Universidade de São Paulo

Faculdade de Saúde Pública

Estereótipos de gênero e o cuidado em saúde sexual de mulheres lésbicas e bissexuais

Julliana Luiz Rodrigues

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Saúde, ciclos de vida e sociedade.

Orientadora: Prof. Dra. Néia Schor

São Paulo
2011

Estereótipos de gênero e o cuidado em saúde sexual de mulheres lésbicas e bissexuais

Julliana Luiz Rodrigues

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Saúde, ciclos de vida e sociedade.

Orientadora: Prof. Dra. Néia Schor

São Paulo
2011

DEDICATÓRIA

Às mulheres, lésbicas, bissexuais, curiosas, entendidas, do babado, do fervo, sapas, sapatões, sapatilhas, fanchas, caminhoneiras, *ladies*, *butch*, bofes, peruas e a todas aquelas que se relacionam com mulheres ou ainda poderão a vir se relacionar e não se encaixam em nenhuma das descrições acima.

AGRADECIMENTOS

Depois de um longo percurso, não pela contagem cronológica do tempo, mas em termos dos aprendizados e amadurecimento conquistados, escrever os agradecimentos exigiria de mim inúmeras páginas! Possivelmente as normas acadêmicas não me autorizariam a isso. Então, na tentativa de não ser extensa demais, deixarei aqui com cada palavra escrita, um forte abraço a todos aqueles e aquelas, que sabem o valor desta conquista, porque compartilharam comigo de perto, de longe, com broncas, com palavras carinhosas ou somente com um olhar o imenso esforço dedicado à produção deste trabalho.

Meu primeiro agradecimento é dedicado a minha mãe; mulher forte, batalhadora, honesta que com seu imenso carinho e amor, ensinou-me a ver o brilho do ser humano e arrumar forças mesmo diante das inúmeras atrocidades e grosserias deste mundo. Mãe, obrigado pelo mais lindo exemplo que tenho em minha vida do que é ser mulher! Você me surpreende!

Ao meu pai, exemplo de organização, seriedade e profissionalismo, sempre me dando sábios conselhos para dar conta da árdua tarefa da vida acadêmica. Sou muito grata por me fortalecer no momento em que pensei em desistir.

A minha irmã, tão diferente de mim e ao mesmo tempo tão parecida! Querida Fran, você se tornou um exemplo para mim. Não pelas semelhanças, mas por se mostrar uma mulher tão carinhosa e compreensiva nas nossas diferenças. E por segurar a minha mão quando eu achei que o mundo desabaria.

A minha avó, senhora na “melhor idade”, exemplo de saúde e energia para quem quiser conferir, sempre me dando conselhos, tentando entender a vida louca dessa juventude (tarefa inglória, não?!), mas com o coração aberto para me acolher e fazendo o impossível para me ver bem e feliz.

À amiga Cris, fluminense marrenta, de poucas palavras, que se tornou uma irmã aqui em São Paulo, não só para compartilhar conquistas e experiências acompanhadas de bons brindes no bar, mas igualmente para trocar confidências e ajudar a me levantar nos tombos dessa vida. Cris, obrigado por me fazer compreender o sentido de uma verdadeira amizade, especialmente por nunca ter querido me ensinar isso.

À querida amiga de Campinas (e região) Carla Coração. Mesmo com noventa quilômetros que nos distanciando, compartilhei os sufocos deste trabalho, as dores das separações e as inúmeras dificuldades que passei em minha vida pessoal, e ela sempre me incentivando com suas doces palavras. Querida, obrigado por me ajudar a perceber o sentido de algumas vivências, mesmo em meio a tantas lágrimas!

Ao meu grande amor e amigo, Conrado, pelas diversas conversas e acolhimentos, talvez por sermos tão parecidos, compartilharmos o pequeno defeito de querer viver tudo em sua plena intensidade.

À Ana, nova companheira de casa, que chegou em um momento de mudanças e instabilidade, mas com uma disponibilidade e respeito imenso por mim, o que me fez a admirar mais ainda e considerá-la, em tão pouco tempo, uma pessoa especial.

