nas marcas identitárias e constroem subjetividades. Ao longo de sua carreira acadêmica, num primeiro momento o autor desenvolveu o conceito de cor para posteriormente, adentrar a questão da raça. Hoje compreende que as categorias de cor, escondem uma classificação racial e hierárquica. Para ele, a noção de raça abarca ancestralidades, enquanto cor da pele é o que é visível, perceptível. Por isso costuma ser o ponto decisivo para que os sujeitos se refiram como negros ou não: a marca está na cor da pele (Guimarães, 2016).

De acordo com pesquisa piloto do IBGE, foi perguntado às pessoas quais dimensões consideram para se auto classificarem quanto cor/raça. 80% das pessoas elegem cor da pele como dimensão mais importante. Outros aspectos, como posição econômica, educação e descendência aparecem com menos importância (Guimarães, 2016). Para Antônio Sérgio esta classificação é igualmente racista, porque caso contrário, diferentes tonalidades de cores comporiam apenas uma diversidade estética no Brasil, o que não se mostra ser a realidade e cotidiano dos(as) brasileiros(as). É o racismo enquanto estrutura que oferece sentido às cores, imprimindo tons de discriminação a cada uma delas. A classificação por cor torna possível o processo de embranquecimento e não a noção de raça (Guimarães, 2016). A ideia de que se tem diferentes cores envolve outras características fenotípicas, permitindo um contínuo, do negro ao branco. Nesta linha de argumentação, podemos analisar que as duas participantes ao reconhecerem em seus corpos marcas neste contínuo, se referiram como morenas e não negras, fruto do processo de embranquecimento apontado pelo autor. No entanto, chama atenção o posicionamento de Alana, rompendo com este processo.

A variedade de tons de pele encontrados na população brasileira não se configura como paraíso racial, ao contrário, traz à tona modos camuflados de preconceito racial e

¹⁰ Publicada pela revista Plural do Programa de pós-graduação em Sociologia da USP. Disponível em <http://www.revistas.usp.br/plural/article/view/118387>. Acesso em 20/07/2018.

pode operar produzindo novas formas de discriminação. O colorismo surge como discriminação baseado na cor da pele, na qual quanto mais escura for uma pessoa, maiores serão as possibilidades de sofrer exclusões e preconceito, independentemente das raízes raciais (Silva e Silva, 2017). Argumento semelhante ao que Antônio Sérgio Guimarães desenvolveu.

O termo colorismo ajuda-nos a analisar os discursos sobre raça das participantes, ressaltando o quanto cor da pele mostra-se como elemento fundamental para compreendermos o modo como seus corpos recebem valores e são tratados pela sociedade. Por exemplo, situações degradantes descritas por Cristina, negra retinta, de ser seguida no mercado pelo segurança, como se estivesse de antemão sob suspeita de cometer furtos no interior da loja, não apareceram no relato de Alana, mulher negra de pele clara. O racismo imprime ao tom escuro de pele de Cristina discriminações mais acentuadas e age sobre Alana de modo ameno, comedido.

A diferença na maneira de autoreferir-se à cor da pele de Any e Tatiana (morenas) em relação à Alana (negra) pode estar relacionada a vinculação ao movimento negro, cuja afirmação de uma identidade racial é imprescindível para militância (Oliveira, 2007). Assumir que era negra, mesmo diante da possibilidade e expectativa para que se identifique como parda ou morena, tornou-se estratégia importante para reconhecimento do grupo e consolidação de sua identidade racial.

Retornando às participantes, a situação afetiva foi referida por elas em uma das três condições: morando junto ou namorando (no entanto, residindo em casas distintas) ou solteiras. Karen, Giane e Alana estavam residindo na mesma residência com a parceira; Lara, Thalita, Nayara e Magda estavam namorando e as demais (dez), encontravam-se solteiras. Com relação à orientação sexual, cinco expressaram que eram bissexuais e doze lésbicas. Ter havido envolvimento sexual com homens ou a possibilidade de vir a ter foi diferentemente pontuado por cada uma e será descrito mais a frente, ainda neste capítulo. De toda forma, salientamos que entrevistamos mulheres que já tiveram relações sexuais com homens, mas não pretendiam ter novamente; mulheres que nunca se relacionaram e as que mantinham relação ou possibilidade de relacionamento com ambos os sexos, compondo trajetórias sexuais diversificadas como pretendíamos na produção do material empírico.

Em relação à escolaridade, cinco participantes apresentaram nível superior completo, sete, superior incompleto; três haviam concluído o ensino médio; uma, ensino médio incompleto e finalmente, uma delas, o ensino fundamental. Entre as que estavam

cursando graduação, cinco eram mais novas (idade entre 19 a 21 anos), duas mais velhas (28 e 34 anos) e cursavam a faculdade à época da pesquisa, pois não tinha sido possível antes devido às condições econômicas.

Todas residiam na região metropolitana de São Paulo em diferentes localidades: sete na zona sul (Vila Elida, Brooklin, Saúde, Cambuci, Parque Cocaia, Cidade Ademar), uma no centro, duas na zona norte (Vila Nova Cachoeirinha e Vila Medeiros), quatro na zona oeste (Butantã e Vila Madalena), duas no município de Francisco Morato e uma em Osasco. As duas participantes que residiam no bairro da Vila Madalena compunham as de maior nível econômico. Os diferentes bairros que moraram ou que passaram a maior parte de suas vidas contribuíram para maior diversidade de nível socioeconômico como pretendido na metodologia.

Com relação às condições de vida, as trajetórias foram bastante diferentes umas das outras, o que configurou condições financeiras também distintas. Apesar de doze participantes terem atingido escolaridade em nível superior (concluído ou em andamento), o momento de vida em que puderam cursar faculdade e as vivências de infância e juventude foram notoriamente diferentes entre si. Duas participantes, Giane e Cristina eram negras, cresceram em bairros da periferia de São Paulo e enfrentaram dificuldades financeiras acentuadas. Cristina, por exemplo, contou-nos que chegou a trabalhar aos 12 anos de idade como faxineira com sua mãe para ajudar na renda de casa e por conta disso, perdeu o ano escolar.

Luiza, Danila, e Thalita, de 28, 35 e 20 anos respectivamente, eram de famílias de classe média baixa; contaram de suas vidas reconhecendo alguns privilégios, por exemplo, não tiveram que ingressar no mercado de trabalho muito jovens para auxiliar nas despesas de casa, porém assim que atingiram a maioridade buscaram por empregos, pois os gastos com transporte, alimentação ou para eventuais saídas aos finais de semana teriam de ser arcadas por elas mesmas. Desejavam ter suas próprias moradias, porém residiam com seus familiares por não conseguirem arcar com as despesas de morarem sozinhas em uma cidade dispendiosa como São Paulo.

Lara, 21 anos, também pareceu-nos usufruir de condição social semelhante a elas. Fazia graduação em Farmácia em uma universidade pública e desde que ingressou, procurava por estágios remunerados para auxiliar nas despesas pessoais com transporte e alimentação. Não se percebia pertencente a uma família de regalias financeiras, pois “tudo sempre foi contadinho” (*sic*). Mas reconhecia que não passara por necessidades econômicas no decorrer de sua infância ou juventude.

Lia foi a participante de idade mais avançada, com 68 anos. Tinha seu próprio apartamento, estabilidade financeira e filhos independentes que moravam em São Paulo, mas não residiam com ela. A trajetória de Lia foi interessante por ela pertencer a outra geração e trazer elementos importantes ao que nos propusemos a pesquisar.

Magda, Keyla, Karen e Tatiana foram as participantes com trajetórias de vida marcadamente de camadas populares e com menor nível de escolaridade (ensino fundamental, duas com ensino médio completo e médio incompleto respectivamente). Elas continuavam a morar em lugares afastados do centro, pela impossibilidade de arcar com o alto custo de vida da cidade de São Paulo, especialmente nas proximidades das estações de metrô. Ainda que o transporte público seja contemplado pelas linhas de trem e ônibus, residir fora das proximidades da rede do metrô frequentemente reduz a qualidade de vida pelo tempo gasto para locomoção, dentre outras razões. Keyla, Karen e Tatiana moravam nas conhecidas cidades dormitórios que, segundo elas, apesar da distância, não eram regiões tão precárias quanto alguns bairros periféricos da capital paulista. Não foi a situação de Magda que residia no extremo sul de São Paulo, bairro caracterizado por pobreza, violência urbana e vulnerabilidade social, de acordo com seu relato.

Dentre as nossas participantes, tivemos mulheres que, de acordo com as suas percepções, conseguiram melhorar de nível econômico em relação às gerações anteriores, por obterem maior nível de escolarização ou por conquistarem melhores empregos e oportunidades de trabalhos. É o caso de Cristina, Giane, Any e Alana.

Assim, a trajetória de cada uma das entrevistadas mostrou-se singular e diferente uma da outra, contemplando nossa tentativa de buscar por participantes as mais diversas possíveis quanto aos marcadores sociais de classe, raça, orientação sexual e geração.

A seguir, exibimos na próxima página, o quadro 1 com algumas informações de caracterização de cada participante. Primeiramente apresentamos as bissexuais e posteriormente, as lésbicas; ambas em idades crescentes (orientação sexual e raça/cor foram auto-referidos).

Quadro 1: características socioeconômicas das participantes.

Participante	Idade	Orientação	Condição afetiva	Cor	Escolaridade	Onde mora
Any	29	Bissexual	solteira	morena	ensino médio	Cambuci
Manuela	31	Bissexual	solteira	branca	sup. completo	Brooklin
Giane	30	Bissexual	união estável	negra	sup. completo	Centro
Cristina	34	Bissexual	solteira	negra	sup. incompleto	Butantã
Danila	35	Bissexual	solteira	negra	sup. completo	Cidade Ademar
Naira	19	Lésbica	solteira	branca	sup. incompleto	Vila Madalena
Nayara	19	Lésbica	namorando	branca	sup. incompleto	Butantã
Carol	20	Lésbica	solteira	branca	sup. incompleto	Brooklin
Thalita	20	Lésbica	namorando	branca	sup. incompleto	Vila Medeiros
Lara	21	Lésbica	namorando	branca	sup. incompleto	Vila Nova Cachoeirinha
Alana	22	Lésbica	mora junto parceira	negra	sup completo	Saúde
Karen	26	Lésbica	mora junto parceira	branca	ensino médio	Francisco Morato
Tatiana	27	Lésbica	solteira	morena	ens. med incompleto	Francisco Morato
Luiza	28	Lésbica	solteira	negra	sup. incompleto	Vila Elídia
Keyla	40	Lésbica	solteira	negra	ensino médio	Osasco
Magda	45	Lésbica	namorando	branca	ens. fundamental	Parque Cocaia
Lia	68	Lésbica	solteira	branca	sup. completo	Vila Madalena

Discorreremos brevemente a respeito de cada uma das mulheres, a partir do contato com elas no momento da entrevista, das anotações do caderno de campo e dos depoimentos oriundos das primeiras perguntas do roteiro (apresentação geral, trajetória afetivo-sexual, maneira como a família lidou com a sexualidade, a rede de apoio para os

assuntos relacionados à sexualidade e se era usuária dos serviços públicos de saúde e/ou se possuía convênio médico). Destacamos que o conteúdo exposto a seguir refere-se à fala e ponto de vista das mulheres; procuramos ser precisas quanto a maneira como cada uma compreendeu e verbalizou os temas propostos, articulando-o com a territorialidade e as marcas de pertencimento social.

Any

Mulher de 29 anos de idade, morena, trabalhava como *designer* na área de publicidade, morava sozinha e estava solteira. Finalizou o Ensino Médio e verbalizou interesse em ingressar num curso de nível superior. Any morou durante anos em Guaianazes, bairro localizado no extremo da Zona Leste onde passou infância, adolescência e parte da vida adulta. Há um ano, após meses de planejamento financeiro, mudou-se para uma pequena quitinete na cidade de São Paulo (bairro Cambuci). Tinha uma irmã mais velha que morava em Guarulhos com o parceiro e três filhos, cujo relacionamento era afetuoso e próximo.

Seus pais residiam numa cidade no interior da Bahia, onde outros familiares de sua mãe viviam. Antes de mudar-se para o Cambuci, Any morava nos fundos da casa de seus pais em Guaianazes, mas não tinha contato direto com eles porque já haviam se mudado para outro Estado há algum tempo. Além da distância do centro de São Paulo, Any sentia-se muito só em Guaianazes e percebia que permanecer na casa dos pais dificultaria encontrar ofertas de empregos melhores e até possibilidades de estudo. Por esses motivos, organizou-se financeiramente e concretizou sua mudança, apontada como importante conquista, tanto profissionalmente quanto para desfrutar de maior liberdade.

O encontro com Any foi amistoso, tivemos uma conversa agradável. Ela trouxe percepções marcantes sobre ter sido criada na periferia, reconhecendo dificuldades no acesso à educação de qualidade e a presença de um roteiro heteronormativo imposto às mulheres. Destacou que suas colegas da época de escola (ensino fundamental e médio) se encontravam casadas e com filhos, situação não necessariamente vista como problema, porém, certamente atrelada à dificuldade que a mulher da periferia tem para construir outras trajetórias. Quando uma garota exercia alguma atividade remunerada, geralmente era para dispor de uma pequena renda extra para adquirir produtos pessoais, e não como forma de realização profissional ou pelo interesse em desenvolver sua própria carreira. Na percepção de Any, atividades remuneradas para garantir o sustento da família eram menos frequentes entre as mulheres casadas. A exigência social que recai sob as mulheres

para casar-se era marcante e depois, ainda era cobrada a dar filhos ao marido e educá-los, como se a responsabilidade por eles fosse essencialmente da mulher.

De acordo com a percepção de Any, aos homens eram permitidas maiores regalias, como encontrar amigos no bar, desfrutar de momentos boêmios, chegar tarde em casa, ter menor responsabilidade pelos filhos, ou mesmo ter uma profissão de prestígio, não permitido às mulheres, pelo menos não da mesma maneira. Por outro lado, ela reconheceu certa solidariedade entre as pessoas da vizinhança onde morou, exemplificada nas constantes “vaquinhas” que faziam entre si para auxiliar alguém que estivesse mais necessitado e nos conhecidos “churrascos na laje”.

Para Any, a vida na “quebrada” (*sic*) possibilitava um roteiro limitado e cruel, especialmente às mulheres, focado na díade casamento-filhos. Não raro, após alguns anos de relacionamento, os homens deixavam suas esposas, e as despesas relacionadas aos filhos ficavam sob encargo delas, fazendo com que muitas tivessem que se tornar arrimo de família, com ocupações desgastantes e mal remuneradas. Para não incorrer nesta trajetória, ainda que não tenha tido oportunidades de investir em sua escolarização, procurou por trabalhos fora de Guaianazes de modo a entrar em contato com outras redes sociais. Nesse sentido, a saída da periferia era entendida como um salto qualitativo para estabelecer outros círculos e nova oportunidade de vida.

Any se colocou como bissexual, fruto de um longo processo de encarar o desejo que sentia por mulheres, ressurgido por volta dos 22 anos. Quando percebeu que sentia atração por mulheres, ainda pré-adolescente, sentiu-se muito perdida e culpada. Inconformada, tentou a todo custo, convencer a si própria que era errado e necessário excluir tal possibilidade. Descreveu este processo como doloroso e solitário, visto que nenhuma das pessoas ao seu redor poderiam oferecer apoio ou escuta. Sentiu o roteiro heteronormativo que descrevemos acima como um rolo compressor que ofuscou outras possibilidades de trajetórias de vida, deixando marcas não somente em sua sexualidade (como a culpa pela atração por mulheres e a necessidade imponente de aderir a norma heterossexual), mas também em outras esferas de sua vida, afetando sua autoestima e confiança.

Somente mais tarde, depois de ter passado por um longo relacionamento com um rapaz e se tornar independente financeiramente, o tema de sua bissexualidade ressurgiu, e pôde dar vazão a este sentimento. Chegou a estabelecer um namoro com uma garota há aproximadamente seis meses atrás, ocasião em que abriu para seus pais e irmã sobre a namorada. A reação deles foi surpreendente positiva, apesar de não ter recebido apoio,

não fora reprimida ou percebeu distanciamento afetivo da parte deles após a conversa. Pressentia que, especialmente para sua mãe, não fora uma notícia fácil, pois sabia o quanto esse tema era permeado por tabus e preconceitos, de acordo com os princípios em que fora criada. Vale ressaltar que Any não expressou acerca da bissexualidade, somente com a irmã, então acreditava que para seus pais ela fora encaixada como lésbica.

De modo semelhante ao que Manuela nos contou, expor para a família a respeito da bissexualidade era muito complexo, uma vez que não se tratava de revelar homossexualidade, mas sim, afirmar disponibilidade afetiva e sexual para ambos os sexos, o que parecia mais errado, confuso e degradante ainda. Para a sociedade, a bissexual é indecisa ou é safada, de acordo com a percepção de Any. As pessoas em geral têm grande dificuldade em aceitar que é possível ter atração por homens e mulheres, fazendo forte pressão para que uma escolha seja feita. Por conta dessa imposição, Any não dava visibilidade à bissexualidade entre os familiares.

Com relação a sua saúde, não realizava nenhum cuidado específico que merecesse destaque em nossa conversa. Ia regularmente ao ginecologista, impulsionada especialmente por demandas contraceptivas. Não possuía convênio médico e utilizava somente serviços da rede pública de saúde.

Manuela

Tinha 31 anos, era branca, filha única e morava na casa de sua mãe na zona Sul de São Paulo, no bairro Brooklin. Manuela era formada em Letras e tinha interesse em atuar na área de Política e Sociologia. Trabalhava oferecendo aulas de inglês particulares e em escolas de idiomas, porém no momento de nossa entrevista não se encontrava empregada formalmente. Verbalizou desejo de ter sua própria casa, mas aguardava um momento financeiro estável para viabilizar esta decisão. Era uma mulher engajada na militância LGBT, porém tinha pretensão de reduzir o envolvimento com tais causas para dispor de tempo para outras atividades que gostaria de realizar, como curso de pós-graduação e aulas de Kong-fu.

Manuela se colocou como bissexual, pois tinha desejo e disponibilidade para se relacionar com homens e mulheres. Apesar de cada gênero trazer desafios diferentes na convivência, ela reconheceu possibilidade de relacionamento com ambos os sexos.

O início de sua vida sexual se deu com homens, por conta da referência heteronormativa, segundo ela. Aos 18 anos teve a primeira oportunidade de ficar com uma garota, em uma festa com público LGBT no centro da cidade, o que foi uma

experiência muito boa. Dos 19 aos 22 anos, namorou uma mulher e imaginou que era lésbica. Porém, após o término deste relacionamento, reconheceu que continuava a sentir atração por homens e acabou se apaixonando por um rapaz. Nesse período, foi compreendendo que a bissexualidade fazia mais sentido para si do que designar-se lésbica.

Quando teve o primeiro relacionamento com mulheres, colocou-se como lésbica para sua mãe, que não recebeu bem a notícia. No entanto, conforme se assumiu bissexual, tentou explicar a ela, já mais segura acerca de sua sexualidade, mas sem sucesso. Posicionar-se bissexual tinha sido mais árduo ainda, afirmou. Passado mais de dez anos desde a revelação, sua mãe não compreendia como ela podia atrair-se por homens e mulheres, fazendo uma leitura que se tratava de uma fase, alimentando a expectativa de que em algum momento as coisas deveriam “normalizar” (*sic*).

Manuela também pontuou desafios em ser bissexual com relação à dinâmica dos relacionamentos. Quando estava com homens, era necessário driblar o machismo (reconhecer, nomear e discuti-lo com o parceiro) e lidar com o lugar normativo de mulher em que muitas vezes era colocada. Havia um esforço constante de quebrar com estereótipos de gênero e de não adentrar roteiros heteronormativos, com os quais ela não estava disposta a ser conivente. Não que em um relacionamento lésbico não pudesse haver comportamentos machistas, ela ressaltou. No entanto, com homens era mais evidente o machismo e a cobrança do papel de mulher. A expectativa que namorados antigos e as famílias criaram em torno dela fora perceptível e a incomodou profundamente. Se estivesse em relacionamento estável com uma mulher, dificilmente seria questionada sobre filhos, por exemplo. Porém, se estivesse com um homem, após um tempo, essa pergunta invariavelmente se faria presente, reiterando o papel da mulher na reprodução, nos ilustrou.

Nos relacionamentos com mulheres, a dificuldade recaía sobre o nomear-se bissexual, interpretado como indecisão e ameaça para algumas lésbicas, como se houvesse um risco constante de trocar a parceira por qualquer homem, a qualquer instante. Manuela referiu ter encontrado lésbicas bifóbicas, que sustentavam a ideia de que a bissexualidade era fase e/ou desculpa para não assumir a homossexualidade. Tal posicionamento deixava-a bastante desconfortável e refletia a invisibilidade bissexual, inclusive em espaços LGBT.

Na ocasião de nossa entrevista, encontrava-se solteira, de paquera com um rapaz, sem grandes pretensões de engatar num relacionamento sério.

Após um tempo de conversa, Manuela disse que quando tinha 12 anos, seu pai descobriu que estava com HIV; pouco tempo depois, veio a falecer. A notícia reverberou na família de um modo penoso, pois não pôde falar com ninguém sobre isso, criando total silêncio sobre o assunto. No início da adolescência, sua mãe fora enfática sobre o uso de métodos de proteção às IST nas relações sexuais, salientando o quanto o sexo podia ser perigoso e imoral. Para Manuela, certamente tal discurso moralizante teve um impacto negativo na maneira como vivenciou as primeiras descobertas sexuais, cercada de medos e sem possibilidades de diálogo com alguém de confiança.

Com relação a sua saúde, percebeu-se relapsa e não tão atenta quanto deveria. Idas ao ginecologista com regularidade era o cuidado que mantinha consigo, mas compreendia que somente esta medida não era suficiente. Utilizava médicos de convênio e da rede pública.

Pela sua participação em movimentos sociais ligados aos direitos de pessoas LGBT e pelo interesse nas áreas de sociologia/antropologia, ela nomeou-se feminista e seu discurso sobre sexualidade foi fortemente assentado nos fatores culturais que forjam sujeitos e normas sociais; noções naturalizadas e essencialistas foram rejeitadas. Vale a pena considerar também que Manuela tinha trajetória de classe média e teve acesso ao nível superior em termos de escolarização.

Giane

Giane, uma moça de 30 anos, negra, residia com sua parceira na região central de São Paulo. Ela se nomeou “bissexual”, pois entendia que poderia se relacionar com homens, apesar de considerar tal possibilidade pouco provável. De toda forma, o termo “bissexual” lhe pareceu adequado para referir-se a si mesma.

Contou-nos que teve uma trajetória de uma pessoa negra e da periferia. Foi criada pelos seus pais, em um bairro no extremo da zona sul, até mudar-se para o Centro. Seu pai trabalhava como vigilante e sua mãe, empregada doméstica. Apesar de não residir no bairro onde fora criada, eles continuavam na mesma região com seu irmão, dois anos mais novo que ela.

Durante a entrevista, pontuou diversas dificuldades que defrontou na infância e adolescência como, por exemplo, precariedade no transporte coletivo, alimentação pouco variada e ter estudado em escolas públicas de baixa qualidade, de acordo com sua avaliação.

Desde criança sentia-se “diferente” (*sic*) por apresentar trejeitos masculinos, mas não chegou a se tornar um problema para ela ou prejudicar sua sociabilidade. Não se identificava como lésbica na adolescência, tampouco reconhecia qualquer desejo homossexual e por isso, o início de seu envolvimento afetivo-sexual deu-se com homens. Entretanto, ressalta que se sentia “diferente” das demais garotas por apresentar comportamentos e vestimentas referidas como masculinas.

Giane não se identificava com a trajetória que observava na maioria das garotas que cresceram junto com ela: casar-se, geralmente antes dos 20 anos de idade, ter filhos e tornarem-se donas de casa. Ela acreditava que por meio dos estudos poderia ter melhores condições de vida e obter outras oportunidades para além das que conhecia. Além disso, tinha gosto pelos estudos, o que não era muito frequente entre as demais crianças de sua idade. Assim, apesar da educação escolar que recebeu ter sido bastante deficitária, de acordo com seu ponto de vista, dedicou-se à escola, e por meio de Programas de Bolsa de Estudos, ingressou no Ensino Superior, onde concluiu o curso de Jornalismo.

Foi na faculdade que Giane se envolveu, pela primeira vez, com uma garota, Ana. No início, acreditava que se tratava de uma amizade, pela parceria e proximidade que estabeleceram, mas posteriormente, percebeu que havia atração sexual e decidiu se permitir viver aquele sentimento. O fato de ter se envolvido com uma mulher não nos primeiros anos de adolescência, favoreceu o lidar com este processo mais tranquilamente, apesar da novidade que ele trazia. Elas estavam juntas até a ocasião da entrevista, totalizando dez anos de relacionamento. Interromperam o namoro por seis meses, ocasião na qual Giane chegou a envolver-se com uma outra mulher, mas depois, ela e Ana reataram.

Sua maior rede de apoio durante a descoberta do desejo por mulheres foi a própria parceira e alguns amigos mais íntimos que se sentia à vontade para acionar. Como esta experiência aconteceu no momento em que cursava a faculdade, elas evitavam demonstrar qualquer afeto em público, pois Giane tinha receio de perder a bolsa ou de outras ações como retaliação a sua orientação sexual não normativa.

Quando iniciaram o namoro, Giane passou a frequentar mais assiduamente a casa dos pais de Ana e também passou a levá-la a casa de seus pais. Ela e a parceira apresentavam uma diferença econômica significativa, segundo Giane, e por ela não dispor de renda para pagar um lugar para namorarem, acabavam optando pela casa dos pais (geralmente a casa dos pais de sua namorada, localizada numa região de mais fácil acesso,

nas proximidades do metrô). Por conta disso, os pais começaram a desconfiar da “amizade” e as garotas acabaram revelando a respeito da relação que mantinham.

Para a sua família, Giane contou para sua mãe, que reagiu demonstrando preocupação com a repercussão que esta notícia poderia ter entre os conhecidos e vizinhos. O medo dos boatos a preocupava significativamente e, portanto, sua mãe solicitou que fosse discreta com sua namorada quando estivesse pelo bairro para não levantar rumores. O pai e o irmão de Giane ficaram sabendo pela mãe e não por iniciativa dela. Pontuou que sua orientação sexual não era algo discutido na família; por estar com Ana há dez anos, inferiu que todos sabiam, mas optavam por não tocarem no assunto. Havia um silenciamento da parte de todos, inclusive Giane.

A sexualidade trouxe desafios importantes e necessidade de enfrentar preconceitos. Porém, lidar com a discriminação esteve mais fortemente associado ao longo de sua vida ao ser negra que em relação a sua orientação sexual, uma vez que a cor da pele era imediatamente visível a todas as pessoas e algo que entrava em contato desde que se reconheceu como sujeito. O preconceito vivido pela orientação sexual não normativa era ameno, menos exaustivo e explícito se comparado ao preconceito em decorrência da cor da pele, de acordo com seus relatos. Sentia-se alvo de comportamentos machistas mais intensamente quando acompanhada de sua namorada, porém também havia riscos se estivesse sozinha, por ser antes de tudo, mulher.

Para ela, as dificuldades vivenciadas ao descobrir-se bissexual foram mais possíveis de serem enfrentadas, pois o empoderamento que vinha adquirindo ao longo dos anos possibilitou maior compreensão e posicionamento político. Durante a entrevista, ficou evidente que para Giane questões ligadas ao racismo eram anteriores às relacionadas ao fato de relacionar-se com uma mulher. Assim, o lidar com o preconceito com relação à cor de sua pele vinha lhe permitindo enfrentar situações discriminatórias e se posicionar com maior segurança também com relação à orientação sexual. Cabe ressaltar que para ela, as questões que emergiam do enfrentamento da discriminação pela cor da pele assumiam protagonismo em sua vida e consistia numa luta mais presente, intensa e relevante que as demandas ligadas a sua bissexualidade.

Importante ressaltar também que a participação em movimentos negros e o acesso ao ensino superior contribuíram para uma grande mudança em seu discurso: nomear “racismo” as desigualdades/discriminações em relação à sua cor não se constituía em compreensão que dispunha antes de adentrar os movimentos sociais e acessar nível superior. Também se sentia capaz de reconhecer o machismo, nomeá-lo e posicionar-se

criticamente depois de importantes discussões proporcionadas na faculdade. Assim, a perspectiva de vida e a visão que tinha sobre os fatos sociais eram drasticamente diferentes de seus familiares e de pessoas que fizeram parte de sua infância e adolescência.

Até o momento da entrevista, Giane estava sem convênio médico e, portanto, as últimas consultas médicas foram realizadas em serviços públicos de saúde. Ela nos informou que no mês que a encontramos havia retomado o convênio particular oferecido pelo trabalho e a partir de então, poderia buscar médicos do convênio para suas necessidades em saúde.

Cristina

Mulher de 34 anos, negra, estava solteira e residia na moradia estudantil da universidade, onde fazia graduação em Odontologia; apresentou-se como “preta, pobre e de periferia” (*sic*).

Quando criança e adolescente residiu em um bairro periférico da zona sul de São Paulo com sua mãe e três irmãos. Contou-nos uma trajetória de grande limitação econômica, pois sua mãe trabalhava de faxineira e não teve a colaboração financeira de nenhum dos pais de seus filhos. Nossa entrevistada chegou a trabalhar aos 12 anos de idade ajudando a mãe a realizar faxinas e se recordou da necessidade em pedir alimentos aos vizinhos, geralmente no final do mês, por conta da escassez de comida em casa.

Cristina trouxe em seu discurso a questão da cor da pele como o motivo de ter passado por diversas situações constrangedoras, por exemplo, ser vigiada em mercados pela segurança sob a suspeita de que roubaria algo das prateleiras e nas casas de amigas brancas, cujas mães ficavam observando-a para certificar que ela não levaria algum objeto da casa ou dinheiro que estivesse à vista. Verbalizou o quanto tais experiências depreciaram sua autoestima, fazendo com que se sentisse “errada”, mesmo sem ter causado prejuízo a outrem ou agido de maneira indevida. Ao longo dos anos, deixou de cativar algumas amizades, pois percebia o julgamento de colegas, desconfiados que ela poderia roubar ou ser alguém menos digna em decorrência de ser negra.

Além da questão da cor da pele, ela também salientou episódios de ter sido abordada por homens de maneira machista e por ter vivido tentativas de abuso sexual, pelo motorista de ônibus que pagava para ir à escola e por garotos mais velhos nas redondezas de onde morava. Assim, para ela, o lidar com situações embaraçosas e eventualmente até de risco de vida, também perpassavam pelo fato de ser mulher.

Já adulta, Cristina chegou a conhecer pessoalmente seu pai, que não é o mesmo dos demais irmãos, mas não estabeleceu nenhum vínculo com ele após este primeiro encontro.

Semelhante à Giane, observou a trajetória de algumas garotas da periferia e não desejava para si o mesmo caminho, que resumido em suas palavras consistia em casar-se jovens, engravidar e não obter escolaridade em ensino superior. Cristina nos contou que percorrer outro rumo era complicado para uma mulher negra e de periferia, pois as condições de vida ofereciam poucas oportunidades para que pudesse trilhar. Em seu contexto social, a escolha de maior retorno financeiro era o tráfico de drogas; o caminho mais certo para não estar sozinha era engravidar de algum parceiro.

A saída foi optar pela dedicação aos estudos, apesar de que a maioria dos professores dos anos escolares costumava desestimulá-la, apontando que garotas com as condições dela, jamais acessaria uma universidade. Após finalizar o Ensino Médio, Cristina começou a trabalhar numa creche com o diploma do extinto Magistério que ela havia cursado e intensificou os estudos para prestar vestibular. Deu início à graduação em Geociências, chegando a frequentá-la por três anos, mas acabou desistindo por ser uma área que oferece empregos mal remunerados. Nessa época, decidiu prestar vestibular novamente e ingressou no curso de Odontologia, no qual estava matriculada.

A descoberta do desejo por mulheres aconteceu depois da adolescência. Por conta disso, nos anos anteriores, chegou a relacionar-se com homens.

Sua primeira vivência lésbica efetivamente acabou acontecendo quando cursava Geociências; pouco tempo depois conheceu uma mulher, Samires, com quem teve um relacionamento por três anos, chegando a morarem juntas.

A maior rede de apoio para os assuntos relacionados à sua sexualidade foi um amigo e a própria parceira que se referia lésbica há mais tempo que Cristina. Por estar no meio universitário, ela não se sentiu coagida ou em situações de discriminação no ambiente em que circulava, considerado diverso e plural. No entanto, mesmo diante da diversidade que encontrava nos espaços públicos, soube de casos de homofobia e machismo, experienciados por outras mulheres no circuito universitário. Sua bissexualidade nunca foi abordada diretamente com a mãe e os irmãos, pois como não residia com eles, não via necessidade de compartilhar este aspecto de sua vida. Além disso, Cristina pontuou que certas conversas eram muito difíceis de serem desenvolvidas com sua mãe, inclusive questões relacionadas à sexualidade por conta da religião evangélica.

Os cuidados à saúde eram feitos exclusivamente em serviços da rede pública e ela não dispunha de convênio médico.

Danila

Tinha 35 anos, negra, formada em Letras e trabalhava com aulas particulares de inglês para adultos. Morava com a mãe, o padrasto e uma cachorrinha num bairro periférico da zona Sul de São Paulo. Expressou vontade de ter sua própria residência, mas por falta de condições financeiras não tinha como arcar com as despesas. Tinha irmãos somente por parte de pai, no entanto não mantinha contato com eles.

Danila colocou-se bissexual, porém esclareceu que tinha preferências por mulheres. Teve um único relacionamento amoroso duradouro com uma mulher, não chegou a ter relações sexuais com homens, mas havia possibilidade de vir a ter.

O início de seu envolvimento com mulheres se deu por meio de garotas de programa. Por volta do ano de 2002, decidiu frequentar lugares e festas voltados ao público LGBT para tentar um encontro com uma garota, visto o desejo e atração que se faziam cada vez mais presentes. Na época, compartilhou o questionamento acerca de sua sexualidade com sua mãe, que recebera com grande estranhamento, uma vez que acreditava que a filha era heterossexual. Danila disse que nunca foi de ter sucesso em festas, considerava-se tímida, não sabia como agir na paquera com uma mulher; por isso, as tentativas de ficar com mulheres foram fracassadas. Como sua curiosidade permanecia intensa, decidiu procurar por garotas de programa. A experiência foi importante no sentido de reiterar a atração que sentia por mulheres. Chegou a pagar por programas outras vezes, mas explicou que pelo gasto financeiro, não tinha condições de recorrer a esta atividade com frequência.

Uma característica marcante ao longo da conversa com Danila foi a maneira evasiva que respondia às questões pontuando, reiteradas vezes, a respeito de outras pessoas e não sobre si. Quando isto acontecia, voltávamos a interrogar sobre a experiência dela, especificamente, de modo que pudéssemos apreender sobre sua trajetória e não de terceiros. No entanto, Danila pareceu ter dificuldades em expressar sobre si mesma, apoiando-se em discursos prontos ou em situações em que colegas vivenciaram. Por exemplo, quando adentramos o tema do preconceito racial pontuou que, não raro, mulheres salientavam que eram preteridas por conta da cor da pele. Ela explicou que tinha participado de grupos LGBT por redes sociais que criticavam a branquitude como padrão estético; quando tentamos captar como ela se sentia neste terreno, obtivemos respostas

pouco esclarecedoras, uma vez que retomava falas como “os homens preferem as brancas”, permanecendo a dúvida se ela já tinha passado por alguma situação semelhante, se descrevia histórias de outrem ou se reproduzia discursos acerca dos padrões normativos.

Sobre o fato de que era negra, pontuava que deveria preferir relacionamentos com mulheres negras também, como uma atitude de solidariedade e enfrentamento ao racismo, mas contrariamente, sentia atração por brancas, o que a deixava desconfortável. Por um lado, cobrava-se de juntar-se à causa, endossando o movimento de ficar somente com negras, por outro, verbalizava que gostar de mulheres brancas era um direito seu que deveria ser preservado. Já fora nomeada de “palmiteira” por mulheres do movimento negro, termo pejorativo para referir-se a relacionamentos inter-raciais. Perguntamos como recebera esta denominação, Danila foi confusa, ora concordando com os argumentos das militantes negras, ora entendendo-o como desrespeitoso.

De toda maneira, pareceu-nos que ela discursava a respeito do racismo a partir de conhecimentos adquiridos nos grupos de discussão que havia participado, no entanto mostrou-se vaga, atrapalhada e perdida quanto à questão de raça em seus relacionamentos amorosos, como se o discurso dos grupos estivesse distanciado de sua vida real, gerando angústias e dúvidas quanto a seu posicionamento de identidade.

Apesar de ter compartilhado com sua mãe sobre o interesse por mulheres, não se colocou como bissexual para os familiares por conta da complexidade que haveria neste processo. De acordo com Danila, as pessoas entendiam como frescura ou confusão, por isso optava por não se posicionar em seu círculo de familiares.

Com relação ao cuidado em saúde, não fazia grandes medidas, buscava o médico quando necessário. Era usuária exclusiva da rede pública de saúde.

Naira

Naira tinha 19 anos, não exercia atividade remunerada, morava junto com a mãe e a irmã na região da Vila Madalena e fazia graduação em Medicina. Seus pais se separaram no final do ano de 2015 e desde então, encontrava-se com seu pai regularmente, apesar de não terem uma relação próxima. Sua irmã, de 16 anos de idade, era parceira nas discussões sobre sexualidade no ambiente familiar, pois se colocava assumidamente como bissexual.

A separação dos pais foi inesperada para Naira, uma vez que eles não manifestavam declaradamente atritos entre si; a decisão de continuar morando com a mãe

partiu deles, e ela nada pôde opinar ou conversar acerca disso. Ambos eram médicos, porém sua mãe trabalhava especificamente com medicina somente aos sábados em plantões; durante os dias úteis exercia outra atividade relacionada à marketing. Possuíam uma condição socioeconômica favorável e estilo de vida característico de classe média alta.

Desde o início da adolescência Naira tinha vontade de ficar com mulheres, mas não soube lidar com o desejo e preferiu afastar esta questão, justamente para adentrar a norma esperada quanto à sexualidade e evitar possíveis retaliações. Procurou conhecer garotos e estabelecer relações heterossexuais, como imaginava ser o “correto” ou aquilo que deveria seguir. Fez o Ensino Médio em um colégio particular renomado que afirmou ter sido uma boa escola, apesar de não ter convivido com colegas gays ou lésbicas e perceber que assuntos relacionados à diversidade sexual eram pouco explorados pela escola. Antes de entrar na faculdade, chegou a estabelecer dois namoros com garotos, um deles durante dois anos, e o segundo, por sete meses, com quem veio a ter sua primeira experiência sexual. O sexo foi descrito como não prazeroso, o que a fez pensar se havia algo de errado com ela, já que suas amigas contavam sobre suas experiências com empolgação.

Quando ingressou na universidade, se viu num ambiente mais libertário, diverso e plural e a questão de ficar com mulheres voltou à tona. Ao perceber que alguns garotos se assumiam gays e que também havia possibilidades de conhecer uma garota lésbica ou bissexual, o contexto permitiu que olhasse novamente para si, reativando esta questão. Naira teve sua primeira experiência lésbica há alguns meses atrás, em uma festa universitária. Semelhante ao que outras participantes jovens pontuaram na entrevista, a primeira vivência com uma mulher foi importante e decisiva, pois confirmou sua suspeita; a partir daí, Naira não procurou mais garotos e referiu-se lésbica.

Até o momento de nossa entrevista, ela não havia contado para seus pais diretamente, mas inferia que eles desconfiavam por conta de seus trejeitos poucos femininos, de acordo com sua percepção acerca de si, e pelo fato de não ter mais demonstrado interesse por rapazes. Seu interesse por brincadeiras e vestimentas masculinas vinham desde a infância, quando se recordou de comentários jocosos de alguns familiares sobre seu jeito. Ela não referiu mágoas ou dificuldades em sua sociabilidade nos anos escolares, mas sentia-se “diferente” (*sic*) das garotas de sua idade por não atender às expectativas de gênero.

Algumas conversas que surgiram entre ela e os pais no tocante à sexualidade foram atravessadas por comentários preconceituosos e pouco acolhedores da parte deles, não havendo espaço para que ela pudesse se colocar. Assim, até o momento de nosso encontro, Naira não via possibilidades de expor sobre sua orientação sexual, apesar de considerar tal conversa de extrema importância. De seu núcleo familiar, sua irmã tinha ciência e ela conversavam sobre suas sexualidades frequentemente.

Naira tinha um relacionamento mais próximo com a mãe, por se mostrar compreensível e também por terem proximidades políticas. Com o pai, descreveu as trocas difíceis, por ser um homem de direita, homofóbico e preconceituoso, de acordo com suas próprias palavras.

Sua rede de apoio eram os amigos da universidade (em sua maioria gays, lésbicas ou bissexuais) que tinham acompanhado e mostrado suporte com relação a este processo de descoberta do desejo por mulheres.

Dentre as participantes que entrevistamos, ela vinha lidando com o fato de ser lésbica há menos tempo, bem como, a que parecia ter menos recursos emocionais para lidar com estratégias de enfrentamento e de visibilidade. A total dependência financeira de seus responsáveis nos pareceu agir como estratégia de controle por parte deles, marcando uma relação fortemente verticalizada.

Em alguma medida, pelas condições de vida, idade e trajetória, Naira assemelhou-se a Carol no quesito de estar no início do processo de descoberta de si e do mundo a sua volta. As demandas da universidade e o acesso aos grupos de discussões por ela proporcionados constituíram-se em atividades importantes, que acreditamos atravessar e compor seus discursos.

Quando necessário utilizar algum serviço de saúde, Naira recorria a médicos do convênio que seus pais possuíam.

Nayara

Garota de 19 anos, branca, estudante do curso de graduação em Química. Estava morando na região do Butantã há cerca de um ano com seu pai, que se mudou do Rio de Janeiro para São Paulo por conta de demandas profissionais; antes morava com sua mãe na zona sul da capital (Interlagos). Nayara não estava completamente satisfeita com o curso de Química e verbalizou intenção de prestar vestibular para outra graduação, ainda não definida.

A decisão de ir morar com seu pai foi por conta da distância que percorria diariamente para chegar à faculdade e porque a convivência com sua mãe tornou-se especialmente difícil depois que contou que tinha interesse por mulheres.

Apesar da pouca idade, Nayara colocou-se de maneira crítica em relação à sexualidade e às questões sociais em geral.