Aos amigos que acompanharam, torceram e comemoram junto comigo desta conquista, Laurinha, Laíza, Jéssica, Max. Em especial, Ciça e Carol, companheiras não paulistanas de longa data, com quem dividi baladas, conversas, cafés, boas risadas e também inúmeras dúvidas e mudanças em minha vida pessoal, obrigado amigas pela escuta! E ao amigo Márcio, paulistano da gema, que acompanhou de perto várias dificuldades vivenciadas ao longo deste trabalho.

Aos amigos da pós-graduação Thiago, Lígia, que me ouviram tantas vezes quando me senti perdida com as questões do trabalho e também colaboraram para que eu me tornasse uma pessoa melhor, em aspectos de minha vida para além da

profissão; Hugo e Keyla pela cumplicidade que começou nas intermediações da FSP e com certeza, se estendeu para fora dela.

A todas as meninas e mulheres que participaram dessa pesquisa com seus relatos de vida tão pessoais, cheios de emoção, compartilhando detalhes, alguns, nunca antes verbalizados. Agradeço a todas vocês pela confiança e credibilidade depositadas em mim. Esse trabalho é para vocês!

À professora de ginástica Célia, que por meio de suas aulas sempre animadas e em alto astral, pude respirar, manter o corpo/mente cuidados e assim, garantir minha saúde mental e continuar firme e forte na escrita da dissertação!

A minha orientadora prof. Néia Schor, que com sua imensa experiência me fez perceber meus erros e aprender a ser uma profissional mais capacitada.

Às professoras Vera Paiva e Regina Facchini pelas valiosas contribuições em minha banca de qualificação.

À professora Augusta que me acolheu tão carinhosamente junto com seus demais orientandos, me ensinando sobre pesquisa em saúde, mas muito mais que isso, colocando-se à disposição para minhas intermináveis dúvidas.

Aos professores Ivan França Jr. e Vera Paiva pelos aprendizados e discussões levantadas em suas disciplinas que subsidiaram a fundamentação teórica desta pesquisa.

Aos professores da pré-banca Rubens Adorno e Estela Maria L. Aquino com seus elogios, sugestões e críticas, colaborando para a escrita deste trabalho e para meu aprendizado profissional que certamente extrapola a realização do mestrado.

Ao CNPq pela bolsa concedida para a realização desta pesquisa.

A todos os funcionários da FSP que pacientemente esclareceram minhas dúvidas e me receberam com grande cordialidade na instituição.

Ao Leandro e à Iara pelos “socorros”, pela compreensão diante das nossas aflições enquanto alunos e pelo imenso bom humor que utilizam diariamente para dar conta do trabalho da secretaria de nosso Departamento.

O saber deve ser como um rio, cujas águas doces, grossas, copiosas, transbordem do indivíduo e se espraiem, estancando a sede dos outros. Sem um fim social, o saber será a maior das futilidades.

Gilberto Freyre

RESUMO

Rodrigues JL. Estereótipos de gênero e o cuidado em saúde sexual de mulheres lésbicas e bissexuais. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2011.