Até os 16 anos, relacionava-se com homens e chegou a ter um namoro que perdurou cerca de um ano e meio. Com este rapaz, teve sua primeira experiência sexual. Ela recordou-se que aos 13 anos, ainda muito “garota” segundo sua fala, beijou uma menina, mas não soube lidar com a situação, ficou completamente desconfortável consigo mesma pelo ocorrido e decidiu não repetir “aquilo”, buscando focar sua atenção aos rapazes. Semelhantemente o que nos contou Naira e Luiza, o desejo por garotas foi percebido nos primeiros anos da adolescência, mas pensou que não era correto e se reprimiu a ponto de não entrar mais em contato internamente com esta questão.

A prática sexual com o ex-namorado fora descrita prazerosa, porém ela sentia dificuldade de envolver-se afetivamente com ele e o relacionamento não fora suficiente para que ela deixasse de paquerar meninas. Aos 16 anos, começou a sair e beijar garotas a partir de um acordo de consentimento do namorado; até quando se envolveu sexualmente com uma delas e percebeu que as experiências com mulher faziam mais sentido a ela, tanto com relação ao envolvimento quanto ao prazer sexual. Nesta ocasião, Nayara terminou o namoro com o garoto e passou a explorar sua sexualidade com meninas.

Aos 17 anos começou um relacionamento com Amanda, com quem permaneceu por quase dois anos. Nesta época, referia-se como bissexual por reconhecer a possibilidade de ficar com homens também; porém, Nayara nos contou que o desejo e a atração por homens são inquestionavelmente menos intensos, por isso, acreditava pouco provável vir a relacionar-se novamente. Assim, desde o final de 2016, assumiu-se lésbica.

Quando iniciou o namoro com Amanda, decidiu contar para sua mãe por compreender a importância de compartilhar este aspecto relevante de sua vida, entretanto ela reagiu de maneira pouco acolhedora, manifestando comentários lesbofóbicos. Chegou a propor para Nayara buscar ajuda profissional com uma psicóloga que a “corrigisse” (*sic*). Para grande surpresa, tal profissional fora acionada e ela nos descreveu a primeira consulta como extremamente constrangedora.

O pai, por outro lado, mostrou-se afável diante da notícia, entendendo que era uma escolha pertinente à vida pessoal da filha. Nayara esclareceu a ambos que o estar com

uma mulher não era em decorrência de experiências desagradáveis que tivera com os rapazes, ao contrário, as vivências heterossexuais não foram ruins ou decepcionantes, mas o estar com mulher a fazia mais feliz.

Em uma das discussões que tivera com sua mãe, o fato de ter uma namorada foi colocado em tom de total desaprovação e Nayara acabou sendo expulsa de casa. Quando isso ocorreu, ela foi buscar apoio com seu pai, que ainda morava na cidade do Rio de Janeiro, e por lá ficou durante três semanas. Ao retornar à São Paulo, sua mãe encontrava-se mais calma e aceitou a filha novamente em casa. Tal episódio fora descrito como extremamente angustiante, na qual Nayara sentiu-se solitária para seguir sua vida, até obter a permissão de voltar para casa.

Dois anos transcorridos após a revelação da orientação sexual, Nayara disse que sua mãe vinha lidando melhor com o tema, sendo possível aborda-lo com ela.

O namoro com Amanda foi finalizado por conta de ter se apaixonado por outra garota, Mariana, com quem estava se relacionando quando conversamos.

A maior rede de apoio para os assuntos relacionados à sexualidade foram os amigos. Nayara referiu que durante o Ensino Médio estudou num colégio particular na zona sul (quando morava com sua mãe) que, apesar de ser coordenado por freiras, promovia discussões interessantes acerca da diversidade sexual. As disciplinas de Sociologia e História foram apontadas como espaços ímpares para tais discussões, constituindo-se oportunidades de trocas e aprendizagens. Em uma atividade proposta pelo professor de Sociologia, os alunos organizaram um debate sobre sexualidade que para Nayara foi de suma relevância para que pudesse compreender que o gostar de mulheres não consistia em um problema ou doença. Assim, os professores das áreas de humanidades foram apontados como rede de apoio para os assuntos relacionados à sexualidade naquela etapa de sua vida. A escolarização ter sido em ambiente que proporcionou debates sobre temas polêmicos, como sexualidade, cujas muitas escolas preferem não abordar, pareceu contribuir para que ela encontrasse apoio para este processo. A experiência de Nayara apontou que o ambiente escolar pode ser importante na oferta de suporte emocional de seus alunos, bem como responsável por promover debates que irão constituir a base do posicionamento crítico dos alunos.

Quanto aos cuidados em saúde, Nayara utilizava, na maioria das vezes, médicos do convênio pago pelos pais, porém sua última consulta em Ginecologia foi realizada por uma médica particular de um coletivo feminista, buscada por iniciativa dela.

Carol

Era uma garota de 20 anos, branca, formada em Gastronomia pelo Senac e estudante do curso de Engenharia Química em uma universidade particular localizada na Grande São Paulo. Carol morava com seus pais e o irmão mais novo em um bairro na zona Sul (Brooklin), o pai era Engenheiro e a mãe, publicitária, porém não exercia mais atividade remunerada. Contou-nos que chegou a morar em outros bairros, como Vila Mariana e Vila Mascote, mas que de maneira geral, sempre residiu em bairros próximos. Estudou em duas escolas particulares, uma até o oitavo ano e, a outra, até completar o Ensino Médio.

Carol percebia que era uma garota “diferente” desde pequena, não gostava das brincadeiras típicas das meninas, preferia outras atividades, como jogar bola. Desde muito nova (aos 10 anos de idade) tinha sonhos namorando outra garota ou que envolviam temas de relacionamento homoafetivo. Quando se tornou adolescente, saiu com rapazes para certificar como se sentiria; logo percebeu que não tinha atração por eles, e por isso, não chegou a ter relações sexuais, nem engatou em relacionamentos mais sérios. Descreveu a possibilidade de relação com homens no plano da amizade e nada mais.

A primeira experiência sexual com uma mulher foi aos 17 anos, quando confirmou sua orientação homossexual, já esperada por ela. Namorou uma garota, Jéssica, por um ano e meio aproximadamente, na época em que estudava Gastronomia. Na ocasião da entrevista, ela estava solteira, não via possibilidade de envolver-se afetivo-sexualmente com rapazes, colocava-se, portanto, como lésbica.

Contou para seus pais sobre sua orientação sexual há cerca de três meses atrás da ocasião de nossa entrevista. A reação deles foi bastante inesperada, pois imaginava que eles desconfiavam que ela havia se relacionado com mulheres pelo seu “jeito” e por nunca ter comentado sobre garotos. Porém, no dia em que conversaram, demonstraram certa surpresa com a notícia. Apesar disso, não foram severos, nem utilizaram de represálias drásticas, o que Carol ficou aliviada.

Tinha relacionamento mais próximo com sua mãe, que se mostrou mais sensível e carinhosa. Seu pai era um homem típico da área de exatas, como ela descreveu: metódico, racional e de poucas palavras. Assim, o lidar com a homossexualidade pareceu ter sido mais difícil para o pai por ele não conseguir compreender “as causas sobre a escolha sexual” (sic) de sua filha, exigindo uma explanação lógica. Carol lhe disse insistentemente que não sabia argumentar o porquê de ser lésbica, tampouco não conseguia oferecer uma explicação de causa e efeito, como ele lhe cobrou, mas que se

sentia feliz assim. Embora tenha havido pressões em seu ambiente familiar, Carol tinha boa relação com os pais. Com relação ao cuidado com a saúde, ela utilizava médicos do convênio particular pago por eles.

Pela pouca idade, Carol parecia estar no início de um processo de entender a si mesma e de refletir sobre o mundo a sua volta. Pela trajetória e condições de vida, pareceu-nos ainda operar de um modo que se aproxima mais da adolescência que da vida adulta.

Thalita

Era uma moça de 20 anos de idade, branca, trabalhava como professora de inglês durante o dia e fazia graduação em Letras em uma universidade particular no período da noite. Residia com a mãe, os avós maternos, meio irmão (doze anos mais novo) e um tio em uma casa localizada na zona norte de São Paulo. Assim como Luiza, Thalita tinha o desejo de ter sua própria moradia, mas no momento que conversamos não conseguiria arcar com as despesas da faculdade e de um espaço para morar.

Todos com quem ela morava exerciam atividade remunerada, com exceção do irmão de nove anos de idade e de sua avó, dona de casa.

Semelhante à Carol, Thalita se sentia “diferente” (*sic*) desde pequena, não se identificava com o feminino e preferia as brincadeiras com meninos, na rua. Lembrou-se das pessoas comentando que ela era moleca demais para uma menina. Porém, não imaginava que sentiria atração por mulheres tão precocemente quanto Carol. Quando tinha 14 anos, conheceu um rapaz e chegou a namorá-lo por um ano e meio aproximadamente. Com ele teve sua primeira experiência sexual, mas referiu que não havia gostado, o que acabou levando ao término da relação.

Thalita ficou cerca de dois anos sem conhecer ninguém, até que um dia foi a um bar próximo de onde morava e conheceu uma garota com quem veio a experienciar o primeiro beijo lésbico. Esta vivência foi importante, de acordo com a sua percepção, pois foi quando reconheceu o desejo por garotas e a partir daí, teve outros encontros com mulheres. Decidiu contar para sua mãe, por compreender que se tratava de uma esfera importante de sua vida, porém ela não reagiu com receptividade. Sua mãe lhe disse insistentemente que não estava de acordo com este comportamento condenável e consistia num grande equívoco de Thalita, pois já tinha se envolvido com rapazes e não compreendia a mudança afetiva-sexual da filha.

O primeiro namoro ocorreu com Amanda, com quem ficou por um ano e meio. Quando conversou com sua mãe sobre este relacionamento, ela novamente reagiu de maneira negativa, manifestando comentários lesbofóbicos e comportamentos agressivos. Para os avós e o tio, resolveu não contar, porém acreditou que eles desconfiavam de sua homossexualidade por levar suas namoradas em casa. Com relação ao pai, por escolha própria, Thalita não tinha muito contato, pois havia várias discordâncias políticas e ideológicas entre eles. Quando estava namorando com Amanda, chegou a conversar com ele sobre sua orientação sexual, porém não demonstrou acolhimento e se referiu ao relacionamento da filha como uma fase que certamente iria passar. A não seriedade expressa diante de seu namoro, reiterou a escolha em permanecer afastada dele emocionalmente. As experiências com homens tornaram-se escassas, inviáveis de ocorrer e assim, ela se referiu lésbica para nós.

Uma pessoa para qual ela compartilhou acerca desse tema foi outro meio irmão mais velho (do casamento anterior de seu pai), que demonstrou melhor receptividade. Ela nos contou que eles já foram mais próximos, mas estavam afastados e raramente se falavam.

Na ocasião de nossa entrevista, Thalita estava em outro relacionamento, com Bianca.

Com relação ao cuidado à saúde, utilizava médicos do convênio de sua mãe e chegou a ir também a serviços da rede pública, menos frequentemente.

Lara

Foi uma entrevista fluida por conta do interesse de Lara acerca do tema de saúde lésbica. Ela tinha 21 anos, morava na região norte de São Paulo com seus pais e o irmão mais velho e fazia graduação em Farmácia em uma universidade pública, porém estava insatisfeita com o curso e pretendia prestar vestibular para Saúde Pública ainda naquele ano. Lara acompanhava as pautas de movimentos sociais e de militância LGBT e mostrou-se sensível às questões feministas. Assim, colocou-se de modo proativo e demonstrou disponibilidade para nosso encontro.

Apesar de exercer atividade remunerada, quem mantinha financeiramente a casa eram seus pais; sua mãe trabalhava como coordenadora de uma escola Estadual e seu pai como taxista.

Sua primeira experiência homossexual não fora descrita tumultuada, nem confusa, como pode ser para algumas garotas, pois, de certa forma, se sentia “diferente” e menos

interessada por rapazes durante os anos da adolescência. Referiu ter pais “mais liberais” (*sic*), o que contribuiu para que sua orientação sexual fosse acolhida por eles.

Na ocasião da entrevista, estava no segundo relacionamento com uma mulher. A primeira pessoa para quem contou sobre o gostar de mulheres foi sua mãe, que reagiu, num primeiro momento, de modo surpreendentemente negativo. Lara atribuiu tal reação à diferença geracional entre elas e à educação conservadora de seus avós, mas ficou aliviada por não ter recebido represálias mais drásticas, como a expulsão de casa ou agressões verbais. Com o passar do tempo, a notícia foi se assentando e no momento de nossa conversa, não se constituía entrave em seu ambiente familiar, sendo possível compartilhar sobre a namorada ou outro assunto correlacionado a vida pessoal.

O contar para o pai foi tarefa de sua mãe, uma vez que ela tomava à frente das questões afetivas no ambiente doméstico. Lara disse que as pendências familiares e as questões emocionais eram, em sua maioria, enfrentadas e contornadas pela mãe, assim como as tarefas relacionadas à esfera doméstica. Raramente o pai se colocava disponível para realizar tarefas de casa, tampouco para decidir pendências relacionadas aos filhos. A homossexualidade de Lara, assim, era algo da qual ele tinha conhecimento, entretanto não parecia se importar, se incomodar ou se inteirar de modo ativo.

Lara atribuía ao gênero às diferenças de responsabilidades e o grau de envolvimento em determinadas tarefas realizadas pelo pai e mãe. Também reconhecia dentro da dinâmica familiar privilégios do irmão: ele pouco auxiliava nas tarefas domésticas, não cozinhava, não arrumava o quarto, tinha menos responsabilidades acerca do funcionamento da casa, de modo semelhante ao pai, o que acabava sobrecarregando sua mãe. Esta dinâmica familiar gerava incômodos a Lara, pois reconhecia que as diferenças no trato dos filhos eram fruto do machismo, presente também na relação pai-mãe. Não gostaria de perpetuar a desigualdades de gênero com sua parceira e estava num processo de reconhecer as próprias atitudes machistas que almejava romper.

O envolvimento com a militância e o interesse pelo feminismo sem dúvida atravessou o discurso de Lara e sua percepção de mundo, especialmente quanto às relações de gênero e sexualidade. Ela colocou-se criticamente diante das diferenças no tratamento que ela e o irmão recebiam dos pais. A atração por mulheres era fomentada, dentre outras coisas, à maior possibilidade de estabelecer relações igualitárias.

A rede de apoio para assuntos relacionados à homossexualidade foi a própria namorada. Os lugares em que se sentia mais à vontade para estar com ela e expressar seus afetos foram os frequentados por pessoas LGBT ou em lugares privados, como dentro de

casa. Relatou medo de agressão nos espaços públicos, inclusive a sexual, quando acompanhada ou mesmo sozinha.

Lara verbalizou episódios em que se sentiu coagida por olhares e falas de desconhecidos, insultando-a por estar com uma mulher. Em seu local de trabalho, ela não se sentia à vontade para expor a respeito de seu relacionamento por conta de possíveis retaliações e discriminações de colegas. Assim, quando assuntos referentes a relacionamentos eram acionados, ela procurava afastar-se do ambiente, para evitar assumir identidade homossexual, já que não se sentia confortável em mencionar sobre sua homossexualidade. Tal situação fora descrita bastante cansativa e desgastante por estar, constantemente, tendo que contorná-la.

Para o cuidado em saúde, ela utilizava médicos de convênio que seus pais mantinham e já utilizou, menos frequentemente, serviços da rede pública.

Alana

Alana era uma mulher de 22 anos, formada em Serviço Social e aluna do programa de Residência Multiprofissional de uma universidade pública. Nasceu no município de Francisco Morato, passou infância e adolescência, e mudou-se para São Paulo quando ingressou na Residência no ano de 2017. Tinha duas irmãs mais novas, de 20 e 18 anos que residiam com seus pais. Mudou-se para uma casa localizada na zona Sul de São Paulo para morar junto com a namorada, com quem estava se relacionando há um ano.

Seu pai exercia atividade remunerada, trabalhando como auxiliar de cartório. Sua mãe trabalhou por dez anos como agente comunitária de saúde de uma Unidade Básica de Saúde em Francisco Morato, mas não exercia mais esta função. Alana pontuou que havia sido possível cursar graduação por conta de bolsa do Programa Universidade para Todos - Prouni¹¹, uma vez que seus pais não teriam como arcar com as despesas seja de uma faculdade particular, seja para mantê-la em outra cidade. Também colocou que a possibilidade de frequentar universidade, auxiliou-a compreender diversas questões sociais como machismo e racismo, as quais ela não tinha informação e conhecimento. Ela se entendia como mulher negra, graças ao processo de construção de identidade racial

¹¹ O Programa Universidade para Todos (ProUni) é uma iniciativa do governo brasileiro, criado em 2004 que oferece bolsas de estudos em faculdades particulares para estudantes de baixa renda que ainda não tenham um diploma de nível superior. Dirigido aos estudantes egressos do Ensino Médio da rede pública ou da rede particular na condição de bolsistas integrais. O ProUni ampliou significativamente o acesso de jovens ao ensino superior. Maiores informações sobre o Programa no site <<http://prouniportal.mec.gov.br>>. Acesso em 17/06/2018.

possibilitado pelos movimentos sociais que frequentou na graduação, conforme nos explicou.

Alana referiu-se lésbica. Desde o início da adolescência tinha interesse por mulheres; chegou a ficar com rapazes, mas não teve relação sexual por não ter sentido vontade ou prazer suficiente para concretização do ato sexual. A primeira vez que se relacionou com uma garota foi aos 16 anos, que não fora grande surpresa para ela. No início, sentiu-se perdida por conta do tabu e da repercussão negativa que assumir-se lésbica teria na família, mas não com relação a si mesma, parecendo que fora um processo relativamente tranquilo.

Há cerca de dois anos contou para seus pais que era lésbica e fora recebida com grande reprovação, especialmente por parte de sua mãe. Com o pai tinha sido possível manter algum vínculo afetivo, mas a relação com a mãe encontrava-se fragilizada e distanciada, causa de tristeza e sofrimento em Alana. Suas irmãs eram rede de apoio, inclusive faziam um papel de intermediar notícias sobre Alana para a mãe, que continuava fechada e pouco disponível para acompanhar a vida pessoal de sua filha. Ocasionalmente, Alana ia à Francisco Morato aos finais de semana para visitar os pais e irmãs, porém não tinha permissão para levar a namorada, tampouco compartilhar aspectos de sua vida pessoal. A estadia era marcadamente difícil e pouco acolhedora, fazendo com que ela não se sentisse à vontade de permanecer o fim de semana todo.

Com relação ao lugar que morava com a namorada, Alana preocupava-se como se organizaria após o término da Residência; sem receber o pagamento da bolsa não teria como arcar com as despesas. Retornar à casa dos pais era uma possibilidade cada vez mais remota. Ainda que tivesse um ano para se planejar, a questão de moradia era uma preocupação constante, que lhe trazia angústia. Como saída para esta questão, pensava em buscar trabalho em São Paulo e não voltar para Francisco Morato porque era uma cidade longe, de periferia, e onde sua família morava, pessoas que procurava manter-se afastada. A não possibilidade de contar com a casa dos pais, em decorrência da não aceitação de seu relacionamento, foi descrita com grande tristeza.

Com relação a saúde, Alana sentia que precisava se cuidar mais, tinha intenções de retomar cuidados médicos, de todas as especialidades em geral, pela facilidade de acesso aos serviços de saúde por conta do programa de residência a qual estava inserida. Não possuía convênio médico e era usuária exclusiva dos serviços públicos.

Karen

Karen tinha 26 anos, era branca, tinha uma irmã mais velha (Bia) e dois irmãos do primeiro casamento de sua mãe, com quem não mantinha proximidade. Trabalhava com auditoria em lojas e estava em um relacionamento com Taís há aproximadamente um ano. Residia nos fundos da casa de sua mãe com a namorada, no município de Francisco Morato e expressou desejo de ter sua própria moradia assim que possível. O impedimento para tomar esta providência era sua condição financeira.

Colocou-se como lésbica, mas o início de sua vida sexual foi com rapazes, por volta dos 17 anos de idade. Apesar de ter namorado um garoto na adolescência não se sentia completamente satisfeita com o relacionamento, na época não conseguia entender o porquê, conforme nos contou. O sexo não era fluido, nem prazeroso, a ponto de se questionar se era frígida ou se tinha algum problema de ordem física que necessitaria de ajuda médica.

A primeira vez que ficou com uma garota foi com uma amiga, lésbica assumida, durante uma viagem para o litoral paulista com seus familiares. A experiência foi importante, pois foi o despertar de Karen para sua lesbianidade, fazendo com que reconhecesse prazer onde antes não havia sentido. Foi como se “minha ficha tivesse caído”, afirmou.

Antes de Taís, teve um relacionamento com outra garota, por três anos, quando decidiu conversar sobre sua orientação sexual com a família. Karen referiu que sua mãe e a irmã Bia (com quem tem contato) aceitaram sem grandes embaraços. A dificuldade em assumir-se esteve presente na relação com outras pessoas da família, tias e primos, que não demonstraram acolhimento e verbalizaram comentários preconceituosos, ao que Karen preferiu permanecer distante e assim, ser menos atingida pelas falas homofóbicas.

Apresentou trajetória de vida marcada exclusivamente pelo cuidado materno, seu pai biológico não esteve presente durante seu crescimento, tampouco auxiliava financeiramente. Os quatro filhos – Karen, Bia e os outros dois, do primeiro casamento – foram criados somente pela mãe, que para manter o sustento de casa, trabalhou em dois empregos, completando por vezes, 20 horas de trabalho ininterruptos por dia. Até os seis anos de idade, moraram na cidade Tiradentes, bairro periférico da zona Leste de São Paulo, e depois mudaram-se para Francisco Morato.

Um episódio marcante sobre esta fase de sua vida foi quando sua irmã, treze anos mais velha, Sabrina, responsável por ficar com Karen enquanto sua mãe trabalhava, deixou-a junto com Bia trancadas num quarto por 12 horas sem alimento e água. Também

se recorda que Sabrina engravidou precocemente e tivera os bebês (gêmeas) sem apoio do parceiro. Quando as gêmeas estavam com 5 meses, Sabrina ficou sem dar notícias por alguns dias, deixando as filhas sem assistência. Após este episódio, a mãe de Karen decidiu se responsabilizar pela guarda das crianças formalmente e assumir a maternidade delas.

A relação com a mãe foi descrita tranquila e amigável. No entanto, há algumas semanas, vinha tendo sérios confrontos por conta de um namoro que a mãe estabelecera com um rapaz vinte anos mais novo. A questão não era a diferença de idade, ela nos explicou, mas sim pelo fato dele não ter renda própria, não trabalhar e ainda, insistir em casar com comunhão de bens. Karen e Bia acreditavam que se tratava de uma manobra do rapaz para se beneficiar financeiramente e, portanto, estavam bastante insatisfeitas e preocupadas com a situação.

Com relação ao pai, Karen chegou a conhecê-lo quando estava com onze anos de idade, mas não estabeleceu relação de proximidade. Ele faleceu em 2008 de cirrose hepática.

Por conta da dupla jornada de trabalho e dos dois divórcios, Karen falou com sensibilidade de sua mãe, reconhecendo a dedicação e o esforço que fez para conseguir sustentar os quatro filhos, sem ajuda de nenhum dos pais. Nesse sentido, identificou que teve uma trajetória sem privilégios; para usufruir de boa condição de vida, precisaria de trabalhar e estudar, concomitantemente. Ela verbalizou o gosto pelos estudos, especialmente por entendê-lo enquanto possibilidade para melhorar de vida, semelhantemente a Cristina e Giane. Por conta disso, estava fazendo um curso técnico de sistemas para internet. Desde a adolescência exercia alguma atividade remunerada para auxiliar nas despesas pessoais e da casa.

Com relação a sua saúde, era preocupada em estar saudável, mas devido a rotina de trabalho e estudo não conseguia realizar atividades que considerava importantes, como esportes e frequentar regularmente uma academia. Suas experiências com médicos não foram promissoras e por isso, não retornou às consultas, na área da ginecologia especificamente. Era usuária exclusiva de serviços públicos de saúde e não possuía convênios médicos.

Tatiana

Tatiana, 27 anos, morena, solteira, morava sozinha numa quitinete em Francisco Morato e recentemente terminou o namoro de um ano com uma mulher. Tinha um filho

de nove anos de idade, que residia com a avó paterna. A descoberta da gravidez foi inesperada para ela e o parceiro da época; estava com 17 anos e não imaginava que poderia estar grávida. Porém, desde que soube, decidiu sem titubear que levaria adiante, apesar da oferta do ex-parceiro para realizar aborto. Não se arrependeu da decisão, no entanto, reconheceu que a maternidade precoce foi a principal causa de ter interrompido os estudos no primeiro ano do ensino médio, nunca conseguindo retomar. O relacionamento com o pai de seu filho durou cerca de dois anos; eles acabaram se separando por diversos motivos, dentre eles, pelo desinteresse dele em seu corpo após as mudanças ocorridas em decorrência da gestação e parto.

Quando fizemos o contato para ela participar da pesquisa, tinha se colocado como bissexual. Porém, quando a entrevista fora realizada, cerca de dois meses depois, momento em que estava com tempo disponível a participar, referiu-se como lésbica. Para ela, o termo bissexual até poderia ser utilizado para referir-se a sua orientação sexual, uma vez que já teve relacionamentos com homens e não descarta totalmente a possibilidade de vir a ter. No entanto, vinha se percebendo mais atraída e interessada por mulheres, fazendo com que a possibilidade de se relacionar com homens estivesse consideravelmente reduzida. Ela nos pontuou diferenças nos relacionamentos com garotos e garotas, identificando que costumava sentir-se objetificada na relação com homens. Exemplificou com a separação do pai de seu filho, em que ele perdeu o interesse por ela, por estar com a barriga flácida depois da gravidez. Percebeu desigualdades de gênero nas relações sociais, inclusive afetivas, no entanto, não utilizava esses termos. Ela descrevia as desigualdades utilizando sentenças como “os homens acabam tendo mais liberdades e direitos que as mulheres” ou “para nós mulheres, sempre sobre mais trabalho com filhos, casa, trabalho.” O que nos deu a sensação de que ela apreendia as desigualdades nas relações de gênero.

Tatiana trabalhava num restaurante de um centro comercial na região do Butantã e estava contente pelo emprego, após ter passado longo período desempregada. A revelação de sua homossexualidade era recente, havia contado para sua mãe há um ano atrás quando engatou no namoro com sua última parceira. Ela já tinha tido experiências com mulheres, mas quando começou um relacionamento sério, decidiu abrir para sua mãe. A reação dela não fora acolhedora, mas sem grandes problemas, de acordo com Tatiana. Afinal, ela já era adulta e responsável por sua vida, fazendo com que a opinião da mãe não lhe trouxesse grandes impactos.

Com relação à escolaridade, Tatiana afirmou que gostaria de retomar os estudos e fazer uma faculdade, porém, essa ideia se tornava cada vez mais inviável com o passar dos anos. Pelo fato de ter um filho, não podia deixar de enviar dinheiro para ele e, assim conciliar a jornada árdua de trabalho com a possibilidade de concluir o ensino médio estava difícil.

Um aspecto marcante em nossa conversa foi o sofrimento descrito nos relacionamentos com homens por conta do interesse demasiado deles em sexo e na procura de um corpo feminino dentro de padrões estéticos. Nos relacionamentos lésbicos percebeu ser possível estabelecer relações menos verticalizadas e menos pautadas no interesse exclusivamente sexual, reiterando noções normativas de feminilidade que associam sexo à afetividade. Tatiana atribuiu às diferenças entre homens e mulheres em noções naturalizadas, recorrendo à explicação de que o homem é *naturalmente* menos fiel, menos preocupado com questões emocionais. Quando questionávamos se não se tratava de uma questão também social, ela concordava conosco, no entanto, não era seu ponto de partida.

A saúde não era tão bem cuidada quanto deveria, de acordo com a percepção de Tatiana. Apesar de gostar de fazer academia e exercícios físicos, ela não dispunha de tempo para praticá-los e, portanto, sentia-se em débito com este cuidado. Idas ao ginecologista, ainda que sem regularidade, era o que conseguia realizar. Tatiana era usuária dos serviços públicos de saúde e não tinha convênio médico.

A entrevista foi pontuada por ela, ao final de nossa conversa, um encontro frutífero para ela se rever e se compreender melhor, mostrou-se agradecida pela oportunidade.

Luiza

Luiza tinha 28 anos, negra, morava junto com seus pais, um irmão e uma irmã, num bairro da zona sul de São Paulo; tinha o desejo de ter sua própria moradia. Porém, como estava cursando o último ano da faculdade, ainda não se encontrava em condições de arcar com a mensalidade do curso, as despesas pessoais e mais a da moradia. Seu pai era metalúrgico e sua mãe, dona de casa, mas tinha intenção de estudar Serviço Social em alguma instituição de ensino superior.

Contou-nos que o interesse por mulheres surgiu quando fazia um curso de teatro, onde havia outras pessoas de orientação homossexual. Entretanto, pela sua trajetória religiosa (evangélica e católica), não concebeu tal desejo e tentou dar seguimento a sua vida forçando orientação heterossexual. A escolha por não vivenciar o desejo pela garota

por quem se apaixonou não fora bem-sucedida, uma vez que não conseguia envolver-se com outras pessoas, causando angústia em relação a sua vida amorosa e sexual. Este momento foi descrito como profundamente doloroso e solitário, pois Luiza não compartilhou com ninguém o que sentia, por receio de represálias e assim, atravessou este período sem apoio. A família nuclear chegou a notar que ela estava deprimida, porém quando questionada, atribuía à problemas do curso de teatro, já que conversar sobre o que se passava era algo impensável.

A situação foi se modificando quando ela própria se aceitou e admitiu o desejo homossexual, segundo seu relato. Assim, aos 23 anos Luiza chegou a vivenciar uma relação com uma mulher; desde então suas experiências com homens foram ficando mais esporádicas até que ela se referiu como lésbica há cerca de dois anos.

Do núcleo familiar, apenas sua irmã tinha conhecimento acerca da homossexualidade e até o momento de nosso encontro ela não manifestou pretensões de compartilhar com outras pessoas da família pelo mesmo motivo: receio do preconceito e de possíveis retaliações. Existiam outros parentes que moram perto da residência de seus pais e imaginava que tal notícia poderia causar impactos negativos significativos, especialmente para sua mãe que se preocupa bastante com a repercussão e imagem da família, de modo semelhante a mãe de Giane. Talvez quando puder ter sua própria moradia e não estiver residindo na casa de seus pais, compartilhe sobre sua orientação sexual com sua mãe, já que com o pai não existe vínculo suficiente para tal troca.

Frequentava espaços LGBT, tinha amigos gays e lésbicas, inclusive do grupo de teatro da qual fez parte. Reconheceu que os espaços nas quais circulava eram mais liberais, como a faculdade, bares, festas, o que vinha contribuindo significativamente para não se sentir só. Encontrava-se solteira e não demonstrou pretensão de engatar num relacionamento estável por conta de demandas profissionais que constituíam sua prioridade.

Com relação ao cuidado à saúde, Luiza não tinha convênio médico; ela e sua família utilizavam exclusivamente serviços públicos.

Diferentemente de Giane, a questão da negritude apareceu no discurso dela de maneira amena; não salientou a questão da cor da pele como elemento principal na experiência de situações preconceituosas ao longo de sua vida. Existe o racismo, sem dúvidas, porém para Luiza ele não assumia prioridade em relação a discriminações relacionadas a outras esferas.

Keyla

Keyla, uma mulher de 40 anos, negra, lésbica morava sozinha em uma casa em Osasco. Trabalhava como atendente numa loja de presentes e artesanatos em São Paulo. Completou o Ensino Médio e referiu não ter ingressado no Ensino Superior porque não gostava de estudar, a própria conclusão do Médio fora penosa, por conta de seu desinteresse nos estudos. No entanto, orgulhou-se de ter conseguido concluir na idade esperada.

A entrevista com Keyla teve um ar de descontração, mas por outro lado, sentimos certa dificuldade de adentrar às questões, especialmente porque ela não aprofundava nos temas, fornecendo na maioria das vezes, respostas curtas e evasivas.

Com relação ao trabalho, não demonstrou grande interesse no que faz, tampouco vontade de buscar outro emprego. No entanto, pareceu satisfeita, pois o salário era pago corretamente nas datas previstas e tinha boa relação com os patrões, valorizando o trabalho que encontrou. Seu contato com familiares se dava de forma esporádica, porque apesar de tios e primos morarem na mesma rua em que ela, passava muitas horas do dia fora de casa, fazendo com que não tivesse oportunidade de vê-los com frequência. Seus pais já tinham falecido e nunca teve contato com o pai biológico; fora criada pela mãe e depois de seu falecimento, pela avó materna. Assim, referiu-se à família somente os parentes de consanguinidade de sua mãe.

As relações com tios e primos não abarcavam temas de intimidade, como por exemplo, sexualidade. Cada um levava sua própria vida e eles não perguntavam sobre assuntos pessoais uns dos outros. Assim, as trocas com eles não incluíram revelação de sua homossexualidade. Ela acreditava que eles desconfiavam ou até inferiam que era lésbica, por nunca ter apresentado um namorado, no entanto, tal assunto não vinha à tona e não compunha tema dos diálogos entre eles. Assim, a repercussão familiar sobre essas questões não foi aprofundada durante a nossa conversa por não compor uma realidade em sua vida.

Com relação à sua rede de apoio, Keyla disse que tinha amigos, a maioria gays e lésbicas, que conheceu no circuito LGBT de São Paulo que eventualmente frequentava. Ela se percebia mais caseira, por isso idas a festas e eventos não eram usuais. Reconheceu que por ser assim, estava solteira no momento, uma vez que não tinha tantas oportunidades para conhecer mulheres. Teve relacionamentos esporádicos e pouco duradouros, até o momento de nossa conversa não tinha namorado alguém por mais de três meses.

Keyla se reconhecia como lésbica desde adolescente, nunca chegou a ficar com homens e nem expressou desejo ou pretensão. Lembrou que quando criança gostava dos brinquedos dos meninos e se interessava também por brincadeiras tipicamente masculinas, como futebol. Descreveu o reconhecimento da lesbianidade com tranquilidade, sem grandes surpresas ou dificuldades, uma vez que já se sentia diferente de outras garotas desde criança e assim, tinha impressão de que não seria heterossexual. Semelhantemente à Magda, o reconhecimento de ser lésbica fora relacionado a identificação com o universo masculino, percebido desde a infância, estendido à adolescência. A homossexualidade e a não apropriação dos estereótipos de feminilidade foram considerados como naturais, ou seja, ambas participantes compreenderam que nasceram identificadas com o masculino, levando-as, portanto, anos mais tarde tornaram-se lésbicas. Para elas, a heterossexualidade estaria relacionada ao nascer e aceitar-se mulher, com disponibilidade a cumprir com as demandas e expectativas acerca da feminilidade normativa (apresentar-se feminina, usar cabelos compridos, preocupações com a estética, interesse pela maternidade, expressar docura, atrelar sexo à afetividade). Identidade de gênero e orientação sexual eram compreendidos como expressões de uma condição biológica (ou genética).

A relação entre identificar-se com o masculino e lesbianidade, ambas condições pontuadas como naturais, logo, inevitáveis, foram mais expressivas entre as participantes de menor escolaridade e classe baixa e remontam valores heteronormativos. As mulheres com maiores níveis de escolaridade parecem problematizar diferentemente esta questão, trazendo contribuições da cultura e do que é socialmente construído na definição de masculino e feminino. Para as mulheres de maior nível socioeconômico a orientação sexual também não era colocada exclusivamente como natural ou determinada por fatores anátomo-biológicos. Resultados parecidos foram encontrados por Rodrigues (2011), em dissertação de mestrado e Barbosa e Facchini (2006), em dossiê, ambos trabalhos sobre saúde de mulheres lésbicas e bissexuais.

Keyla não buscava por serviços de saúde frequentemente, somente o fazia diante de sérios agravos ou quando não conseguia resolver por automedicação. Neste caso, recorria aos serviços públicos, uma vez que não tinha convênio médico, nem possibilidade de arcar com despesas de atendimento particular.

Madga

Magda, 45 anos, referiu-se branca, estava namorando uma mulher há três anos e meio, porém não moravam juntas. Sua parceira tinha um filho, fruto de relacionamento anterior, com quem Magda referiu ter bom vínculo, quando ocasionalmente se encontravam.

Em relação à orientação sexual, Magda foi enfática em afirmar que era lésbica, ainda acrescentou que não compreendia a bissexualidade e não se relacionaria com uma bissexual pelos riscos que podia oferecer, tanto em relação às ISTs quanto à confusão desta orientação sexual, o que poderia levar a ser trocada por um homem. Relatou-nos que desde os oito anos de idade percebia que sentia atração por meninas. Nunca se identificou com o universo feminino, apesar das tentativas frustradas de sua mãe de exigir que se apresentasse feminina quando criança. A primeira vez que beijou uma mulher foi aos 17 anos, em Recife, onde nasceu, e logo depois mudou-se para São Paulo com sua mãe e irmãos, em busca de melhores condições de vida. Ainda em Pernambuco, tentou um relacionamento com um rapaz, por conta de fortes pressões familiares, mas sem sucesso. Não chegou a ter relações sexuais com homens e não via “a menor possibilidade de vir acontecer” (*sic*).

A reação de sua mãe quando explicitou que se relacionava com mulheres – por volta dos 19 anos de idade – não fora recebida com aceitação. Apesar da desconfiança que havia no ar, fomentada pelo não cumprimento da expectativa de gênero, a verbalização trouxe impactos negativos. Porém, como nesta época já exercia atividade remunerada e dispunha de certa liberdade financeira, Magda deu seguimento a vida que levava, buscando apoio nos círculos de amizade que fez, sem esperar maiores suportes de seu núcleo familiar. Tinha duas irmãs e um irmão, com diferença de 10 anos de idade do mais velho. Com eles, Magda conversou sobre sua lesbianidade com naturalidade assim que eles ficaram adolescentes e demonstraram interesse por temas relativos à sexualidade. Porém, ela não pontuou a família como rede de apoio.

Dentre as nossas participantes, Magda foi uma das que apresentou trejeitos masculinos, expressos desde de suas vestimentas até em seus discursos pautados na masculinidade. Ela pontuou que as cobranças sociais em torno da mulher eram injustas quando comparadas às dos homens e não dialogavam com a maneira na qual ela se compreendia. Não se identificava com os padrões estéticos exigidos, tampouco com a questão da maternidade. O próprio corpo feminino era entendido como fraco, frágil e

lôcus da reprodução, capacidade biológica a qual enfatizou, durante a entrevista, que não adentraria.

Em determinado ponto de nossa conversa, chegamos a interroga-la sobre transexualidade, ao que respondeu que poderia ter buscado pelo processo de se transexualizar, se fosse mais jovem, pois afirmou que não se enquadrava no feminino e nos padrões exigidos a uma mulher. No entanto, por conta da sua idade (45 anos), considerava-se demasiadamente “velha” (*sic*) para iniciar este processo; em sua juventude, não havia grandes informações sobre os transexuais masculinos. Se tivesse 18 anos, talvez procurasse por ajuda com relação a esse processo.

Magda residia com sua mãe e padrasto, na periferia da cidade de São Paulo e contribuía financeiramente com as despesas da casa. Já exerceu funções de serviços gerais, como garçoneiro, atendente de bar, atendente de motel, supervisora de uma empresa de limpeza e no momento da nossa entrevista, encontrava-se desempregada. Com relação à escolaridade, não possuía nível superior, por isso, as opções de trabalho eram restritas e mal remuneradas, como ela própria nos pontuou.

A entrevista com Magda foi descontraída e ela colocou-se aberta para quaisquer perguntas, por isso o tema da transexualidade surgiu sem embaraços. A recusa aos padrões normativos de feminilidade e o processo de encontrar seu próprio modo de existir dialogavam com o território e com o aporte cultural em torno do ser lésbica nessas regiões. Suas falas remontavam valores hegemônicos de gênero, reiterando o quanto estereótipos e performatividades são claramente demarcados nas camadas populares (Rodrigues, 2011; Barbosa e Facchini, 2006)

Com relação à saúde, afirmou que era descuidada consigo mesma e evitava buscar por atendimento médico sempre que possível, preferindo automedicar-se ou recorrer a métodos naturais, como uso de chás e medicamentos caseiros. Foi uma única vez ao ginecologista há anos atrás e compreendeu que não era um cuidado para ela. Voltou a esta especialidade há dois anos por conta de uma cirurgia de emergência para retirada do útero. Era usuária exclusiva dos serviços públicos de saúde e não possuía convênio médico.

Lia

Lia, 68 anos, arquiteta, estava solteira e tinha um escritório em sua própria residência localizada na Vila Madalena. Teve dois filhos, já adultos, uma mulher e um homem, que não residiam com ela. Assim como Magda, ela percebia aumento da

visibilidade lésbica e do número de espaços sociais para convivência em relação há décadas atrás, quando teve sua primeira experiência lésbica.

Morou em Israel com seu ex-esposo, na década de 1970, por 16 anos, fugindo da perseguição da ditadura militar brasileira e lá se apaixonou, pela primeira vez, por uma mulher. Por diversas razões, elas não puderam viver o romance, mas a partir deste episódio, Lia reconheceu que tinha atração por mulheres. Esperou o melhor momento para voltar ao Brasil, separou-se do marido e ao retornar a São Paulo, sua cidade natal, pôde vivenciar sua primeira relação homossexual em meados dos anos 80. Nesta época, sua filha ainda era criança e residia com ela. O filho foi morar com o seu ex-marido, por uma decisão deles.

Lia contou-nos que, na medida do possível, buscava conversar com as crianças e explicar a elas que estava namorando com outra pessoa, uma mulher. Ao começar a vivenciar sua homossexualidade, passou a frequentar espaços em que havia gays e lésbicas. Uma dificuldade encontrada neste momento foi conciliar a maternidade – de mulher lésbica – com o círculo de amigos LG. Como os colegas não tinham filhos, ela sentia falta de haver outras crianças nos ambientes em que circulava, inclusive de casais heterossexuais, para que suas crianças pudessem conviver com outros pares. Além disso, as questões de interesses deste grupo eram focadas na militância LGBT e não dialogavam com demandas relacionadas a maternidade. Assim, Lia sentia-se muito só para compartilhar as experiências sobre o desenvolvimento dos filhos e, por diversas vezes, optava não os levar nestes espaços, por não serem pertinentes ao público infantil. A existência de filhos em casais homossexuais era, na época, pouco expressiva.

Havia forte distinção entre “mundo heterossexual”, onde a maternidade era perfeitamente cabível, até esperada, e “mundo homossexual” onde os assuntos de interesse, bastante legítimos, não dialogavam com o fato de ser mãe, tampouco receptivos a convivência de crianças. Assim, parecia haver pouco diálogo entre duas condições que constituíam a vida de Lia: ser lésbica e ser mãe. De fato, a conciliação destas duas esferas era frequentemente difícil e conturbada, acentuava pelo contexto histórico, final dos anos de 1980.

Ser lésbica e mãe, apesar das dificuldades, também foi relatada por Lia como experiências gratificantes. Ela descreveu com grande satisfação e orgulho a vivência das duas gestações, os partos e o quanto procurou ser uma mãe presente no cotidiano e crescimento de seus filhos. Assim, localizou a maternidade como uma experiência que lhe deu legitimidade e marcou sua trajetória profundamente.

Porém, por outro lado, ao ocupar o lugar social de “mãe”, a sua orientação sexual era obscurecida, como se fosse impossível ser homossexual ou como se essas duas condições não pudessem coexistir.

A rede de apoio para os assuntos relacionados à homossexualidade foram os colegas gays e lésbicas, geralmente de movimentos sociais, e a própria parceira. Entretanto, de modo geral, o processo de separação do marido, de assumir-se lésbica e o cuidado dos filhos foram descritos como profundamente solitários e difíceis.

Lia percebeu grandes avanços com relação a maior aceitação da sociedade e a diversidade de lugares para o público LGBT; não se inibia de andar com sua parceira pelas ruas ou de expressar publicamente a homoafetividade, exposição incomum nos anos 80, de acordo com sua percepção. Identificou mudanças positivas quanto a visibilidade lésbica nos últimos anos, pelo menos em uma grande metrópole, como a cidade de São Paulo.

Para os cuidados em saúde, geralmente utilizava médicos do convênio ou particulares quando optava por profissionais e tratamentos holísticos/alternativos.

Breve consideração sobre as participantes

A possibilidade de escuta e fala com cada uma das mulheres foi, sem dúvida, única e singular. Não tivemos intenção de reduzir trajetórias de vidas complexas em uma análise linear, em que deixemos de considerar as particularidades de cada vida. Tendo a devida preocupação em não sermos reducionistas, gostaríamos de salientar algumas semelhanças e disparidades, no emaranhado de marcas identitárias de raça, geração, orientação sexual, que ora as aproximaram, ora as diferiram.

Um primeiro ponto a ser destacado é com relação à orientação sexual. Cinco participantes se auto referiram como bissexuais, no entanto, com diferenças significativas entre elas de como percebiam e experienciaram suas sexualidades. Manuela e Any tinham atração por homens e mulheres, viam possibilidade de se envolverem emocional e sexualmente com ambos. Para elas, não fazia sentido apontar preferência por um ou outro, já que o interesse existia para ambos e assim, circulavam no terreno do desejo com homens e mulheres. Para Cristina, Danila e Giane, a bissexualidade se expressava de outra maneira. O termo fez sentido porque elas reconheciam alguma possibilidade de ficarem com homens; no entanto, as três afirmavam preferência por mulheres, especialmente para relacionamentos duradouros. O termo bissexual fora escolhido uma vez que poderiam vir a ter relações sexuais casuais com homens, o que em última instância, diz também de um

modo de ser bissexual. Porém, com disponibilidade emocional notoriamente diferente de Any e Manuela. Já Nayara que também reconheceu possibilidade de vir a relacionar-se com homens referiu-se como lésbica e não bissexual. Se ela se aproxima do modo como Cristina, Giane e Danila entendiam suas sexualidades, poderia ter se nomeado de bissexual, no entanto, isso não ocorreu.

Tivemos também algumas mulheres, como Luiza, Thalita, Tatiana e Karen que tiveram o início de suas vidas sexuais com homens, e por um tempo, se entendiam heterossexuais, até poderem, cada uma a seu tempo, entrar em contato com o desejo por mulheres e se reconhecerem lésbicas – e não bissexuais. Outras, como Magda, Keyla, Lara e Carol nunca sentiram atração por homens e desde sempre, como elas próprias pontuaram, “sabiam” que eram lésbicas. Ou seja, mesmo dentro da categoria *lésbica* há mulheres que tiveram relações sexuais com homens e as que não tiveram em momento algum. Esses dados apontam para a variedade de práticas sexuais que podem ser contempladas dentro de uma mesma orientação sexual.

A orientação sexual implica em uma complexidade de práticas, desejos e trajetórias sexuais, que deve ser assumida criticamente, evitando-se recair em classificações que supõe fixidez e linearidade. Por exemplo, seria um equívoco supor que uma mulher lésbica nunca se envolveu sexualmente com homens ou que uma mulher bissexual manifesta a mesma disponibilidade para envolvimento com homens e mulheres, em igual medida. A nomeação da orientação sexual pareceu-nos ter um sentido importante às participantes de reconhecimento de si e de pertencimento social, sem o qual seria enlouquecedor o viver, conforme afirmou Costa (1995). No entanto, as expressões *lésbica* e *bissexual* não traduzem um modo estanque de ser e podem não dar conta da dinâmica complexa da sexualidade, como nos alertou estudiosos do construcionismo social (Weeks, 2010; Vance, 1991) e Judith Butler (2003). Além disso, assumimos que a categoria orientação sexual intersecciona a outros marcadores sociais, como gênero, raça e classe social. Isso ficou evidente na relação observada entre pertencimento a camadas populares e performance masculina, como aprofundaremos mais adiante.

Orientação sexual como expressão de parte da sexualidade também foi assumida criticamente neste estudo com relação à visibilidade que se constrói em torno dela. Visibilidade à orientação sexual depende, dentre outros fatores, ao sentido e à relevância que ela vai adquirindo na vida do sujeito. Assim, para mulheres cuja lesbianidade era um forte pilar de sua identidade, a visibilidade construída em torno da orientação sexual era evidente. Para aquelas cujas outras marcas de pertencimento – por exemplo raça – foram

marcantes em sua trajetória, a exposição dada à orientação sexual ganhava contornos diferentes, evidenciando o inter cruzamento dos marcadores sociais na construção de identidades (Henning, 2015 e Piscitelli, 2008).

A bissexualidade, que envolve desde uma pequena abertura para atividade sexual com homens até disponibilidade para um relacionamento estável pareceu-nos a categoria que desafia a estabilidade contida na ideia de orientação sexual. Lésbicas delimitam a atração sexual por outras mulheres, conferindo certa estabilidade ao objeto de desejo. Bissexuais por poderem circular por homens e mulheres fazem com que a bissexualidade seja provocativa diante de um sistema de classificação que exige definições ou pelo menos, certa estabilidade quanto ao desejo sexual.

O binarismo dentro da noção de orientação sexual, expresso na homossexualidade *versus* heterossexualidade é abalado pela bissexualidade ao trazer um amplo espectro de oportunidades, escolhas e preferências, para além da chave atração por homens *ou* atração por mulheres. Ser bissexual implica não somente em expressar desejo por ambos, mas também, por reconhecer desejo sexual não necessariamente na mesma medida por homens e mulheres.

Outro ponto que merece ser discutido é com relação às condições econômicas das participantes. Conforme pontuado anteriormente, o pertencimento de classe social também interferiu na performatividade assumida nas relações interpessoais, bem como nas ações de saúde recorridas ou negadas. Visto a extensão da região metropolitana de São Paulo e sua imensa complexidade, procuramos compreender como as regiões em que moravam diziam a respeito de suas classes sociais e nos indicavam acerca das redes e acesso aos serviços de saúde. É necessário manter em mente que conduzir esta pesquisa em outras regiões do país ou em municípios menores poderia produzir outros resultados. São Paulo é a maior cidade do Brasil e da América Latina¹², com diversidade cultural e forte pólo econômico. A diversidade que abriga, inclusive em relação a espaços de sociabilidade para lésbicas e mulheres bissexuais confere à cidade uma marca característica. Por outro lado, a expansão urbana e o movimento migratório fizeram com que se constituíssem bairros diferentes uns dos outros, de modo que a população de cada região desenvolvesse dinâmicas e maneiras de se organizar quase independentes do centro, especialmente nas periferias da cidade.

¹² Informação obtida no site: <https://www.maioresemelhores.com/maiores-cidades-do-mundo/>. Acesso em 21/10/2018.

Para fins de melhor elucidação ao leitor, classificamos as dezessete participantes em classe média, classe média baixa e classe média alta, levando em consideração as percepções delas próprias em relação a suas inserções socioeconômicas, local de residência no momento da entrevista e em anos anteriores (onde passaram infância e juventude).

Oito participantes (Lara, Thalita, Any, Carol, Alana, Nayara, Cristina e Giane) foram compreendidas como classe média, moravam em bairros ora mais próximos ao centro, ora mais afastados, mas com razoáveis condições de vida. Porém, é importante fazermos algumas ressalvas para não as homogeneizar, deixando de reconhecer mudanças importantes que proporcionaram impactos sobre o nível socioeconômico e sobre suas vidas. Consideramos o local em que passaram a maior parte de suas vidas, pois ainda que algumas tenham se mudado de território (por conta do trabalho ou melhora de nível econômico), as marcas de onde foram criadas se fizeram presentes e cruzaram com outros marcadores, como classe e geração, como procuraremos apontar. Ainda que não seja o referencial teórico o qual esta pesquisa se apoia, a noção de territorialidade (Perlongher, 1986) trouxe importantes contribuições de como o espaço social e seus agentes produzem subjetividades.

Giane e Cristina, mulheres negras, foram moradoras da periferia por muitos anos. Ambas passaram por dificuldades financeiras acentuadas durante a infância, relatadas em período de escassez de materiais básicos, como alimentos e produtos de higiene pessoal; descreveram medo intenso da violência urbana presente na região que moravam, exemplificada nos constantes casos de abusos sexuais e na dinâmica do tráfico de drogas que as rodeavam. Ambas reconheceram na escolaridade possibilidade de construir outra trajetória e acessar melhores condições de vida. Assim, apesar do ensino precário que receberam nos anos escolares, ingressaram tardiamente na Universidade (Giane por meio do ProUni) e destacaram tal realização fundamental para romper com o roteiro proporcionado pela periferia e galgar às novas oportunidades.

O impacto da política social que visa ampliar acesso à universidade privada a partir de critérios de renda familiar (ProUni) foi evidente na trajetória de vida de Giane (e de Alana). Ter recebido bolsa integral foi condição para ingressar e concluir o curso de graduação. Tal política, além de impactar diretamente às condições de vida, diz respeito à decisões governamentais em defesa pela ampliação do acesso ao ensino superior, estendendo-o às pessoas de menor renda no Brasil.

Ao finalizar o curso de Jornalismo, Giane conseguiu trabalho formalmente registrada que a possibilitou fixar-se no centro da cidade; verbalizou inegáveis diferenças na qualidade de vida com relação à oferta de transporte público, alimentação, segurança do bairro, qualidade das vias públicas e acesso aos serviços de saúde. Orgulhava-se de suas origens, no entanto, diante da possibilidade de arcar com as despesas de onde residia quando realizamos a entrevista, não pretendia voltar para periferia pelas condições sociais precárias que lá persistiam.

Cristina ainda estava cursando a graduação; de modo semelhante à Giane, expôs o quanto a vida na periferia era árdua, penosa por conta da má qualidade dos transportes públicos e da rede de ensino, da violência e dos roteiros precários que a maioria tinha como possibilidade de vida. Ter chegado ao ensino superior abriu um mundo diante de si que jamais achou que entraria em contato; muitas vezes sentia-se angustiada e sem pertencimento ao universo classe média em que passou a circular, pois reconhecia-se “preta, pobre e de periferia”, como afirmou reiteradamente. Por outro lado, compartilhava cada vez menos dos valores culturais em que sua mãe e irmãos estavam inseridos. É de longe, a pessoa de seu círculo familiar com maior nível de escolaridade e com possibilidade de usufruir de melhores condições sociais.

Assim, Giane e Cristina, por conta dos recursos que dispunham foram entendidas como *classe média*, no entanto seus discursos trouxeram marcas identitárias de raça e apanhado cultural de terem sido criadas na periferia, a serem considerados e problematizados na análise dos dados. Pontuaram nítidas diferenças na qualidade de vida que desfrutavam na ocasião da entrevista, considerando as redes sociais que passaram a circular e a infraestrutura dos territórios em que foram residir. Mudar-se para outros bairros da capital paulista, invariavelmente atrelado a uma mudança de classe social, interferiu na trajetória que vinha sendo construída e na própria construção de si.

As trajetórias de Any e Alana merecem o mesmo cuidado. Elas vieram de famílias com poucos recursos financeiros e moraram por muitos anos em regiões periféricas (Guaianazes e Francisco Morato, respectivamente), até conseguirem, recentemente, sair de seus territórios de origem. Ambas não relataram situação de pobreza durante a infância e juventude como Cristina e Giane, intensificadas pela questão racial; no entanto, salientaram que a infraestrutura da região em que moravam e as condições financeiras que seus pais tinham eram bastante limitadas. Diante desta realidade, Alana ingressou no curso de Serviço Social por meio do ProUni, sem o qual não teria sido possível graduar-se. Durante nossa conversa, destacou fortemente que o acesso ao ensino superior

possibilitou não apenas adquirir diploma na área de formação, mas também foi propulsor de debates acerca de questões sociais, como machismo, homofobia e racismo. Alana atribuiu à formação universitária o desenvolvimento de sua capacidade crítica, condição para refletir e posicionar-se com coesão e firmeza diante de diversas situações, por exemplo, enfrentamento da homofobia. Apontou que pôde ter sua própria residência com a namorada pelo fato de ter finalizado a graduação e assim, dispor de renda própria. Graduar-se foi enfatizado como grande salto qualitativo em sua vida, que seus pais não puderam obter quando jovens. Morar próximo à estação do metrô, num bairro classe média fora reconhecido como privilégio, uma vez que era a primeira de sua família a usufruir de tal oportunidade.

Any, de modo semelhante a Alana, apesar de não ter ingressado no ensino superior, mobilizou-se para sair de Guaianazes ao reconhecer que caso lá permanecesse, teria uma trajetória similar à de suas amigas, pautadas na díade casamento-filhos, segundo sua percepção. Ainda que não se casasse, as condições de vida que a cercava não ia ao encontro do que buscava para si. As frequentes idas às regiões centrais de São Paulo, fizeram-na compreender que o universo de possibilidades da periferia atendia a certas demandas de gênero e de sexualidade, as quais não estava disposta a seguir. Nesse sentido, sair de Guaianazes abriu a ela não somente oportunidades relacionadas à trabalho, mas também de entrar em contato e desfrutar de outros modos de ser, mais difíceis de serem acessados quando se reside na periferia. Dessa maneira, Alana e Any pontuaram que, sem dúvida, melhoraram de vida em relação à condição social de seus pais e a delas próprias quando crianças. No entanto, as marcas da periferia e dos poucos recursos financeiros que tiveram durante os anos da infância e adolescência faziam parte da maneira como lidavam com a vida na fase em que se encontravam. Afinal, a saída da periferia era notoriamente recente e elas reconheciam o aporte cultural que carregavam.

Lara, Carol, Nayara e Thalita são as últimas participantes que compreendemos ser classe média. Todas elas tinham em comum a faixa etária, entre 19 e 21 anos, eram brancas, residiam com seus pais e cursavam alguma graduação. Por serem as mais jovens, as carreiras profissionais eram incipientes, o que dialogava com a menor disponibilidade financeira delas. Algumas chegaram a estudar alguns anos escolares em colégios particulares, como Carol e Nayara, mas reconheciam que não pertenciam a camadas abastadas. Por conta da faixa etária, foram as participantes que ainda dependiam das condições materiais oferecidas pelos seus responsáveis e estavam diretamente expostas aos discursos por eles forjados, seja no sentido de contestá-los ou de reiterá-los.

Vale lembrar que a entrada e participação em movimentos sociais pareceu impactar os discursos e a leitura de mundo que vão construindo, ainda que não seja via de regra. Lara e Nayara mostraram-se mais sensíveis às questões sociais relacionadas ao machismo e homofobia.

Danila e Luiza, mulheres de 35 e 28 anos respectivamente, possuíam algumas semelhanças: negras, moravam com os pais por não conseguirem arcar com as despesas e residiam na periferia da zona Sul. Seria reducionista afirmar que eram classe média, uma vez que trouxeram marcas e condições presentes nas trajetórias de camadas populares: frequentaram os anos escolares do ensino fundamental e médio em escolas públicas, não possuíam condições financeiras para terem convênios médicos, residiam em bairros da periferia, seus pais exerceram atividades pouco remuneradas, sem exigência de qualificação e apesar de estarem em busca de serem independentes financeiramente, ainda não havia perspectiva para se sustentarem sozinhas. Em certa medida, a realidade social delas se aproximava da de Any e Alana, com a diferença de que, por diversos motivos, ainda residiam na periferia. Contudo, nenhuma das duas chegaram a passar por necessidades quando crianças, a ponto de terem que trabalhar ainda muito jovens ou adolescentes para auxiliar no sustento da casa.

A raça apareceu no relato delas de modo diferente de Giane e Cristina. Luiza colocou-se criticamente diante do racismo, referiu situações em que fora discriminada por conta da cor da sua pele, no entanto, entendia ser necessário denunciar tais ocorrências sem agressão, de modo que fosse ouvida e pudesse construir pontes, inclusive com os privilegiados. Para ela, o preconceito com relação a sua orientação sexual era igualmente penoso, uma vez que o processo de se descobrir lésbica fora bastante sofrido e solitário.

A possibilidade de dar visibilidade ou não a uma condição socialmente estigmatizada é diferentemente vivenciada quanto à orientação sexual e à raça/cor da pele. Orientação sexual pode ser inferida/observada ou não, a depender do quanto se coloca visível aos olhares de terceiros. Cor da pele não oferece a mesma opção: é visível de imediato, é denunciada logo que se chega. Assim, Cristina e Giane se sentiam alvos de discriminação mais intensamente por serem negras, uma vez que a bissexualidade de ambas podia ser pontuada ou não. Luiza compartilhava deste raciocínio, no entanto, o medo da rejeição por conta de sua orientação sexual era causa de intenso sofrimento e não menos relevante.

Para Danila, ser negra colocava-a em posição de menos privilégio nas relações amorosas, já que a mulher branca era costumeiramente preferida por homens e mulheres,

reiterando padrões estéticos pautados na branquitude, desvalorizando corpos negros. Danila compartilhou conosco situação desconfortável por parte de algumas pessoas do movimento negro ao nomeá-la de “palmiteira”. A aproximação ao movimento pareceu, de um lado, oferecer reflexões importantes a Danila, sedimentando sua identidade negra, mas, por outro lado, ela experienciou rejeição quando expôs sua atração por mulheres brancas. Keyla não trouxe elementos de destaque com relação a ser negra; quando questionamos sobre possíveis situações de preconceito racial, ela referiu que já vivenciou e compreendia que o racismo existia enquanto estrutura de nossa sociedade, mas não deu ênfase ao tema.

Quatro participantes, Karen, Tatiana, Keyla e Magda possuíam menor escolaridade, moravam em regiões de maior vulnerabilidade e tiveram oportunidades restritas de mobilidade social; assim, entendemos que pertenciam a classe baixa/média baixa. Os empregos que tiveram ao longo de suas vidas foram dentre todas as participantes, os menos qualificados e pior remunerados. Entre elas, vale destacar a situação de Magda, lésbica, com performances masculinas que ao não cumprir com as expectativas de gênero, era frequentemente nomeada por “sapatão”, termo utilizado em tom pejorativo. Sua gramática corporal era recebida com olhares e comentários preconceituosos, as quais Magda vinha lidando durante a vida. Se a orientação sexual pode ser ou não perceptível a depender da visibilidade que se dá a ela, o mesmo não é possível para as mulheres que não se apresentam dentro dos padrões de feminilidade. Elas estão sujeitas às maiores retaliações. Alguns marcadores sociais, que esbarram em marcas físicas, como cor da pele e estereótipos de gênero, estabelecem desigualdades difíceis de serem contornadas porque perpassam pelo visível, pelo que o que é imediatamente apreendido (Guimarães, 2016). Ser mulher negra e masculina constituem características que estão mergulhadas em sistema de classificação que se encrua no físico, fazendo com que o preconceito e a discriminação sejam mais exacerbados. Assim como Giane e Cristina ressaltaram a inevitabilidade de apresentarem-se negras, os trejeitos masculinos e a gramática corporal de Magda também se denunciava ao ocupar o visível, ao imediatamente apreensível. Tais apontamentos destacam a potência da interseccionalidade para compreensão de como os marcadores sociais se cruzam.

Interessante ressaltar que apropriação de discursos essencialistas sobre a sexualidade e gênero foram presentes entre as mulheres de classe social mais baixa e com menos anos de escolaridade.

Lia e Naira foram as duas participantes de melhor nível econômico: Lia por uma questão de que havia concluído a graduação há anos e, portanto, tinha conseguido desenvolver sua carreira e usufruir de estabilidade financeira. Naira, 19 anos, era filha de médicos e reconhecia alguns privilégios, expressos nos colégios onerosos que estudara e na não necessidade de contribuir para fazer frente às suas despesas pessoais, sempre arcadas pelos pais.

Após esta breve descrição acerca da trajetória e contexto social de cada uma das participantes, avançaremos no capítulo seguinte sobre a questão da visibilidade lésbica/bissexual construída pelas mulheres no ambiente intrafamiliar e fora dele, bem como as repercussões nas condições de saúde.

6.2 Visibilidade de mulheres bissexuais e lésbicas e a relação com os familiares.

A rede de apoio acionada durante o processo de reconhecimento do desejo homo/bissexual, bem como a maneira pela qual os familiares lidaram com a sexualidade se mostraram relevantes nas falas das participantes, interferindo fortemente na questão de como deram visibilidade à orientação sexual nos diversos espaços sociais.

De maneira geral, todas as participantes apontaram que a rede de apoio para assuntos relacionados à sexualidade são os amigos e pessoas LGB que passam a acionar com mais regularidade e, portanto, começam a fazer parte de seus círculos de convivência. Após reconhecer desejo por mulheres, as participantes buscaram de modo mais ativo por lugares de sociabilidade onde haja outras pessoas não heterossexuais ou, pelo menos, por lugares menos conservadores quanto à expressão da orientação sexual.

Cursos de graduação na área de Ciências Humanas e Sociais e eventos culturais foram referidos como ambientes acolhedores para demonstrações da homoafetividade. Em contrapartida, os cursos na área de Exatas e espaços frequentados por pessoas mais idosas apareceram menos tolerantes à diversidade sexual. Carol, estudante de Engenharia, nos relatou claramente esta situação:

“(...) na faculdade, todos os dias eu preciso vestir uma máscara que não é minha. É cansativo. Eu não posso ser eu mesma ali. A máscara de alguém de que tem um relacionamento hetero, porque já é difícil ser mulher dentro da Engenharia, lésbica então... tem muitos professores machistas”. (Carol, 20 anos, branca, lésbica)

Carol, que também fez o curso de Gastronomia e Luiza, teatro, apontaram estes ambientes como menos repressores da expressão de afetos e operaram como importantes redes onde puderam encontrar outras garotas lésbicas, funcionando como suporte no processo de aceitação de suas próprias homossexualidades:

“Tinha outras lésbicas lá no Senac (...), eu podia ser eu mesma, não precisava vestir uma máscara para que as pessoas não me julgassem, não me batessem, não me olhassem” (Carol, 20 anos, branca, lésbica)

Os espaços públicos, como shoppings, parques e ruas são descritos como possíveis de haver demonstração de afeto, porém com observação cautelosa do ambiente. Geralmente são mapeados e então organizados de acordo com a possível receptividade/tolerância à manifestação de carinhos sem serem recriminadas ou sofrerem algum tipo de retaliação. A idade das pessoas que compõem o local, localização (se no

centro ou na periferia), horário (se durante o dia ou madrugada) e a finalidade do espaço foram alguns dos critérios apontados pelas participantes para mapeá-los.

Any e Magda, moradoras da periferia (Guaianazes e Parque Cocaia respectivamente) verbalizaram diferença nítida entre expressar afetos com mulheres nas regiões do centro da cidade e fora dele, destacando o critério localização exposto acima. Ser lésbica na periferia exige que se coloque de maneira assumidamente masculina, em pé de igualdade aos homens, pois é neste lugar (de homem) que será colocada e cobrada diante dos olhos da vizinhança. Any recordou que as lésbicas assumidas que conheceu em Guaianazes eram masculinas e exerciam atividades tipicamente do universo dos homens, como se tivessem que reafirmar competência e aptidão compatíveis a eles. Além de identidade de gênero aproximada ao masculino, lésbicas também acabam por reproduzir a chave heterossexual, na qual uma se aproxima da performance de “mulher” e a outra parceira, do “homem”.

Magda atribuiu sua não identificação com o feminino, dentre outras coisas, ao fato de morar na “quebrada” (*sic*), onde “as regras são outras”, explicou-nos. Ao assumir-se homossexual, a mulher é equiparada ao homem, a menos que seja aquela que performatiza, no sentido empregado por Butler (2003), lugar social de mulher, que inclui atributos como não exercer atividade remunerada, ser a pessoa da relação que tem disponibilidade para engravidar, atender a certos padrões estéticos normativos e especialmente alinhar-se às expectativas de gênero. O casal de lésbica deve reproduzir, na medida do possível, os estereótipos de um casal heterossexual, uma masculina e outra feminina.

A noção de *territorialidade* elaborada por Perlongher (1986) em sua pesquisa etnográfica sobre prostituição homossexual masculina realizada nos anos de 1980 na cidade de São Paulo pode ser interessante para refletirmos sobre os dados empíricos acima. Para compreender as trajetórias e a circulação entre clientes e michês, Perlongher reconheceu as mobilizações e deslocamentos espaciais e categoriais, bem como a maneira como os corpos se apropriam de certos códigos para desfrutarem de legibilidade.

A noção de territorialidade em seu trabalho entendeu o espaço público (ruas onde ocorre prostituição) como uma zona onde havia uma constante negociação e, por vezes, tolerância a certas atitudes mais transgressoras. A cidade permitia encontros de outra ordem, com menos intimidade se comparada à esfera doméstica. No espaço público, outras moralidades eram acionadas: seria possível entrar nele e “se perder”, viver e se retirar, desfrutar do submundo e depois sair de cena.

A negociação entre cliente e michê sofria influência de quatro variantes, a que Perlongher (1986) denominou de “tensores libidinais”: gênero, idade e classe, que operariam de forma mais explícita, e cor/raça, mais indiretamente. Estes marcadores atuariam “tanto como veículos de atribuições classificatórias quanto estimuladores de fugas desejantes” (Simões, 2008, p.540), evidenciando que as trocas eróticas envolvendo valores monetários se emaranham a um complexo sistema de classificação (que acabam por estipular o valor em dinheiro daqueles corpos). Perlongher não utilizou o termo *interseccionalidade* propriamente, porém os tensores libidinais a que se refere se aproximam desta ideia, destacando as variantes sociais a que nos propusemos analisar.

Ainda que seu estudo tenha sido feito em contexto de prostituição masculina nos anos de 1980, suas observações chamam atenção, de modo perspicaz, a maneira como corpos relacionam-se a territórios. Assim, a noção de territorialidade é interessante para problematizarmos como o ideal regulatório de Butler (2003) torna-se dinâmico e contextual, delimitando gênero, posturas e gestualidades que operam como marcadores de identidade e pertencimento. Colocar-se como masculina diz respeito não somente à corporalidade, mas também a negociações e conquista de legitimidade perante o grupo social de um determinado espaço geográfico. Apresentar-se masculina está relacionado a um complexo processo de reconhecimento social e legibilidade, num espaço territorial onde os estereótipos de gênero são bem demarcados.

Leituras interseccionais (Henning, 2015 e Brah 2006) e a consideração de como os sujeitos lidam com as opressões a que estão submetidos convoca-nos a analisar a performatividade de gênero de Magda. Num território específico – extremo sul de São Paulo – classe social, gênero e orientação sexual se inter cruzam de modo singular. Apresentar-se masculina, uma vez que não se identifica com as construções sociais da feminilidade, diz respeito a se expressar como lésbica e garantir reconhecimento social ou certos privilégios neste território. Assim, os atributos de masculinidade dos quais se apropria não necessariamente operam apenas para desvalidá-la ou a submetem em situações de maior discriminação, ainda que possam propiciar episódios discriminatórios. Na periferia paulistana apropriar-se de atributos referentes à masculinidade normativa diz respeito a agência do sujeito em manipular vantagens de determinadas marcas identitárias socialmente mais positivas (Henning, 2015).

Quanto à sexualidade, Any e Magda também reiteram que em bairros da periferia de São Paulo expressões de afetos entre mulheres sobressaem e são facilmente julgadas se comparados a um casal heterossexual, especialmente quando ambas são femininas.

Any percebe diferença quanto aos olhares de terceiros voltados para si se acompanhada de sua namorada no trem – meio de transporte que percorre maiores distâncias, adentra regiões mais periféricas e chega à Guaianazes – em relação ao metrô. Para ela, quanto mais afastada do centro, maiores eram as possibilidades de receber olhares discriminatórios, até comentários lesbofóbicos. Estar em determinado território exige que se leve em consideração quais gestos, trejeitos e corporalidades devem ser acionados e quais serão mais ou menos aceitos. Assim, territorialidade interfere na questão de identidade de gênero, por meio da apropriação de feminilidades/masculinidades e atravessa o terreno da sexualidade, estipulando fronteiras entre espaços com maior ou menor possibilidade de aceitação às mulheres bissexuais e lésbicas.

A preferência de Giane e Cristina em não voltar a morarem nos bairros em que passaram infância e adolescência perpassa, além das condições sociais precárias que elas apontaram, pela maior possibilidade de demonstração de afeto e de circulação entre os estereótipos de gênero, onde o casal de mulheres parece conseguir performatizar gênero de modo mais fluido e menos demarcado como na periferia.

Os espaços públicos, apesar de exigirem maior cautela e averiguação foram pontuados como melhor opção para demonstração de afetividade se comparados com espaços privados, para aquelas que não moravam sozinhas. Tal dado vai ao encontro da consideração de Carrara e Ramos (2005) de que mulheres lésbicas podem sofrer menos ataques homofóbicos em lugares públicos se comparadas aos gays e travestis, pois as modalidades de discriminação nas quais são submetidas têm menos visibilidade, por ocorrerem geralmente dentro da esfera privada.

A reação dos familiares e a maneira como lidaram com a homo/bissexualidade constituiu-se conteúdo da qual nossas participantes se debruçaram com grande carga emocional e é merecedor de considerável destaque para discutirmos a respeito das condições de saúde.

O apoio recebido de familiares, especialmente do núcleo mais próximo, é controverso e na maioria dos relatos, a revelação da homossexualidade/bissexualidade não fora recebida de maneira acolhedora:

“Ah... minha mãe surtou tantas vezes que fica difícil pegar um episódio específico (...). ela falou um monte, minha mãe é uma pessoa meio homofóbica, racista” (Thalita, 20 anos, branca, lésbica).

As bissexuais não revelaram para os núcleos familiares acerca da bissexualidade. Considerando as lésbicas mais novas, com idades entre 19 e 21 anos, as dificuldades de

encontrar abertura para diálogo foram mais acentuadas, e quando elas tentaram conversar acerca de suas sexualidades, foram recebidas de maneira pouco sensível, tendo que oferecer uma justificativa para a orientação sexual:

“Eles [os pais] vieram me perguntar, disseram ‘fala sua orientação sexual porque você sabe a nossa’, eles vieram brigar, falar desse jeito, aí eu ignorava. Eu nunca me senti com espaço” (Naira, 19 anos, branca, lésbica).

“Eu me senti numa posição de estar sendo colocada na parede para dar satisfação. Meu pai me pergunta como eu cheguei a essa conclusão [de ser lésbica], eu não sei como cheguei, e para ele não é suficiente” (Carol, 20 anos, branca, lésbica).

Dados semelhantes são apontados no artigo de Perucchi, Brandão e Vieira (2014) sobre o impacto da homofobia intrafamiliar na saúde de jovens com idades entre 19 e 23 anos, gays e lésbicas. A necessidade de nomear e encontrar palavras para justificar a orientação sexual toma proporções tamanhas e expressam o controle dos pais/responsáveis sobre as jovens. As falas de nossas participantes remontam o controle operado sob suas sexualidades, por meio do qual as famílias funcionam como dispositivos reguladores dos corpos e dos desejos, em termos Foulcaultianos (1976).

As trocas familiares descritas por Luiza e Cristina foram caracterizadas como escassas, difíceis e sem abertura ao diálogo, especialmente para os assuntos pessoais. De acordo com suas percepções, exporem temas relativos à sexualidade era pouco viável, por conta das crenças religiosas de suas mães e pela própria escassez de conversas entre os membros da família:

“Talvez o lugar que eu tenha mais dificuldade [de se colocar enquanto lésbica] é em casa, é na família” (Luiza, 28 anos, negra, lésbica).

“Com a minha mãe é complicado, porque homossexualidade é coisa do demônio, (...) quando eu começo a conversar, ela fala que estou com problema com Deus, daí eu desisto” (Cristina, 34 anos, negra, bissexual).

Falar sobre sexo com os pais ou familiares próximos não pareceu uma tarefa fácil mesmo para àquelas famílias cujas relações são acolhedoras; para as que identificaram suas relações familiares como frágeis, distantes e repressoras o falar sobre homo/bissexualidade tornou-se mais difícil e problemático ainda. As que conseguiam abordar sobre o tema com os pais, além da desaprovação em maior ou menor grau, foram recebidas com desdém, no sentido de eles demonstrarem pouca credibilidade à situação afetiva-sexual vivenciada:

“Meu pai falou que era moda, daqui dez anos vou estar casada com um homem, com filho, e vai ficar tudo bem. Foi bem isso que ele me falou!” (Thalita, 20 anos, branca, lésbica).

A pouca receptividade, seja por motivos religiosos, seja pela falta de credibilidade, contribuiu para que os familiares não se constituíssem como redes de apoio para a revelação da bissexualidade ou da lesbianidade. Para outras participantes, a família se colocou de maneira mais extremista ainda, reagindo com discriminação, lesbofobia, constituindo-se para elas, o núcleo principal da qual deveriam manterem-se distantes:

“Eu morri para minha mãe. Ela fala que eu sou a vergonha. Que eu acabei com a vida dela. Ela me rejeita. (...) Acabei saindo de lá [casa dos pais]. Achei que ia ser pior, que sentiria mais falta. Mas está sendo bem melhor. Eu queria que pudesse ser de outra forma, queria ir para lá todo fim de semana, mas não posso... No Natal eu fui pra lá e minha companheira ficou sozinha em casa. Eu gostaria que eu pudesse levar ela pra lá, mas eu não posso...” (Alana, 22 anos, negra, lésbica)

Situações em que é necessário omitir ou não poder compartilhar o fato de ser homo ou bissexual é discutido no estudo de Pereira e Costa (2016) realizado em Portugal. Eles investigaram o impacto da discriminação nas condições de saúde física e mental de lésbicas, bissexuais e gays e contaram com a participação de 610 pessoas. O estudo utilizou questionário que abarcava cinco categorias: informações demográficas, suporte social, saúde física, saúde mental e experiência de discriminação. Ainda que a pesquisa tenha incluído gays e homens bissexuais, traz dados importantes: cerca de um quarto dos participantes referem ter passado por situações em que tiveram que esconder a orientação sexual para prevenirem-se de experiências de discriminação no trabalho (24%) e particularmente com pessoas do círculo familiar (26%) (Pereira e Costa, 2016).

O documento produzido sobre a 9ª Parada do Orgulho GLBT de 2005 também traz dados sobre a discriminação nos ambientes familiares: as mulheres homossexuais são as que mais frequentemente mencionam experiências de marginalização e exclusão no ambiente familiar (30,4%). Homens homossexuais e o(a)s trans aparecem em seguida (25,2% e 22,5% respectivamente). Como os pesquisadores ressaltam, estes ambientes podem se destacar por ser o local em que as relações afetivas ocorrem de maneira mais significativa, constituindo-se, portanto, nos espaços mais difíceis para revelação e acolhimento.

Assim, as falas das nossas participantes reiteram achados da literatura (Pereira e Costa, 2016; Woodford, 2014, Perucchi, Brandão e Vieira, 2014, Meyer, 2003 e Venturi

e Bokany, 2011) no quanto assumir lésbica/bissexual é um processo penoso e sofrido, especialmente pela falta de suporte de pessoas que compõem o cotidiano delas, exigindo que se mobilizem em busca de rede de apoio. A decisão de “sair do armário”, expressão popularmente conhecida para assumir uma sexualidade não heterossexual mostra-se importante dispositivo de regulação da vida de lésbicas/bissexuais, ressaltando o custo emocional que é demandado diante do privilégio da visibilidade heterossexual e de seus valores hegemônicos.

O modo como a rejeição e a discriminação dos familiares, em maior ou menor grau, chegou às mulheres não ocorreu homogeneamente: fatores econômicos e geracionais parecem estar atrelados. Percebemos que há relação entre dependência financeira (que perpassa pela questão geracional) e o impacto da reação dos pais e/ou familiares. Para as participantes cuja dependência financeira de seus responsáveis ainda é presente, como o caso de Carol e Naira, a repercussão da reação dos familiares é mais intensa, forte e sentida por elas. A falta de receptividade contribuiu para que se afastassem e deixassem de contar com eles para assuntos pessoais, incluindo questões relacionadas à saúde, como dúvidas ou necessidade de buscar por atendimento médico. Além disso, ainda que atitudes homofóbicas no ambiente intrafamiliar não culmine com a expulsão da casa dos pais, ela se atualiza nas trocas cotidianas quando permanecem num lar heteronormativo em que ser heterossexual lhes garantem posições privilegiadas ou de sobrevivência e não violência (Perucchi, Brandão e Vieira, 2014).

Para aquelas que já arcam com suas despesas, ainda que morem na mesma casa dos pais ou com outros familiares, a aceitação parece ser menos impactante pois, de certa forma, há maior autonomia e menor necessidade de aprovação dos pais ou responsáveis, além de demonstrarem dispor de recursos para buscarem ativamente por outras redes de apoio. Foi o caso de Magda e Karen.

Para Giane e Cristina – ambas independentes financeiramente e com residência própria – o contar sobre seus relacionamentos ocorreu pelo tempo em que estavam dividindo o espaço de moradia com suas respectivas parceiras, fazendo com que os familiares inferissem sobre a orientação sexual delas (Cristina foi compreendida como lésbica e não bissexual, vale ressaltar). Assim, apesar de dificuldades terem sido apontadas tanto quanto às demais participantes no tocante à aceitação, especialmente das mães, as implicações deste processo foram mais amenas ou passíveis de serem enfrentadas por não compartilharem mais o mesmo espaço de moradia.

Quanto mais independentes financeiramente, maior autonomia também para os assuntos referentes à sexualidade e ao cuidado em saúde. A questão geracional atravessa este ponto, uma vez que discorrer sobre lesbianidade/bissexualidade é mais difícil para as garotas mais novas e porque são, também, menos independentes e experientes.

A religiosidade pareceu interferir negativamente na maneira como a notícia fora recebida e lidada pela família. Quanto mais inseridas em famílias com vínculos religiosos e cristãos, menor a abertura e acolhimento dos membros familiares para estas questões de sexualidade. A pesquisa *Diversidade Sexual e Homofobia no Brasil* que teve como objetivo central investigar o preconceito e a discriminação familiar, social e institucional contra homossexuais de ambos os sexos, bissexuais e transgêros (Venturi e Bokany, 2011) trouxe dados alarmantes acerca da sociedade brasileira frente a diversidade sexual. Buscando compreender as crenças e condutas da homofobia, um dos resultados da pesquisa aponta que a expressão de comportamentos homofóbicos é maior entre os/as evangélicos/as, caindo entre os espíritas.

Observamos que as famílias de classe média baixa, cujo responsáveis (ou a figura materna como no caso de Karen e Keyla) exerciam trabalhos menos qualificados e de menor remuneração, tendiam estabelecer relação pai-filha ou mãe-filha menos presente. Não que tenham sido pais irresponsáveis ou descuidadosos no cuidado dos filhos quando eles eram menores, não dispomos de dados para fazer tal afirmação e nem pretendemos. No entanto, parece haver um acompanhamento mais de perto sobre a vida seus filhos por pais que pertencem às classes mais abastadas, podendo haver, inclusive, maiores ações de coerção e controle destes.

Para exemplificar, lembramos da trajetória de Karen. Pelo fato de sua mãe trabalhar em dois empregos, dispunha de pouco tempo livre para acompanhar as atividades da filha, seja nas lições da escola, para fazer-lhe companhia ou mesmo para aproveitarem um tempo juntas em momentos de lazer. Recordou-se que frequentemente, ficava sob os cuidados da irmã mais velha e por muito anos, não pôde usufruir da companhia de sua mãe justamente por conta da extensa carga horária de trabalho que cumpria. Tal situação não fora descrita num tom de injustiça ou sofrimento; porém, Karen ressaltou que aprendeu a lidar sozinha com a maioria das questões que surgiram na época de adolescência, referindo suporte emocional fragilizado.

Apontamento semelhante surgiu na fala de Magda, quando recordou que em sua adolescência não era usual procurar a mãe para compartilhar medos, incertezas ou dúvidas, inclusive referentes à sexualidade. Exemplificou-nos com o desempenho

escolar: ela deveria ir à escola, aprender o que era ensinado, se responsabilizar por fazer a lição de casa, procurando não ser desobediente ou “trabalhosa” demais para os pais. Magda diz que sua mãe não acompanhava de perto o que se passava com ela, tampouco dispunha de tempo para aproveitarem alguma atividade de lazer juntas, sobretudo porque havia outros filhos para cuidar, o trabalho doméstico e, ainda, exercia atividade remunerada para auxiliar com as despesas. Assim, ainda que sua infância e adolescência não tenham sido referenciadas como abandono, ressaltou que aprendeu muito com os pares e com as próprias experiências da vida, sem ter a mãe disponível para trocas como observava em outras famílias.

Tatiana trouxe experiência semelhante. Quando se descobriu grávida, aos 17 anos, a reação de sua mãe foi tranquila, como se a gestação fosse algo esperado. Somente anos mais tarde, Tatiana reconheceu que a maternidade impactou os estudos e a formação que vinha obtendo, que na ocasião não fora dimensionado nem por ela, nem pela mãe. Gravidez e maternidade foram narradas como experiências felizes e naturais, dando pouco ou nenhum peso à sua idade. Quando esta situação é pensada no caso de Naira, 19 anos, toma outro contorno. Ficar grávida é impensável não somente por não ter condições financeiras de arcar os gastos relacionados à maternidade, mas especialmente porque seria uma notícia drasticamente negativa para seus pais. Naira verbalizou diversas vezes em nossa conversa o quanto certas decisões de sua vida passavam pela aprovação deles ou, pelo menos, era altamente recomendável que considerasse seus apontamentos antes de tomar a sua própria decisão.

Assim, as participantes de menor poder aquisitivo cujo crescimento se deu em bairros afastados do centro, estabeleceram relacionamento com seus responsáveis, ao longo de seus desenvolvimentos, marcados por menos controle, especialmente nos anos adolescência e juventude, com maiores possibilidades de decidirem por si próprias, porém, tendo que arcar por suas escolhas, seja de ter um filho, seja de sair de casa ou de cursar uma faculdade. A participação dos pais ou das mães sobre as questões pessoais, incluindo sexualidade, ocorreu de modo ameno, diferentemente das participantes de maior nível econômico. O aporte cultural em torno das relações de pais e filhos, quando trata-se de famílias de classe média/média alta parece exigir maior vigilância dos pais sobre escolhas feitas pelos filhos e maior controle, pois ao oferecer à cria estudos em colégios particulares, mesadas, convênios médicos, passeios de férias, cursos, essa oferta pode ocasionar, paralelamente, maior poder sobre eles.