O aumento da visibilidade de mulheres que se relacionam com mulheres tem suscitado questões pertinentes à saúde desse grupo. A literatura aponta que estereótipos de gênero e valores acerca da masculinidade e feminilidade se fazem presentes nos discursos e interferem nas ações de cuidado com a saúde. A falta de orientação nos atendimentos ginecológicos pertinentes a sua prática sexual é apontada como uma dificuldade encontrada por mulheres que se relacionam com mulheres. A saúde sexual, localizada como direito do sujeito, deve ser pensada incluindo-se aspectos sociais como determinantes para a qualidade da atenção dispensada. Este trabalho tem por objetivo compreender como as construções de gênero se fazem presentes nas relações homo-afetivas entre mulheres e no cuidado dedicado à saúde sexual. Pautada em vertente qualitativa, utilizou-se de entrevistas semi-estruturadas e anotações em diário de campo para obtenção dos dados. Entrevistou-se nove mulheres lésbicas ou bissexuais entre 19 e 46 anos, todas residentes na cidade de São Paulo. As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas a partir das categorias "gênero", "práticas preventivas" e "cuidado em saúde". Os resultados permitem vislumbrar a relação entre diferentes construções do ser mulher e o cuidado dispensado à saúde sexual. Maior dificuldade em perceber necessidade de cuidado e de buscar serviços de saúde esteve presente entre mulheres lésbicas que se reconheciam masculinizadas. Valores relativos à feminilidade hegemônica, que atrela sexo a afeto, podem operar vulnerabilizando mulheres que se relacionam com mulheres quanto à exposição às doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), na medida em que a inserção de quaisquer métodos pode ser recebido como questionamento pela parceira do sentimento ou insinuar desconfiança sobre a procedência sexual. As dificuldades acerca do sexo seguro entre lésbica foram pontuadas pelo desconhecimento e falta de informações sobre o tema. A maneira de prevenir-se das DSTs se resume em fazer avaliações higienistas sobre a parceira e evitar relacionamentos com as bissexuais. Comunicar ao médico sobre sua preferência sexual e sentir-se suficientemente acolhida para levar dúvidas sobre DSTs/aids foram as maiores dificuldades apontadas no momento da consulta ginecológica. Mesmo quando optam por revelar a preferência homoerótica, isso não se traduz no recebimento de informações pertinentes a sua prática sexual. A ideia de que todas as mulheres mantêm relações heterossexuais ainda é presente nas práticas médicas e constitui-se como importante barreira ao oferecimento de um atendimento humanizado que opere em respeito aos direitos humanos e à diversidade sexual. Os resultados desta pesquisa configuram um quadro em que a vulnerabilidade ao adoecimento sexual das mulheres que se relacionam com mulheres, para além de aspectos individuais e sociais, remete às lacunas programáticas, expresso na ausência de discursos sobre sexo seguro na parceira lésbica.

DESCRITORES: Saúde sexual, gênero, homossexualidade feminina, feminilidade e cuidado em saúde.

ABSTRACT

Rodrigues, JL. Gender stereotypes and sexual healthcare concerning lesbians and bisexual women. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo (College of Public Health, University of São Paulo); 2011.

The increasing visibility of women in relationships with other women has set a new line of questions regarding the health of such social group. Literature points out that gender stereotypes and values concerning masculinity and femininity are present in speech and often interfere in health-oriented actions. The lack of orientation in gynecological treatment directed to their sexual practice is claimed as an obstacle for women in homosexual relationships. Sexual healthcare, as an individual right, must be thought within social aspects as standards to determine the quality of the attention offered. This report aims to understand how the constructions of gender interact with homosexual relationships between women and with the focus given to their sexual health. Based on qualitative side, it was made use of a collection of pre-established scripted interviews, alongside with notes from the field journal to elaborate the data. The interviewees are made up of nine women, either lesbian or bisexual, aging from 19 to 46, all residing in the city of São Paulo. The interviews were recorded, transcripted and analyzed taking in account the categories of "gender", "preventive practices" and "healthcare measures". According to results, it is possible to draw a relationship between different forms of the construction of what it is being a woman, and the kind of healthcare measures subsequently assimilated. Greater difficulty in perceiving need to care and to seek health services has been present among lesbians who recognized masculinized. Standards of hegemonic femininity, which bind sex to affection, may work in making women in homosexual relationships vulnerable to the exposure to sexual transmitted disease (STDs), to the extent that the insertion of any methods may be received as questioning by partner of feeling or insinuate distrust about the origin sexual. The difficulties about safe sex lesbian were scored by ignorance and lack of information on the subject. The way to prevent the STDs is summed up in doing evaluations hygienists on the partner and avoid relationships with bisexuals. To inform the doctor about their sexual preferences/orientation and being sufficiently supported to expose their doubts about STDs/AIDS as a homosexual partner, constitute the biggest obstacles indicated by interviewees when it comes to the appointment with a gynecologist. Even when they choose to reveal the preference asserted that homoerotic orientation goes, that does not result in the receipt of information relevant to their sexual practice. The idea that all women maintain heterosexual relationships is still very present in medical practice, posing a barrier in the way of a humanized care in tune with the human rights and the sexual diversity. The results in this research draw a picture in which the vulnerability to sexual diseases for women in relationships with women, beyond the individual and social aspects, goes back to the programmatic voids, expressed in the absence of speeches on safe sex partner lesbian.

DESCRIPTORS: Sexual healthcare, gender, female homossexuality, femininity and healthcare measures.

ÍNDICE

O CAMINHO AO TEMA DE PESQUISA 14

INTRODUÇÃO 19

1. Relações afetivo-sexuais entre mulheres na contemporaneidade 19

2. Definição sobre os termos da população estudada 23

3. Da sexualidade hegemônica à diversidade sexual 25

3.1 Breve histórico da sexualidade: significações em torno do“ser mulher” e do “ser homem”..... 26

3.2 Gênero como Construção Social 29

3.3 Gênero e os movimentos feminista e gay: a sexualidade sob a perspectiva do construcionismo social 32

4. Gênero, relações afetivo-sexuais entre mulheres e o lugar das políticas públicas e os cuidados em saúde 37

4.1 Sobre as conquistas dos direitos sexuais e reprodutivos: contribuições para o campo da saúde 37

4.2 Políticas públicas, programas e ações voltadas para a diversidade sexual 42

4.3 Sobre a questão do cuidado e prevenção em saúde sexual para as mulheres lésbicas e bissexuais 52

4.4 Relações afetivo-sexuais entre mulheres e o lugar da saúde como objeto de investigação em Saúde Pública 60

HIPÓTESES 62

OBJETIVOS..... 62

PASSOS METODOLÓGICOS 64

1. Localizando as participantes do estudo 64

2. Coleta de dados 69

3. Sobre o momento da entrevista 72

4. Análise dos dados 81

5. Cuidados Éticos 84

RESULTADOS 85

1. Apresentando as participantes do estudo 85

2. Construções sociais acerca do masculino e do feminino 112

3. Sexualidade, sexo e gênero 139
3.1 Práticas sexuais no contexto da parceria feminina 140
3.2 Práticas preventivas e o uso de métodos de proteção às DST/aids 157
4. Cuidado em saúde sexual 179
4.1 O que elas entendem e fazem para promover saúde sexual? 180
4.2 A consulta ginecológica e espaços para abordagem de saúde sexual 192
5. Estereótipos de gênero e o cuidado com saúde sexual 211
CONSIDERAÇÕES FINAIS 227
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 244
ANEXOS 252
ANEXO 1 – Roteiro Temático de entrevista
ANEXO 2 – Parecer do Comitê de Ética
ANEXO 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
ANEXO 4 – Quadro descritivo sobre as participantes

TABELA DE SIGLAS

DST – Doença sexualmente transmissível

GLS – Gays, lésbicas e simpatizantes

HSH – Homens que fazem sexo com homens

LGBT – Lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONG – Organização Não Governamental

PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

WHO – World Health Organization (Organização Mundial da Saúde)

O CAMINHO AO TEMA DE PESQUISA

Ao concluir a graduação em Psicologia, decidi continuar minha formação em cursos que me proporcionassem trocas, vivências e experiência na área da saúde. Essa vontade foi fortemente fomentada pelo interesse que eu tinha em reconhecer as diversas aplicações da psicologia na atuação profissional, compreendendo como todo aquele aporte teórico obtido na faculdade poderia se transformar em ações de prevenção, promoção e tratamento dos pacientes. Rodeada de dúvidas, medos e incertezas, típicas de uma aluna recém-formada, tinha uma clareza (e como era acolhedor em meio a tantas dúvidas, ter uma, pelo menos uma clareza!): queria atuar na área da saúde. Saúde Pública. Talvez com crianças, talvez com adultos. Ou ambos.