Assim, a relação de controle com as filhas é atravessada pelas condições socioeconômicas, mostrando-se mais acentuada nas famílias abastadas. Obviamente não podemos generalizar esta afirmação e nem utilizar nossas observações para concluir que a relação pais-filhos nas camadas populares é deficitária. Estamos atentas ao fato de que, além da questão geracional, a classe social também interfere nesta dinâmica, compondo uma complexidade de marcadores que podem favorecer ou dificultar a revelação da lesbianidade/bissexualidade na família. Não que *todas* as relações pais-filhos de classe média alta são necessariamente mais difíceis; chamamos atenção para o fato de que maior poder aquisitivo pode implicar em relações desiguais de poder com os filhos.

Independentemente das inserções socioeconômicas, a dificuldade em dialogar com pais/famíliares acerca de seus envolvimento afetivos, interferiu nas questões relacionadas ao cuidado à saúde, na medida em que a precariedade de acolhimento gerava intenso sofrimento e por consequência, inibição para pedir ajuda e recorrer a eles para auxiliar em decisões médicas.

Naira, por exemplo, tinha ido em uma médica ginecologista, colega de seu pai. Tal situação fora descrita por ela como bastante constrangedora para se colocar como lésbica durante a consulta; tampouco conseguiu conversar com os pais e expressar o desejo de procurar outra médica que ele não tivesse vínculo de amizade. Naira entendia a importância de buscar por um profissional em que pudesse se sentir à vontade, porém não via possibilidades de efetivar seu desejo pela dificuldade de abordar assuntos referentes a sua orientação sexual com seus responsáveis.

As mulheres que não residiam com seus pais e que tinham maior envolvimento com a militância dos direitos LGBT, mesmo não contando com o apoio ou reconhecendo que sua lesbianidade/bissexualidade não era aceita no meio familiar, mostraram-se mais preocupadas para buscar por atendimentos médicos em que pudessem se sentir cuidadas e revelar sobre sua condição de fazer sexo com mulheres.

Assim, para além da questão financeira e geracional, na qual supomos que maior independência na vida pessoal possibilita maior autonomia no cuidado à saúde, percebemos que quanto mais frágil e deficiente é o apoio recebido de familiares, maior as dificuldades para que a busca por cuidados se dê de maneira compartilhada com eles. O que, vale ressaltar, não significa que essas mulheres estão desassistidas. Ao não encontrar na família rede de apoio para assuntos relacionados à sexualidade, elas se articulam a outras redes sociais, especialmente a amigos e a própria parceira (ou parceiro).

O não suporte dos pais e/ou familiares pareceu causar grande sofrimento, constituindo-se em importante questão para a saúde mental das mulheres. Any, Alana e Luiza trouxeram relatos tocantes o quanto a não possibilidade de escuta e fala provocou sofrimentos marcantes e as fizeram-na adoecer ou suportar situações estressantes e agressivas consigo mesmas.

Quando perguntamos sobre quando reconheceu que sentia atração por mulheres, Any recordou-se deste momento com grande emoção, chegando a chorar durante a entrevista. Ficamos sensibilizadas com a maneira em que ela se emocionou, ao expor tão verdadeiramente lembranças bastante doloridas. Lidar com a culpa por sentir atração por mulheres, quando tinha por volta de 10 anos de idade, e o medo da rejeição dos familiares que amava foram os pontos centrais para si. O sofrimento era decorrente da incongruência entre seus sentimentos e a educação que recebera reiterando que ser homossexual é errado, vergonhoso e inaceitável:

“É muito pesado você falar para um adulto que você beijou uma menina, você percebe que é errado. É uma lembrança que me trouxe um sentido de rejeição. No momento em que eu estava me descobrindo, (...) fui entendendo que o que eu sentia, era muito errado, eu era muito errada, me sentia julgada, me sentia suja, das piores maneiras.” (Any, 29 anos, parda, bissexual)

A impossibilidade de conversar sobre seus sentimentos e o conflito entre seus desejos, somados à expectativa sociais sobre ela, em torno do gênero e da sexualidade, marcou profundamente sua trajetória de vida:

“Por muito tempo eu não consegui falar disso com ninguém, por isso que eu ainda choro quando eu começo a lembrar. Ter esse tipo de repressão, me magoava demais porque eu não queria decepcionar ninguém. O quanto eu não aguentei por causa dessa historinha, que falaram que lésbica não presta, que você tem que casar e ter um filho.” (Any, 29 anos, parda, bissexual)

O relato de Any deixa evidente o sofrimento que passou por não ter conseguido espaços de escuta e fala e o quão difíceis foram os relacionamentos que estabeleceu, anos depois, ao entender que havia “aguentado” (*sic*) na tentativa de seguir a heterossexualidade imposta. Experiência semelhante de ser pressionada a namorar homens quando jovem foi pontuado por Magda. Gênero e sexualidade se inter cruzam e se expressam na heterossexualidade compulsória por meio de pressões para manterem relações sexuais com rapazes e fugir do desejo homoerótico na adolescência (Perucchi, Brandão e Vieira, 2014). A norma heterossexual, destacada por Any ao longo de nossa

conversa, é uma forma de violência e opressão que impacta a saúde e marca os corpos de garotas lésbicas.

O medo de falar sobre a lesbianidade/bissexualidade, por conta das possíveis represálias e repreensões a que poderiam ser submetidas, também foram penosamente descritas por Tatiana e Luiza:

“Vivi tudo sozinha. Não contei pra ninguém, eu tinha medo de não me aceitarem.” (Tatiana, 27 anos, parda, lésbica)

“Eu tive depressão por conta disso, de não poder falar. Eu me senti muito sozinha de não poder falar para minha família, de ter que esconder, não poder falar, deles perceberem que eu estava mal, eu falar que era por causa do teatro, e não poder falar que era por causa de uma mulher, sabe? Isso foi o mais pesado.” (Luiza, 28 anos, negra, lésbica)

Os dados trazidos pela pesquisa *Diversidade Sexual e Homofobia no Brasil*, já citada neste capítulo, aponta o quão alarmante é a paralisia diante de atitudes discriminatórias. Perguntadas como reagiram ao preconceito percebido, muitas responderam: “fiquei quieta/ fiquei na minha/ ignorei os comentários/ ouvi e não debati/ não revidei”. Dos 50% das lésbicas que se percebem discriminadas por conta da orientação sexual, 35% relaram a situação vivida a familiares e amigos, enquanto 17% permaneceram caladas, sem dividir com ninguém (Leonel, 2011).

Para Luiza, a questão da solidão foi bastante salientada em nossa conversa. Se tinha algo que as mulheres lésbicas enfrentavam, de acordo com sua percepção, não era somente dificuldade nas consultas de saúde em si; era desfrutar de saúde mental para enfrentar o processo de reconhecer o desejo por mulher, lidar com ele pessoalmente e depois, lidar com a sociedade, seja na esfera familiar, seja entre amigos. Novamente, vemos o quanto a norma heterossexual, expressa nas inúmeras relações interpessoais e instituições sociais, cria mecanismos de opressão e adoecimento. De fato, todas as mulheres com quem conversamos, com exceção de Lara, enfatizaram transtornos, impasses e sofrimentos aflorados neste processo.

Longe de compreender a dificuldade de assumir-se lésbica ou bissexual como uma característica pessoal, entendemo-la como resultado da sociedade heteronormativa a que estamos inseridas, que desqualifica relacionamentos entre mulheres ou os toma com menor reconhecimento. Trabalhos que apontam o adoecimento psíquico de pessoas LGBT são expressivos e esbanjam dados (Perruchi, Brandão e Vieira, 2014, Parker, 2013, Meyer, 2003, Woodford, 2014). O processo de sair do armário mostra-se como dispositivo extremamente complexo e penoso porque implica não somente num momento

de revelação, mas também na demanda exaustiva de estar continuamente, em diferentes momentos e territórios, exigindo que a mulher reitere sua condição desviante, podendo estar exposta a retaliações e violência. Nesse sentido, a falta de suporte da rede familiar repercute para além do momento da revelação, fragiliza relações interpessoais significativas e leva a fuga do ambiente familiar, que se torna insuportável em alguns casos, como o de Alana.

Com relação a visibilidade da orientação sexual para a família observamos diferenças entre lésbicas e mulheres bissexuais. A bissexualidade, como discutido no capítulo anterior, parece provocar mais contundentemente o dualismo presente na chave homossexualidade *versus* heterossexualidade. Além do desejo sexual por homens e mulheres, ser bissexual traz a complexidade de que a atração por cada gênero não precisa ocorrer de modo parecido ou em igual medida. Uma pessoa pode sentir-se mais atraída por um dos gêneros ou vislumbrar intensidades diferentes para relacionamentos, o que acaba conferindo heterogeneidade a categoria “bissexual”. Assim, manter a possibilidade de se envolver com homens e mulheres, em diferentes graus, é visto como indecisão ou confusão pela sociedade em geral, de acordo com as participantes:

É difícil para as pessoas entenderem essa coisa da bissexualidade porque eu acho que, tipo assim, você ser lésbica, você passa aquela barreira, e tal, mas uma hora você namorar uma menina, outra hora namorar um menino, isso gera muita coisa na cabeça das pessoas, isso já é demais, eles não aguentam! Você tem que escolher um lado: ou você é lésbica ou você é hetero. É muito binário. (Any, 29 anos, parda, bissexual)

As pessoas acham que bi é confuso. Pelo fato das pessoas pressionarem, você tem que gostar de um ou de outro. Você é o tempo inteiro questionada. (Danila, 35 anos, negra, bissexual)

Bissexual é difícil. Se você é lésbica, você vai lá e afirma sua identidade, a bissexualidade, sim existe a bissexualidade, mas é mais difícil se afirmar, ela é menos reconhecida. (Manuela, 31 anos, branca, bissexual)

As mulheres bissexuais que entrevistamos preferiam não se revelarem bissexuais no ambiente familiar, porque era mais provável de ser pior recebido do que afirmar que eram lésbicas. Ou como salientou Manuela, a possibilidade de diálogo no ambiente intrafamiliar existe quando se está num relacionamento com homens, mas não quando se está com uma mulher:

É como se eu não pudesse falar quem eu sou, não posso me abrir para minha mãe, não posso contar minhas histórias para ela, não posso

contar meus dramas. Durante muitos anos eu não pude contar meus dramas amorosos para ela, porque eu tentei falar com ela, e não tive uma boa resposta. (...) Quando acontecia com homens eu podia falar, mas aconteceu que acabei não falando também, porque na minha cabeça ela não ia entender. Se ela não entende quando estou com uma mulher, não faz sentido falar quando estou com homens. Não sou hetero para só falar de homens! (Manuela, 31 anos, branca, bissexual)

O não reconhecimento da bissexualidade esbarra, dentre outras coisas, na chave binária cujo desejo sexual é formulado. Ao estar com uma mulher, a pessoa é lida socialmente como lésbica; ao estar com um homem, como heterossexual. A visibilidade da bissexual fica comprometida. A disponibilidade sexual para ambos gêneros, ao ser visto como confusão ou safadeza, ganha menos reconhecimento e seriedade. Assim, as mulheres com quem conversamos verbalizaram grande dificuldade em assumir-se bissexual, especialmente com familiares, mas curiosamente para além destes, na própria relação amorosa. Danila referiu-se à ex-namorada como “bifóbica” (sic), em decorrência da impossibilidade de se assumir bissexual no relacionamento e conversarem sobre este assunto. Manuela trouxe elementos semelhantes, os quais demonstram como gênero atravessa os relacionamentos com homens e mulheres diferentemente:

Meu último relacionamento com mulher, ela era muito militante, fofa, maravilhosa, tal, ela não me via como bissexual, desde a primeira vez que eu conversei com ela, que eu falei que ficava com caras, ela quis colocar na minha cabeça que eu era lésbica. Foi o relacionamento inteiro ela falando que não gostava que eu falava que era bissexual. (...) Ela chegou a me dizer que é lésbica e prefere não se relacionar com mulheres bissexuais, várias coisas assim. Então já me senti invisibilizada e quando estou no meio de muita sapatão e tal, isso [bissexualidade] parece que não existe. Você acaba tendo que ser vista como... sei lá, acho que eu já mencionei menos para mulheres que já fiquei com caras, eu já fiz isso. Para caras, o inverso... já me senti invisibilizada também, porque relacionamento heteronormativo, tem que seguir uma conduta, uma regra, uma expectativa hetero que eu não tenho. (Manuela, 31 anos, branca, bissexual)

De um modo geral, todas relataram alguns avanços no reconhecimento da parceria lésbica e a pluralidade de espaços - bares e festas voltadas ao público feminino - nos quais há possibilidade de expressar essa identidade. Nas falas das participantes mais novas, a visibilidade lésbica é diferentemente reconhecida: jovens reconhecem mais frequentemente casais homoafetivos, pessoas de gerações mais velhas costumam não inferir acerca da lesbianidade. O mesmo não ocorre com relação à visibilidade da mulher

bissexual; muito dificilmente ela é vista como bissexual e mesmo quando se assume, encontra preconceitos e falas que deslegitimam sua orientação sexual.

Em termos geracionais, entre as participantes mais novas houve também maior dificuldade de se colocar como lésbica para pessoas mais velhas por receio de virem a sofrer preconceitos ou discriminações. Ainda que entre a juventude possa haver sujeitos intolerantes quanto a existência de pessoas LGBT, esses grupos parecem crescer mais expostos a esta temática e, portanto, são mais receptivos, de acordo com a percepção das participantes.

Revelar a lesbianidade para os familiares foi descrito como uma possibilidade em relação aos pais e irmãos, mas não para os avós, cuja compreensão está mais longe de acontecer.

“Eu contei para os meus pais. As gerações mais novas sabem, a geração dos meus avós, ninguém. A questão é que as pessoas mais novas já percebem, os meus avós não juntam lé com cré” (Thalita, 20 anos, branca, lésbica).

A visibilidade lésbica vem sendo conquistada e foi entendida como um direito de acordo com a percepção das nossas participantes, no sentido de poder tornar visível a orientação sexual. Alguns avanços com relação à visibilidade da mulher bissexual são apontados, mas notoriamente em menor escala que a da lésbica. Colocar-se publicamente como lésbica/bissexual nos espaços públicos ainda traz medos significativos que incluem receios da lesbofobia/bifobia, até o medo da violência sexual propriamente dita.

A heteronormatividade que permeia as relações familiares faz com que o partilhar sobre a orientação sexual seja frequentemente um processo dolorido e emocionalmente desgastante. O sofrimento não se limita ao momento de revelação em si, mas atravessa continuamente o cotidiano dessas mulheres que se sentem ora pressionadas a tentarem relacionamento com homens, ora agredidas por xingamentos lesbofóbicos/bifóbicos, ora desqualificadas, com comentários de desprezo e de pouca credibilidade às suas parceiras afetivas. O silenciamento a que são submetidas, nas frequentes mensagens de impossibilidade de diálogo sobre as namoradas/paqueras, submetem-nas a um solitário processo para lidar com a discriminação que começa na esfera doméstica, mas não se limita a ela.

A falta de apoio dos familiares favorece adoecimento psíquico, de diferentes ordens, percebidos nos episódios de depressão e ansiedade, pela impossibilidade de fala/escuta e pode se agravar com o grau de dependência financeira em relação aos

pais/familiares. Estudos internacionais mostram que a maneira como a família reage à revelação de orientação influencia a qualidade de vida e saúde dos gays e lésbicas, por exemplo, reações negativas de membros da família são associadas a menor suporte social e maior incidência de problemas de saúde como ansiedade, depressão, ideação suicida e consumo excessivo de álcool (Ortiz-Hernández e Valencia-Valero, 2015; Puckett, Woodward, Mereish e Pantalone, 2015 e Needham e Austin, 2010). Vários estudos brasileiros também apontam o adoecimento e sofrimento que lésbicas e gays estão expostos ao enfrentar a falta de suporte dentro de casa (Braga et al, 2018; Perucchi, Brandão e Vieira, 2014 e Prado e Junqueira, 2011). A homofobia acaba por deteriorar relações significativas e dificulta que pedidos de ajuda sejam formulados, inclusive com relação a cuidados em saúde. Portanto, neste estudo em que nos debruçamos sobre as condições de saúde, tornou-se imperioso destacar as relações familiares podendo ser altamente nocivas. Mesmo os espaços de cuidado à saúde, teoricamente lócus de acolhimento e atenção, podem constituir-se cenários de reprodução do machismo e da heterossexualidade, causando iatrogenias, como discutiremos no capítulo seguinte.

No movimento de acionar outras redes, as mulheres se articulam a movimentos sociais, relacionados à temática LGBT e/ou racial, e buscam por outras relações, cujo acolhimento a suas orientações sexuais seja ponto de partida. A saída da casa dos pais/familiares, confluyente com disponibilidade financeira, ou pelo menos um distanciamento sadio deste círculo parece favorecer para que a sexualidade seja vivenciada de maneira íntegra e as decisões relacionadas à saúde não sejam, necessariamente, atravessadas por eles.

A busca por visibilidade lésbica e bissexual é um dispositivo chave na trajetória das mulheres que entrevistamos como exercício de pertencimento e construção de subjetividades. Processo complexo, porém, fortemente presente na fala de cada uma. Tal percepção reitera nossos pressupostos da identidade e orientação sexual enquanto marcadores sociais que organizam social e psiquicamente a vida das participantes, delimitam territórios por onde circulam – consequentemente comportamentos e performances – e agem como resistência/enfrentamento ao modelo de relacionamento heterossexual.

Adentrando no campo da saúde, procuramos entender como as mulheres lésbicas e bissexuais articulam a questão da visibilidade dentro dos espaços de cuidado à saúde, quais ações realizam, bem como as dificuldades encontradas nos atendimentos médicos.

6.3 O cuidado com a saúde e as questões que emergem da relação com o profissional.

Quando perguntamos o que as participantes faziam para cuidar da saúde em geral e da sexual, especificamente, as respostas foram bastante variadas: desde ações mais abrangentes como atenção à alimentação e prática regular de exercícios físicos, até a busca por atendimentos médicos propriamente ditos.

As mais jovens respondiam à questão com descontração, apontando em meio a risos, que nada faziam para se cuidar. Compreendiam a importância de ações preventivas no campo da saúde, por exemplo prática regular de exercícios físicos e alimentação balanceada¹³, mas pela falta de tempo (geralmente por trabalhar e estudar) ou mesmo pela não prioridade que o cuidado adquiria, respondiam que nada faziam. Naira e Thalita, de 19 e 20 anos respectivamente, entendiam o cuidado à saúde como um aspecto relevante da vida, mas não realizavam nenhuma ação específica para cuidarem de si, demonstrando que essa preocupação não era o suficiente para mobilizá-las. Karen, Alana e Tatiana também referiram impossibilidade de concretizar ações, como prática regular de exercícios físicos por conta da carga horária de trabalho, apesar de considerarem importante para saúde em geral.

Já entre as mais velhas, especialmente Lia (68 anos), a preocupação com a saúde passava por ações além de idas às consultas médicas, envolvendo, por exemplo, consumir alimentos saudáveis, orgânicos e a busca por tratamentos alternativos. Magda (45 anos) despendia mais cuidado com o corpo físico na ocasião da entrevista se comparado às décadas anteriores, quando adolescente e jovem; período da vida em que as questões discutidas em nossa conversa eram menos importantes a ela.

A questão sobre cuidado em geral não foi aprofundada pelas participantes, tampouco mostrou-se terreno fértil para intersecção entre saúde e sexualidade, a qual estávamos interessadas. Assim, para explorar este tema especificamente, a consulta em ginecologia assumiu relevância e ora fora trazida pela própria participante espontaneamente (diante da pergunta sobre cuidado com a saúde sexual) ora por nós, quando não havia sido abordada por ela.

¹³ Os relatos sobre alimentação balanceada incluíram evitar frituras em excesso, não pular refeições, evitar ingestão elevada de alimentos industrializados, como bolachas recheadas, refrigerantes. A ideia de que frutas, verduras, legumes podem contribuir para um estilo de vida mais saudável perpassou pelos relatos, apesar de ter sido apontado como difícil de ser inserido na rotina, especialmente para as que passavam grandes períodos fora de casa, a estudo e/ou a trabalho.

De forma geral, buscar por profissionais da saúde, especialmente consultas médicas, foram localizadas como estratégia de cuidado, da qual não se pode prescindir, mas não como espaço em que necessariamente se sentem confortáveis e acolhidas quanto à orientação sexual. Idas às consultas ginecológicas, especificamente, foram pontuadas como uma maneira de se cuidar, considerando a saúde sexual, porém algumas delas não iam a esta especialidade há três anos, como Thalita e Giane, ou sem regularidade, como Cristina, Karen e Keyla.

Os motivos pelas quais não mantinham a frequência recomendada (a periodicidade recomendada pelo Ministério da Saúde é de uma vez por ano para realizar o papanicolau, pelo menos nos dois primeiros anos; caso o exame não aponte nenhuma alteração, pode ser realizado a cada dois anos) foram atribuídos a duas razões: a primeira de ordem organizacional, expressa pela falta de tempo para comparecer à consulta, ou do serviço de saúde, mediante longa espera (especialmente nos serviços públicos); o segundo aspecto incluía dificuldades diretamente atreladas à orientação sexual, como já ter passado por experiências desagradáveis, expressas na realização de procedimentos em seus corpos que as fizeram não se sentirem à vontade ou dificuldades na negociação com o médico(a) sobre condutas e prescrições. Nossos resultados apontam que as lésbicas acessam menos os cuidados em ginecologia e realizam exames sem regularidade, o que também é descrito na literatura (Tracy, Lydecker & Ireland, 2010; Barbosa e Facchini, 2009 e Pinto, 2004). Apesar dos esforços de incluir a diversidade sexual na PNAISM (2006) ainda há entraves significativos perpassados pelo não reconhecimento das necessidades de mulheres lésbicas e bissexuais. Assim, a partir do que fora apontado por trabalhos desenvolvidos no Brasil na década anterior (Barbosa e Facchini, 2009, Pinto, 2004 e Meinerz, 2005) notamos poucos avanços em relação ao cuidado oferecido.

A busca por atendimentos em outras especialidades médicas não apareceu nos relatos como aspectos potenciais para abordagem da orientação sexual, nem para que temas sobre a sexualidade fossem discutidos no encontro com o profissional. Já a consulta em ginecologia assumiu relevância por estar diretamente relacionada à exposição da prática sexual. Por isso, apesar de termos questionado acerca de espaços de cuidado à saúde em geral, os relatos acabaram focados na consulta ginecológica, por iniciativa das próprias participantes.

Procuramos compreender detalhadamente como estas entendiam este espaço (atendimento ginecológico) e os pontos de tensão oriundos do encontro com o(a) médico(a), incluindo quaisquer episódios que julgassem relevantes, e não

necessariamente a última ida. Como as participantes diferiam quanto à idade, raça e classe social procuramos ser cautelosas com os relatos, contextualizando as trajetórias de vida e considerando os pertencimentos sociais que consubstanciam seus discursos. Dentre as participantes mais jovens era esperado que não somessem diversas experiências nesta especialidade.

Conforme pontuado anteriormente, a visibilidade lésbica e bissexual é um dispositivo presente na trajetória dessas mulheres, como processo de afirmação, reconhecimento social e de construção de subjetividades. Colocar-se como lésbica ou bissexual tem um efeito direto na enunciação de não pertencer a norma heterossexual. Nos espaços de cuidado à saúde que nos propusemos a estudar nesta pesquisa, tal colocação adquiriu relevância por dizer respeito à prática sexual e por ser informação chave no encontro com o profissional. Assim, os conteúdos que emergiram na consulta ginecológica estiveram fortemente atrelados à revelação ou não da condição de fazer sexo com mulher.

(Não) Revelação da condição de ser lésbica/bissexual no atendimento ginecológico

A revelação da lesbianidade/bissexualidade para o médico¹⁴ mostrou-se crucial, pois era um momento chave para que a consulta e as orientações oferecidas fossem pertinentes (ou o mais pertinente possível) à orientação sexual. Assim, a decisão de falar ou não operou como um divisor de águas para o desencadeamento da relação a ser estabelecida com o profissional de saúde. Importante ressaltar que se colocar como lésbica/bissexual não se trata simplesmente de compartilhar uma informação, como idade ou data da última menstruação, frequentemente interrogados; requer que se quebre com pressupostos heteronormativos, exigindo uma exposição por parte das pacientes que não lhes garante, *a priori*, atendimento humanizado.

Entre as participantes não foi incomum que recebessem tratamento pouco acolhedor dos profissionais diante da revelação, e assim ficou sob suas responsabilidades a decisão difícil de revelar e lidar com alguma possível hostilidade ou permanecer invisível e se sujeitar a tratamento inadequado, como também apontado por Davis (2005).

¹⁴ Utilizamos no masculino, de acordo com a gramática padrão. Os termos “médica” ou “médico” sofrerão flexão de gênero quando indicado no relato das participantes.

As participantes deste estudo reconheciam que dizer ao médico sobre sua condição de fazer sexo com outras mulheres era o ponto de partida para que aquele encontro pudesse ser pertinente à expectativa de cuidado. O consenso entre as mulheres de que a revelação era importante é também destacado em outros estudos, no Brasil (Barbosa e Facchini, 2009; Meinerz, 2005 e Pinto, 2004) e no exterior (Bjorkman e Malterud, 2009; Brown et al, 2014 e Johnson e Nemeth, 2014). Apesar do fato, algumas participantes se sentiram constrangidas em abordar tal questão e outras, ainda que julgassem importante, não apontaram a revelação como indispensável, especialmente porque não consideravam esta especialidade médica como imprescindível ao cuidado em saúde e não mantinham idas regulares. Destacamos que o fato de algumas localizarem a consulta ginecológica como um cuidado que pode ser prescindido, especialmente por não acolher demandas de mulheres que se relacionam com mulheres e que apresentam performance de gênero masculina, favoreceu a baixa exposição da orientação sexual nestes espaços, bem como a menor relevância para as recomendações médicas, aspecto que discutiremos posteriormente.

O constrangimento para abordar sobre a parceria sexual (parceira/parceiro) e as formas de lidar com este momento não foram homogêneas e merecem ser analisadas. Orientação sexual e apropriação de feminilidades/masculinidades enquanto expressão de gênero são categorias significativas para compreendermos a (não)revelação da orientação sexual em um atendimento ginecológico.

Primeiramente, notamos diferença entre as mulheres lésbicas e as bissexuais; as primeiras, ainda que tivessem verbalizado diversos incômodos e dificuldades, os quais relataremos mais adiante, buscaram por oportunidades na interação com o médico de se afirmarem enquanto lésbicas. No caso das bissexuais, nenhuma delas verbalizou ou tentou verbalizar a orientação sexual, como se adentrassem o atendimento com a ideia *a priori* da inadequação em abordar a condição de fazer sexo com homens e com mulheres.

Chama a atenção a invisibilidade bissexual, o que acaba por suprimir como sujeitos, as mulheres que têm práticas sexuais com homens e mulheres. As cinco participantes bissexuais pontuaram constrangimento para revelar a orientação sexual, especialmente pela alta probabilidade de serem julgadas como promíscuas, como se estivessem disponíveis para atividade sexual com qualquer parceiro/parceira, a todo momento. Os receios da exposição para o médico foram semelhantes com os vivenciados perante o círculo familiar: incompreensão e não aceitação sobre sentirem-se atraídas por homens e mulheres, fazendo que com que sejam interpretadas demasiadamente fofas

ou indecisas, como se estivessem vivendo uma “pré etapa” até se definirem como lésbicas ou heterossexuais. A bissexualidade parece operar com menos crédito em nossa cultura ocidental, sustentado pela noção de uma fase transitória, onde supostamente, depois da confusão, se chegaria a uma definição de desejo sexual. Nesses termos, a bissexualidade enquanto orientação sexual ainda é menos visível e aceita (Seffner, 2011).

As participantes bissexuais também pontuaram outras dificuldades para expor sobre a orientação sexual, dentre elas, o distanciamento na relação médico-paciente, o qual surgiu também na fala de lésbicas como grande impedimento para a abertura a temas íntimos no contexto das consultas. Em síntese, a possibilidade de se afirmar bissexual pareceu-nos mais remota se comparado a de se colocar como lésbica, ainda que críticas sobre a atuação médica tenham sido apontadas independentemente da orientação sexual. Embora não tenhamos encontrado referências para embasar esses achados, arriscamos interpretar que a invisibilidade da mulher bissexual nos espaços de cuidado à saúde reitera dificuldades enfrentadas em outros círculos sociais, como apontado no capítulo anterior, passando por confusas ou indecisas, especialmente por não definirem um, e apenas um, objeto de desejo. Pode ser também que diante de uma gestão da sexualidade mais livre, com disponibilidade para envolvimento sexual com homens e mulheres, se distanciem dos valores hegemônicos de feminilidade e assim, acabam omitindo a bissexualidade para evitar retaliações, julgamentos.

Dentre as participantes bissexuais que verbalizaram preferências para se relacionarem com mulheres (Danila, Giane e Cristina), a situação de revelação sobre as preferências sexuais eram contornadas, ao pontuarem que mantinham atividade sexual somente com garotas. A estratégia residia em demarcar que não eram heterossexuais, de maneira semelhante à revelação para o núcleo familiar. Assim, poderiam receber orientações pertinentes ou não, mas de toda forma, não seriam encaixadas na categoria de mulheres heterossexuais, avanço importante segundo elas. Esta estratégia foi utilizada por Giane, que estava em relacionamento estável com Ana, e por Cristina e Danila, solteiras, que avaliaram pouco provável terem relações sexuais com homens. Assim, no caso delas três, a colocação de fazer sexo com mulheres pareceu ser opção factível no encontro com o médico, dentre suas possibilidades, de modo a retratar o mais autêntico possível suas atividades sexuais, naquele momento de vida.

Manuela e Any, que não demarcaram preferências de desejo/atração sexual, também não revelaram a orientação sexual durante a consulta, não explicitaram a condição de fazer sexo com mulheres e, portanto, foram compreendidas como

heterossexuais. Diante de perguntas sobre o uso de métodos contraceptivos, ambas responderam uso de camisinha. A partir deste momento foram entendidas, de acordo com suas percepções, como mulheres heterossexuais e não houve abertura no diálogo com o médico para retomarem o tema de suas práticas. Questionamos as implicações desta situação e ambas reconheceram que a bissexualidade ficou relegada, comprometendo o aspecto da diversidade sexual que poderia ter sido contemplado no atendimento. A bissexualidade não deveria ser omitida, pelo menos em teoria, uma vez que esta informação faria sentido nas orientações a serem recebidas. No entanto, para ambas a relação com o profissional é formal, distante e não acolhedora, o que acaba dificultando para que este tema seja abordado:

É uma relação muito formal, é uma relação muito distante. Muito distante! Toda vez, uma vez por ano, ele recomenda exame porque é exame de rotina, mas ele não pergunta nada sobre minha vida.

Ele não sabe que você é uma mulher com atividade sexual com homens e mulheres?

Não, não sabe.

Você avalia que seria pertinente ele saber disso?

Deveria né, mas eu não consigo falar. Eu acho que não faz diferença, para Medicina não faz a menor diferença. As perguntas que são feitas, a forma como é feito o atendimento, o que ele quer ver de exame clínico, não faz diferença se entra um pau na minha buceta ou se eu raspo com outra periquita. (Manuela, 31 anos, branca, bissexual)

Em nenhum momento que você esteve com o(s) ginecologista(s) você conseguiu se colocar como bissexual?

Não, nenhum, nenhum!

Você achava que seria importante ter falado?

Talvez fosse sim, mas eu acho que é por falta de abertura, sabe? Existe esse distanciamento de diálogo quando eu vou no ginecologista, eu não me sinto à vontade para falar disso com os médicos. Eles não querem saber. (...) A medicina é muito mecânica. Você caga, mijá e menstrua. Está tudo bem com isso? Então tá tudo ótimo. (Any29, anos, parda, bissexual)

Manuela criticou a medicina, em especial a ginecologia, pelo foco exacerbado aos aspectos biológicos e descaso com a trajetória sexual e com outras particularidades que pudessem ser relevantes ao atendimento; posicionamento semelhante ao de Any. Para ela, a prática médica era centralizada na averiguação do corpo-máquina, a partir do funcionamento dos órgãos sem, no entanto, considerar ou importar-se com a situação de vida da pessoa, que invariavelmente atravessava as condições de saúde. Durante a entrevista, ambas criticaram a atuação do médico, destacando a medicina enquanto

ciência objetiva e desconectada de aspectos subjetivos que constroem e dão sentido à vida dos pacientes. Quanto à apreensão das relações sociais, elas rejeitavam concepções essencialistas de categorias como “sexualidade” e “mulher”, reiterando que as normas de gênero, construídas e modificadas culturalmente, interferiam na maneira como os médicos atuavam em relação às pacientes. Dessa forma, para Manuela e Any, a medicina não obtinha êxito em oferecer um cuidado integral porque não incluía outros aspectos da vida das pessoas, o que dificultava que orientações sexuais não normativas fossem abordadas nos atendimentos, a começar pelas perguntas da anamnese focadas principalmente na gravidez ou no desejo de evita-la.

Ponderações acerca da maneira como o cuidado vem sendo realizado pelos profissionais da saúde, em especial médicos é discutido a partir de fundamentos filosóficos por Ricardo Ayres (2004). Em linhas gerais, o autor defende que a primazia das tecnologias nas práticas de saúde não está dando resposta às necessidades das pessoas, cujas vidas são tecidas numa imensa complexidade de arranjos sociais, expressa por meio de desejos, sonhos, medos e expectativas. O saber dirigido ao êxito técnico constrói objetos, enquanto o saber voltado ao sucesso existencial é aquele que constitui sujeitos (Ayres, 2001). As críticas de Manuela e Any sobre o não êxito da medicina no cuidar esbarra na centralidade do saber técnico, como aponta Ayres. O sucesso existencial é construído junto com o sujeito, de maneira a incluir seu projeto de felicidade, singular e pessoal. Assim, nesta perspectiva é fundamental construir projetos, incluindo o conhecimento das ciências biomédicas, mas também o conhecimento das ciências humanas e aquilo que cada pessoa concebe de felicidade para si.

O movimento de os profissionais e serviços de saúde voltarem ativamente à presença do outro no espaço assistencial, diversificando as formas e a qualidade da interação (Ayres, 2004) dialoga com os pressupostos da Política de Humanização (Brasil, 2009) e mais precisamente com os princípios de acolhimento e de clínica ampliada. Quando há uma fusão entre os saberes do profissional de saúde e o saber do usuário, conhecedor de sua vida (de seus medos, expectativas, sonhos, limites, etc.) o cuidado em saúde acontece. Numa consulta em ginecologia, cuja sexualidade de lésbicas e mulheres bissexuais encontram pouca escuta e acolhimento, percebemos que os pressupostos de um cuidado integral e humanizado não ocorre.

Corroboramos com as considerações de Any e Manuela que há um descompasso gritante entre a complexidade das trajetórias sexuais e o modo ortodoxo que os médicos abordam sexualidade. Além disso, o distanciamento do médico, pautado em concepções

de poder (Foucault, 1979) deslegitima as mulheres de seus corpos e produz dificuldade de vinculação e entraves significativos para que temas íntimos sejam abordados. A fala de Manuela expressou precisamente esta situação:

O espaço de consulta é muito autoritário. O médico é uma autoridade, é o cara que sabe tudo do seu corpo, que vai te dar um diagnóstico. E aí eu sou desautorizada do meu próprio corpo. Acho que [não conseguir abordar sobre orientação sexual] tem a ver com a postura médica, como se ele fosse um perito e você, um nada. (Manuela, 31 anos, branca, bissexual)

O trecho acima é emblemático do poder médico: crença pautada na verdade científica de que o médico pode, e deve se dar ao direito de invadir a autonomia do indivíduo para lhe impor a ‘verdade’, como se fosse inevitável ou até necessário enquanto conduta. De um lado tem-se o profissional perito em diagnosticar moléstias anátomo-fisiológicas, cujo conhecimento lhe confere autoridade em relação aos saberes do paciente, desautorizando-o de seu próprio corpo (Martins, 2004). Nessa relação hierárquica e vertical, fica esvaziado o sentido de abordar (ou a tentativa de abordar) quaisquer temas que ultrapassem a dimensão organicista.

De fato, barreiras em torno da revelação da orientação sexual dizem respeito ao modo mecanicista e pragmático que a ciência médica se pauta, abrindo um verdadeiro descompasso entre roteiro e conduta profissional com a complexidade da dinâmica sexual dos sujeitos. Tal questão remonta ao caráter universal pretendido pela Ciência, a possibilidade de estender modelos e verdades a outros objetos de estudo. Para isso, trabalha necessariamente com reduções: reduz o objeto complexo real a sistemas formais (Martins, 2004). Esta formalização permite uma maior universalização, mas perde, invariavelmente, as características singulares do objeto estudado. Conforme aponta Martins (2004) a vantagem disso é a possibilidade de ser estendido a um universo maior, por não carregar características singulares dos objetos iniciais; a desvantagem, a mesma perda destas singularidades. A operação de redução e posterior universalização esbarra não apenas em um problema de validade científica, propriamente dito, mas também é político.

A medicina ao considerar-se “ciência”, utiliza de “cientificidade”, ou seja, parte da premissa de que seus dados são verdadeiros ou dizem de uma verdade a respeito do objeto a que se debruça. Justamente por julgar-se científica, verdadeira e universal, tende a esquecer que seu objeto de estudo é um sujeito real e concreto, cujos esquemas orgânicos e fisiopatológicos não abarcam sua complexidade (Martins, 2004). A ciência

médica se baseia em dados quantitativos e universais, no entanto, há descompassos e incongruências uma vez que o sujeito que busca tratamento é singular e não “universalizável”.

A supremacia dos aspectos biológicos nos cursos de graduação em Medicina vai também na contramão do recomendado pelas políticas de saúde. Não se pode oferecer um cuidado integral quando a própria formação dos médicos não abarca, com a magnitude e relevância que deveria, os marcadores sociais enquanto produtores das condições de saúde. Além disso, se o cuidado ginecológico se baseia em um distanciamento erótico-emocional entre paciente e profissional, limitando-se ao diálogo sobre assuntos que parecem abarcar apenas o corpo biológico (questões de doenças), o campo da sexualidade permanece excluída, como se fosse possível separar sexo, sexualidade e gênero (Brown et al., 2014). No caso de mulheres não heterossexuais,

isso funciona como uma faca de dois gumes, porque no quadro de uma sociedade hegemonicamente heterossexual que restringe a noção de sexo à penetração do coito vaginal, tanto práticas quanto identidades não-hegemônicas (muito mais no caso das mulheres) são deixadas fora de visibilidade social e também biomédica. (Brown et al., 2004, p.680)

Dessa maneira, nenhuma das participantes que se referiram como bissexuais revelaram esta condição ao profissional, apesar de considerarem importante. Não obtivemos êxito na busca de literatura que abordasse a questão da revelação da orientação bissexual neste contexto. Nos estudos sobre acesso ou condições de saúde de lésbicas e bissexuais os resultados foram descritos para ambos os grupos (Bjorkman e Malterud, 2009; Brown et al, 2014 e Johnson e Nemeth, 2014) e não foram apresentados dados específicos de cada um deles. Consideramos que dados divulgados na literatura a respeito de lésbicas juntamente com de bissexuais podem favorecer que especificidades de cada grupo sejam negligenciadas. A partir da constatação de que estudos sobre mulheres bissexuais são escassos, evidencia-se uma importante lacuna de conhecimento.

Entre as lésbicas, a questão da revelação da orientação sexual se desenrolou de outra maneira. Três participantes mais jovens, Thalita, Carol e Naira, particularmente, tiveram experiências singulares quanto ao atendimento ginecológico: a primeira, estava acompanhada de sua mãe e até o momento em que conversamos, não tinha tido a oportunidade estar sozinha na consulta. Carol foi uma única vez (com retorno), porém para solicitar um pedido de exame de sangue e não por demandas na área de ginecologia e, Naira, também uma única vez, numa profissional colega e indicada por seu pai. Nos

três casos, a revelação da condição de ser lésbica tornou-se particularmente diferente das demais, por conta de especificidades da situação vivenciada, a qual relataremos a seguir.

Thalita procurou uma médica ginecologista aos 17 anos por conta de um cisto no ovário que necessitava ser investigado. A escolha da médica foi feita pela sua mãe que já era paciente dela há vários anos e avaliou pertinente levar a filha na profissional com quem já tinha vínculo. Nesta época, Thalita tinha tido relações sexuais com homens, mas ainda não com mulheres, apesar de sentir atração por mulheres. A presença de sua mãe em todos os atendimentos deixou-a desconfortável para abordar qualquer questão que fizesse referência à orientação e atividade sexual.

Como o motivo da consulta estava centralizado no cisto, assuntos relacionados às infecções sexualmente transmissíveis (IST), ao exame de prevenção de colo de útero e outras demandas do funcionamento do corpo feminino não foram abordados pela médica, nem por Thalita. Perguntas sobre a atividade sexual não foram levantadas, tampouco averiguadas pela profissional, levando Thalita a compreender que sua prática sexual não era tema relevante, assim como outros cuidados não eram necessários, o que veio a calhar para não causar tumultos diante de sua mãe acerca de sua vida sexual. Poderamos que a consulta não explorou as atividades sexuais devido a presença da mãe, sugerindo um cuidado da médica, inclusive.

Depois de realizar tratamento para o cisto, não retornou à médica para outros cuidados ginecológicos; reconheceu ser necessário agendar nova consulta, pois estava há três anos sem qualquer cuidado nesta área e apresentava vida sexual ativa desde os 17 anos de idade. Pontuou-nos que iria buscar por outra profissional – não a mesma que atende sua mãe, visto que era desconfortável para ela compartilhar a mesma médica. Até o momento da entrevista, não tinha tomado esta providência. Assim, não fora possível descrever-nos a respeito da revelação da homossexualidade em um atendimento médico, pois nunca ocorrera.

A presença de sua mãe operou como entrave significativo para abordar sobre sexualidade, uma vez que, conforme discutido no capítulo anterior, o núcleo familiar frequentemente se constitui como de pouco acolhimento a questões relativas à homossexualidade.

Naira, 19 anos, também trouxe uma situação singular: havia sido consultada nesta especialidade médica por uma colega de seu pai, uma única vez. A relação de proximidade deles constituiu-se em constrangimento para revelação de suas práticas sexuais, reforçado pela dificuldade de diálogo com o próprio pai na esfera doméstica. A

impossibilidade de colocar-se como lésbica também foi acentuada, de acordo com Naira, pelos pressupostos heterossexuais reiterados durante a consulta por parte da profissional.

Nos dois casos, de Thalita e Naira notamos que a interferência dos familiares, seja pela presença na consulta, seja pela proximidade com o médico, acirrou a dificuldade para que questões relacionadas à sua prática sexual fossem faladas de modo seguro e confortável.

A experiência de Carol também havia sido singular: tinha ido à ginecologista duas vezes, escolhida a partir da lista do convênio e da proximidade de sua casa porque necessitava realizar diversos exames, mas nenhum deles envolvia demandas ginecológicas (por exemplo, para realização do exame papanicolau ou presença de odores incomuns nos genitais). As questões relacionadas a sua sexualidade eram levadas à outra médica, hebiatra¹⁵, que a acompanhava há mais tempo e, portanto, tinha mais vínculo:

Eu fui na ginecologista, não falei nada [sobre ser lésbica] porque não gosto dela. Isso é um dos problemas que a gente enfrenta ‘até onde eu posso ser sincera com o médico que ele vai me entender?’. Ela é uma senhora de 70 anos e eu achei que ela não ia entender. Achei melhor não discutir isso. Eu sempre falo [sobre sexualidade] com a minha hebiatra, logo no começo quando comecei a fazer sexo, eu fui procurar ela, e pedi ajuda para além da camisinha. (...) Ela foi a primeira pessoa adulta que me entendeu, é com quem mais me relaciono para perguntar coisas no sentido médico” (Carol, 20 anos, branca, lésbica).

O questionamento “*até onde eu posso ser sincera com o médico que ele vai me entender?*” ilustra de maneira vívida os receios que rondam as mulheres de compartilhar aspectos íntimos ao profissional, certamente pela hostilidade que podem ter de lidar.

Carol, como Naira e Thalita, por não serem financeiramente independentes, residirem com os pais e utilizarem médicos de convênio pagos por eles, usufruíam de menos autonomia e tinham a vida permeada pelas ofertas que eles podiam/queriam proporcionar. O marcador geracional está presente pois, conforme salientado, trata-se das participantes mais jovens. No entanto, apesar de reconhecermos o momento de vida em que estavam e as limitações dele decorrentes, chamou-nos atenção o controle exercido pelas famílias, ao não oferecerem opções confortáveis a elas, que possibilitassem o exercício da autonomia para o cuidado em ginecologia de forma efetiva.

¹⁵ Hebiatra refere-se à especialidade médica que estuda e trata da saúde dos adolescentes. Consultado no Dicionário Priberam, acesso em 25/09/2018 <<https://dicionario.priberam.org/hebiatria>>.

As demais quatorze participantes tinham histórico com maior número de consultas ginecológicas, sem a presença de outra pessoa que pudesse constrangê-las. Se não estiveram sozinhas, foram acompanhadas pelas suas parceiras, a partir de acordos e consentimento do casal.

Todas as participantes lésbicas entendiam que era de extrema importância dar visibilidade à orientação sexual durante o atendimento. Resultado semelhante de Johnson e Nemeth (2014) em pesquisa qualitativa realizada com nove mulheres lésbicas/bissexuais que residiam no sudoeste dos Estados Unidos (Arizona, Texas, Colorado e Oklahoma), em que todas afirmaram que a revelação é importante de ser feita em algum momento, ainda que para nenhuma delas tal aspecto havia sido explicitamente abordado pelos profissionais. Os achados também corroboram os dados de Bjorkman e Malterud (2009) em pesquisa qualitativa sobre experiências em saúde de mulheres lésbicas na Noruega. A diferença é que diante da escolha de intervir ativamente e informar o profissional sobre sua orientação lésbica ou passivamente passar por heterossexual, os relatos das norueguesas somaram experiências negativas e positivas. No nosso caso, houve majoritariamente relatos negativos. Além disso, reconhecer como importante a revelação a respeito da orientação sexual foi mais homogênea nos resultados de Bjorkman e Malterud (2009). Quanto às mulheres de nosso estudo, não notamos a mesma convicção entre as que apresentaram estereótipos menos femininos e que manifestavam concepções biologizantes acerca da sexualidade. Para elas, colocar-se enquanto lésbica era aconselhável ou necessário caso o profissional quisesse realizar algum procedimento ou exame em seus órgãos genitais. Entretanto, o espaço de cuidado em ginecologia não era entendido indispensável, ao localizarem as relações entre mulheres como naturalmente mais seguras. De acordo com suas percepções, a especialidade era altamente indicada para mulheres em relacionamento heterossexual, por conta de demandas contraceptivas ou quando havia maiores agravos de saúde que exigissem intervenção médica. Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos realizados no Brasil (Pinto, 2004, Barbosa e Facchini, 2009 e Rodrigues, 2011).

A ida ao ginecologista pode ser compreendida como uma afirmação de necessidades femininas, e, portanto, uma conduta para as mulheres lésbicas que se percebem como femininas, num contexto de feminilidade normativa. Para as mulheres que possuem atributos e posturas corporais masculinizadas, a consulta adquirir um significado de explicitar os trejeitos desviantes, que somado às representações de que o envolvimento lésbico não oferece riscos nem requer ações específicas com a saúde,

tornam a busca por cuidados ginecológicos especialmente complexo e difícil (Barbosa e Facchini, 2009).

Desse modo, nota-se o quanto performances e identidade de gênero atravessam o cuidado em saúde. A maneira como o cuidado é operado parece não incluir mulheres lésbicas masculinas ou menos femininas, observado, dentre outras coisas, na preponderância dos aspectos reprodutivos sobre os sexuais. Além disso, o encontro com o ginecologista é frequentemente marcado, desde os primeiros minutos de consulta, pelo pressuposto de que a paciente é heterossexual, o que acaba por favorecer a ideia de que é de fato, um espaço voltado para o cuidado somente de mulheres heterossexuais.

As mulheres com menor escolaridade ou de camadas populares também se aproximavam desta noção de que o cuidado em ginecologia é menos indicado para lésbicas. Assim, a revelação ou não da lesbianidade é questão menos debatida e considerada por elas. Refletir acerca da sexualidade permeada por valores morais e enquanto dispositivo de controle, como argumentado por Foucault (1976), enfraquece concepções essencialistas e descortina a linguagem de direitos. Localizar comportamentos em relação ao corpo e ao sexo como invariavelmente inscritos em jogos de poder mostrou-se presente entre mulheres que buscaram ativamente por coletivos feministas, independentemente de suas inserções econômicas, e naquelas com maiores níveis de escolaridade. Essas mesmas mulheres, avessas a discursos biologizantes, foram as que colocaram a questão da visibilidade lésbica como dimensão política, seja no espaço de cuidado à saúde ou para além dele. Já as mulheres que entendiam sexualidade, gênero, raça/cor como essencialmente expressões de uma condição biológica foram as que reiteraram concepções hegemônicas de sexualidade e a revelação de orientação sexual adquiriu menor relevância política; em nosso campo empírico Magda e Keyla foram exemplos destes discursos.

Magda, lésbica em performances masculinas, recordou-se de ter ido ao ginecologista uma vez quando jovem; ocasião em que se sentiu desconfortável. Há dois anos atrás, teve de realizar uma cirurgia de emergência para retirada do útero e por conta desta intervenção acumulou mais idas ao ginecologista que a soma das vezes anteriores. Ela descreveu os procedimentos e exames como extremamente desconfortáveis, ainda mais se realizados por um profissional do sexo masculino.

Keyla também não mantinha idas regulares e justificou este comportamento por compreender que não necessitava de demandas contraceptivas e seu corpo estava menos suscetível a doenças por manter relacionamentos somente com mulheres:

“Eu fui pouco ao ginecologista, só quando eu tenho problema mesmo porque eu acho um saco. Não tenho regularidade, só quando aparece alguma coisa. Pelo o que eu entendi a mulher que tem relacionamento com outra mulher se é só aquilo, eu acho que (...) a porcentagem é menor né, por causa daquele lance, se o homem se relaciona com homem, tem a penetração, com mulher, pode ficar grávida, ele pode transar com várias pessoas e te passar alguma doença. A mulher não, ela não tem como passar doença pra outra”. (Keyla, 40 anos, negra, lésbica)

“Eu nunca fui de ir em médico, nunca curti, nem para exames de rotina, aí fui para o Pronto Socorro, fiz um monte de exame, no dia seguinte estava tirando o útero, falaram que tinha um monte de mioma, de coisinhas lá. Agora estou tendo que ir pelo menos uma vez por ano no ginecologista, que eu não ia. Não gosto. Fiz um exame, ultrassom da mama, entro na sala tem um homem.

Você ficou desconfortável?

Meu Deus do céu! Pra mim é um absurdo! Mesmo que ele seja médico, foi horrível, muito desconfortável, muito, muito. Essa tal de transvaginal, nem me mande fazer, que eu não faço, de jeito nenhum! Não, não.” (Magda, 45 anos, branca, lésbica)

Para ambas, falar a respeito da orientação sexual no atendimento ginecológico esteve mais relacionado a delimitar barreiras sobre intervenções em seus corpos do que garantir atendimento pertinente a sua prática sexual.

Dentre as demais participantes, a revelação era imprescindível. Como se tratava de uma informação de natureza íntima e não normativa, geralmente ignorada pelo profissional, ficavam atentas às possíveis brechas para cexpressarem-se. Para algumas, a oportunidade se dava depois da pergunta sobre o uso de métodos contraceptivos, momento ímpar para desconstruir o pressuposto de que são heterossexuais:

“Eu falei, porque a primeira pergunta é ‘o que você faz para não ter neném?’, eu transo com mulheres, é isso que faço, digo ao médico.” (Lara, 21 anos, branca, lésbica)

Oportunidade de pontuar sobre atividade sexual quando o anticoncepcional é questionado pelo médico foi relatado por Giane e Cristina, ambas bissexuais, que revelaram somente a condição de fazer sexo com mulheres:

“Eu sempre falo quando vou. ‘Que método anticoncepcional você usa?’ Eu transo com mulheres; geralmente é assim que conto para os médicos.” (Giane, 30 anos, negra, bissexual)

“Eu falo porque a primeira coisa que eles perguntam é ‘você toma anticoncepcional?’” (Cristina, 34 anos, negra, bissexual)

Se, por um lado, elas entenderam o questionamento sobre o uso de anticoncepcional pelo médico como porta de entrada para se colocarem como lésbicas, por outro lado tal pergunta reiterou pressuposto heteronormativos, presumiu vida sexual ativa e dificultou a revelação sobre a diversidade de suas práticas sexuais. Além disso, a pergunta sobre anticoncepção, logo no início do atendimento, diz respeito à prática de medicalização do corpo feminino, como se toda mulher em idade reprodutiva estivesse recorrendo a este método. Cristina demonstrou claramente seu desagrado:

“Eu acho estúpida esta pergunta, é uma pergunta burra, burra! Primeiro, porque tomar anticoncepcional é uma merda. (...) Segundo, porque não previne de doenças nenhuma. E terceiro, onde fica quem transa com mulheres?” (Cristina, 34 anos, negra, bissexual)

Nem todas as mulheres se sentem suficientemente encorajadas para afirmar que mantêm relacionamentos lésbicos, pois não conseguem confrontar a expectativa do médico, permanecendo a conclusão equivocada de que são heterossexuais (Rodrigues, 2011, Barbosa e Facchini, 2009, Pinto, 2005 e Meinerz, 2005). Assim, questionar sobre o uso de contraceptivos antes de compreender a trajetória sexual da paciente não favorece a inclusão de mulheres que têm práticas sexuais com mulheres, tampouco propicia atendimento em saúde sensível à diversidade sexual. A simples estratégia de fazer perguntas abertas (De Oliveira, Almeida e Nogueira, 2014), em que o sexo do parceiro não seja suposto de antemão, nem o anticoncepcional questionado logo no início, poderia propiciar revelação da orientação sexual. No entanto, esta postura do profissional não apareceu no relato de nenhuma das participantes.

Ainda que algumas lésbicas consigam expor a orientação sexual pela relevância que adquiri, nossos dados mostram que nem todas o fazem. Isso evidencia que o atendimento em ginecologia deveria ter em conta o contexto de vida das mulheres e das práticas sexuais, de modo geral. Assim, argumentamos que mais do que colocar-se como lésbica ou bissexual, cabendo à mulher dar destaque à orientação sexual, o conhecimento acerca da trajetória de vida, por parte do profissional, seria excelente mudança para promoção de cuidados em saúde. Por vezes, o atendimento ginecológico não se constitui no espaço, nem na relação mais acolhedora para visibilidade lésbica e bissexual. No

entanto, certificar-se das práticas realizadas compõem uma das atribuições do médico em uma anamnese comprometida com a integralidade do cuidado.

Gostaríamos de destacar a situação relatada por duas participantes sobre resposta ao uso de contraceptivo, recebida com reprovação pelo médico, que inferiu descuido delas com a possibilidade de gravidez. Tais situações exemplificam não somente a premissa equivocada de que mantinham relações sexuais com homens, como também a reação do profissional reiterando o pressuposto da heterossexualidade, ao invés de aproveitar a ocasião para compreender a escolha do não uso. Mesmo que se tratasse de uma mulher com prática heterossexual, o não uso de anticoncepcional não deveria repercutir em represália por parte do médico, tampouco comentários insinuando negligência. A escolha de métodos de prevenção a gravidez é cabível à mulher e deve ser entendido como direito sexual e reprodutivo.

Tatiana trouxe situação emblemática: ao ser questionada, logo nos primeiros minutos da consulta sobre o contraceptivo que administrava, respondeu “nenhum”. Imediatamente, o médico interveio em tom de repreensão: “como assim você não toma nenhum? Você tem que usar!”. Tatiana destacou que ele não abriu possibilidade de escuta para que ela pudesse explicar sobre sua prática sexual e desatou a adverti-la, insistindo veementemente no uso de hormônios. A fala do médico foi substancialmente repreensiva acerca do descaso dela com a possibilidade de ficar grávida. Somente quando fez uma pausa, ela pôde dizer: “moço, deixa eu te falar uma coisa... eu não saio com homens, saio com mulheres, sou lésbica” (*sic*). A preocupação médica quanto à prescrição de anticoncepcionais para mulheres em idade reprodutiva é compreensível, no entanto, não justifica a maneira como fora tratada. Além da prescrição sem qualquer negociação, pautada no poder médico, Tatiana teve de suportar os comentários de reprimenda para depois, e somente depois, colocar-se lésbica.

Ouvir nossas participantes sobre a fatídica pergunta do anticoncepcional destaca o quanto os profissionais são treinados a seguir protocolos, compostos por itens que devem ser averiguados um a um, a despeito da mulher que têm diante de si, de suas particularidades, de pontos que fogem do roteiro e que dão singularidade àquela vida, àqueles sintomas e talvez a própria demanda de procurar o profissional. Os protocolos atravessam a relação de maneira imperiosa, estabelecendo um *check-list* com começo, meio e fim sobre aspectos exclusivamente biológicos, que não proporcionam abertura às pacientes para colocarem aspectos que o extrapolem, a menos que elas intervenham. A maneira mecânica e protocolar como os atendimentos são conduzidos, observada nas

perguntas quase idênticas “*qual anticoncepcional que você usa?*”, reproduzidas sistematicamente fora reportada por todas nossas participantes, salientando o quanto a condução dos atendimentos não condiz com a complexidade das trajetórias sexuais, tampouco mostrou-se sensível às singularidades de cada mulher.

Sem dúvida, a verificação de uso de métodos para evitar a gravidez é pertinente, em se tratando de mulheres em idade reprodutiva em contexto de atendimento ginecológico. Não estamos sugerindo o fim dos protocolos médicos. Estamos afirmando que eles deveriam ser revistos para não incorrer em uma ideia universalizante acerca do corpo feminino. A pergunta sobre anticoncepcionais seguida de reprimenda, insinuando descuido da paciente com a possibilidade de ficar grávida retrata uma postura absolutamente contrária a esperada de um atendimento humanizado, em que não somente a diversidade sexual deveria ser contemplada, mas igualmente o direito da mulher pela escolha do método contraceptivo e as negociações suscitadas neste encontro.

Compreender a resposta negativa como um deliberado não se importar com a anticoncepção ressalta a chave reprodutiva heterossexista. Como salientado por Brown et al (2014) dificilmente existe espaço para práticas sexuais não coitais e muito menos, para aquelas em que não há um macho no imaginário relacional.

Naira nos trouxe outro exemplo: em determinado momento da consulta, fora interrogada se estava tendo relações sexuais, ao que respondeu que não, pois deduziu que a pergunta se referia à prática com homens. A médica, então, deu continuidade com a orientação de uso de anticoncepcional:

“Ela disse que prescreveria para eu não engravidar. Eu disse que não gostava, que não ia tomar, porque achava muito hormônio. Ela respondeu brava: ‘você quer engravidar? Não, né? Então, você vai tomar. Ou quando voltar com filho na barriga, a gente vê o que faz.’ Ela ficou me obrigando. Brigando comigo porque eu não queria o anticoncepcional” (Naira, 19 anos, branca, lésbica).

Novamente, o diálogo com a médica foi precário quanto a confusão e falta de conhecimento para se referir ao gênero do parceiro e na negociação de prescrição de medicamento, na qual a paciente não foi considerada como sujeito de direito. A ameaça contida nas palavras “*você vai tomar ou quando voltar com filho na barriga, a gente vê o que faz*” exemplifica a relação hierárquica e verticalizada que compõem alguns atendimentos médicos. Mais uma vez, compreendemos o quão importante é orientar jovens, em idades próximas a de Naira a respeito de métodos contraceptivos. No entanto,

essa maneira de conduzir o encontro exemplifica o poder médico e não constrói abertura à mulher para refletir, escolher e decidir sobre seu corpo.

Para outras participantes, o momento para se colocar como lésbica durante a consulta foi diante da recomendação de realizar o exame papanicolau. Como há introdução de instrumento na vagina, as mulheres, quando são orientadas a este exame, se sentem pressionadas a esclarecer que nunca tiveram relação sexual com homens e aí, colocam-se como lésbicas. Foi o caso de Alana e Keyla:

“Foi quando ela [médica] falou ‘vamos fazer o papa’ e aí eu já falava ‘mas eu me relaciono com mulheres e tal’ e aí foi nesse sentido que acabava surgindo o assunto.” (Alana, 22 anos, negra, lésbica)

“Tipo assim, eu poderia mentir. Porque ela pede exames, aí ela vai ver lá que, de repente, não tenho uma... não tive uma penetração ou não tem alguma coisa. Eu acho que dá pra sacar, dá pra sacar. Então é melhor falar antes do exame.” (Keyla, 40 anos, negra, lésbica)

Assim, a possibilidade de colocar-se como lésbica esteve diretamente relacionada a abertura proporcionada pelo profissional e a leitura ativa que a paciente fez daquele encontro em busca de brechas para revelar a orientação sexual, percebidas principalmente em dois momentos: nos questionamentos sobre anticoncepcional e na orientação de realizar o papanicolau. Nos resultados apresentados por Brown et al. (2014) acerca da atenção ginecológica à lésbicas e mulheres bissexuais na Argentina, para as 18 participantes do estudo a revelação da orientação sexual dependeu do que o profissional transmitia, quão visibilidade a mulher havia construído ou vinha construindo, como chegou ao profissional ou suas ligações com outros espaços sociais, como trabalho e família. Em nosso trabalho, encontramos condições semelhantes relacionadas tanto quanto à visibilidade lésbica, quanto a qualidade da relação estabelecida com o médico.

Mesmo que nossas participantes tenham sido unânimes quanto a necessidade de dizer sobre suas condições de fazer sexo com outras mulheres – algumas de maneira menos convicta – todas reiteraram que o contexto de atendimento na área da ginecologia não se constitui acolhedor para compartilhar esta informação. As principais dificuldades apontadas foram pouca abertura do profissional, relação distante, verticalizada e não afetiva entre médico-paciente (exemplificada nos relatos de Any e Manuela). Resultado semelhante apontado por Brown et al. (2014), na qual a visibilidade/invisibilidade em contexto de consulta ginecológica perpassa invariavelmente pela autoridade e desigualdade entre equipe médica e paciente; algo complicado mesmo no caso das mulheres que incorporam a norma heterossexual.

Não notamos diferenças nos relatos das participantes quanto a ser médico particular ou de serviços públicos. Com exceção a duas queixas a respeito dos atendimentos da rede pública: troca frequente dos profissionais, com quem já estavam vinculadas e às vezes, a longa espera para conseguir uma consulta:

“Nem sempre é fácil falar para o médico, quando mudou foi mais difícil. Eu gostava do outro, porque eu já passava há muito tempo, eu frequentava aquele posto há anos. Ele fazia a gente ficar à vontade. Agora esse outro que chegou...quando passei pela primeira vez, quase não falei [que era lésbica]. Foi muito difícil.” (Tatiana, 27 anos, parda, lésbica)

No entanto, as dificuldades relatadas no encontro com o profissional particular e da rede pública foram qualitativamente muito semelhantes. Chamou-nos atenção que mesmo as participantes que buscavam por atendimento privado, na qual a escolha de quem as atendia e do vínculo potencial a ser estabelecido era importante, também encontraram dificuldades para abordar acerca de suas sexualidades. Tais resultados apontam que ainda que haja a busca por atendimentos que dialoguem com o pertencimento de classe, no contexto de um acesso privado à medicina, a sexualidade é uma barreira ao estabelecimento do cuidado e do vínculo.

Assim, as circunstâncias para abordar orientação sexual não são favoráveis em decorrência, principalmente, dos pressupostos heterossexuais e da pouca abertura/escuta do profissional. Para todas as participantes desse estudo, a pergunta sobre uso de anticoncepcional logo nos primeiros momentos da consulta foi desagradável, heterossexista e prejudicou, logo de início, a emergência de outras práticas, o que acabou por dificultar ou ser entrave para a revelação no desenrolar daquele encontro.

Apesar da preponderância de dificuldades para se abordar a orientação sexual, houve relatos de situações menos constrangedoras e até avaliadas positivamente. Foi o caso Tatiana, Keyla e Nayara, que tiveram em comum o fato de conseguirem estabelecer boa relação com o profissional, no sentido de sentirem-se acolhidas e especialmente respeitadas diante da revelação. Tatiana engendrou bom vínculo com o antigo ginecologista do posto de saúde que utilizava e lastimava que ele havia saído para atuar em outro local. Keyla, também usuária exclusiva de serviços públicos reportava que “sempre havia sido tratada super bem” (*sic*) e Nayara, havia tido a oportunidade de passar por uma médica particular de um coletivo feminista que buscou por iniciativa própria, em busca de atendimento sensível a sua condição.

Duas participantes, Karen e Danila, relataram experiências positivas na revelação da orientação sexual e no recebimento de orientações pertinentes quando buscaram por serviços gratuitos oferecidos em eventos ou feiras de aconselhamento relacionados a IST e população LGBT:

“Quando eu estava com a Janaína, a gente ia, tinha uns trailers, a gente ia, a gente foi junto para fazer o exame de aids. Aí a gente foi e conversou, ela falou que mesmo que a gente seja lésbica, tem que se cuidar, ela falou de uma camisinha para os dedos, que era uma forma de se cuidar, um machucado, um machucado na boca, pode acarretar alguma coisa, aí depois eu procurei saber mais disso, não indo no médico, de eu ir pesquisando mesmo. Foi bacana esse dia.” (Karen, 26 anos, branca, lésbica)

“Cheguei a fazer exame no CTA, quando eu estava com a minha ex-namorada, aqueles que dão exame gratuito sobre hepatite e HIV. A mulher tratou natural, ela falou assim, que se ela [ex-namorada] já tinha se relacionado com homem, ela tinha que fazer exame também. Então sei lá, mas ela pareceu agir com naturalidade quando eu falei que namorava uma mulher. Foi bom o jeito que ela falou comigo.” (Danila, 35 anos, negra, lésbica)

A possibilidade de abordar sobre a orientação sexual pareceu-nos mais factível entre lésbicas que entre mulheres bissexuais, cuja visibilidade é mais precária e deficiente ainda. A revelação esteve intrinsicamente relacionada à qualidade da relação estabelecida com o profissional de saúde e também das condições da própria paciente para lidar com a exposição de não corresponder a norma heterossexual. Mulheres que se distanciavam dos estereótipos de feminilidade, de acordo com os padrões normativos de gênero construídos socialmente, compreendiam o espaço de ginecologia menos indicados para si e, portanto, a questão da revelação adquiriu contorno menos relevante. Mulheres cujas concepções acerca da sexualidade estiveram pautadas em explicações essencialistas, mais frequentes nas de menor escolaridade, a possibilidade de revelar a orientação sexual também assumiu menor magnitude, uma vez que o espaço da consulta era para averiguação do funcionamento dos órgãos biológicos, em detrimento de quais práticas sexuais tiveram. As mulheres cujo o discurso esteve assentado nos aspectos culturais enquanto produtores de realidades, localizaram a consulta médica e a própria questão da lesbianidade/bissexualidade atravessados por estigmas socialmente construídos e colocaram a revelação como necessária, inclusive como atitude política.

A reação do profissional diante de uma paciente não heterossexual

A descrição da reação do profissional foi diferente entre as histórias das participantes¹⁶. Duas, Magda e Keyla não identificaram algo de negativo ou desfavorável por parte do profissional. As demais observaram reações neutras à importunas, que incluíam desde o médico ficar sem graça, não saber como conduzir a consulta até comentários preconceituosos e deslegitimação do sexo lésbico. Exemplos da reação do profissional são relatados a seguir:

“Ao dar a notícia de que sou lésbica, só falta cair da cadeira. Você percebe que ele perde completamente a compostura”. (Lara, 21 anos, branca, lésbica)

“Da última vez que fui, a reação foi de boa, dessa vez. Mas normalmente eles não falam nada, rola um silêncio constrangedor”. (Giane, 30 anos, negra, bissexual)

“Eu acho super importante se colocar como lésbica e já vi de tudo... Já vi os caras ficarem perturbadinhos! Não só os médicos, mas principalmente médicos. É muito comum a pessoa ficar sem saber o que fazer”. (Lia, 68 anos, branca, lésbica)

“A reação de alguns é tranquila, outros ficam meio desconfortáveis. Teve um que me disse ‘você sabe que o clitóris é um pênis subdesenvolvido, né?’ Ridículo ele falar isso numa consulta. Se formos colocar nesses termos, um pênis é uma vagina mal desenvolvido”. (Cristina, 34 anos, negra, bissexual)

Cristina ficou incomodada com o comentário do médico e o entendeu como uma depreciação do órgão sexual da mulher sem contexto e sem cabimento. Além disso, a tentativa de exaltar o pênis como potente foi para ela uma provocação diretamente relacionada ao fato de ter exposto que tinha relações sexuais com outras mulheres, imediatamente antes desta fala. Comentários que expressam opiniões pessoais, como na situação de Cristina, prejudicam a qualidade do atendimento e comprometem a confiança da relação médico-paciente, ainda que possam ter sido expressos sem a noção de como eles poderiam interferir (De Oliveira, Almeida e Nogueira, 2014).

¹⁶ Lembrando que, duas participantes, Manuela e Any, por não revelar condição de fazer sexo com homens e mulheres, foram compreendidas como heterossexuais. Naira, Carol e Thalita experienciaram situações singulares quanto ao atendimento ginecológico e, portanto, não revelaram a condição de serem lésbicas.

Considerando o histórico de idas ao ginecologista, as participantes acumulavam mais relatos negativos que positivos. Na melhor das hipóteses, verbalizaram que a revelação de ser lésbica – lembrando que nenhuma participante se nomeou bissexual – foi neutra, no sentido de não notarem atitudes de discriminação, no entanto, sem maiores repercussões no desenrolar do atendimento.

Uma única participante, Lara, referiu que em uma das consultas, o médico deixou de pedir exames – o de prevenção de câncer de colo de útero – que ela entendia ser pertinente. O motivo atribuído, por Lara, foi o fato de ter falado sobre sua condição de ser lésbica, fazendo com que condutas utilizadas para pacientes heterossexuais fossem revistas se necessárias para ela. Interrogamos se tinha sido possível indagar o porquê de ele não pedir o exame, mas Lara foi enfática em dizer que sentiu grande dificuldade em questionar a conduta do médico em razão da relação hierárquica e da falta de abertura para o diálogo.

Ser atendida mais rápido após a revelação foi verbalizado por Karen:

“Quando você chega e fala “sou lésbica”, aí pode começar o preconceito, como aconteceu com ele, quando eu cheguei ele estava normal, quando eu falei, ele [médico] começou a acelerar a consulta.”
(Karen, 26 anos, branca, lésbica)

Deixar de pedir exames que elas consideravam pertinente e passar a atendê-las mais rapidamente foram percepções apontadas na pesquisa realizada por Barbosa e Facchini (2009) na cidade de São Paulo.

Um grande número de relatos sobre a reação dos profissionais na Noruega (Bjorkman e Malterud, 2009), país com o maior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)¹⁷, descrevia consultas em que o médico era percebido pela participante como desconfortável ou preconceituoso. Alguns médicos se tornaram brutais durante a realização de exames; poucos se tornaram atenciosos ou abertamente condescendente após a revelação da orientação lésbica. Na pesquisa de Johnson e Nemeth (2014), o principal ponto levantado pelas participantes foi a não repercussão da revelação no atendimento e a demonstração da falta de conhecimento dos profissionais. Dados

¹⁷ O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é uma unidade de medida utilizada para aferir o grau de desenvolvimento de uma determinada sociedade nos quesitos de educação, saúde e renda. Conforme relatório divulgado em 2010 pela Organização das Nações Unidas (ONU), essa a Noruega detém o maior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do mundo: 0,938. Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/geografia/noruega.htm>. Acesso em 07/11/2018.

semelhantes aos nossos, com a diferença que em ambos estudos, também se averiguaram relatos positivos, ainda que não tenham sido a maioria.

Para duas participantes, a reação do profissional foi de deslegitimação de suas práticas, como se não tivessem vida sexual ativa. A primeira situação fora narrada por Alana. Já tinha tido experiência desagradável quando atendida pela ginecologista da UBS próximo da casa de seus pais, em Francisco Morato, por demanda de ovário policístico, há cerca de cinco anos atrás. Nesta ocasião, Alana pontuou que era lésbica e notou que o médico registrou “virgem” em sua ficha. Ficou incomodada com tal anotação, uma vez tinha práticas sexuais e não se reconhecia como virgem. No entanto, apesar do desgosto gerado, não conseguiu fazer nenhuma colocação direta ao médico sobre este incômodo, nem pontuar o equívoco. Não compareceu ao retorno, abandonou o tratamento e permaneceu anos sem buscar por tais cuidados.

Ao mudar-se para São Paulo, animou-se para retomar os cuidados ginecológicos, agora em outro território e com outro médico. Marcou uma consulta e compareceu. O primeiro encontro ocorreu sem problemas; porém, na segunda vez, situação semelhante se desenrolou: fora nomeada “meio virgem” pela profissional, quando ela relia rapidamente as anotações do atendimento anterior e lembrou que a paciente a sua frente nunca tivera relação sexual com homem. Alana sentiu-se novamente desrespeitada, uma vez que a relação sexual com mulheres não foi considerada “sexo”:

“Ela tratou como se fosse brincadeira, mais ou menos virgem, ‘ah você é meio virgem, pela metade’, disse a médica tirando sarro. Eu fiquei super séria e ela não percebeu. Aí não sei se consigo passar com ela de novo.

Antes deste episódio, você chegou a pontuar que era lésbica para o médico?

Sim, então, eu falei com o médico em Morato, ele anotou na ficha que eu era virgem, mesmo eu falando que transava com mulher. (...) E agora, quando eu abri de novo com a médica, aconteceu isso. Foram as duas vezes que eu falei, as duas vezes me trataram como virgem.”
(Alana, 22 anos, negra, lésbica)

Comentários em tom de brincadeira sobre o que fora compartilhado com o médico podem interferir na qualidade do atendimento e prejudicar significativamente a confiança que seria estabelecida com o profissional. A expressão de opiniões pessoais durante a consulta, como falas preconceituosas ou chacotas foi apontada como importante entrave no atendimento ginecológico em estudo conduzido por De Oliveira, Almeida e Nogueira (2014). Os pareceres discriminatórios dos profissionais de saúde revelam uma falta de sensibilização sobre o impacto que tais comentários têm.

Experiência semelhante fora vivenciada por Karen, que não apresentava histórico de idas frequentes ao médico ginecologista devido às dificuldades que encontrou, ora para revelação da lesbianidade, ora na falta de abertura/espço para expor suas demandas relacionadas ao uso de contraceptivos. Karen estava receosa se poderia se submeter ao exame, pois havia tido uma única relação sexual com homem, há anos atrás. Tinha dúvida se estava apta à coleta do papanicolau devido à introdução de aparelho na vagina. Motivada pela recomendação de amigas para expor ao médico que era lésbica, e assim compartilhar a dúvida e pedir esclarecimento, Karen compareceu a consulta agendada na UBS próxima de sua casa. Durante o atendimento, ele perguntou a ela se tinha vida sexual ativa, ao que respondeu:

“eu disse ‘tenho’, e falei que era com mulher, ele disse ‘não, quero saber com homem!’ O que? Como assim? Eu cheguei a falar ‘vida sexual ativa é só com homem?’ Ele já me olhou... era um senhor, do jeito que ele me olhou, já entendi que sexo, para ele, é só com homem.” (Karen, 26 anos, branca, lésbica)

Em ambos os casos percebemos que há deslegitimação das relações sexuais entre mulheres, colocando o sexo com parceiros homens, *e somente com parceiros homens*, a referência de atividade sexual. O descaso quanto às relações eróticas entre mulheres expressa o estereótipo falocêntrico que liga atividade sexual à penetração do pênis, disseminando a equivocada ideia de que lésbicas/bissexuais não fazem sexo. As relações eróticas entre mulheres tornam-se impensáveis ou desprezíveis em uma cultura misógina que transforma a sexualidade feminina em instrumento do desejo masculino. A pornografia heterossexual ilustra com perspicácia os jogos falocêntricos: mulheres são sistematicamente representadas para excitar o homem, e mesmo que elas simulem prazer, o desfecho do espetáculo é protagonizado pela penetração e pela ejaculação do homem (Borillo, 2010). Raras cenas de pornografia valorizam e destacam o gozo feminino, ainda que tenham surgido conteúdos pornográficos feministas, a exemplo de Mayara Medeiros no Brasil. Na cultura brasileira, a misoginia e o machismo invadem a área da saúde: a deslegitimação e invalidação das práticas sexuais entre mulheres não poderia ser melhor exemplo.

Pode não ser aconselhável a realização de certos procedimentos e exames em mulheres que nunca tiveram práticas penetrativas, no entanto, tal averiguação é diferente de afirmar que são virgens ou de reconhecer por atividade sexual somente o sexo com homens. Vale ressaltar que a penetração pode compor a prática sexual de lésbicas, por vezes de maneira intensa e frequente, a partir da utilização dos dedos ou mesmo de objetos

sexuais, como dildos. Assim, se o médico investigava a prática penetrativa para avaliar a pertinência do exame papanicolau, o modo como conduziu o diálogo foi precário e desconsiderou a atividade sexual de Karen. O que se descortina nesses exemplos é o desconhecimento acerca das práticas sexuais que elas realizam e a expressão de comentários discriminatórios, que levam à deslegitimação do sexo entre mulheres, comprometendo o vínculo e a possibilidade para abordar outras questões/preocupações. Se o cuidado é desenhado a partir de uma cultura heterossexual reprodutiva, o cuidado sexual para mulheres que fazem sexo com mulheres fica invisível e sem sentido.

Luiza e Nayara não se recordaram de reações homofóbicas ou de alteração no modo de condução do atendimento após a revelação de suas práticas sexuais. Porém, compartilharam da percepção de que frequentemente, a revelação era seguida de silêncio constrangedor, como se o profissional não soubesse o que fazer diante daquela informação. Para Luiza, o não saber estaria intrinsicamente relacionado com o que apontamos acima, o médico não era formado para atender mulheres cuja prática não fosse a heterossexual. Para Nayara, a não reação do médico também reiterava o “não saber”, uma vez que o esperado por ele seria atender mulheres cuja prática sexual seja somente com homens:

“O fato do cara não ter tido reação quando eu falei que era lésbica me incomodou muito. Porque assim, isso faz uma diferença muito grande nas suas práticas sexuais, você sendo hetero e você sendo lésbica, entendeu? Eu estava numa consulta ginecológica, o fato de o cara não ter perguntado nada, não ter falado nada sobre isso, me incomodou muito! Porque a gente sabe que tem diferença [entre práticas heterossexuais e lésbicas], o cara não sabe o que fazer porque encara toda a mulher que vai lá como hetero! Isso é muito desconfortável.”
(Nayara, 19 anos, branca, lésbica)

A forma como o cuidado foi conduzido não ofereceu legitimidade à prática sexual entre mulheres. Dados sobre os discursos médicos acerca da saúde de mulheres lésbicas e bissexuais foram divulgados em estudo qualitativo conduzido em Portugal, a partir de entrevistas com 16 médicos ginecologistas obstetras. Todos os entrevistados atuavam na região metropolitana de Lisboa e tinham entre 27 e 51 anos de idade (idade média de 42). De fato, todos afirmaram que não receberam nenhuma formação sobre questões de pessoas LB e não poderiam recordá-lo como conteúdo dos currículos durante cursos de medicina e da residência em Ginecologia, incluindo estágios de prática (De Oliveira, Almeida e Nogueira, 2014). A maioria dos participantes teve experiências com as

mulheres divulgando orientações não-heterossexuais, mas apenas alguns tiveram o conhecimento e habilidades para adaptar suas rotinas de entrevista usual para este grupo específico, sem estabelecer clima de desconforto à paciente (De Oliveira, Almeida e Nogueira, 2014). O conhecimento médico sobre as mulheres lésbicas e bissexuais deveria incluir questões de saúde ginecológica e sexual, mas sobretudo os efeitos da marginalização e da discriminação na saúde, no bem-estar e na identidade (Bjorkman e Malterud, 2009).

Se houve avanços na visibilidade lésbica, quanto à pluralidade de espaços de sociabilidade e de coletivos que abarquem a saúde de lésbicas e mulheres bissexuais, o modo como o cuidado em ginecologia vem sendo operado parece permanecer sem modificações em relação às décadas anteriores. Lia traz esta percepção em seus relatos, quando vai a consulta ginecológica e pontua sua condição de fazer sexo com mulheres, “eles não sabem como agir, isso é claro. Ficam constrangidos” (*sic*), reforçando que se trata da mesma sensação de anos atrás, quando a visibilidade lésbica era menor.

Keyla e Magda não notaram reação negativa, a consulta seguiu costumeiramente, o que para elas era justificável, pois o médico possuía informação de que havia pacientes lésbicas e não consistia em razão para causar alterações no atendimento. Elas também não acreditavam que expor acerca da orientação sexual deveria, necessariamente, repercutir no recebimento de orientações pertinentes a sua prática sexual. Essas participantes, compartilhavam, dentre as que entrevistamos, menor nível de escolaridade e reiteravam perspectivas hegemônicas quanto a gênero, sexualidade e raça/cor durante nossa conversa. Para elas, dimensão como ‘ser mulher’ era determinada por fatores biológicos e estes eram, em última instância, o foco dos médicos, cujo comprometimento seria a averiguação do funcionamento dos órgãos. Também foram as que mantiveram poucas idas e sem regularidade nesta especialidade médica; Magda por entender que não reunia cuidados pertinentes a si, e a Keyla, evitava ir às consultas, buscando somente quando realmente necessário, sem manter a frequência recomendada. Outra similaridade foi que ambas não tinham tido relações sexuais com homens. Assim, tal qual o abordar acerca da orientação sexual não foi relevante, a menos para sinalizar ou barrar intervenções em seus corpos, a reação do médico não pareceu ser significativa ou merecedora de destaque em suas falas.

Uma única participante, Nayara, teve experiência positiva com médica ginecologista, desde a revelação, reação da profissional até possibilidade de discorrer sobre diversos aspectos que considerava importante abordar na consulta. Por iniciativa

própria, buscou uma médica que atuava em coletivo feminista, após indicação de outras mulheres que haviam sido atendidas. A descrição do atendimento apontou diferenças significativas de um atendimento convencional em diversos aspectos, desde a maneira como o consultório era apresentado (com duas poltronas, para paciente e médica, dispostas uma de frente à outra, com objetos neutros de decoração, lembrando uma sala de estar) até a postura da médica, que colocou-se inteiramente disponível para compreender a trajetória sexual de Nayara, concedendo uma hora para realização da anamnese nesta primeira parte da consulta:

“Todas [consultas] que eu ia, consultório branco, o cara lá dentro do consultório dele, a secretária vinha e te chamava para dentro do consultório, uma coisa super formal, o cara lá e você aqui. Lá, é assim, você chega (...), a própria médica que me chamou, ela falou senta aí, tinha uma poltrona, uma poltrona de frente para outra, ela sentou de frente para mim e falou e aí? Aí eu comecei a falar várias coisas, falei de todas as consultas que eu tinha ido, de todo meu histórico, falei que sou lésbica, que tinha uma namorada, que já tive um namorado, enfim... e tudo isso num ambiente super confortável, super acolhedor, ela não se colocava numa postura distante de mim.” (Nayara, 19 anos, branca, lésbica)

O ambiente do consultório, sem mesa distanciando médica de paciente e a postura da profissional, disponível a ouvir a trajetória e as demandas que levaram Nayara a ela proporcionaram maior conforto e assim, possibilidade de uma interação acolhedora. O diálogo não começara com a pergunta “qual método contraceptivo você usa?”, ao contrário, a primeira solicitação da médica foi para contar sobre si, incluindo os parceiros sexuais e eventuais problemas de saúde que poderia ter tido. Outra diferença notória foi quanto ao momento de realização de exames, em que fora ofertada a possibilidade de a própria paciente introduzir o aparelho utilizado no papanicolau. Assim, Nayara afirmou categoricamente que não houve semelhança entre esta experiência e uma consulta convencional, na qual frequentemente encontra dificuldades na interação com o médico desde a revelação da orientação sexual, até para abordagem de outras questões, como IST.

Para todas nossas participantes, incluindo as bissexuais, houve percepção indubitável de que os profissionais da saúde, sejam médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, etc., não souberam lidar com elas porque desconheciam ou conheciam superficialmente sobre o sexo lésbico, sobre as práticas sexuais que elas realizavam e a quais doenças estavam mais suscetíveis.

Para nós, o desconhecimento apontado pelas mulheres diz respeito à lacuna na formação médica com relação à diversidade sexual, uma vez que não há discussões que abarquem outras práticas, além das heterossexuais. Orientação sexual não normativa produz opressões em contexto de atendimento ginecológico na medida em que, a sexualidade de lésbicas e mulheres bissexuais é menos reconhecida, por vezes até invalidada. Ademais, o conhecimento e a prática médica se mostram limitados quando não se inclui questões das ciências sociais na formação dos alunos. Como bem ressaltado por Verdonk et al. (2009) as questões de gênero na saúde e na doença são frequentemente interdisciplinares e, portanto, a estrutura reducionista biomédica é insuficiente para entender essas questões.