Com um diploma nas mãos, certa bagagem de conhecimentos acadêmicos e muita vontade de aprender mais, mudei-me para a cidade de São Paulo (encantadora, mas um tanto quanto caótica para quem vem do interior) e fiz um curso de especialização em um hospital público na área da pediatria. Finalizado o curso, compreendi que tratar de crianças implicava em lançar olhares, invariavelmente, para a loucura dos adultos, seus cuidadores imediatos.

Continuando minha formação, decidi, então, cursar o Programa de Aprimoramento Profissional financiado e gerido pela Secretaria da Saúde com duração de dois anos na área de "Psicologia em Unidade Básica da Saúde". Assim, atuei por dois anos como psicóloga em um Centro de Saúde ligado à Faculdade de Saúde Pública da USP.

Como parte do programa de aprimoramento, participava da recepção de novos usuários, através de grupos de triagem, conduzia estudos de casos para efetivação de diagnósticos e realização de encaminhamentos, desenvolvia atividades psicoterapêuticas individuais e em grupo e participava de grupos multi-profissionais temáticos, como o de diabetes e o de gestantes. Como foi enriquecedora essa atuação! Diversos desafios se colocavam cotidianamente em decorrência da imprevisibilidade característica do trabalho de um Centro de Saúde, diversos questionamentos teóricos, diversas dúvidas de como proceder nos atendimentos e

quais caminhos escolher, visando a melhoria da saúde de alguém que estava ali diante de mim. E que esperava algo de mim. Lembrando que eu atuava em uma Unidade de Atenção Primária, questões rondavam minha cabeça diariamente como: "a que preceitos essa psicologia que eu exerço serve? Em quais concepções de saúde ela se pauta? Quais tecnologias ela quer servir? Como ela, enquanto um campo de conhecimento colabora para o tratamento e prevenção da saúde das pessoas?" Aos poucos, eu ia tentando "costurar" dois grandes campos – a psicologia e a saúde coletiva – quando, frequentemente, elas se mostravam distantes e sem comunicação.

O tema da homo e bissexualidade rapidamente fez parte de meus atendimentos. O primeiro caso foi uma mãe de uma criança de 8 anos de idade, preocupadíssima com os trejeitos afeminados do filho. Lembro-me de sua expressão de grande aflição quando essa questão veio à tona em uma sessão. Ao mesmo tempo em que me pedia uma "resposta", parecia não querer ouvi-la, ou não ter condições de ouvi-la: " *me diz logo se ele vai ser mesmo... você sabe, né, ou se tiver volta, a gente já começa a tratá-lo agora"*! Queixava-se das gozações que familiares próximos faziam da criança, motivo esse que a fez buscar o serviço de saúde.

Uma outra senhora, com seus 67 anos, iria começar a fazer psicoterapia de grupo e solicitou passar por algumas sessões individuais comigo antes de efetivarmos sua entrada no grupo. Pedido atendido, ela, sem demora, desabafou que estava muito apreensiva com a possibilidade de ser rejeitada pelo grupo em função de sua orientação sexual... Não sabia como abordar esse tema diante dos futuros colegas de terapia e questionava-se se realmente deveria expor-se em relação a isso. Medo e angústia. Uma certeza de querer viver sua homossexualidade paralelamente expressa com uma necessidade extrema de não "dar pistas" que era lésbica e assim, não sofrer discriminação e preconceitos, como já havia vivido em outras situações após a revelação de sua orientação sexual.