Quando nos debruçamos nos relatos a partir da referência de raça/cor, não notamos diferenças nos relatos das mulheres negras em relação às brancas; o que parece interferir na percepção da consulta ginecológica é a apropriação de discursos biologizantes ou essencialistas acerca da sexualidade. Para as participantes cujas suas concepções se assentaram nestas perspectivas, observadas entre as de menor escolaridade, notamos que as questões que emergem da relação com o profissional de saúde adquirem menor relevância. Revelar orientação sexual visando o recebimento de informações pertinentes a sua prática foram menos significativos em suas falas, até mesmo porque o cuidado ginecológico não é indispensável segundo elas.

Compreender o atendimento médico atravessado por questões de gênero e poder, e posicionar-se diante desta percepção, esteve presente nas participantes de maior nível econômico e de escolaridade, e naquelas que se inseriram em redes sociais, cujos temas como feminismo e diversidade sexual eram abordados. Discussões proporcionadas pelo circuito universitário, presentes nas trajetórias de Alana e Lara por exemplo, descortinaram reflexões importantes a elas, que reverberam nas leituras do mundo e de si. Acesso à informação parece também operar como propulsor de debates críticos, a partir de perspectivas desconstrucionistas e, dessa forma, possibilita maior reconhecimento de seus direitos. Para Alana, ser nomeada “meio virgem” pela médica em tom de deboche foi expressão de deslegitimação de sua vida sexual e remontou à valores heteronormativos.

Para as participantes (com ou sem nível superior) que se aproximaram de grupos e redes sociais cuja temática do feminismo, do racismo e da diversidade sexual são pontos centrais, a percepção acerca da consulta ginecológica também foi permeada pelos marcadores sociais de maneira mais expressiva, ainda que algumas pertencessem a

classes menos abastadas. Karen, por exemplo, reconheceu que deixou de ir com regularidade ao ginecologista pela maneira como fora tratada quando expôs vida sexual ativa com mulheres. Apesar de se responsabilizar pela escolha de não comparecer mais às consultas, ela avaliou seu desinteresse pela invisibilidade experienciada, que interferiu fortemente na decisão de prescindir do cuidado. Ainda que não tenha utilizado termos “heteronormatividade” ou “invisibilidade lésbica”, foi possível notar, durante nossa conversa, incômodos em Karen que diziam respeito ao não reconhecimento de sua orientação sexual que deveria ter sido considerada no atendimento médico:

“Ele [o médico] não me deixou a vontade. Eu também fui errada porque eu não fui de novo, me bloqueou e eu não voltei, isso foi um erro meu. Mas veja, talvez se tivesse um espaço melhor, talvez se ele não estivesse com tanta pressa, se tivesse outra cabeça, outra formação para me ouvir e me respeitar (...). A forma que ele me tratou foi... não sei explicar, muito ruim.” (Karen, 26 anos, branca, lésbica)

Para as mulheres que conseguiram expor sua condição de fazer sexo com outras mulheres, incluindo as bissexuais, a reação do profissional (ficar sem graça, não solicitar exames, não reconhecer o sexo entre lésbicas como atividade sexual) denotou que a revelação pode ser seguida de não acolhimento e até hostilidade por parte do profissional, o que reforça os pressupostos heteronormativos nos quais a prática médica está assentada. Por um lado, reconhecemos que se colocar como lésbica ou bissexual em um atendimento ginecológico é uma maneira de promover visibilidade e propiciar que os profissionais se sensibilizem a temática. Por outro, a revelação exige exposição por parte da paciente em contexto pouco acolhedor. Assim, se a orientação sexual pode não ser fisiologicamente relevante para situações de saúde, a qualidade da consulta envolve falar sobre relacionamentos e parceiros/parceiras. Desinformação, pressupostos e comentários preconceituosos foram percebidos pelas pacientes na reação dos profissionais que podem abalar a confiança e comprometer o cuidado integral e humanizado.

Além da reação, outro momento importante e por vezes ansiogênico à algumas mulheres, foi a realização do exame papanicolau e as negociações com o médico.

Percepções sobre as experiências com exames e orientações pertinentes à vida sexual

Outras dificuldades que permearam a relação com médico foram a realização do exame papanicolau e o recebimento de orientações. As participantes destacaram que as

informações fornecidas pelos profissionais em contexto de atendimento em saúde não costumavam considerar suas práticas sexuais, eram confusas e não pertinentes a elas. A consulta ginecológica, não raro, se desenrolava com o profissional fornecendo orientações pouco plausíveis e instruções inócuas, mesmo a paciente tendo exposto a orientação sexual. Para complexificar a efetividade do cuidado, nossas participantes não se sentiram confortáveis para pedir esclarecimentos quando os termos utilizados pelo profissional não foram precisos, permanecendo a sensação de um encontro desnecessário e dispensável.

O estudo já citado da Noruega mostrou que o recebimento de informações médicas voltadas para atividades heterossexuais, prescrições de contraceptivos e até realização de testes de gravidez, mesmo depois de revelar uma orientação lésbica de longa data, foram algumas das condutas médicas na Noruega com mulheres lésbicas (Bjorkman e Malterud, 2009). Em nossos achados, como em outros estudos brasileiros, evidenciamos que mesmo que as mulheres revelassem a condição de fazer sexo com outras mulheres, mediante exposição e enfrentamento dos pressupostos da heterossexualidade, ainda assim, não era garantido o recebimento de informações pertinentes a sua sexualidade (Rodrigues, 2011, Barbosa e Facchini, 2009, Pinto, 2005).

Do ponto de vista das políticas de saúde este ponto é crucial, pois ainda que a mulher esteja atenta às possíveis aberturas para expor a sua orientação sexual, o encontro parece continuar operando em uma lógica que desvalida e desconsidera sua sexualidade. A PNAISM (Brasil, 2003) reconhece que o atendimento na área da ginecologia pode ser dificultado a partir do pressuposto de que a vida sexual de uma mulher é regida pela heterossexualidade. Nossos achados mostram o quanto a compreensão sobre diferentes práticas e orientações sexuais é precária, permanecendo o equívoco da heterossexualidade compulsória, que afasta sujeitos que nela não se encaixam, infringindo seus direitos. A presunção de heterossexualidade opera indiretamente na exclusão do sistema de saúde porque invisibiliza práticas sexuais predominantemente realizada por mulheres não heterossexuais, bem como inibe, no mesmo movimento, a produção e circulação de informações sobre este tema (Brown, 2014).

Todas as participantes apontaram o exame de prevenção de câncer de colo de útero como indiscutivelmente desconfortável. Porém, algumas entendiam como um procedimento de cuidado necessário e, portanto, realizavam-no. Para as bissexuais ou as que já tiveram relações sexuais com homens a realização deste exame era menos aversiva, pela familiaridade que tinham (ou tiveram em algum momento) com a prática da

penetração. Para algumas lésbicas e as que nunca tiveram relações sexuais com homens, o exame tomava contornos mais preocupantes, especialmente quanto a pertinência e real necessidade de concretizá-lo. Magda e Keyla foram exemplos de mulheres que compreendiam a atividade sexual com mulheres mais segura se comparada com a de heterossexuais, por isso, a realização do papanicolau tinha menor importância (o exame era indicado para quem mantinha prática sexual com homens). Achados semelhantes foram encontrados em outros estudos (Barbosa e Facchini, 2009; Pinto, 2004; Fish, 2009 e Tracy, Lydecker & Ireland, 2010), salientando que lésbicas podem prescindir de certos cuidados.

A dificuldade principal quanto ao exame residiu em perguntar ao profissional se deveriam ser submetidas ao papanicolau e em conversar sobre o medo de sentirem dor ou qualquer outro incômodo. Para todas elas, tratava-se de procedimento invasivo, potencialmente desconfortável e de difícil negociação na consulta. Não obstante, nenhuma delas verbalizou recusa em realizá-lo. As bissexuais que expressaram possibilidade de relacionamentos com homens e mulheres, Any e Manuela, realizaram o exame de maneira mais regular. Lembrando-se que no histórico de atendimentos ginecológicos, ambas foram compreendidas como heterossexuais, e assim, as consultas perpassavam pela questão da contracepção.

A relação entre familiaridade com práticas penetrativas e indicação de coleta do papanicolau fez que com este exame estivesse atrelado a mulheres heterossexuais de maneira direta; reforçando dúvidas se lésbicas teriam indicação clínica para submeter-se a ele. Dúvida, vale ressaltar, não somente das próprias mulheres, como também dos profissionais. Conforme nos verbalizou Cristina que foi orientada por um médico sobre a não necessidade de realizá-lo por conta de sua orientação sexual.

As demais participantes apresentaram menor frequência para o papanicolau; os motivos atribuídos foram basicamente falta de tempo, devido a extensa carga de trabalho e/ou estudos, e dificuldades intrínsecas à consulta, como a possibilidade de diálogo com o médico sobre este exame. Para as mulheres que apresentavam performances masculinas, a irregularidade para o papanicolau foi mais acentuada ainda. Nossos resultados reforçam que uma das causas mais citadas pelas quais as mulheres lésbicas não aderem aos serviços de ginecologia estão ligadas a estigma e discriminação (Galarreta, 2005, Brown, 2014).

A exceção quanto à realização do papanicolau foi o caso de Magda, depois de compreender que havia introdução de um instrumento na vagina, contou-nos

categoricamente que não se submeteu mais ao procedimento. Inclusive, para ela, a indicação de realizar o papanicolau foi um dos fortes motivos para que deixasse de buscar cuidados ginecológicos, já que nunca mostrou ser procedimento negociável:

“Eu fiz [exame papanicolau] uma vez na vida, achei absurdo, que situação horrível aquela! Fiz lá trás, e nunca mais fiz na vida, acho que fugia de ginecologista justamente por causa desse exame, nunca gostei. Quer tirar sangue, tira, quer colocar aparelho na garganta coloca, mas não lá embaixo, não mexe não... (...) É uma situação muito horrível, eu não me sinto confortável em fazer, então eu prefiro não fazer. Então a saúde passava...” (Magda, 45 anos, branca, lésbica)

A não possibilidade de abordar os receios e os desconfortos envolvidos na realização do papanicolau, levou Magda a se afastar das consultas ginecológicas, permanecendo mais de vinte anos sem o cuidado desta especialidade. A falta de abertura para negociar alternativas com o profissional traduz com vivacidade a precariedade da prática médica em acolher necessidades, limites e condições de algumas mulheres. Ser penetrada remete aos papéis de ativo e passivo, masculino e feminino respectivamente, inegavelmente presentes no sexo, enquanto prática, e na sexualidade, como expressões de identidade atrelados a gênero (Alves e Pitanguy, 2007). Para Magda, lésbica que mantinha performance masculina, a realização do papanicolau esbarrava em limites relacionados à identidade de gênero e à forma como vivenciava sua sexualidade. A introdução de um instrumento na vagina para mulheres cuja identificação não é com os padrões normativos de feminilidade pode adquirir sentido de grande aversão ou até violência. A assumpção de que mulheres devem ter seus corpos manipulados, reitera a medicalização do corpo feminino (Rohden, 2001). De certa forma, lésbicas masculinas vão contra a esta lógica ao negarem a maneira como a mulher é examinada, manipulada pela ciência médica. Evidencia-se que concepções relacionadas a gênero podem atravessar as práticas sexuais e a identidade sexual. Nesse sentido, a incorporação da perspectiva de gênero no exercício do médico ginecologista constitui-se importante ferramenta para atendimento sensível e acolhedor, conforme discutido por Verdonk et al (2009).

Para além do papanicolau, o encontro com o médico, focado em questões reprodutivas não contemplava preocupações pertinentes para Magda. Assim, o cuidado ginecológico operou numa lógica que não incluía suas demandas, nem se mostrou sensível a elas.

Ainda com relação a este exame, nos chamou atenção em especial o relato de Naira e Cristina. Ao serem examinadas, não foram avisadas previamente sobre os procedimentos, tampouco sobre o uso do instrumento que é introduzido na vagina:

“O médico não me avisou do momento que ele introduziria o aparelho. É muito desconfortável, nossa, é muito desconfortável. (...) Acho que devia ter pedido licença.” (Naira, 19 anos, branca, lésbica)

“Eu sempre ia no médico [ginecologista] porque tinha crises de candidíase. E descobri que sempre que eu ia, eles faziam a coleta do papanicolau. E nunca me avisaram.” (Cristina, 34 anos, negra, bissexual)

Assim, as observações que elas trouxeram são bastante preocupantes do ponto de vista da manipulação de seus corpos sem consentimento e sem o devido esclarecimento do que seria realizado. O primeiro relato referiu-se à consulta realizada com médico particular de convênio, o segundo, ao profissional da rede de atenção básica do SUS. Ambos denunciam graves infrações do direito da mulher em decidir sobre as intervenções, como também fere diretamente a possibilidade de construção de vínculo com o profissional, aspecto indispensável para um atendimento humanizado.

O desconforto que alguns exames podem provocar acomete todas as mulheres que se submetem a ele. O que salientamos é que pacientes lésbicas, especialmente as que nunca tiveram relação sexual com homens, podem não se sentir seguras e confortáveis quanto a submeter-se aos mesmos procedimentos que mulheres que fazem ou já fizeram sexo com homens realizam. A lacuna no cuidado se denota quando a paciente compartilha com o profissional sobre sua condição de fazer sexo com mulheres e ainda assim, não repercute em esclarecimentos, permanecendo dúvidas, como por exemplo esta questão da pertinência de realizar determinados exames. Foi a situação relatada por Karen, exposta no item anterior.

A realização periódica - uma vez por ano - do papanicolau é recomendada pelo Ministério da Saúde e estende-se a todas as mulheres com vida sexual ativa e também àquelas que já foram sexualmente ativas. Se em dois exames seguidos (em um intervalo de um ano) for apresentado resultado normal, esse poderá ser feito a cada três anos (Brasil, 2006). No entanto, apesar de o exame ter indicação clínica a todas as mulheres, ele pode ser compreendido dispensável ou causar grandes receios em mulheres que não tiveram prática penetrativa, situação de algumas lésbicas/bissexuais. Nesse sentido, a

atenção ginecológica deveria se mostrar sensível às elas, considerando a prática sexual verbalizada pela paciente para acolher possíveis tensões em torno desta recomendação e para fornecer esclarecimentos, inclusive alternativas para a coleta do material quando a introdução de instrumento na vagina não é aconselhável. No entanto, as participantes relataram postura contrária nos atendimentos que passaram, permanecendo o receio quanto ao exame e indiferença diante da informação de que mantinham relacionamentos com mulheres.

A única experiência positiva quanto realização de papanicolau fora a trazida por Nayara quando buscou por médica de um coletivo feminista. A sala destinada a esta atividade situava-se ao lado de onde havia sido atendida primeiramente. O ambiente possuía poucos objetos que lembravam um consultório convencional, a não ser a presença de maca. Para a coleta de material, a médica ofereceu a possibilidade da própria paciente introduzir o aparelho em si, levando o tempo que fosse necessário, do modo o mais confortável a ela. Também forneceu explicações sobre o colo do útero e a vagina, permitindo que a paciente visualizasse seus órgãos por meio de um espelho. O relato de Nayara sobre esta experiência ressalta o quanto se sentiu confortável:

“A gente conversou até esgotar tudo o que eu tinha para falar, ela realmente não estava com pressa, depois de eu ter falado tudo, tudo, ela disse que já podia examinar e tinha uma proposta diferente de exame. Você mesma que se examina. (...) Você deita numa maca e ela te dá o negócio, o aparelho, e ela pede para você mesma colocar, do jeito que você se sentir mais confortável, aí eu coloquei, ela abriu e perguntou se eu já tinha visto o colo do meu útero. Eu disse que não. Aí ela colocou um espelhinho e eu pude ver o colo! Foi incrível. Ela explicou tudo!
Como foi a experiência de você colocar o aparelho em você?
Bem mais confortável do que outra pessoa colocar algo dentro de você. Bem mais confortável!” (Nayara, 19 anos, branca, lésbica)

Outro aspecto positivo neste encontro foram as explicações que recebera sobre IST. A possibilidade de falar que era lésbica e as repercussões desta informação ao longo do atendimento foram significativamente percebidas por Nayara, tanto que quando pedimos para comparar com as outras consultas que havia ido, colocou que não há qualquer semelhança. Descreveu a experiência como “incrível, incrível! Uma consulta maravilhosa!” (*sic*), especialmente em decorrência do acolhimento que a médica proporcionou ao romper com comentários discriminatórios e heterossexistas.

A indicação do papanicolau e a maneira como era realizado não parece ser assunto desprovido de receios e dúvidas. Entre nossas participantes, independentemente das

inserções econômicas, da idade e cor/etnia, os relatos expressaram tensões durante o encontro com o profissional de saúde. Orientação sexual e o histórico de práticas sexuais operam aumentando os receios diante do exame. Assim, ser lésbica pode acentuar as preocupações em torno da real necessidade de se submeter a ele e da possibilidade de desconfortos, em especial para as mulheres que não tiveram práticas sexuais penetrativas.

Outra dificuldade apontada foi quanto ao recebimento de informações que faziam sentido à prática sexual que mantinham. Isto se deu, entre outras razões, ao fato dos profissionais utilizarem expressões em que não ficava elucidado a quais práticas se referiam, tampouco o sexo do parceiro. Pela equivocada assunção de que as mulheres eram heterossexuais e pela maneira em que os atendimentos foram conduzidos, com preponderância dos aspectos reprodutivos, as expressões referiram-se à atividade sexual com homens. Novamente, notamos que as práticas sexuais entre mulheres são desconsideradas e os termos utilizados partem do pressuposto de que atividade sexual é com homens, e *somente com homens*.

Giane e Nayara trouxeram situações emblemáticas a este respeito. Em uma das consultas, Giane foi orientada a utilizar uma pomada vaginal por sete dias consecutivos. A única explicação recebida foi de que deveria permanecer sem relações sexuais durante todo o tratamento. Quando foi orientada a “não ter relações sexuais”, o que o médico quis dizer? Ela nos indagou:

“Eu não posso ter um orgasmo? Ou eu não posso ter um negócio introduzido no meu canal vaginal? Ninguém sabe dizer, ninguém esclarece isso. (...) Eu tenho certeza que quando ele fala, estava pensando em pênis - vagina. Ele não quis dizer que eu não posso gozar. Isso é uma desinformação, o que se nota é muita desinformação.”
(Giane, 30 anos, negra, bissexual)

Nayara experienciou situação semelhante quando teve herpes e pela magnitude do ferimento, optou por buscar ajuda no Pronto Socorro. Ao ser atendida, fora questionada se tivera relações sexuais naquele período ou nos dias anteriores. Ela se indagou, de maneira parecida à Giane:

“o que ela [enfermeira] está entendendo por relação sexual? Será que fazer sexo oral é relação sexual? Se ela está só falando de penetração, não, não tive penetração. Mas eu não consegui explicar isso ali na hora para ela, não me senti confortável para isso. (Nayara, 19 anos, branca, lésbica)

Quando os profissionais de saúde nas respectivas situações se referiram a “relações sexuais”, Nayara e Giane se questionaram a que especificamente o termo designava, considerando o amplo espectro de práticas possíveis no sexo entre mulheres. Nossas participantes deduziram que a expressão “relação sexual” utilizada era referente a penetração pênis-vagina e não incluía outras possibilidades de práticas sexuais, inclusive considerando relação entre homem-mulher. Mesmo que a referência tenha sido, de fato, a penetração, elas não levaram este questionamento ao profissional por não sentirem espaço e acolhimento suficientes para esclarecer a dúvida. O que acabou por reverberar na sensação de um cuidado parcial, já que não houve o recebimento de orientações pertinentes a sua prática sexual, tampouco espaço para esclarecer a que exatamente se referiam.

Luiza também descreveu que quando expunha acerca da prática sexual com mulheres, não necessariamente ressoava na consulta, pois acreditava que o médico não sabia quais orientações deveriam ser passadas a uma paciente heterossexual e quais a uma lésbica, as similaridades e diferenças entre elas:

“Ele anota lá que sou lésbica e daí? Será que ele sabe quais as necessidades de uma mulher lésbica? Como orientar? Com os recursos que ele tem, devia trazer orientação que pudesse ajudar. Mas não é nada disso que acontece”. (Luiza, 28 anos, negra, lésbica)

Todos estes exemplos salientam a heteronormatividade que atravessa as relações sociais, e nestes casos, especificamente o campo da saúde. Expressões como “relação sexual” e “vida sexual ativa” são utilizadas com o pressuposto de que a paciente mantém, exclusivamente, relacionamento com homens; o equívoco pode permanecer durante o encontro com o profissional, fazendo com que todo o diálogo não faça sentido a realidade da mulher que está sendo atendida. A maneira como as expressões e os termos são utilizados obscurece a diversidade sexual e dificulta que o cuidado seja efetivo e integral.

Corroborando com nossos apontamentos, na pesquisa sobre as condições de saúde de mulheres lésbicas e bissexuais na Argentina, os autores afirmam que, de fato, três dos principais problemas de acesso para a saúde das mulheres estão diretamente ligados ao caráter heteronormativo que pressupõe a consulta: a) a ocultação da orientação afetivo-sexual ou a gestão do segredo do homossexualidade e, conseqüentemente, b) a

invisibilidade das práticas homoeróticas femininas e c) a informação deficiente fornecida às mulheres, adicionada aos mitos e preconceitos difundidos (Brown et al, 2014).

(Im)Possibilidade de abordar aspectos do corpo feminino e negociar condutas

A possibilidade de diálogo com os profissionais da saúde acerca do funcionamento do corpo feminino e a negociação de condutas foram pontos relevantes que emergiram na análise. Com relação às prescrições, a recomendação de contraceptivo oral foi frequente, mesmo diante da recusa para sua administração ou dúvidas quanto ao porquê de ter sido indicado.

A dificuldade central em torno da consulta ginecológica apontada pelas nossas participantes, independentemente de suas inserções econômicas e escolaridade foi a postura pouco receptiva do profissional, seja ele profissional particular ou da rede pública de saúde. Conforme já apontado, perguntas usualmente feitas pelo médico centradas em dados biológicos – uso de contraceptivo, data da última menstruação, experiência de gestação – e o pouco interesse em outros aspectos, como a própria orientação sexual da paciente, contribuiu para que as mulheres se sentissem inibidas a compartilhar outras preocupações. Para aquelas cuja a sensação de não ter sido vista em sua integralidade fora marcante desde o início da consulta, acabou sendo mais difícil ainda. Para Naira, Luiza e Lia, por exemplo, havia temas importantes como cólicas menstruais, preocupação com endometriose e cistos no ovário respectivamente, mas que diante dos entraves vividos (por exemplo, pouca abertura ao diálogo quando não concordavam com a recomendação do uso de anticoncepcional), deixavam de levar.

Outras participantes conseguiram compartilhar algumas preocupações, como Cristina. Ela tinha cólicas menstruais muito fortes, que chegavam a prejudicar suas atividades diárias. O que a afligia era que as dores também ocorriam estranhamente fora do período menstrual, fazendo com que a maioria dos dias do mês fosse vivida com intenso incômodo:

“Eu não conseguia fazer nada, até andar ficava difícil. E eles [médicos] nunca me disseram nada, nunca me falaram nada, e eu cansei de falar que sentia essa dor. Até que uma vez o médico me mandou procurar um psicólogo. (...) Eu falava e eles não estavam ligando”. (Cristina, 34 anos, negra, bissexual)

Cristina chegou a pedir para que a causa das dores fosse investigada mais cuidadosamente, para que pudesse realizar tratamento para amenizá-la ou erradicá-la, caso possível. A impressão que tinha era que seu pedido não era levado a sério, ou pelo menos, pouco considerado, já que o profissional desconversava e dava a entender que era uma percepção equivocada e exagerada em relação às cólicas. Ouvir seu relato, deu-nos a impressão de que a maneira como os médicos receberam sua queixa, bem como o encaminhamento dado, sugerindo que era emocional, demonstrou falta de credibilidade perante o que a paciente verbalizava. No caso de Cristina, ela acabou fazendo uma busca dos sintomas, possíveis tratamentos pela internet e conversou com outras mulheres; decidiu então tomar analgésicos que não necessitassem de prescrição médica e permaneceu desconhecendo a causa das fortes dores.

A percepção de que queixas não foram levadas com a seriedade merecida também apareceu no relato de Giane:

“Ir no médico é muito desestimulante. Eu tenho problema com pelos. Quando eu era adolescente me incomodava mais, eu lembro de ir a médica e falar sozinha. Ela me respondeu ‘esses pelos você acha que são muitos pelos, tem gente que tem muito mais pelos’, ela falou só isso e eu fui embora. Sabe, não é normal aquilo, tem algum desequilíbrio hormonal que eu tenho, e nunca isso foi investigado. Eu não quero ter essa quantidade de pelos, queria ajuda e foi muito desestimulante.”
(Giane, 30 anos, negra, bissexual)

Apesar de não ter sido um objetivo específico deste estudo, chamou-nos atenção a recomendação exacerbada de uso de anticoncepcional, mesmo naquelas situações em que a própria paciente não compreendia sua prescrição, tendo em vista a não pertinência enquanto método para evitar gravidez. Foi a situação experienciada por Naira:

“Eu saí de lá com receita de anticoncepcional e daquele anel que coloca. Ela não me perguntou nada [sobre prática sexual], só deduziu, então deixei a dedução dela. Ela chegou falando e impondo, então deixei ela falar. Não tomei o anticoncepcional, nem fiz nada.
E ela se justificou do porquê recomendar o anticoncepcional para você?
Para eu não engravidar!” (Naira, 19 anos, branca, lésbica)

Este trecho é emblemático no quanto as deduções da médica levaram a uma conduta absolutamente sem sentido para Naira, não possibilitando que ela pudesse

conversar, entender a prescrição ou negociar outra conduta. Nesse sentido, a falta de escuta se fez presente e aponta o cuidado fragilizado.

Mesmo quando pontuavam que não gostariam de administrar anticoncepcional, tendo em vista a reduzida possibilidade de relacionar-se com homens, houve a prescrição:

“Ele [médico] falou que eu precisava tomar anticoncepcional e eu disse ‘eu não tomo’. Ele disse que eu tinha que tomar, injeção ou pílula. E eu disse ‘não vou tomar, eu não vou engravidar’. Ele falou ‘você nunca sabe, vai que uma hora você tem relação, a camisinha estoure, alguma coisa pode acontecer aí.’ Aí eu falei de novo que não saía com homens, saía com mulher”. (Tatiana, 27 anos, parda, lésbica)

O anticoncepcional também foi prescrito em outras duas ocasiões, para Nayara e Alana, por conta de ovário policístico. No entanto, ambas demonstraram desagrado em utilizá-lo como tratamento e gostariam de ter recebido alternativas, que não fora ofertado pelo médico:

“Todos os outros [médicos] ficavam “pílula, pílula, pílula”, insistiam, parecia que só existia a pílula.

No seu caso, a insistência para o uso da pílula era por causa do cisto? É, mas eu não queria usar. Queria ver se dava para tratar de outras formas. Demonstrava desagrado com a pílula, eles simplesmente ignoravam.” (Nayara, 19 anos, branca, lésbica)

“Eu tomei anticoncepcional por muito tempo, durante uns cinco anos. Hoje eu não tomo por opção minha. (...) Eu senti aquela coisa do anticoncepcional. Eu fui pesquisando, mas sempre é o anticoncepcional e pronto, tem que tomar e pronto. E aí quando eu fui criando mais consciência, eu parei e pensei sobre isso. (...) Se precisar, eu vou buscar outras alternativas.” (Alana, 22 anos, negra, lésbica)

Alana decidiu interromper o uso de anticoncepcional após resultado favorável de seu último exame. No entanto, salientou que é a primeira opção de tratamento e na maioria das vezes, a única oferecida pelo médico, não possibilitando o acesso a outras condutas. Caso seu problema com ovário policístico retorne, ela verbalizou interesse por buscar métodos alternativos.

A recomendação de anticoncepcional nas experiências das participantes pareceu-nos problemática por, pelo menos, dois motivos. Primeiro, prescrição por ação contraceptiva a mulheres que mantinham práticas sexuais com mulheres. Ainda que algumas não tivessem conseguido expor a orientação sexual, como no caso de Naira, novamente destacamos o quanto compreender a trajetória sexual da paciente não fora incluído nas perguntas de anamnese ou na coleta de informações acerca da paciente.

Mesmo que o profissional estivesse sendo cauteloso com a possibilidade de a mulher ter prática sexual com homens, a escolha pelo método contraceptivo é direito da paciente, e ela pode optar por outros recursos não hormonais. É justamente sobre esta negociação com o médico que nossas participantes não encontraram possibilidade de diálogo. Segundo, para aquelas que gostariam de receber alternativas ao tratamento de ovário policístico, suas demandas não foram consideradas. Assim, o anticoncepcional apareceu em nossos resultados como preocupante pela maneira em que fora prescrito, em situações em que não se justificou enquanto método para evitar gravidez e pela maneira em que foi imposto, como único recurso de tratamento.

Finalmente, o último aspecto que emergiu com relação às consultas de ginecologia foi o fato de ainda ocorrerem focadas na questão da reprodução, fazendo com que outros sintomas e queixas sobre saúde sexual ficassem em segundo plano:

“A consulta ginecológica é muito voltada para o quer ou não quer engravidar. Ponto final.” (Luiza, 28 anos, negra, lésbica)

“A consulta é voltada para relações heterossexuais, para contraceptivo.” (Danila, 35 anos, negra, lésbica)

“Logo que eu entrei [na consulta] já falei que era lésbica, aí ele nem deu atenção. Tipo ‘ah tá, ela não vai engravidar, não quer ter filho, pronto’. Parecia que não tinha mais sentido eu estar ali.” (Karen, 26 anos, branca, lésbica)

A própria pergunta do médico sobre os métodos contraceptivos antes de se certificar quais eram as práticas sexuais, criou um ambiente menos acolhedor para àquelas que não mantinham relacionamentos heterossexuais, bem como direcionava o atendimento para demandas reprodutivas.

A preponderância dos aspectos reprodutivos em detrimento da sexualidade também fora exemplificada por Lia. O reconhecimento da homossexualidade ocorreu tardiamente, quando já era mãe de duas crianças, de seu relacionamento anterior com Paulo. As consultas ginecológicas, mesmo depois que se identificava como lésbica, eram marcadas com atenção à capacidade reprodutiva, especialmente quando dizia que tinha experienciado duas gestações:

“Quando vou numa consulta, automaticamente me perguntam quantos partos, quantas gravidez, se houve aborto, na hora em que sabem que sou mãe, eles me enfiam numa caixinha, na caixinha ‘mãe’, que não é da ‘lésbica’” (Lia, 68 anos, branca, lésbica).

“O espaço para falar da homossexualidade fica sufocado ao se declarar mãe. Se eu acrescento que sou homossexual, acho que ninguém nunca deu bola para isso. Nenhum médico ou médica considerou isso merecedor de atenção... A minha sensação é essa, eles escrevem ali no prontuário e pronto”. (Lia, 68 anos, branca, lésbica)

Tais dados são pertinentes a argumentação de Barbosa e Facchini (2009): o fato de “ter como porta de entrada para as consultas ginecológicas o início da vida (hetero)sexual ou a maternidade” (p.93), faz com que as consultas continuem operando com foco em questões reprodutivas e a partir da naturalização da heterossexualidade (Lionço, 2008).

Corroborando esses achados e com pesquisa realizada na Argentina, encontramos a consulta ginecológica pensada em termos de obrigações femininas básicas, direcionadas a um corpo adulto, percebido pela menarca ou início de vida (hetero)sexual, que exige controle; um controle relacionado à crescente medicalização e vigilância dos corpos de mulheres ligada à ideia de saúde sexual e reprodutiva. Pelo menos no que se traduz em legislação e políticas públicas a saúde sexual é pensada em termos de planejamento familiar (Brown et al, 2014). Ênfase é colocada no aspecto reprodutivo e nos cuidados necessários do corpo feminino. Nessa linha, a ginecologia visa fornecer anticoncepcionais para que maternidade chegue no momento em que o conhecimento especializado considera mais adequado (Brown et al, 2014). Outros aspectos relacionados ao desfrute sadio da sexualidade, para além da capacidade reprodutiva, não parecem ser incluídos quando se discute saúde sexual.

A preponderância dos aspectos reprodutivos remonta e destaca a história da ginecologia como especialidade médica sobre a mulher. A constituição deste ramo da medicina está atrelada a crença de que o sexo e a reprodução são mais fundamentais para a natureza da mulher do que para do homem. Puberdade, menarca, gravidez e menopausa afetariam o corpo da mulher de uma maneira que não há equivalente no caso masculino (Rohden, 2001). A capacidade reprodutiva do corpo feminino determina papéis sociais imprescindíveis à mulher na esfera privada, como mães e esposas – visão esta legitimada pela ginecologia. Mais que isso, como ressalta Rohden (2001) “é a crença na singularidade do corpo feminino como determinado à reprodução que possibilita a formação dessa especialidade que define as mulheres como grupo particular de pacientes” (p.53). Assim, a os propósitos desta especialidade médica estavam além do simples cuidado das doenças femininas, ao pautarem-se nas diferenças sexuais, justificava-se as qualidades associadas com masculinidade e feminilidade e características da sexualidade.

Se o argumento em dados biológicos que legitimavam visões de mundo e hierarquias sociais diz de forças político-ideológicas que subsidiaram o nascimento de uma especialidade da mulher, seus preceitos nos pareceram em voga mesmo depois de um século de seu surgimento. O sentido atribuído à reprodução na demarcação de características e comportamentos femininos permanece central para a compreensão do que é ser mulher dentro da ginecologia. O sexo enquanto prática erótica, sem finalidade procriativa e sem a participação de um homem na cena sexual parece não ter espaço no discurso da ginecologia. Cabe nos questionar então quais corpos femininos são os reconhecidos e legitimados pela ciência médica. E mais, como incorporar experiências relativas à sexualidade no atendimento ginecológico para recebimento de orientações pertinentes quando a prática médica insiste em deixar de fora aspectos sexuais. A limitação da medicina para enfrentar a sexualidade pode ser entendida como uma incongruência entre uma tendência reducionista ainda presente no discurso médico naturalizante, e uma tendência expansionista, como adverte Corrêa (1988), própria à sexualidade, suas forças, expressões e contornos.

Se a saúde sexual é pouco abordada e parece haver pouco conhecimento dos médicos com relação ao sexo lésbico, as dúvidas quanto às IST não são esclarecidas e na maioria das vezes, nem é abordada durante a consulta. Nossas participantes relataram que sentiram falta de informações concisas quanto métodos de proteção disponível, bem como sobre as maneiras de transmissão de doenças frequentes ou que requerem mais preocupação:

“DST é algo que me preocupo, pedi informações no médico quando fui, mas não consegui.” (Lara, 21 anos, branca, lésbica)

“A última médica que fui me perguntou se usava alguma coisa. Eu disse que não, ela sugeriu a dedeira, mas nem eles sabem. É complicado”. (Luiza, 28 anos, negra, lésbica)

Para Giane e Thalita a questão de prevenção às IST não foi um tema relevante, porque consideravam que suas práticas sexuais não envolviam a troca de fluidos e tinham estabelecido acordo de monogamia com suas parceiras. Keyla, apesar de ter conhecimento dos riscos, sentia-se menos vulnerável pela menor probabilidade de transmissão de doenças no sexo entre mulheres. Percepção compartilhada por Magda.

Para Lia, Cristina e Naira esta preocupação não era central, apesar de importante. Elas se cuidavam procurando conhecer melhor a pessoa com quem viriam se relacionar

sexualmente e buscavam se envolver com pessoas que transitassem no mesmo meio social, entendido como estratégia de prevenção (Heilborn, 2003).

Carol foi a única participante que referiu sentir-se satisfeita com as informações recebidas, bem como com a possibilidade de tirar suas dúvidas na médica que a acompanha há mais tempo, a hebiatra. O mesmo não ocorreu com a ginecologista. Nayara, tivera suas dúvidas sobre IST contempladas quando fora atendida pela médica do coletivo feminista, conforme já relatamos.

Assim, a preocupação acerca das IST, de maneira mais ou menos expressiva, fez parte dos relatos de nossas participantes. Os resultados desta pesquisa são semelhantes aos da dissertação de mestrado sobre cuidados de saúde de mulheres lésbicas e bissexuais (Rodrigues, 2011), cujo o tema da prevenção às IST fora central. A condição afetiva – estar namorando ou não – e as percepções sobre a parceria lésbica foram duas categorias que se relacionaram com a maneira com que a prevenção e uso de métodos de proteção foram considerados pelas participantes. Para as mulheres que se encontravam em relacionamentos estáveis, o tema de prevenção adquiriu menor relevância, pois o uso de métodos era dispensável a partir de fidelidade acordada com a parceira (Rodrigues, 2011, Barbosa e Facchini, 2009). Para aquelas que entendiam o relacionamento lésbico como naturalmente mais seguro, a possibilidade de abordar métodos de proteção às IST também adquiriu menor relevância.

As concepções de gênero atravessam o terreno da sexualidade, conferindo valores e comportamento diferentes à sexualidade masculina e feminina. Atividade sexual do homem é colocada como incontrolável, ou pelo menos, intensa e socialmente positiva se com diversas parceiras (Silva, 2002). A mulher, por sua vez, responde aos valores hegemônicos de feminilidade, vista como mais fiel, menos impulsiva e, portanto, menos disponível a se envolver em atividades exclusivamente sexuais (Alves e Pitanguy, 2007). Estas concepções sustentam percepções de que relacionar-se com mulher é naturalmente mais seguro.

Vale ressaltar que a dificuldade em conversar sobre métodos de proteção durante um atendimento ginecológico esbarrou na percepção das participantes de que o profissional desconhece as práticas sexuais que mulheres lésbicas e bissexuais realizam, e assim, fica inviável dialogar sobre o tema. Além disso, não fazia sentido de ser levada a um espaço com preponderância de aspectos reprodutivos, na qual a atenção era voltada para a questão ter/não ter filhos, com supremacia do anticoncepcional (como se a consulta fosse, em última instância, para obter sua prescrição). Até mesmo para as duas

participantes bissexuais que não demarcaram preferências eróticas com mulheres, discutir com o médico sobre métodos de proteção às IST era algo pouco provável, cabendo naquele encontro, apenas as solicitações em torno do anticoncepcional.

Em síntese, a possibilidade de discutir com o médico aspectos sobre o funcionamento do corpo feminino e de perguntar acerca de métodos de proteção às IST ficou fragilizada em decorrência da relação verticalizada, da não consideração das trajetórias sexuais para fazer as prescrições e finalmente, das questões reprodutivas que regem todo o encontro, tornando-o pouco sensível e acolhedor para as mulheres cujas demandas não esbarram na gravidez.

6.4 Lésbicas e mulheres bissexuais: percepções acerca de atendimento sensível às suas demandas e o atravessamento dos marcadores sociais

Perguntamos as nossas participantes se elas haviam se sentido acolhidas nas consultas em ginecologia até então realizadas e o que poderia ser incorporado nos atendimentos de modo a torná-los mais sensíveis às demandas de mulheres lésbicas ou bissexuais. Procuramos compreender também como os marcadores sociais da diferença se fizeram presentes nas ações de cuidado à saúde a partir da abordagem da interseccionalidade (Henning, 2015; Brah, 2006 e Crisp, 2014), atentando-se como raça, classe social, orientação sexual e geração interferiram nas questões que investigamos.

Cinco participantes, Carol, Cristina, Tatiana, Lia e Nayara trouxeram situações em que a troca com o médico havia sido acolhedora e bastante positiva. Carol era acompanhada há alguns anos pela médica hebiatra, tinha desenvolvido bom vínculo e, portanto, era possível levar suas questões e dúvidas sobre sexualidade com abertura suficiente para sentir-se acolhida; Cristina falou de um episódio em que fora consultada por um médico de família do “posto de saúde” (*sic*) de seu território, recordando que fora um atendimento humanizado:

“Foi a única vez que de fato passei por um médico que era humano. A gente conversou. Ele não pediu para eu arrancar a roupa. Ele olhou para mim, perguntou de mim. No exame ele ia me explicando, ‘está vendo?’ Ele pediu licença para pôr o dedo, não foi socando.” (Cristina, 34 anos, negra, bissexual)

Infelizmente, na vez seguinte em que compareceu ao posto, este médico não estava mais trabalhando lá. Situação semelhante descrita por Tatiana. Evidencia-se que a falta de uma cultura institucional de respeito à diversidade sexual, faz com que o tratamento oferecido fica sujeito ao posicionamento de cada profissional, ferindo o princípio de equidade do SUS.

Lia vinha buscando por outros tipos de tratamentos para além dos convencionais, como por exemplo, medicina *ayurvédica*. Costumavam ser mais onerosos, mas por pautarem-se em perspectivas holísticas, não eram focados nos aspectos biológicos, como na biomedicina. Finalmente, Nayara, quando fora consultada pela médica de um coletivo feminista, trouxe relato bastante animador: a conversa com a profissional durou aproximadamente uma hora antes da realização de qualquer exame físico; ela fora surpreendida com a variedade e quantidade de perguntas feitas, que envolveram desde

alimentação, estilo de vida a práticas sexuais, e não somente sobre o uso de anticoncepcional e queixas ginecológicas propriamente ditas.

Além destas experiências, as demais não foram tão positivas assim. De modo geral, os motivos para não se sentirem acolhidas durante as consultas ginecológicas foram atribuídos ao fato da conversa com o médico ser rápida demais, assentada em pressupostos heteronormativos, pela pouca escuta do profissional, não levando em consideração o que é verbalizado pela paciente e, finalmente, pelo modo como a medicina compreende o corpo humano:

“Eu não me senti cuidada porque as consultas são rápidas demais”.
(Cristina, 34 anos, negra, bissexual)

“Com médicos... eu não me sinto acolhida. Alopata não acolhe. Percepção sistêmica é o que busco. Por isso fui no médico *Ayurveda*. A medicina alopata é muito boba, ela pode cuidar de alguma emergência, mas em geral, é muito burra, muito burra na verdade. Ela é mecânica, mecanicista, pode resolver uma coisa pontual, tudo bem. Mas ela é muito pobre”. (Lia, 68 anos, branca, lésbica)

“Eu não me senti acolhida porque toda ginecologia é claramente baseada em heterossexualidade, quando eles [médicos] falam com você, que não pode transar, estão certamente falando de transar com homens.” (Giane, 30 anos, negra, bissexual)

“Você vê que a pessoa não sabe lidar com isso [ter uma paciente lésbica], ela está na defensiva, você está na busca de cuidado, de informação, de acolhimento... Converse comigo! Pergunte sobre minha vida, pergunte com quem eu transo! Mas percebo que a pessoa não quer perguntar mais nada, não escuta mais nada.” (Lara, 21 anos, branca, lésbica)

Diante destes relatos, perguntamos o que elas entendiam que deveria ser incluído ou repensado na maneira como o cuidado vem sendo realizado para oferecer um atendimento mais acolhedor quanto à orientação sexual.

O primeiro ponto levantado se relacionou à qualidade do diálogo estabelecido junto ao profissional, em termos da escuta oferecida. A crítica recaiu sobre a maneira mecanicista nas quais os encontros são conduzidos, com destaque ao roteiro/protocolo médico, tornando-os pouco acolhedores para a exposição da orientação sexual, inclusive de outros temas que elas julgassem relevantes. A anamnese da maneira como é realizada preocupa-se com aspectos biológicos, em detrimento de outras esferas, igualmente importantes para a qualidade do cuidado, fazendo com que as consultas se tornem pouco sensíveis para temas que envolvem intimidade. A percepção das participantes sobre os

protocolos médicos foi de que eles não favorecem a expressão da singularidade de cada sujeito:

“O que faltou é diálogo né, diálogo. Ele [médico] é muito preciso, ele fala “está tendo algum sintoma? Está tendo alguma coisa? Já fez Papanicolau?” Eu só respondo o básico. Tipo não é igual aqui com você, a gente está conversando, todas as perguntas que você tem que fazer, você está abordando, mas você está me ouvindo e deixando eu falar o que é importante para mim, ele não. É assim, assim e acabou. Tem um roteiro. Ele pergunta exatamente aquilo e acabou. Falta perguntar, com que sexo que a gente se relaciona (...) ele deveria saber mais da minha vida. Nem todos os médicos são assim, isso faria muita diferença”. (Tatiana, 27 anos, parda, lésbica)

“O que falta é a disponibilidade para ouvir a paciente. É perguntar e, de fato, querer cuidar da pessoa, da necessidade de cada pessoa”. (Naira, 19 anos, branca, lésbica)

“O que tinha que acontecer é os médicos se colocarem menos distantes das pacientes. Às vezes eu me sentia sendo tratada como cliente, e saúde não é mercadoria.” (Nayara, 19 anos, branca, lésbica)

“Eles não sabem fazer uma anamnese, eles não conseguem parar e ouvir o paciente. A classe médica tinha que mudar o comportamento em relação ao olhar, primeiro escutar o que a pessoa está dizendo antes de entupir de remédio ou sair supondo da vida dela.” (Cristina, 34 anos, negra, bissexual)

Outro ponto trazido, que se relaciona com o anterior, foi quanto à necessidade do profissional se certificar da prática sexual da paciente para, posteriormente, dar continuidade à consulta, sem heterossexualidade presumida. Esta consideração, de acordo com as participantes, possibilitaria a inclusão de orientações pertinentes às lésbicas ou bissexuais e explicações acerca das IST, tema em que havia grande silenciamento:

“Acho que é indispensável não partir da ideia de que todo mundo é hetero. Se em toda a consulta no mundo, se a pessoa começar perguntando ‘você é hetero? Você é lésbica?’, eu ia achar maravilhoso, eu ia me sentir acolhida.” (Lara, 21 anos, branca, lésbica)

“Ah, ela [médica] podia ter sido mais aberta em ouvir, perguntar com quem eu tenho relações sexuais, e não somente supor qualquer coisa. Ela ficou supondo que eu transo com homens.” (Naira, 19 anos, branca, lésbica)

“Os profissionais da saúde têm que perguntar da orientação sexual e não supor. Se ele coloca a pergunta no feminino, como ‘parceira’, ficaria uma conversa muito mais amigável, mais bacana, que ele simplesmente assumir que toda mulher é hetero.” (Carol, 20 anos, branca, lésbica)

“Falta eles terem mais informações em como lidar com mulheres não heteros. Falta também informação de como se prevenir numa relação lésbica.” (Danila, 35 anos, negra, lésbica)

“A gente vive numa cultura que invisibiliza as lésbicas, os médicos precisam estar mais preparados para isso, por exemplo saber me explicar as DST. E pensar na dinâmica sexual lésbica e na dinâmica sexual hetero, eles deveriam pensar nisso. Porque simplesmente não se fala sobre isso, aí a gente fica sem informação nenhuma”. (Nayara, 19 anos, branca, lésbica)

Any, corroborando com os relatos acima, também salientou a necessidade de o profissional averiguar a prática sexual da paciente, sem supor a heterossexualidade e ainda, acrescentou crítica de que averiguação acerca dos métodos de proteção às IST nunca é abordada, somente com relação ao contraceptivo:

“Falta o médico perguntar qual é a sua sexualidade, porque isso nunca me foi perguntado. Por isso que eu nunca respondi, você entende? Porque ele já pensa que eu sou hetero. Para depois perguntar: ‘o que você faz para se prevenir de DST, por exemplo?’ Essa pergunta nunca me foi feita! Só de contraceptivo. ‘O que você faz para se prevenir?’ E nessa prevenção é sempre para não ter um filho, nunca de DST, nenhuma vez foi me perguntado, nenhuma vez. Eu acho que falta essa diversidade.” (Any, 29 anos, parda, bissexual)

A fala de Any salienta a preponderância dos aspectos reprodutivos presentes na consulta ginecológica que obscurece preocupações em torno da prevenção de IST, importante de ser problematizada nas diferentes orientações sexuais, inclusive heterossexuais.

Durante as reflexões acerca do que poderia ser incluído ou modificado na maneira como o cuidado vem sendo conduzido, surgiram críticas quanto à ciência médica e a formação dos profissionais:

“Acho que a Medicina tem que mudar, o problema é a forma como se estuda o corpo humano né. É muito pragmático! Não estou dizendo que precisa ser anti-pragmático, mas é muito pragmático, é muito baseado em hipótese e evidência, é muito isso. Você tem que ver o corpo de outra forma!” (Manuela, 31 anos, branca, bissexual)

“Acho que falta o sistema de saúde aceitar que a mulher, essa mulher que ele está atendendo, não é a que ele atendia há 50 anos atrás. Hoje essa mulher tem uma vida, (...) talvez ela não tenha filhos, talvez ela queira explorar a sexualidade dela. Falta a medicina acompanhar a revolução sexual que aconteceu. A revolução da mulher mesmo, de olhar para a gente não como uma máquina reprodutora.” (Any, 29 anos, parda, bissexual)

“O que faria diferença é um espaço feminista. O feminismo tem que ocupar todos os espaços. Deveria ocupar o ensino médico, porque aí o acolhimento será um ambiente que não é machista. Isso é urgente. Um ambiente em que a mulher não é percebida como segunda, como sub, ou com o olhar do machismo.” (Lia, 68 anos, branca, lésbica)

A deslegitimação da parceria lésbica, o pressuposto de que toda mulher necessita de um parceiro homem são exemplos notórios do machismo como marca da cultura brasileira que adentra o ensino médico e se faz presentes nas relações sociais, também no campo da saúde.

Assim, nossos resultados indicam que a heteronormatividade como pressuposto que atravessa o atendimento e o limite da medicina enquanto Ciência pautada em ideais positivistas, que reduzem a complexidade inerente ao ser humano em dados anátomo-fisiológicos são entraves nas consultas ginecológicas, tendo em vista o que é preconizado pela PNAISM (2003), pela Política de Humanização (2009) e PNAIS LGBTT (2010).

Embora os relatos tenham apontado para outras questões, por exemplo relação verticalizada e dificuldade de diálogo, o ponto central dizem respeito aos dois entraves pontuados acima. Entendemos que a dificuldade de diálogo e escuta esbarram na emissão de comentários discriminatórios, na não consideração da orientação sexual quando explicitada ou, ainda, na provisão de orientações não pertinentes a elas. Em última instância, todos estes pontos dizem respeito aos pressupostos heteronormativos. A relação verticalizada, por sua vez, remonta a autoridade e o poder médico, que deslegitima o sujeito de seu próprio corpo e reforça um saber fazer, em termos Foucaultianos (1979) que não considera, não abarca, tampouco acolhe, outras dimensões do paciente.

A maneira como entendiam as dificuldades e sugeriram melhorias deu-se diferentemente de acordo com as inserções econômicas, escolaridade e prática sexual. Verificamos também que a raça/cor da pele trouxe complexidades significativas às condições de saúde, não especificamente nas consultas ginecológicas, mas nas trajetórias de vida, em diferentes espaços sociais.

Primeiramente, as críticas sobre o não acolhimento nas consultas ginecológicas ou nos espaços de saúde tiveram percepções diferentes: entre mulheres de menor escolaridade e que corroboravam com perspectivas essencialistas acerca da sexualidade, as dificuldades eram entendidas sobretudo, a partir da carência material, seja de estrutura, seja de profissionais. A grande demanda por cuidados em contrapartida com poucos profissionais atuantes nos serviços e a espera para agendar consultas foram exemplos:

“Eu acho que falta mais funcionário, para poder organizar, falta mais organização. Porque aí sim o atendimento é melhor. (...) Eu acho que precisava de mais funcionários para descarregar um pouco o serviço, melhorar um pouco a situação. E tem tanta gente desempregada por aí, porque não pegam, não é? Não entendo.” (Magda)

“Você corre para o médico e não tem médico, vão te atender daqui 6 meses. Eu estou precisando ir num dermatologista, tirar essas pintinhas aqui. Precisava passar no dermatologista. Chego lá no tal do AMA, tem? Não tem! Quando tem, é para daqui 5 meses. Eu vou lá saber se daqui 5 meses eu vou tá viva meu senhor! Aí acabo não marcando, o tempo vai passando e não vou me cuidado, por isso.” (Magda, 45 anos, branca, lésbica)

“O médico do SUS não olha pra sua cara, não sei se é porque tem muita gente para atender, no tratamento no particular é diferente. Ou pelo menos, eles fingem, você tá pagando e eles são obrigados a te ouvir.” (Keyla, 40 anos, negra, lésbica)

Keyla considerou que talvez houvesse atrasos no pagamento dos salários de médicos da rede pública, o que levaria o profissional a não ter disponibilidade para realizar uma boa consulta, e justificaria o mal atendimento com que se deparou.

Os apontamentos de Magda e Keyla foram pertinentes e deveriam ser considerados como entraves para oferta de um cuidado integral. Inclusive, a percepção de Magda sobre a necessidade de mais funcionários esteve relacionada a sua experiência de internação em um hospital público em São Paulo quando realizou a cirurgia para retirada do útero. As críticas quanto aos serviços públicos de saúde foram reforçadas a partir da observação da dinâmica hospitalar. Magda, sensibilizada com a carga horária e com a elevada demanda de tarefas sob responsabilidade das enfermeiras, notou elevado índice de absenteísmo, o que acabava por sobrecarregar as demais que estavam em horário de trabalho. O que nos chamou atenção, no entanto, é que diante de uma oferta insuficiente, não houve a compreensão de seus direitos sendo infringidos. Quanto à consulta ginecológica, ambas não apontaram críticas especificamente a ela, uma vez que não acessavam com regularidade e frequência e prescindiam deste cuidado. Keyla afirmou que não tinha sugestões de melhora, pois conforme havia salientado durante nossa conversa, não era uma especialidade que costumava ir.

As mulheres com maior escolaridade e nível econômico geralmente rejeitavam perspectivas essencialistas e consideravam outros aspectos indispensáveis na problematização da qualidade do cuidado recebido. Para estas mulheres, as críticas quanto à consulta ginecológica foram pautadas na heteronormatividade de maneira contundente e na percepção de que seu direito estava sendo infringido. Para elas, os entraves com os profissionais da saúde não esbarravam apenas em problemas baseados

na carência, como escassez de profissionais, ou de estrutura, ainda que foram reconhecidos como problemas.

Durante a análise do material empírico, notamos que a complexa combinação classe social e menor escolaridade produz discursos e compreensões acerca da sexualidade diferentes das mulheres com maior escolaridade ou de classes mais abastadas. Tal constatação reforça o que observamos na conversa com Alana: cursar uma graduação possibilita acesso a discursos que se confrontam com perspectivas naturalizantes, disseminadas no senso comum, e incluem no cerne das problematizações preocupações sociais. Semelhantemente a troca que tivemos com Cristina e Giane, mulheres negras, criadas em bairros periféricos e de grande vulnerabilidade social, que ao ascenderem socialmente, entraram em contato com novas redes, novos discursos que reverberaram em suas subjetividades e no modo de apreensão das relações sociais, inclusive às relativas ao campo da saúde.

Concordamos com Brah (2006) quanto às limitações da conscientização como estratégia para a ação coletiva, no entanto, o que se destaca é que a conscientização trouxe uma poderosa percepção do feminismo: a experiência não reflete uma realidade pré-determinada, é uma construção cultural. Nesse sentido, a experiência é um processo de significação daquilo que chamamos de realidade, não no sentido de levar à “verdade”, mas como uma prática de atribuir sentido, de compreender sobre as condições materiais e seus significados. A experiência, como colocado por Brah (2006) não é algo externo que acomete o sujeito, ela é o lugar de formação do sujeito. Ainda que Alana, Cristina e Giane tenham tido referências de um grupo social específico, marcado por condições materiais e simbólicas, estas não são estanques, fixas e unificadas. A escolaridade em nível superior, entendida como experiência, destaca a possibilidade de agência delas e a formação continuada; ao mesmo tempo em que não anula a trajetória e referências simbólicas trazidas por elas, modifica constantemente as percepções dos eventos que as cercam.

Dessa forma, o reconhecimento de diferentes entraves que atravessaram a consulta ou a constatação de ser um espaço pouco sensível a elas, por conta de condutas heterossexista, pareceu-nos estar relacionado a mulheres com maiores níveis de escolaridade ou àquelas cuja a linguagem de direitos mostrou-se presente.

A busca por espaços de cuidado à saúde mais sensíveis a suas demandas se deu diferentemente considerando poder aquisitivo/inserções econômicas. Entre nossas participantes, Nayara e Lia acionaram profissionais que entendiam ser mais acolhedores

a elas: a primeira consultou-se com médica indicada pelo coletivo feminista e a segunda, optou por médicos alternativos (medicina *ayurvédica*) na tentativa de suprir as lacunas do tratamento alopata. Lara e Cristina demonstraram interesse neste coletivo para demandas ginecológicas, porém, não possuíam condições financeiras para arcar com o gasto.

Assim, reconhecemos que a condição financeira acabou por interferir no cuidado à saúde, na medida em que possibilitou que tratamentos particulares/alternativos fossem escolhidos por àquelas que podiam arcar com tais despesas. No entanto, não era viável a todas as mulheres, ainda que também estivessem insatisfeitas. Importante destacar que, os relatos positivos quanto aos médicos particulares foram específicos: um referiu-se a profissional de coletivo feminista e o outro, a atuante da medicina *ayurvédica*. Desta forma, seria um equívoco concluir que médicos particulares ofereceram cuidado sensível às mulheres lésbicas e bissexuais deste estudo. Ao contrário, com relação aos serviços de saúde públicos e particulares, não notamos diferenças entre os relatos. Ambos foram criticados e alguns elogiados, conforme descrevemos ao longo deste trabalho.

As únicas observações feitas especificamente aos serviços públicos foram com relação à longa espera para agendar consultas (algumas especialidades com espera mais longa) e à escassez de profissionais, fazendo com que tivessem alta demanda e frequentemente lotados de pessoas que aguardavam atendimento. No entanto, as percepções acerca do não acolhimento e das dificuldades ocorreram com os profissionais de ambos os setores. Nesse sentido, a não inclusão da diversidade sexual no modo de conduzir o atendimento esteve presente entre profissionais particulares e nos que atuavam na rede pública.

Cinco participantes verbalizaram explicitamente preferência em serem atendidas por ginecologistas mulheres, embora não tenha sido uma pergunta incorporada em nosso roteiro de entrevista. Supomos que caso tivéssemos questionado explicitamente, o número de respostas positivas teria sido maior. Para Magda não se tratava apenas de preferência, a exposição do corpo e a intimidade que permeiam às consultas ginecológicas constituem-se razões suficientes para os atendimentos nesta especialidade ocorrerem somente com profissionais do sexo feminino.

No estudo qualitativo conduzido por Brown et al (2014), as mulheres argentinas lésbicas também referiram preferências por médicas, em contraste com pacientes heterossexuais em que o gênero do profissional pareceu ser indiferente. Esta preferência pode ser compreendida pelos significados sociais em torno do gênero: ser atendida por outra mulher pode transmitir mais conforto, cuidado, uma vez que a médica também

compartilha sobre as representações sociais em torno do ser mulher. Além disso, apesar da pretensão de abstração com que corpos (e pessoas) são considerados nas consultas médicas, é sempre com corpos sexuados, tanto por parte dos pacientes como dos profissionais que estamos lidando (Brown et al, 2014). Ainda que a lésbica ou a bissexual não revele acerca da orientação sexual, a consulta ginecológica esbarra em temas sexuais, fazendo com que o encontro com uma profissional possa ser mais confortável. Reforçando o exposto acima, as consultas com profissionais homens foram descritas com os seguintes termos: “exposição”, “estranhamento”, “desconfortável” e “invadida”, este último em especial, denota quanto o encontro pode assumir um caráter de intromissão, sustentado pelos estereótipos de gênero acerca do masculino.

A questão racial/cor da pele não apareceu nos relatos de nossas participantes como diretamente relacionados a discriminação e estigma nos atendimentos em ginecologia. No entanto, ser mulher e negra, no Brasil remonta a duas formas de exclusão que podem acarretar prejuízos significativos quanto a condições de saúde e qualidade de vida. Relatos de discriminação racial estiveram presentes na fala de todas as mulheres negras que entrevistamos. Somente para Cristina, o fato de ser negra interferiu em situações de cuidado à saúde:

“No consultório eu já fico meio armada, quando vou passar com um médico, já fico com o pé atrás”. (Cristina, 34 anos, negra, bissexual)

Para ela o preconceito experienciado com relação à cor da pele a tornara uma pessoa mais calejada para lidar com outras situações de exclusão, apesar de reconhecer diferenças envolvidas no processo de discriminação quanto à cor e quanto a orientação sexual. Assim, ela considerou que os inúmeros preconceitos vivenciados na infância e na adolescência deviam interferir no modo como ela se colocava no mundo e, conseqüentemente, nos espaços de cuidado à saúde. O atendimento médico, compreendido como interação social poderia ser mais um cenário de exclusão e, portanto, percebia-se atenta a possíveis atitudes racista ou homofóbicas por parte do profissional. Este estado de alerta, Cristina atribuía a discriminação racial experienciada ao longo de sua vida. A vivência de preconceito racial (experienciar discriminação por uma raça inferiorizada) pode impactar na maneira em que a orientação sexual (experienciar discriminação por uma sexualidade não normativa) é problematizada pelos sujeitos.

A negritude apareceu como importante marcador social para situações em geral, na qual sentiram-se constrangidas, fiscalizadas e vigiadas em decorrência da cor da pele.

Para Giane, a discriminação por ser negra operou em sua vida de modo visível e criou exclusões estruturais de modo mais marcante que por ser lésbica. Percepção corroborada por Cristina e Keyla:

“Lembro de ter passado mais preconceito pela minha cor, porque eu não comento com as pessoas a minha orientação sexual.” (Keyla, 40 anos, negra, lésbica)

“Lembro de mais situações porque sou negra do que por ser lésbica. (...) Várias situações, mercado, shoppings, lojas, restaurante, se eu entrar num restaurante, o cara não vai me atender, não com a mesma rapidez se fosse branca.

Você passa por essas situações até hoje?

Passo. Na faculdade, no supermercado é sempre. Eu entro no supermercado, e vem o segurança ficar cafungando no meu pescoço. Aonde eu passo, eu fico vendo ele, está lá, fica olhando para minha cara. Na faculdade, eu sou a única menina negra da minha sala.” (Cristina, 34 anos, negra, bissexual)

O intercruzamento dos marcadores sociais ajuda-nos a compreender que mulheres negras lésbicas podem estar sujeitas a exclusões na medida em que, além da orientação sexual não normativa, há a experiência de discriminação racial que atravessa e marca significativamente a trajetória de vida dessas mulheres. No entanto, a intensidade que a mulher experiencia discriminação pela orientação sexual e seus modos de enfrentamento pode variar a depender se está submetida à opressão racial. Nossos dados apontam que visibilidade lésbica/bissexual e seus sentidos podem ser mais ou menos importantes na vida de mulheres a depender de outras exclusões vivenciadas. Corroboramos com a ressalva de Oliveira (2007) ao ponderar que o lugar das lésbicas negras não é exclusivamente somente de opressão. Quando podem dar visibilidade a orientação sexual ou reafirmar sua raça, elas frustram expectativas em torno de gênero e os discursos de uma raça “inferiorizada”.

Nos espaços de cuidado ginecológico especificamente, questões raciais pareceram não adquirir contorno relevante; por outro lado, o marcador *orientação sexual* operou na produção de desigualdades. Dessa forma, os marcadores sociais produzem mais ou menos desigualdades a depender das experiências de opressão e/ou de militância das mulheres e estão intimamente relacionados aos contextos em que são vivenciados.

Importante destacar que grande parte da população negra reside em bairros da periferia, com poucas oportunidades de trabalho bem remunerados e com oferta de serviços precários, especialmente na área da educação e saúde; as trajetórias de Cristina

e Giane foram exemplos. O São Paulo Diverso¹⁸, iniciativa da Secretaria Municipal de Promoção da Igualdade Racial da Prefeitura de São Paulo traz dados socioeconômicos da população afrodescendente do município, a partir de informações do Censo 2010 do IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. De acordo com o São Paulo Diverso, a população negra está localizada nas periferias da cidade, tendo presença reduzida conforme nos aproximamos do centro. Parelheiros e M'Boi Mirim (extremo da zona sul) e Cidade Tiradentes e Guaianazes (zona leste) constituem os quatro primeiros lugares de concentração, locais com poucas oportunidades de emprego. A renda dos domicílios é notoriamente atravessada por gênero e cor: domicílios chefiados por homens negros apresentam rendimento domiciliar 2,6 vezes menor que os chefiados por homens brancos. Nos domicílios chefiados por mulheres brancas, o rendimento domiciliar era 2,3 vezes maior do que os chefiados por mulheres negras, sendo que a renda delas (mulheres) costuma ser menor que dos homens.

Com relação à escolaridade, os dados apresentados apontam que houve grande ampliação no acesso da população negra ao ensino médio. Esse maior acesso representa uma melhora real das condições educacionais dessa população. Com o aumento nos níveis médios de escolarização e com o advento das políticas de ações afirmativas realizadas nesse espaço de tempo (Lei de Cotas e ProUni), a população negra conseguiu quase que quadruplicar a sua presença no ensino superior; a trajetória de Cristina e Giane corroboram estes dados. No entanto, o número de negros ainda é significativamente inferior: em 2010, considerando-se a população de 18 a 39 anos, havia dois negros para cada oito brancos com o superior completo.

Das participantes deste estudo, Giane, Cristina, Keyla e Magda trouxeram relatos emblemáticos que ilustraram a vulnerabilidade social presentes nos territórios da periferia de São Paulo, ainda que Giane e Cristina, por terem acessado nível superior – e exatamente por este motivo – não residissem mais nos bairros em que passaram infância e adolescência. De toda maneira, raça/cor da pele está intrinsecamente relacionada a condição social, conforme evidenciam os dados do IBGE. Seria completamente raso e improfícuo discutir estigma, preconceito e acesso aos serviços de saúde sem considerar as condições de vulnerabilidades e as experiências de discriminação em que foram submetidas. Ao fato de serem negras, cruza a lesbianidade/bissexualidade, constituindo

¹⁸ Disponível em <http://www.saopaulodiverso.org.br/sao-paulo-diverso-2016/#oque>. Acesso em 07/08/2018.

complexa interação entre raça e orientação sexual. Como propõem Henning (2015), nosso material empírico indica que as exclusões sociais se interrelacionam; a negritude atravessa a vida social e o racismo estabelece formas de interação entre “brancos” e “negros”, que exclui, marginaliza e determina privilégios. É sobre esses privilégios que Cristina se referiu ao dizer que se sentasse à mesa de um restaurante, não seria atendida com a mesma rapidez se fosse branca. No entanto, nos espaços de saúde, a orientação sexual mostrou-se o marcador social em destaque para compreendermos as formas de exclusão no cuidado de lésbicas e bissexuais.

A racialização do gênero apareceu de forma nítida no relato de Danila nas situações de paquera, nas quais sentia-se preterida pelo fato de ser negra. As percepções da diferença (branca/negra) atuam como mecanismo de práticas excludentes e discriminatórias (Brah, 2006). Para Danila, de modo semelhante às demais participantes negras, o quesito cor da pele não reverberou diretamente em discriminação nos espaços de cuidado à saúde, de acordo com sua percepção. Porém, o sentimento de rejeição ou de inferioridade se faz presente em diversas situações sociais e remonta a valorização que recai distintamente sobre corpos brancos e corpos negros:

“Você já passou por alguma situação de discriminação ou preconceito num serviço de saúde?”

Não.

Nem por conta de orientação sexual nem por questões raciais?

Não. Questões raciais já, nos relacionamentos mesmo. Eu percebo o julgamento de homens pela aparência, em balada eu percebia que quando eu ia com meninas mais claras do que eu, cabelo mais liso que eu, elas são mais abordadas, é experiência, vivência isso. (...) Na escola eu passei por preconceito, por conta da cor”. (Danila, 35 anos, negra, lésbica)

Os atributos físicos de negros/negras são geralmente postos em comparação desfavorável aos ideais estéticos etnocêntricos (Vilhena, 2006) e não raro, associados à indolentes, pouco higiênicos, até perigosos. A desvalorização que recai sobre o corpo negro, pensado com atributos pejorativos, instala uma constante preocupação em disfarçá-lo de suas características originais (Zamorra, 2012). Ainda que haja afirmação racial, a desqualificação da negritude cria mecanismos de sofrimento aos sujeitos cujos corpos carregam a marca de serem menos atraentes, menos belos. Notamos este movimento em Danila: a participação em movimentos sociais era uma maneira de protestar, denunciar e encontrar estratégias de defesa frente o racismo do dia a dia, de compartilhar angústias e sofrimentos relacionados ao preconceito racial. A busca por

coletivos cuja identidade pudesse ser forjada, debatida e acolhida, não a eximia de experiências de rejeição.

Nesse sentido, embora nossos resultados não tenham apontado para formas de exclusão específicas às lésbicas/bissexuais negras em contexto de cuidado à saúde, não desconsideramos a intersecção que raça e orientação sexual compõem o cotidiano dessas mulheres.

A presença de negros e negras nas regiões periféricas da cidade de São Paulo retrata que este segmento da população tem condições de vida notoriamente precárias, quando comparado às pessoas que se fixam nas regiões centrais ou em bairros nobres, de maioria branca. Ainda que raça e classe social se entrecruzem, vale ressaltar que são marcadores sociais distintos. De fato, a análise cuidadosa acerca das trajetórias de vidas de nossas participantes, retrata que a vulnerabilidade social das regiões periféricas está intimamente relacionada, também, à classe social.

É característico da sociedade brasileira a desigualdade marcante na distribuição de riquezas e de oportunidades. Como nos adverte Sarti (1988), cria-se de um lado, um setor privilegiado, culturalmente propenso a inovações, região concentradas nos grandes centros urbanos e industrializados; do outro lado está a maioria da população, carente das necessidades mais básicas.

Magda, branca, moradora do extremo da zona sul verbalizou dificuldades quanto ao acesso a serviços de saúde de qualidade, em partes por conta da grande demanda que apresentavam. Devido ao elevado número de pessoas que utilizavam exclusivamente serviços da rede pública neste território, costumavam ter muita procura e alta rotatividade de profissionais (sobretudo da classe médica), trazendo complicações para a oferta de cuidados e para possibilidade de vinculação, além de outras razões que contribuíram para as precariedades sociais verificadas nessas regiões. Além disso, bairros da periferia trazem outras vulnerabilidades, como por exemplo violência física e sexual contra mulheres, constituindo-se territórios especialmente menos tolerantes às mulheres lésbicas. Cristina descreveu-nos

“A violência contra a mulher dentro da favela é uma coisa rotineira, corriqueira, normal. Então os homens, eles batem nas mulheres, e elas também se batem por causa de homem. (...) É muito difícil dentro da favela combater essa violência contra a mulher, porque ela vem muito cedo. Você tem irmão que come a irmã, você tem o tio, você tem os amigos, uma situação de homens que ficam o dia inteiro em casa sem fazer porcaria nenhuma, e as meninas estão soltas. E muitas vezes as mães estão trabalhando, e elas ficam naquela super estimulação, aí com 12 anos ela não queria ficar grávida, mas ficou. E ainda vão lá e culpam

a garota de 12 anos, sendo que o homem adulto é que devia ser o responsável.” (Cristina, 34 anos, negra, bissexual)

Não excluimos o fato de a violência estar presentes em outras classes sociais, inclusive famílias de maior poder aquisitivo. O que chamamos atenção é um complexo emaranhado de condições: tráfico de drogas, crime organizado, ação violenta da polícia, condições de saneamento insatisfatória, provimento deficitário de saúde e educação, notoriamente presentes na periferia que atravessam condições de vida de mulheres lésbicas e bissexuais e produzem formas específicas de sofrimento e segregação.

Raça e orientação sexual se entrecruzam, essas duas categorias também são modificadas pela classe social. A experiência de residirem em bairros da periferia, com oferta restrita de trabalhos bem remunerados e presença de roteiros fortemente demarcados pela expectativa de gênero compôs a trajetória de vida de Magda, Any, Alana, Tatiana e Karen. Classe social está diretamente relacionada aos direitos básicos (acesso à saúde, educação, moradia, transporte de qualidade) e às oportunidades. As pessoas que são marginalizadas sofrem os efeitos da existência nesses territórios sociais, sem lhes ser concedidas oportunidades de vida, de estudo e de crescimento profissional da mesma maneira que às outras pessoas. Em relação às participantes deste estudo, citamos pelo menos duas limitações notoriamente presentes: na escolha por cuidados em saúde, incluindo tratamentos particulares e na prioridade dos estudos sobre o trabalho. Para todas as mulheres citadas acima, a necessidade de trabalhar assumiu caráter imperioso e de difícil conciliação com estudo/escolarização, fazendo-o ficar em segundo plano, não necessariamente por uma escolha deliberada delas, mas por necessidade em garantir o próprio sustento. Tatiana e Karen, por exemplo, verbalizaram que gostariam de ter feito uma faculdade, no entanto, havia sido inviável pelas condições socioeconômicas; trajetória diferente de Nayara, Lara, Naira. O que se evidencia é que gênero não pode ser universalizado, numa descrição homogênea de “mulher” (Scott, 1988; Strathern, 1988; Haraway, 1991), uma vez que “mulheres” são modificadas a partir dos marcadores sociais, entre eles, o que destacamos aqui, a classe social. As condições para cuidar da saúde (busca por tratamentos alternativos ou mais sensíveis a suas demandas, disponibilidade de tempo, a visibilidade lésbica/bissexual no encontro com o profissional, por exemplo) mostraram-se relacionados a classe social e conjuntura financeira. Não somente a estas, certamente.

Escassas oportunidades de vida para mulheres que residiam na periferia foram descritas por Any na resumida diáde casamento-filhos, por ela apontada. Para essas mulheres, as funções de dona-de-casa e em torno do cuidado dos filhos adquirem magnitude em sua autodefinição, na constituição de uma identidade social (Sarti, 1988). Por vezes, exercem atividades remuneradas, no entanto, em sua maioria, mal remuneradas e com o peso da dupla jornada: trabalhos domésticos e trabalho formal. Apesar de ter sido escrito no final dos anos 1980, a colocação de Cynthia Sarti se faz bastante atual:

é evidentemente diferente o significado do trabalho remunerado para quem “escolheu” sua profissão e a vive como realização de um projeto individual e para quem vive sem escolhas, premido pelas poucas alternativas de uma condição social desfavorecida (Sarti, 1988, p 39).

A modernização da mulher brasileira nos anos 60 e 70, alinhado a alguns propósitos feministas, como adesão ao uso de anticoncepcionais, acesso ao ensino superior e incorporação no mercado de trabalho, deu-se numa classe hierarquizada em termos de classe, raça e gênero (Sarti, 1988). Assim, numa sociedade desigual como a brasileira, cabe o questionamento sobre quais mulheres estamos nos referindo e a quais mulheres o feminismo propiciou autonomia. A presença de empregadas domésticas - boa parte negras - em casas de famílias abastadas é parte integrante deste contexto hierárquico e desigual, ainda que nem as patroas, nem as empregadas sejam as mesmas¹⁹. A trajetória de Tatiana ilustrou com perspicácia o sentido de assumir a maternidade e o cuidado do filho, impactando em sua escolaridade e nas oportunidades de trabalho:

“Eu não consegui voltar a estudar depois que tive meu filho. Não dá, a minha vida tomou um rumo completamente diferente”. (Tatiana, 27 anos, parda, lésbica)

O término do relacionamento com o pai de seu filho, acabou sobrecarregando-a, uma vez que os cuidados da criança ficaram completamente ao seu encargo. Sem apoio financeiro para despesas, sem possibilidade de retomar os estudos, as oportunidades de trabalhos também ficaram reduzidas.

Se há relação entre ações de cuidado em saúde, percepção de direitos e níveis de escolaridade, nota-se que mulheres lésbicas ou bissexuais de classes sociais baixas podem não compreender a magnitude de seus direitos e as dificuldades que permeiam às

¹⁹ O emprego doméstico atualmente é regido pela Lei Complementar 150 de junho de 2015, que assegurou novos direitos aos trabalhadores da categoria, como FGTS, adicional noturno, seguro-desemprego, salário-família, entre outros.

consultas ginecológicas. Elas reconhecem os entraves, no entanto, a chave para conscientização e mudança social é indissociável da escolarização. Esta, por sua vez, possibilita melhores condições de vida e modifica o repertório político dos discursos à disposição, numa constante formação de subjetividades.

A análise do material empírico permitiu-nos compreender como a questão geracional atravessa o cuidado em saúde. Mulheres mais velhas, além de terem uma condição financeira estabelecida (ou melhor definida) também costumam ter a lesbianidade/bissexualidade assentada, em termos emocionais, reverberando na maneira como podem lidar com a visibilidade, inclusive nos espaços de cuidado à saúde. Por outro lado, entrar em contato com o desejo homossexual, desde o compartilhar com amigos, frequentar lugares denominados LGBT, até a concretização de envolvimento afetivo-sexual com outra mulher, nos pareceu ser mais exequível nas participantes mais novas, como se o processo da vivência homossexual na contemporaneidade fosse *mais* possível por conta da rede social que lhe dá suporte; não isento de dificuldades, barreiras e homofobia, certamente. No entanto, a possibilidade *social* de ser lésbica ou bissexual – ou nos termos de Weeks (2010) a consolidação do sujeito homossexual, com direitos e estilos próprios, tornou possível o existir e o nomear identidades não normativas.

A visibilidade lésbica e bissexual vem operando mudanças na estrutura social e ao mesmo tempo, essas mesmas mudanças possibilitam a consolidação das identidades sexuais. Nesse sentido, ainda que cada trajetória de vida seja única e singular, o processo de reconhecer, nomear e vivenciar a homossexualidade pareceu-nos mais sustentável pelo reconhecimento social que jovens, como Naira, Nayara, Thalita, Lara, puderam contar. Em contraste com os relatos de Lia e Magda, cujo processo de descoberta e vivência foram penosos e com suporte social significativamente menor.

Lia, descreveu o sofrimento envolvido no processo de separação de seu marido e na decisão sobre a guarda das crianças, uma vez que ela se sentia culpada pela orientação sexual “desviante”. A falta de espaços ou de outras mulheres lésbicas em situações semelhantes que pudessem oferecer acolhimento foi expressiva:

“Eu tinha todo o direito de discutir com ele sobre a guarda das crianças (...). Eu não fiz isso... eu sei que não fiz isso por culpa, por me sentir num lugar fragilizado e por não ter apoio horizontal de outras mulheres. Hoje, se uma de nós passa por uma situação como essa, amigas e outras estarão ao lado dela, dirão ‘você tem todo direito, vai lá, vai à luta’. Esse apoio horizontal, das outras mulheres, ele é muito importante, muito. Tinha uma coisa muito solitária nesse tempo, mais fechada, menos nomeada.” (Lia)

O simples andar de mãos dadas na rua com a namorada surgiu no relato de Lia como uma conquista, uma possibilidade de existir, menos viável em décadas anteriores. Assim, percebemos que as repercussões acerca de visibilidade lésbica e bissexual, além de mudanças sociais concretas – verificadas na existência de bares, festas, movimentos sociais, trabalhos acadêmicos, casais de mulheres sendo vistas e nomeadas – reverberaram nas subjetividades e nos modos como as experiências podem ser significadas, compreendidas.

Gênero, entendido como lugar social de ser mulher, interseccionado com a orientação sexual parece operar produzindo medos ainda mais marcantes quanto à possibilidade de violência e agressão. A vulnerabilidade a que estão expostas por serem mulheres e lésbicas/bissexuais foi abordada pelas participantes de modo significativo. Uma das situações frequentes descritas por elas foi abordagens feitas por homens para se inserir no casal de mulheres ou para galantear uma delas, sem qualquer consideração com o fato de estar acompanhada pela parceira:

“Um homem abordar um casal hetero é algo difícil de se ver. Porque a gente vive numa sociedade patriarcal e a existe essa disputa do macho alfa, então na teoria, se o cara está com a mulher dele, ele sabe que não pode ir lá interromper. Tanto que se passa uma mulher na rua, o cara mexe, quando ele vê que o namorado chegou perto, ele pede desculpa para o namorado e não para a moça. Mas quando não chega o namorado e chega uma outra moça, ele joga uma cantada nas duas, porque ele acha que tudo o que está faltando num casal lésbico é ele.

Você já passou por isso?

Sim, várias vezes.” (Thalita, 20 anos, branca, lésbica)

“Aqui na faculdade eu lembro de um cara mais velho, eu estava com uma menina e ele se sentiu no direito de ficar se esfregando na gente, e falar bosta, durante a festa inteira.” (Naira, 19 anos, branca, lésbica)

Questionamos se elas acreditavam que passariam pela mesma experiência desrespeitosa caso estivessem acompanhadas de um homem, ambas responderam, sem titubear, que não, ainda mais porque já tinham sido abordadas estando acompanhadas por rapazes, em ocasiões anteriores.

Outra situação foi o recebimento de comentários desrespeitosos para aceitarem a investida, de modo a hostilizar a orientação sexual quando verbalizada. Aliás, para algumas, a colocação de que se relacionavam com mulheres frequentemente era recebida como provocação, fazendo com o que o homem passasse a insistir de modo mais grosseiro

e impertinente ainda, ao invés de produzir o efeito contrário. Alguns exemplos estão descritos a seguir:

Eu sempre escuto ‘eu sei que você lésbica, mas quando você sair comigo, te garanto que vai gostar’. (Thalita, 20 anos, branca, lésbica)

Eu já ouvi da boca de vários caras: ‘como assim, você está ficando com ela e ela com você?’. Ou quando falam ‘fica comigo’, você diz que não gosta, ele diz ‘é que você nunca ficou comigo’. Aconteceu isso recentemente numa festa da faculdade, um cara chegou em mim, e eu falei que não gostava. Ele disse: ‘você gosta sim’ e um outro cara ficou me segurando para o cara me beijar. (Naira, 19 anos, branca, lésbica)

Naira descreveu outras situações de tentativas de agressão a ela, por conta de recusa diante da abordagem de rapazes. Em todas as situações, necessitou acionar ajuda de amigos que estavam no mesmo recinto que ela.

A hostilidade dirigida às lésbicas, provenientes em sua maioria de sujeitos do sexo masculino, evidencia as contribuições de gênero na produção da lesbofobia. Além da repúdia à orientação sexual, as situações narradas pelas participantes trazem à tona desvalorização da condição de mulher, como se tivessem que estar à disposição para relacionamentos heterossexuais, e assim, em última instância, à disposição dos homens. Se pensarmos em casais gays, dificilmente os homens recebem investidas e comentários desrespeitosos provenientes de mulheres, na mesma medida e intensidade que ouvimos nos relatos das participantes. A discriminação dirigida aos homossexuais e bissexuais, em geral, e às lésbicas, em particular, passa necessariamente pelo ranço sexista (Leonel, 2011). Assim, a lesbofobia salienta ingredientes que se relacionam a gênero na produção da discriminação dirigida especificamente às lésbicas.

Finalmente, houve também relatos de xingamentos e comentários lesbofóbicos destinados a elas, especialmente em lugares públicos, como metrô e ruas:

Meu medo é de sofrer alguma agressão... quando a gente estava no metrô, direto acontece de estarem olhando feio para a gente [ela e namorada]. (...) Uma vez aconteceu, eu estava com ela no ônibus, e a gente tomou uma cuspidinha. Isso foi bem ruim, foi um dia que eu fiquei muito mal, assim, porque não tinha acontecido nada parecido com isso, a gente estava no ônibus, a gente tinha saído da faculdade, ia para o cinema, a gente estava conversando! (Nayara, 19 anos, branca, lésbica)

Ainda que haja avanços quanto ao reconhecimento dos direitos de mulheres lésbicas e bissexuais, as experiências narradas denotam o preconceito e estigma a que ainda estão submetidas. Ser mulher e lésbica/bissexual aumenta as preocupações em

torno da possibilidade de agressões e de violência. Além disso, tornar visível orientação sexual não normativa também parece exigir atenção incessante e exaustiva aos espaços sociais em que circulam, por conta da hostilidade dirigida ao casal de mulheres.

O entrecruzamento dos marcadores sociais de raça, orientação sexual e classe social produzem complexas opressões, conforme destacado anteriormente, no entanto, vale analisar como esses mesmos sujeitos criam suas resistências e modos de contornar as pressões que constituem suas realidades. Em primeiro lugar, não podemos deixar de destacar o acesso ao nível superior atingido por Cristina, Giane e Alana. Ainda que Cristina tenha acessado a universidade tardiamente, foi surpreendente o modo como elas almejavam ativamente romper com o roteiro de vida que tinham diante de si e buscaram por caminhos alternativos. Certamente, as políticas sociais de cotas e o ProUni constituíram-se ações governamentais no plano macro, imprescindíveis para produzir mudanças nas vidas de sujeitos reais, no plano micro. Ressalva apenas para o caso de Cristina, cuja entrada no curso de Odontologia em universidade pública se deu por meio do vestibular tradicional de ampla concorrência. Apesar da baixa qualidade do ensino fundamental e médio e do não incentivo de professores durante os anos escolares quanto ao ingresso em uma universidade, todas elas romperam com as expectativas em torno da combinação *mulher negra da periferia*.

O não cumprimento de um roteiro previsível ou pelo menos, o esperado por conta do contexto sociocultural também fora transposto por Any, cuja decisão de sair de Guaianazes foi um marco decisivo para mudanças em sua vida, tanto profissionalmente, quanto ao acesso a informação, a saúde, e a educação.