Depois foi uma senhora, paciente muito querida de psicoterapia, que me contou sobre sua filha: "*ai, ai... está tudo errado mesmo.... ela resolveu pirar de vez, arrumou uma marida... vai vendo... eu criei uma mulher! E agora ela resolveu virar homem?*" A paciente, avó de quatro netos, inclusive dos filhos dessa sua filha recém "descoberta" lésbica, trazia vários questionamentos quanto aos significados de ser mulher, ser homem, como essas esferas eram construídas, e como ficava ela no meio

de toda essa situação: mãe de uma mulher que resolveu casar-se com uma outra mulher. “Absurdo, não a perdôo por isso”, dizia a paciente a mim, “mas não posso deixar de amá-la porque ela ainda é minha filha, o que eu faço? ”.

Percebi o quanto ouvir esses pacientes, oferecendo um espaço para que a temática da homossexualidade, do preconceito e da discriminação pudesse emergir, era fundamental para criar uma relação acolhedora e assim, possibilitar que esses temas fossem conversados; temas que, muitas vezes, eram verbalizados pela primeira vez na vida dessas pessoas. Falar sobre uma filha lésbica e isso ser sinônimo de doença, de vergonha, falar sobre a culpa por ter um filho com trejeitos afeminados, falar sobre o medo da rejeição por ter uma orientação sexual diferente do padrão hetero-normativo e isso ser causa de grande sofrimento psíquico, eram falas completamente impregnadas de grande carga afetiva, que variavam de medo a confusão. Esses relatos mostraram-me o quanto se fazia necessário incluir no diálogo com cada uma dessas pessoas dimensões sobre o que é ser mulher, o que é ser homem, desejo sexual e prática sexual. Era como se eles me pedissem permissão para confessar a discriminação e o preconceito deles mesmos frente à homossexualidade, mas paradoxalmente, expressavam também enorme necessidade de aprender a lidar melhor com a pessoa “desviante” que amavam.

Uma filha que “decide virar marida” de uma outra mulher, torna-se um “filho”? Deixa de ser mulher? Ou é simplesmente “sem-vergonhice”, como a própria paciente me indagou? Um garoto de 8 anos, carinhoso, atencioso, amável, que apresenta um desenvolvimento absolutamente adequado para sua idade, é “menos normal” porque tem jeito afeminado? Como eu, profissional da saúde, deveria lidar com a culpa dessa mãe que se sente a responsável por isso? Encaminhar uma mulher homossexual a um grupo de psicoterapia seria mais iatrogênico do que promovedor de saúde mental? O medo que ela sentia de ser discriminada pelos futuros colegas de terapia não era o mesmo medo da sociedade “lá fora”? Comecei a perceber que a temática da homossexualidade não só localizava-se como problemas das pessoas que eu atendia, como também dizia a respeito de valores construídos socialmente. E por isso, fora dos meus atendimentos, o preconceito, a discriminação, a culpa, o medo era vivenciados cotidianamente.

Esses usuários pediam que eu lhes assegurasse que mesmo atravessados pela temática da homossexualidade, seus filhos e filhas não era aberrações e que eles podiam continuar sendo amados como sempre o foram. Mais do que longas conversas e investigações sobre a causa da homossexualidade, os pacientes vinham para o atendimento sedentos para compreender como amar alguém que é diferente e, principalmente, para compreender porque é tão discriminado alguém que não é heterossexual.

Em meio a todas essas questões que se levantavam nos atendimentos, eu perguntava-me de que a maneira a psicologia poderia me ajudar a dar conta dessa temática, tão recheada de dúvidas, medos e culpas. Havia na vivência de cada um daqueles pacientes muito sofrimento emocional. Isso era evidente. Mas como trabalhar na dimensão subjetiva, uma temática fortemente imbricada a valores sócio-culturais?

Também comecei a me perguntar como o serviço de saúde em que eu estava inserida abarcava o tema da homossexualidade, como era abordado na instituição. E aos poucos, fui concluindo que não era. A paciente lésbica de 67 anos queixava-se das consultas ginecológicas, na qual mesmo após várias idas ao médico, ainda tinha que se deparar com perguntas que presumiam sua heterossexualidade. E ela, mais uma vez, em clima desconfortável, tinha que dar satisfações e relembrar o médico de sua situação "desviante". A paciente, frequentemente, queixava-se da falta de suporte do serviço para abordar sua homossexualidade, o que a afastava do serviço, temendo comportamentos discriminatórios dos profissionais, como já havia vivenciado na consulta ginecológica, por exemplo.

A história de vida trazida por cada um desses pacientes me fez questionar de que maneira os serviços de saúde e os profissionais que nele exercem suas funções têm abordado as questões relativas à homossexualidade. Especialmente a homossexualidade feminina, que apareceu ainda mais recheada de tabus e discriminação. Qual o olhar que o serviço tem dessas mulheres "desviantes", e como elas, referem seu lugar dentro do serviço? Como a psicologia, e os psicólogos, no lugar de profissionais que lidam diretamente com o sofrimento psíquico, dão conta dessa temática dentro de um serviço de saúde pública?

A partir dessa experiência profissional que me ofereceu uma vivência valiosa, fomentando diversos questionamentos, ingressei no Programa de Pós-Graduação, da Faculdade de Saúde Pública, para me debruçar sobre essa área pouco estudada que ainda permanece obscura e cheia de lacunas.

INTRODUÇÃO

1. AS RELAÇÕES AFETIVO-SEXUAIS ENTRE MULHERES NA CONTEMPORANEIDADE

Vivências de relações afetivo-sexuais entre pessoas do mesmo sexo não é um fenômeno recente. Essa prática já foi documentada por diversos pesquisadores, especialmente antropólogos, em outros períodos históricos e em diversos grupos culturais. No entanto, as significações sobre a experiência sexual desses sujeitos, incluindo-se o espaço e legitimidade atribuída a essa vivência, são processos imbricados aos valores e normas estabelecidas por cada grupo social. Portanto, as interpretações que rondam as experiências de relações homossexuais são admitidas – ou não – e explicadas de diferentes formas ao longo do tempo.

No Brasil, até a década de 1980, mulheres que estabelecessem relações afetivo-sexuais com outras mulheres ocupavam uma posição renegada na sociedade, uma vez que manifestavam um desvio sexual, afastando-se dos padrões normativos do que é "ser mulher" e da heterossexualidade enquanto comportamento sexual adequado. A temática sobre mulheres homossexuais não era incluída nas discussões do campo acadêmico, político e na saúde.

A partir de mudanças sociais, políticas e culturais que ocorreram na década de 1980, é que grupos sociais "desviantes" (referindo-se a gays e lésbicas), enquanto sujeitos de direitos, começaram a ganhar espaço nos debates políticos. Uma dessas mudanças foi a emergência da epidemia da aids, que ampliou os questionamentos sobre a sexualidade humana e promoveu um aumento de estudos sobre esse tema no campo científico. A consolidação de uma identidade "lésbica" e o crescimento do movimento lésbico verificado a partir dos anos de 1990 também se constituíram como fatores que têm estimulado um aumento das indagações em torno de questões sobre mulheres que têm relações erótico-afetivas com outras mulheres ou mulheres que fazem sexo com mulheres (MSM), termo amplamente utilizado na literatura.

Finalmente, a afirmação dos direitos sexuais e reprodutivos também influenciou o enfrentamento das questões ligadas à homossexualidade feminina, fazendo com que esse tema ganhasse espaço nas discussões acadêmicas e nas

políticas públicas na virada do século XX para o XXI. Nesse momento, verificaram-se articulações entre o movimento lésbico, que ganhava maior visibilidade e o movimento feminista. (BARBOSA e FACCHINI, 2009).

A pressão exercida por mulheres lésbicas e bissexuais em defesa da saúde como direito e suas lutas contra todas as formas de discriminação e opressão foram imprescindíveis para a visibilidade desse grupo populacional e para a elaboração de políticas públicas que incluíssem suas necessidades.

Assim, as mudanças históricas ocorridas no cenário social do país e lutas dos movimentos lésbicos é que as questões sobre gênero, identidades sexuais e práticas erótico-afetivas entre mulheres começaram a conquistar um espaço nas discussões acadêmicas e a ganhar apoio de gestores e técnicos de agências governamentais nas esferas federal, estadual e municipal.