Os modos de enfrentamento da discriminação quanto à orientação sexual foram pontuados desde tentativas propositais em não alimentar o preconceito recebido em atitudes ou falas de terceiros, até a participação em grupos de militância LGBT.

Lara colocou-se atenta aos eventos que ocorrem em São Paulo que problematizam aspectos da saúde da mulher lésbica, procurando manter-se informada e também dar visibilidade a estes encontros. Carol começou a participar no início deste ano de um coletivo feminista na faculdade onde cursa Engenharia. Para ela, a própria existência de um grupo que se propõem a discutir sobre a diversidade sexual e a condição de opressão da mulher já diz de um avanço importante, visto o ambiente machista que tinha na Universidade.

Lia também participava pessoalmente e por meio das redes sociais de diferentes grupos feministas, onde se sentia acolhida. Para ela esta discussão deveria adentrar as

faculdades de Medicina, sensibilizando os alunos, homens e mulheres, para a cultura do machismo, estupro e da violência a que todos estamos submetidos. Talvez houvesse impacto importante na maneira como os jovens, futuros médicos conduziram os atendimentos. Ainda que tenhamos um cenário social em que persiste a discriminação, o preconceito e a lesbofobia, coexiste forças, lutas e arranjos bravamente lançados pelas mulheres como resistência e modos de enfrentamento.

7. Considerações finais

A análise interseccional mostrou-se uma abordagem apropriada para apreensão de como os marcadores sociais da diferença atravessam as percepções de saúde e o cuidado, complexificando o processo de saúde-doença. Atenção às interações das possíveis categorias presentes nas situações abordadas pela pesquisa possibilitou a compreensão de como certas desigualdades são produzidas, além de apontar para a necessidade do cuidado de não supor de antemão, e para todos os aspectos envolvidos na análise, a supremacia de uma categoria exclusivamente.

Assim, o entrecruzamento dos marcadores sociais trouxe apontamentos relevantes para a problematização das condições de saúde de mulheres lésbicas e bissexuais, os quais discorreremos a seguir.

O primeiro deles é com relação à relação sexualidade-gênero. Mesmo que estejam imbricados, não podem ser reduzidos como sinônimos e constituem a base de diferentes campos de prática social (Rubin, 1989). O esforço de compreender como gênero afeta o funcionamento do sistema sexual e o sistema sexual tem manifestações específicas de gênero lança luz às diferenças observadas entre lésbicas e mulheres bissexuais. Para esta discussão, utilizamos a *orientação sexual* enquanto expressão da sexualidade, ainda que o campo sexual abarque outras dimensões, por exemplo, comportamentos, desejos, fantasias e, portanto, não seja redutível a somente uma delas.

A discriminação numa sociedade misógina e machista, como a brasileira, evidencia aspectos de gênero presentes na lesbofobia. As insistentes investidas, sobretudo dos homens, para se inserir no casal de mulheres, comentários desrespeitosos e os episódios de violência destinados a elas, como nos estupros corretivos marcam o sexismo na raiz das manifestações lesbofóbicas.

Entre as mulheres bissexuais, há um constante jogo com a possibilidade de performatizarem enquanto heterossexuais ou homossexuais, relacionado ao modo como são lidas socialmente: heterossexual, quando se relacionam com homens e expõem esta relação ao social, ou lésbica, quando se relacionam com mulheres. Tal leitura torna factível um jogo de visibilidade da orientação hetero ou homossexual em que a bissexualidade em si fica invisível. A dificuldade em tornar a bissexualidade visível relaciona-se diretamente com o dualismo do sexo, por consequência, do gênero, expresso na chave *homem* e *mulher*. Esta perspectiva dicotômica do gênero atravessa as

construções em torno da orientação sexual, apreendida por sua vez, na chave *heterossexual* versus *homossexual*. Aos olhos do que é perceptível socialmente fica difícil identificar a bissexual, já que ela será compreendida como heterossexual ou homossexual, a depender do parceiro ou parceira com quem se relaciona. Dessa forma, a performance de gênero da bissexual parece menos evidente num sistema de classificação binário. Nota-se que há uma articulação entre sexualidade (expressa pela orientação sexual) e gênero.

A recusa da revelação da bissexualidade, em algumas situações observadas na pesquisa, remete, dentre outros fatores, à concepção difundida no senso comum da bissexualidade como fase ou transição à estabilidade do desejo sexual, como se em algum momento devesse haver a escolha por um, e apenas um, objeto sexual. Além disso, a atração deliberada por homens e mulheres e a disponibilidade para relações sexuais de caráter eventual distanciam a mulher bissexual do padrão normativo do gênero feminino (Heilborn e Cabral, 2006), na medida em que assume valores mais liberais no exercício de sua sexualidade. Por outro lado, esses atributos podem propiciar um grau maior de exposição, que as levam a assumirem-se heterossexuais dependendo dos riscos envolvidos.

O jogo de se colocarem como heterossexuais ou homossexuais desenrola-se semelhantemente no ambiente familiar: o estigma em torno da bissexualidade, de serem julgadas como indecisas e promíscuas, favorece a não exposição da bissexualidade, permanecendo invisível. A bifobia, especialmente julgamentos relacionados a suposta promiscuidade das bissexuais, evidencia as contribuições de gênero na produção da discriminação. Em suma, as trajetórias das mulheres bissexuais são exemplares para ilustrar as combinações entre a gestão da sexualidade e os imperativos de gênero.

Ainda neste terreno do entrecruzamento entre gênero e sexualidade, para as mulheres que assumem performance feminina, sejam lésbicas ou bissexuais, parece haver maior possibilidade de expor ou não a orientação sexual nas interações sociais, uma vez que podem ser compreendidas como heterossexuais. Portanto, a causalidade linear entre gênero e orientação sexual dentro de uma perspectiva normativa (gramática corporal feminina implicando no relacionar-se com homens) interfere na maneira como os corpos são generificados e na possibilidade de exposição da orientação sexual. Outra implicação se traduz na expectativa dos familiares pela via de heterossexualidade compulsória para aquelas que manifestam identidade de gênero feminina.

Um segundo marcador que sobressaiu na expressão da sexualidade foi territorialidade, aqui analisado na relação periferia-centro e remetendo de forma direta à

condição de classe social. A pesquisa apontou que a fixidez de gênero atravessa o sistema sexual de maneira contundente nas regiões periféricas de São Paulo, interagindo com as performatividades assumidas ou rejeitadas pelas mulheres. Assim, entre as participantes das camadas populares, uma das parceiras é convocada a assumir o papel masculino, com todas as atribuições normativas a ele relacionadas, e a outra, o papel feminino. Assim, a possibilidade de existir enquanto lésbica nessas localidades remete, em última instância, à performance heteronormativa. A noção de territorialidade (Perlongher, 1986) auxiliou a compreender como as corporalidades estão com constante diálogo com os marcadores de identidade, mas também dizem respeito a noções de pertencimento e prestígio. Maior flexibilidade nas performances de gênero e possibilidade de expressão da homoafetividade pareceu estar relacionada às regiões do centro da cidade, lugares entendidos como plurais e acolhedores à diversidade sexual. A existência de bairros mais receptivos a expressão de sexualidades não normativas pode levar a um movimento migratório pela busca de moradia em tais localidades, o que visualizamos nas narrativas de algumas participantes.

A tensão entre periferia e centro esbarra num sistema complexo de valores permeado, dentre outras coisas, por classe social e níveis de escolaridade. Aproximação de uma perspectiva essencialista de sexualidade está relacionada a menor poder econômico e menos anos de estudo, compreendendo-a basicamente como fruto de uma condição ‘inata’ do sujeito. A sexualidade concebida a partir de estruturas biológicas (e genéticas), e não enquanto construção sócio histórica pode impactar a problematização acerca da visibilidade lésbica/bissexual e de percepção dos direitos sexuais. Como uma pessoa percebe ou concebe uma situação varia segundo como “ela” é culturalmente construída: a miríade de maneiras imprevisíveis em que tais construções podem se configurar e, reiteradamente, em relação ao repertório político dos discursos culturais à sua disposição (Brah, 2006).

Nesse sentido, o sistema de valores que compõem o cotidiano dos sujeitos - aqui destacamos território/classe social e escolaridade - interfere na preeminência que o marcador orientação sexual adquire e organiza a vida. A exposição da orientação sexual vai depender do tipo de reação esperada e do nível de opressão que ela cause naquele contexto (Oliveira, 2007).

Na interface entre saúde e sexualidade, a visibilidade da orientação sexual em contextos de saúde, visando que o cuidado seja o mais pertinente possível para a prática sexual, esteve presente nas mulheres com maiores níveis de escolaridade ou com

envolvimento na militância relacionada à temática de direitos de pessoas LGBT. A revelação da orientação sexual nos atendimentos ginecológicos depende do nível de opressão que a mulher percebe na relação com o profissional, conforme argumento acima. Assim, além do nível de escolaridade e do envolvimento em movimentos sociais, outro critério de destaque foi a leitura que a paciente fez daquele encontro em termos do acolhimento oferecido.

O entrecruzamento entre sexualidade e geração também ganhou relevância nas problematizações acerca de saúde de mulheres lésbicas e bissexuais sob dois aspectos. O primeiro deles com relação à vulnerabilidade e exposição ao adoecimento das mulheres dependentes financeiramente, cujas possibilidades de estabelecerem moradias próprias e independentes da família de origem são escassas, visto a limitação econômica. Permanecer em lares pouco acolhedores à lesbianidade/bissexualidade, junto à familiares que as submetem a violências pautadas na heterossexualidade compulsória tem repercussões graves na saúde mental das jovens. Assim, maior dependência econômica, atrelada à questão geracional, pode favorecer maior adoecimento psíquico e físico, com impactos significativos para a construção da subjetividade e das relações interpessoais.

De maneira geral, segundo os relatos das participantes, as famílias reiteram expectativas heteronormativas, submetem as garotas ao silenciamento de sua lesbianidade/bissexualidade, insistem para se engajarem em relacionamentos com homens e, em alguns casos, chegam a proibir que elas exponham sua vida íntima dentro de casa. Neste cenário, pessoas que representam laços afetivos significativos tornam-se ausentes, culminando no estabelecimento de relações frágeis, vazias e emocionalmente distantes. Dentro de uma concepção ampla de saúde, a falta de apoio de familiares mostrou-se potencialmente nociva, especialmente às mulheres mais jovens e dependentes financeiramente.

O segundo aspecto do entrecruzamento entre sexualidade e geração diz respeito ao intercâmbio que acontece entre espaço público e espaço privado, à maneira como o sujeito internaliza as alternativas dadas pela cultura, num movimento constante e dinâmico de construção de si. Se existir enquanto lésbica ou bissexual é contingente aos cenários forjados pela cultura e pelos contextos históricos (Weeks, 2010), a existência de espaços voltados às mulheres lésbicas e bissexuais nos dias atuais, como bares, festas, coletivos, redes sociais, etc., permitem o existir socialmente; (re)criam discursos, nomeiam práticas e tornam visíveis identidades, comportamentos e atitudes. Nesse sentido, o aumento da visibilidade lésbica trouxe a possibilidade de nomear, experimentar

e compreender a sexualidade, num constante fluxo entre o que é produzido socialmente e a construção de si. Dentre as participantes com idades mais avançadas, o processo de reconhecer-se lésbica/bissexual foi doloroso, por contarem com aporte social precário. Entre as mais jovens, a diversidade sexual visível e nomeável impactou notoriamente suas trajetórias, auxiliando-as no processo de vivência da sexualidade e mesmo no enfrentamento destas questões junto às famílias.

Por fim, considerando os aspectos dinâmicos e relacionais dos marcadores sociais, a categoria raça, interseccionada com gênero e orientação sexual, mostrou-se proeminente frente às situações de discriminação, ganhando força na (re)produção de desigualdades. Tornar visível ou não a orientação sexual e, portanto, a visibilidade que se constrói em torno dela, não se estende à cor da pele, característica fenotípica imediatamente perceptível. No exame das situações sociais trazidas pelas participantes, conforme propõem Henning (2015), raça-cor emergiu com intensidade e relevância, em experiências de discriminação e preconceito em geral. O racismo marca a trajetória de vida de mulheres lésbicas/bissexuais negras de maneira contundente e opera produzindo opressões.

Para as situações especificamente de saúde-cuidado, como a consulta ginecológica que exploramos durante as entrevistas, a orientação sexual ganhou relevância. Ou seja, a intersecção de categorias identitárias elucida como nem todas as mulheres lésbicas e bissexuais se percebem afetadas pela opressão da mesma maneira e no mesmo grau (Oliveira, 2007). Também se evidencia como lésbicas/bissexuais negras podem experienciar a opressão de orientação sexual de uma maneira diferente das pessoas que não enfrentam o racismo. A força que as categorias identitárias ganham ou perdem, na produção de violências ou de privilégios dependem do contexto e das próprias relações que as compõem.

Assim, dentre as categorias de diferença que fazem *diferença* para os contextos que emergiram nas entrevistas, a raça mostrou-se importante na esfera social e pública da existência. Na esfera médica, embora já saibamos o quanto há racismo institucional em questões como o parto (Leal et al, 2017), por exemplo, na consulta com o médico ginecologista o marcador social da diferença que faz diferença é a orientação e as práticas sexuais, o que suaviza momentaneamente outros marcadores sociais. Em razão disso, para estudos que objetivam explorar o cuidado à saúde em interface com sexualidade, a consulta ginecológica constituiu-se *locus* privilegiado para emergir questões relacionadas à orientação e prática sexual, apesar da noção de saúde não se limitar a ela.

A decisão de se colocar como lésbica/bissexual parece ser crucial para que a consulta seja desenvolvida com maior pertinência à realidade e à trajetória da paciente e, por isso opera como um divisor de águas. No entanto, dificuldades permeiam a relação com o profissional, desde o rompimento com o pressuposto de heterossexualidade até receios frente à reação do médico, cabendo às mulheres a difícil decisão de expor a orientação sexual ou mantê-la sob segredo, com a responsabilidade de ‘se passar’ como heterossexual. A revelação da orientação sexual esbarra no acolhimento proporcionado pelo médico, percebido sobretudo na abertura e na possibilidade para discorrer sobre a trajetória sexual.

A invisibilidade da condição bissexual se destacou no contexto dos atendimentos ginecológicos. A não exposição da orientação bissexual ao médico ginecologista aponta para a possibilidade de assumir orientação hetero ou homossexual, a depender com quem se relaciona e da percepção ao nível de preconceito que pode sofrer no contexto de atendimento. A maneira como as consultas ginecológicas são conduzidas, a partir de roteiro assentado em pressupostos de que as mulheres são heterossexuais, com escuta empobrecida a respeito das práticas sexuais realizadas, pode levar as bissexuais se ‘posicionarem’ heterossexuais, no momento da consulta.

Dúvidas sobre a realização do papanicolau, sobre a conduta médica e o funcionamento do corpo feminino (cólicas menstruais, tensão pré-menstrual, presença de cistos no ovário, etc.) foram pontuados como importantes aspectos a serem discutidas com o médico, porém difíceis, principalmente em função da relação verticalizada e hierárquica. A proposta de um cuidado humanizado em que o sujeito seja incluído, desde o diagnóstico ao tratamento, permanece fragilizada num sistema em que o paciente é destituído de seu saber – o saber de seu próprio corpo e de sua felicidade (Ayres, 2004). O encontro entre médico e paciente que inclua a dimensão vivencial e a realidade social da experiência trazida pelo sujeito se faz necessária (Caprara e Franco, 2006). No entanto, não foram incorporadas aos atendimentos com a consistência devida, segundo o relato das participantes, ainda que inúmeros estudos ressaltem sua importância.

A heteronormatividade está presente de maneira significativa nos atendimentos e constitui-se importante entrave para que a diversidade sexual seja contemplada como pressupõem a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Brasil, 2003) e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de LGBT (Brasil, 2010). Além disso, a hegemonia do coito vaginal enquanto prática sexual validada obscurece outras práticas e

favorece que o sexo lésbico ocupe um lugar de desvalia e de menor legitimidade enquanto prática sexual.

A análise também sugere que o cuidado em ginecologia ainda opera com preponderância dos aspectos reprodutivos em detrimento dos aspectos sexuais. Ademais, compromete o compromisso com o cuidado integral à saúde preconizado pelas políticas acima citadas, deixando de lado aspectos importantes para uma vivência sadia e prazerosa da sexualidade. Portanto, o cuidado em ginecologia continua orientado a partir da capacidade reprodutiva dos corpos femininos, como nos primórdios de seu surgimento (Rohden, 2001), deixando de reconhecer corpos cuja prática sexual esteja além do objetivo da reprodução. Informações sobre comparecimento às consultas ginecológicas entre lésbicas e bissexuais pode trazer dados sobre acesso à saúde, mas não sobre cuidado, uma vez que práticas homoeróticas continuam invisíveis para medicina.

Na prática médica parece haver dificuldades para inclusão de temas como diversidade sexual, gênero e raça o que reflete a sensação de uma relação verticalizada e não acolhedora verbalizada pelas participantes. Nesse sentido, parece-nos imprescindível rever a formação dos profissionais, com a incorporação das humanidades e de temas que há décadas se mostram eminentes no processo de saúde-doença. A incorporação de questões de gênero na educação médica é pré-requisito para uma prática de saúde sensível aos seus atravessamentos e é um catalisador para a reforma em direção à mudança social (Verdonk et al, 2009). Apesar das inúmeras pesquisas em torno da saúde das mulheres e do crescente número de mulheres que ingressam no curso de Medicina, as transformações curriculares encontram barreiras: resistência institucional à mudança, incerteza sobre quais questões de gênero devem ser incluídas e falta de diretrizes práticas para implementação (Verdonk et al, 2009).

Tendo em vista a dificuldade que encontramos no aporte de pesquisas especificamente a respeito de mulheres bissexuais, evidencia-se a necessidade de futuras estudos que abarquem este grupo populacional a partir da abordagem interseccional. Para gerar dados mais consistentes e aprimorar o cuidado em saúde a lésbicas e bissexuais, seria pertinente desenvolver pesquisas sobre a perspectiva médica e suas possíveis dificuldades na condução do cuidado.

8. Referências Bibliográficas

Aaron DJ et al. Behavioral risk factors for disease and preventive health practises among lesbians. *Am J Public Health*. 2001;91(6):972-75.

Alves BM e Pitanguy J. *O que é feminismo*. São Paulo: Editora Brasiliense. 2007.

Anselmm-Strauss & Juliet C. *Pesquisa Qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*. Tradução: Luciane de Oliveira da Rocha. 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.

Aquino LOR. Discurso lésbico e construção de gêneros. *Horizontes Antropológicos*. 1995;1(1):79-94.

Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* (Rio de Janeiro). 2001;6(1):63-72.

_____. Cuidado e contrução das práticas de saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação* (Botucatu). 2004;8(14):73-92.

Barbosa RM. Um olhar de gênero sobre a epidemia de aids. In: Elza Berquó (Org). *Sexo & Vida. Panorama da saúde reprodutiva no Brasil*. Campinas: Editora da UNICAMP; 2003, p.339-84.

Barbosa RM e Koyama MAH. Mulheres que fazem sexo com mulheres: algumas estimativas para o Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2006; 22(7):1511-14.

Barbosa RM e Facchini R. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(Supl 2):S291-S300.

Batista M. Hermenêutica Filosófica e o debate Gadamer-Habermas. *Crítica e sociedade: revista de cultura política*. 2012; 2(1):101-118.

Borrillo D. *Homofobia: história e crítica de um preconceito*. Daniel Borrillo [tradução de Guilherme João de Freitas Teixeira]. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2010

Braga IF, Oliveira WA, Silva JL, Mello FCM, Silva MAI. Family violence against gay and lesbian adolescents and young people: a qualitative study. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018;71(Suppl 3):1220-7.

Brah A. Diferença, diversidade, diferenciação. *Cadernos Pagu*. 2006; janeiro-junho(26): 329-376.

_____. Travels in negotiations: difference, identity, politics. *Journal of Creative Communications* 2. 2007; (1&2): 245-56.

Brah A & Phoenix A. Ain't I a woman? Revisiting interseccionality. *Journal of International Women's Studies*. 2004; 5(3).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de ações programáticas estratégicas. *Política Nacional de Atenção à Saúde Integral da Mulher. Princípios e Diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Combate à Discriminação, Secretaria Especial de Direitos Humanos. *Brasil sem Homofobia: Programa de combate à violência e à discriminação contra GLBT e promoção da cidadania homossexual*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica n.º. 13*. Controle dos Cânceres do Colo do útero e da Mama. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, p.23-24, 45-47, 50-58.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Mais Saúde: Direito de Todos: 2008-2011*. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

Bjorkman M & Malterud K. Lesbian women's experiences with health care: A qualitative study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2009; 27(4):238-43.

Brown JL, Pecheny M, Tamburrino MC, Conde LL, Perrotta GV, Capriati A., et al. Gynecological care among lesbians and bisexual women: notes on the situation in Argentina. *Interface (Botucatu)*. 2014;18(51):673-84.

Butler J. *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Tradução: Renato Aguiar. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2003, p.15-60.

Caprara A e Franco ALS. Relação médico-paciente e humanização dos cuidados em saúde: limites, possibilidades, falácias. In: Deslandes SF, organizadora. *Humanização dos cuidados em saúde. Conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.p.85-108.

Carraca S e Ramos S. *Política, Direito, Violência e homossexualidade*. Pesquisa 9ª Parada do Orgulho GLBT- Rio 2004. Rio de Janeiro: CEPECS; 2005.

Carrara S. Discriminação, Políticas e Direitos Sexuais no Brasil. In: Monteiro S e Villela W. (organizadoras). *Estigma e Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013, p.143-60.

_____. Moralidades, Racionalidades e Políticas sexuais no Brasil Contemporâneo. *Mana*. 2015;21(2):323-45.

Corrêa MV. Sexo, sexualidade e diferença sexual no discurso médico: algumas reflexões. In: Loyola MA, organizadora. *A sexualidade nas ciências humanas*. Rio de Janeiro: EdUERJ; 1998.p.69-92.

Costa JF. *A construção cultural da diferença entre os sexos*. In: Coletânea de trabalhos desenvolvidos no VII Encontro de Orientação Sexual. Campinas-SP: GEISH, UNICAMP; 1995, p.3-12.

Crenshaw KM. Mapping the Margins: Interseccionalidade, Identity Politics, and Violence Against Women of Color. *Stanford Law Review*. 1991; 43(6):1241-99.

Cuádriz GH e Uttal L. Intersectionality and In-depth Interviews: Methodological Strategies for Analyzing Race, Class, and Gender. *Race, Gender & Class*. Interdisciplinary Issues On Race, Gender, Class.1999;6 (3):156-186.

Davis, VJ. Lesbian Health. *Obstetrician & Gynaecologist*. 2005; 7:98–102

De Oliveira JM, Almeida MJ, & Nogueira C. Exploring medical personnel's discourses on the sexual health of lesbian and bisexual women in Greater Lisbon, Portugal. *Revista Colombiana de Psicología*. 2014; 23(2), 297-309.

Denenberg R. Report on lesbian health. *Women Health Issues*. 1995; 5(2): 81-91.

Diamant AL, Schuster MA, Lever J. Receipt of preventive health care services by lesbians. *Am J Prev Med*. 2000a; 19(3): 141-148.

Diamant AL, Wold C, Spritzer K and Gelberg L. Health behaviors, health status, and access to and use of health care: a population-based study of lesbian, bisexual and heterosexual women. *Arch Fam Med*. 2000b nov-dec; 9(10): 1043-51.

Duarte R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. *Cadernos de Pesquisa*. 2002, 11:139-154.

Engels F. *A origem da família, da propriedade privada e do Estado*. 13ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995.

Fausto-Sterling A. Dualismos em duelo. *Caderno Pagu*. 2001/02;(17/18):9-79.

Felix AL Direitos Humanos, Religião e Política: da União Civil ao Casamento Igualitário no Brasil.[dissertação]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; 2016.

Fish J. *Cervical screening in lesbian and bisexual women: a review of the worldwide literature using systematic methods*. Sheffield: UK. Cervical Screening Programme. 2014. Disponível em: <https://www.dora.dmu.ac.uk/bitstream/handle/2086/4743/Fish%20cervical%20screening.pdf?sequence=1>

Fontanella BJ, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(1):17-27.

- Foucault M. *A história da sexualidade I. A vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1976.
- _____. *O nascimento da Medicina Social. Microfísica do poder*. Tradução Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- _____. *Vigiar e punir: história da violência nas prisões*. Petrópolis: Vozes, 2010.
- Galarreta ME. [Internet] *La salud de las lesbianas: apuntes desde la experiencia de atención*. In: Boletín Ciudadanía Sexual. Lima: Ciudadanía sexual; 2005 [acesso Jul 31 de 2018]. Disponível em: <http://www.ciudadaniasexual.org/boletin/b16/articulos.htm#3>
- Gagnon J e Simon W. *Sexual Conduct: the Social Sources of Human Sexuality*. Chicago: Aldine; 1973.
- Gagnon J. Revisitando a conduta sexual. In: Gagnon JH. *Uma interpretação do desejo. Ensaaios sobre o estudo da sexualidade*. Rio de Janeiro: Garamond Universitária; 2006. p.403-424.
- Goffman E. *Estigma: notas sobre manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1982.
- Gogna R e Ramos S. Crenças leigas, esteriótipos de gênero e prevenção de DSTs. In: Barbosa RM e Parker R, organizadores. *Sexualidade pelo avesso: direitos, identidade e poder*. 43ª ed. Rio de Janeiro: IMS, UERJ; 1999. p.229-48.
- Guimarães ASA. Classe, cor, raça e racialização na agenda das ciências sociais. Entrevista com Antônio Sérgio Alfredo Guimarães. *Plural. Revista do Programa de pós-graduação em Sociologia da USP, São Paulo*. 2016, 23(1):75-95.
- Guimarães CD. *O homossexual visto por entendidos*. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.
- Haraway D. *Simians, cyborgs, and women. The revention of nature*. New York: Routledge, 1991.
- Heilborn ML. Articulando Gênero, sexo e sexualidade: diferenças na saúde. In: O clássico e o Novo. Giffone R, Goldenberg P e Gomes MH, organizadores. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- _____. *Dois é par. Gênero e Identidade sexual no contexto igualitário*. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.
- Heilborn ML e Cabral CS. As trajetórias homo-bissexuais. In: Heilborn ML, Aquino EML, Bozon M e Knauth DR, organizadores. *O aprendizado da sexualidade. Reprodução e trajetórias de jovens brasileiros*. Rio de Janeiro: Garamond e FIOCRUZ; 2006.p.364-99.
- Henning CE. Interseccionalidade e pensamento feminista: as contribuições históricas e os debates contemporâneos acerca do entrelaçamento de marcadores sociais da diferença. Londrina: *Mediações*. 2015, jul-dez;20 (2):97-128.

Johnson MJ & Nemeth LS. Addressing health disparities of lesbian and bisexual women: a grounded theory studies. *Women`s Health Issues*. 2014, 24(6):635-40.

Leal M do C et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2017, 33(sup 1): e00078816.

Leonel V. Lesbofobia. In: Venturi G e Bokany V. (Orgs). *Diversidade sexual e homofobia no Brasil*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo; 2011, p.89-96.

Levi-Strauss. As Estruturas Elementares do Parentesco. Petrópolis: Vozes, 1982.

Lionço T. Que direito à saúde para população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. *Saúde Soc*. São Paulo. 2008, 17(2):11-21.

Louro GL. *Gênero, sexualidade e Educação. Uma perspectiva pós-estruturalista*. 4ª Ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2001.

Martins A. Biopolitics: medical power and patient autonomy in a new conception of health, *Interface - Comunic., Saúde, Educ*. 2004; 8(14): 21-32, set.2003-fev.2004.

McIntosh M. The Homosexual Role. *Social Problems*. 1968; 16(2):182-92.

Meinerz NE. Entre mulheres – estudo etnográfico sobre a constituição da parceria homoerótica na cidade de Porto Alegre. [dissertação]. Porto Alegre: Universidade do Rio Grande do Sul; 2005.

Mercer CH, Tanton C, Prah P, Erens B, Sonnenberg P, Clifton S, Macdowall W, Lewis R, Field N, Datta J, Copas AJ, Phelps A, Wellings K, Johnson AM. Changes in sexual attitudes and lifestyles in Britain through the life course and over time: findings from the National Surveys of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal). *The Lancet*. 2013; 382: 1781-94.

Meyer IH. Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychological Bulletin*. 2003;129: 674–697.

Minayo MC de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 6ª Ed. São Paulo: Hucitec/Abrasco; 2004.

_____. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012; 17(3): 621-26.

Moore H. Compreendendo sexo e gênero. Tradução de Julio Assis Simões para uso didático. Do original “Understanding sex and gender”. In: Tim Ingold. *Companion Encyclopedia of Anthropology*. London (UK): Routledge, 1997.

Needham BL, Austin EL. Sexual orientation, parental support, and health during the transition to young adulthood. *J Youth Adolesc*. 2010;39(10):1189-98.

Oliveira VM. Identidades Interseccionais e Militâncias Políticas. In: Grossi MP, Uziel AP e Mello L, organizadores. *Conjugalidades, parentalidades e identidades lésbicas, gays e travestis*. Rio de Janeiro: Garamond; 2007.p.385- 404.

Ortiz-Hernández L, Valencia-Valero RG. Disparidades em salud mental asociadas a la orientación sexual en adolescentes mexicanos. *Cad Saúde Pública*. 2015; 31(2):417-30.

Paiva V. A Psicologia redescobrirá a sexualidade? *Psicologia em Estudo*. 2008;13(4):641-51.

Parker R. Diversidade sexual, análise cultural e a prevenção da Aids. In: Parker R (Orgs). *A construção da solidariedade: Aids, sexualidade e política no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA/Relume-Dumará; 1994, p.117-32.

_____. *Beneath the Equator: cultures of desires, male homosexuality, and emerging gay communities in Brazil*. Nova York: Routledge; 1999.

_____. Interseções entre estigma, preconceito e discriminação na Saúde Pública Mundial. In: Monteiro S e Villela W (Orgs). *Estigma e Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013, p.25-46.

Parker R e Aggleton P. HIV and Aids-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implicatons for action. *Social Science &Mecidine*. 2003;57(1):13-24.

Pereira H e Costa PA. Modeling the impact of social discrimination on the physical and mental health of Portuguese gays, lesbians and bisexual people. *Innovation: The European Journal of Social Science Research*. 2016; 29(2): 2015-217.

Perlongher NO. *O negócio do michê: prostituição viril em São Paulo* [dissertação]. Mestrado em Antropologia Social, Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. 1986.

Perucchi J, Brandão BC e Vieira HIS. Aspecto psicossociais da homofobia intrafamiliar e a saúde jovens lésbicas e gays. *Estudos de Psicologia*. 2014;19(1), jan-março:67-78.

Phelan J, Link B & Dovidio J. The stigma of homlessness: the impact of label ‘homeless’ on attitudes toward a poor person. *Social Psychology Quarterly*, 2008; 67: 358-67.

Pinto VM. *Aspectos epidemiológicos das doenças sexualmente transmissíveis em mulheres que fazem sexo com mulheres* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2004.

Pinto VM et al. Sexually transmitted disease/HIV risk behaviour among women who have sex with women. *AIDS*, 2005;19(4):S64-S69.

Piscitelli A. Interseccionalidade, categorias de articulação e experiências de migrantes brasileiras. *Sociedade e Cultura*, 2008; 11(2): 263-74

Prado MAM e Junqueira RD. Homofobia, hierarquização e humilhação social. In: *Diversidade sexual e homofobia no Brasil*. Organizadores: Gustavo Venturi e Vilma Bokany. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo; 2011, p.51-72.

Puckett JA, Woodward EN, Mereish EH, Pantalone DW. Parental rejection following sexual orientation disclosure: impact on internalized homophobia, social support, and mental health. *LGBT Health*. 2015;2(3):265-9.

Rodrigues JL. *Esteriótipos de gênero e o cuidado em saúde sexual de mulheres lésbicas e bissexuais*. [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2011.

Rohden L. Hermenêutica e Linguagem. In: Almeida, CLS, Flickinger HG, Rohden L, organizadores. *Hermenêutica Filosófica: nas trilhas de Has-Georg Gadamer*. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2000, p.151-202.

Rohden F. *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2001, p.13-108.

Rubin GS. The traffic in women: notes on the “political economy” of sex. In: Reiter, R (ed.) *Toward an Anthropology of Women*. New York: Monthly. Review Press, 1975.

Rubin GS. Thinking sex: Notes for a Radical Theory of the Politics of Sexuality. In: Vance C. (Ed). *Pleasure and Danger: Exploring Female Sexuality*. New York: Routledge & Kegan, Paul; 1989, p.157-210.

Sarti C. Feminismo no Brasil: uma trajetória particular. *Cad Pesq.* (São Paulo). 1988;(64):38-47.

Seffner F. Identidade de gênero, orientação sexual e vulnerabilidade social: pensando algumas situações brasileiras. In: Venturi G e Bokany V. (Orgs). *Diversidade sexual e homofobia no Brasil*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo; 2011, p.39-50.

Scott J. Gender and politics of history. New York: Columbia University Press; 1988.

_____. Gender: a useful category of historical analyses. Gender and the politics of history. New York: Columbia University Press; 1989.

Silva CGM. Os significados da fidelidade e as estratégias de prevenção da Aids entre homens casados. *Rev Saúde Pública*, 2002; 36(4Supl): 40-9.

Silva e Silva TMG. O colorismo e suas bases históricas discriminatórias. *Direito UNIFACS – Debate Virtual*. Salvador, n.201, 2017. Disponível em <<http://revistas.unifacs.br/index.php/redu/article/view/4760>>. Acesso em 14 de junho de 2018.

Simões JA. O negócio do desejo. *Cadernos Pagu*. 2008;(31) julho-dezembro: 535-46.
Soares GS e Costa JC. Movimento lésbico e movimento feminista no Brasil: recuperando encontros e desencontros. *Estudos Feministas*. julho /dezembro 2011-janeiro /junho 2012. Disponível em:
<https://www.mpba.mp.br/sites/default/files/biblioteca/direitos-humanos/direitos-da-populacao->

lgbt/artigos_teses_dissertacoes/movimento_lesbico_e_movimento_feminista_no_brasil_recuperando_encontros_e_desencontros_1.pdf

Strathern M. *The Gender of the Gift*. University of California Press, 1988.

Tracy JK, Lydecker AD & Ireland R. Barriers to cervical cancer screening among lesbians. *Journal of Women's Health*. 2010;19(2):229-37.

Vance C. A antropologia redescobre a sexualidade: um comentário teórico. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 1991;5(1):7-31.

Venturi G e Bokany V. Introdução. Foco na homofobia: a coleta e a análise. In: Venturi G e Bokany V. (Orgs). *Diversidade sexual e homofobia no Brasil*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo; 2011, p.11-22.

Verdonk P, Benschop YWM, Haes HCJM e Lagro-Janssen TLM. From gender bias to gender awareness in medical education. *Health Sci Educ*. 2009;14:135-52

Vigoya MV. La sexualización de la raza y la racionalización de la sexualidad en America Latina. *Seminario Internacional La sexualidad frente a la sociedad*. Cidade do México: 28-31 julho de 2008.

Vilhena J. A Violência da Cor: sobre racismo, alteridade e intolerância. *Revista de Psicologia Política*. Belo Horizonte. 2006;6(12).

Villela WV e Arilha M. Sexualidade, gênero e direitos sexuais e reprodutivos. In: Berquó E.(organizadora). *Sexo & Vida. Panorama da saúde reprodutiva no Brasil*. Campinas: Editora da UNICAMP; 2003, p.85-150.

Weeks J. O corpo e a sexualidade. In: Louro GC. *O corpo educado. Pedagogias da sexualidade*. 3ª ed. Belo Horizonte: Autêntica; 2010, p.35-82.

Woodford MR, Han Y, Craig S, Lim C, and Matney MM, Discrimination and Mental Health among Sexual Minority College Students: The Type and Form of Discrimination Does Matter. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*. 2014;18: 142–163.

Zamorra, MHRN. Desigualdade racial, racismo e seus efeitos. *Fractal, Rev. Psicol.* Set./Dez. 2012; 24(3):563-78.

ANEXO 1

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - FMUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Performances de gênero de mulheres lésbicas e bissexuais e o cuidado à saúde

Pesquisador: marcia thereza couto falcão

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 51030015.8.0000.0065

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.818.291

Apresentação do Projeto:

Este projeto de doutorado irá avaliar a saúde de mulheres lésbicas através do uso de serviços de saúde e as relações com esses profissionais, tendo como ponto de discussão duas políticas públicas brasileiras: a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e a Política Nacional de Saúde de LGBT.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral do estudo será analisar como as mulheres lésbicas e bissexuais compreendem os serviços de saúde e as relações com os profissionais enquanto espaços acolhedores ou repressores diante de suas performances de gênero. Irá também procurar identificar como os atributos de masculinidade/feminilidade e as performances de gênero dialogam com a busca por cuidados em saúde, favorecendo ou dificultando-a; assim como descrever situações e contextos em que sofreram discriminação, se tais ações forem apontadas pelas participantes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Risco mínimo.

Benefícios: Oportunidade para reflexão e compreensão sobre a atuação dos serviços de saúde e seus profissionais na abordagem de mulheres lésbicas.

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36

Bairro: PACAEMBU

CEP: 01.246-903

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3893-4401

E-mail: cep.fm@usp.br

**FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - FMUSP**

Continuação do Parecer: 1.818.291

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo exploratório utilizando metodologia qualitativa (através de entrevistas/roteiro e diário de campo).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequado

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Investigação cujos resultados poderão contribuir no tema do estudo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_554695.pdf	20/10/2016 10:25:52		Aceito
Outros	CartaRespostaPendenciaApresentadaCEPFMUSP.docx	20/10/2016 10:25:21	marcia thereza couto falcão	Aceito
Outros	RoteiroEntrevista.doc	20/10/2016 10:24:03	marcia thereza couto falcão	Aceito
Outros	CadastroOnlineProjeto.pdf	03/11/2015 12:12:15	marcia thereza couto falcão	Aceito
Folha de Rosto	folhadeRosto.pdf	02/10/2015 11:53:25	marcia thereza couto falcão	Aceito
Outros	ParecerDMP.jpg	02/10/2015 11:05:32	marcia thereza couto falcão	Aceito
Outros	FolhadeRostoAssinada.jpg	02/10/2015 11:03:59	marcia thereza couto falcão	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodoutoradoCEP.doc	28/09/2015 15:20:48	marcia thereza couto falcão	Aceito
Outros	AnexoIICadastroPesquisa.docx	31/08/2015 11:22:20	marcia thereza couto falcão	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEFIM.doc	31/08/2015 11:21:49	marcia thereza couto falcão	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36
Bairro: PACAEMBU **CEP:** 01.246-903
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3893-4401 **E-mail:** cep.fm@usp.br

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - FMUSP

Continuação do Parecer: 1.818.291

SAO PAULO, 08 de Novembro de 2016

Assinado por:

Maria Aparecida Azevedo Kolke Folgueira
(Coordenador)

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36

Bairro: PACAEMBU

CEP: 01.246-903

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3893-4401

E-mail: cep.fm@usp.br

Página 03 de 03

ANEXO 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa **“Lésbicas e mulheres bissexuais: uma leitura inersecional do cuidado à saúde”**, que está sendo realizada por uma aluna da pós-graduação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Esta pesquisa tem por objetivo estudar mulheres lésbicas e bissexuais, compreendendo como aspectos de poder, autonomia, decisões e cuidados com a saúde sexual acontecem dentro dessas relações. Para isso, sua contribuição consistirá em participar de uma entrevista dando informações relativas ao seu relacionamento afetivo, incluindo-se o cuidado que você tem e o que faz para cuidar de sua saúde. Garantimos seu direito de sigilo, certificando que quando os resultados da pesquisa forem divulgados seu nome verdadeiro nunca será apresentado. Você pode ser esclarecida sobre qualquer aspecto da pesquisa quando desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. Sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefício. A participação não acarretará custos financeiros pra você. Estarão garantidas todas as informações que você queira acerca da investigação, antes, durante e depois da pesquisa e se você tiver alguma dúvida, deve contatar a pesquisadora Julliana Luiz Rodrigues por e-mail jullianalrodrigues@gmail.com Caso você se sinta prejudicado em algum momento da pesquisa, o Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da USP pode ser acionado através dos telefones (11) 38934401/4407, do e-mail: cep.fm@usp.br e endereço Av. Dr.Arnaldo, 251 - 21º andar - sala 36.

Data: __/__/__

Entrevistada: _____

Assinatura: _____

Pesquisadora: _____

Assinatura: _____

ANEXO 3 – Roteiro de Entrevista

BLOCO 1: Trajetória da sexualidade

- Houve momento(s) ou período(s) que você se relacionou com homens e mulheres? Como você vivenciou essa experiência? Como você se identifica em relação à sua sexualidade no presente?
- Como foi o início de seu envolvimento com uma mulher?
- Como sua sexualidade foi percebida e considerada em sua família?
- Me conta como você foi lidando com a forma de expressar seu afeto por uma mulher (Explorar como isso foi sendo compartilhado na rede de relação)
- Quais os limites de expressão desses sentimentos? Aonde eles “podem” acontecer? (Explorar na família, em ambientes de lazer, escola/trabalho, etc.)
- Há situações em que você se sente invisibilizada? Ou tem que restringir a expressão de seus afetos?
- Você acha que a sociedade considera errada ou condena a lésbica e a bissexual? Quais os contextos ou motivos deste julgamento moral?
- Para você existem aspectos ou questões que são inaceitáveis ou inegociáveis nas suas relações afetivo-sexuais?

BLOCO 2: Cuidado com a saúde

- Como você cuida de sua saúde?
- Como você vê e cuida de sua saúde sexual?
- Quais aspectos da sua saúde sexual que você mais se preocupa ou considera importante? Teria aspectos que você considera menos importante?

(explorar: Papanicolau, idas regulares ao ginecologista, autoexame de mama, ciclo menstrual, TPM e cólica, DST)

BLOCO 3: A saúde sexual

- Enquanto lésbica/bissexual, você se sente cuidada na consulta com seu médico ginecologista ou clínico? Como se dá (ou não) este cuidado?

BLOCO 4: situações de discriminação e preconceito no atendimento médico

- Você já passou por alguma situação de discriminação/preconceito pela sua orientação sexual no serviço de saúde ou em algum atendimento médico?
- Houve algum episódio em que você tenha se sentido desconfortável ou julgada pelo seu jeito, seu corpo ou suas atitudes diante de profissionais de saúde? Se sim, como lidou?
- O que te faz sentir mais ou menos acolhida num espaço de cuidado à saúde?
- O que poderia ser incorporado nos atendimentos de modo a torná-los mais sensíveis para um cuidado efetivo?