Apesar da entrada deste tema de estudo no campo acadêmico e de alguns avanços nas políticas públicas, observamos que algumas questões sobre a homossexualidade feminina permanecem obscuras e pouco abordadas. Verificamos ainda que as ações entre atores dos movimentos sociais, pesquisadores, profissionais e técnicos da área da saúde não acontecem de forma articulada, existindo descompasso entre as políticas públicas e as efetivas mudanças sociais em direção a uma sociedade libertária e igualitária quanto ao exercício da sexualidade (BARBOSA e FACCHINI, 2009).

Diversos estudos, a maioria disponível na literatura internacional (DENENBERG, 1995; DIAMANT et al, 2000a e 2000b; AARON et al, 2001; PINTO, 2004 e 2005) trazem dados preocupantes relativos à saúde sexual e reprodutiva dessas mulheres: menor solicitação por parte dos profissionais da saúde de exames papanicolau e de prevenção ao câncer de mama, acesso à consulta ginecológica sem regularidade ou somente quando surgem sérios problemas e maiores agravos à saúde e uso pouco freqüente de métodos de proteção às doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e aids. Esses dados serão mais extensamente trabalhados no item “Sobre a questão do cuidado e prevenção para as mulheres que fazem sexo com mulheres” desta pesquisa.

Com relação à procura pelos serviços de saúde, estudos realizados no Brasil (PINTO, 2004; BARBOSA e KOYAMA, 2006; BARBOSA e FACCHINI, 2009)

indicam que a dificuldade ou a baixa freqüência das mulheres lésbicas nesses locais está associada à existência de discriminação nesses serviços, ao receio das mulheres em revelar ao médico a respeito de sua homo ou bissexualidade e ao tratamento inadequado que recebem dos profissionais diante da revelação de suas práticas sexuais.

Mesmo quando optam por conversar com os profissionais acerca de seus relacionamentos homo-eróticos, isso não necessariamente garante o recebimento de orientações adequadas a sua prática sexual (BARBOSA e FACCHINI, 2009 e MEINERZ, 2005). Assim, em consonância com argumentos de LIONÇO (2008), partimos do pressuposto que o cuidado em saúde de mulheres lésbicas e bissexuais encontra barreiras e dificuldades não em função do funcionamento anátomo-fisiológico dessas mulheres, mas sim, de outros aspectos de natureza social e cultural. O despreparo do profissional de saúde se faz presente em um atendimento quando não sabe "o que fazer" diante de uma mulher com práticas sexuais diferentes da norma heterossexual. LIONÇO (2008), em seu artigo sobre direitos humanos para população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), afirma que:

> (...) as necessidades em saúde, bem como os desafios que se colocam para a qualificação da atenção a essa população, dizem respeito não necessariamente a características intrínsecas a gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais, mas tão somente às conseqüências das representações e significações que recaem sobre suas práticas sexuais e modos de vida, enquanto desviantes em relação a um suposto padrão de normalidade ou "saúde" implicado na heteronormatividade moralmente vigente (p. 03).

No momento em que o preconceito e a discriminação fazem parte da relação entre os profissionais da saúde e os(as) usuários(as) do serviço, a pessoa vítima tem um prejuízo para sua saúde física e acontece uma violação dos direitos humanos (ÁVILA, 2003). Os tabus, as ineqüidades de gênero e os preconceitos sobre a vida sexual e reprodutiva ainda rondam a prática profissional e, por isso, têm se constituído grandes impedimentos para uma atenção de qualidade nesse terreno.

O crescimento da visibilidade de mulheres lésbicas e bissexuais, a afirmação dos direitos sexuais e reprodutivos, o reconhecimento da liberdade dos sujeitos de vivenciarem suas sexualidades sem discriminação e a necessidade de articular ações

que promovam efetivamente o cuidado em saúde trouxeram à tona a importância de se estudar a saúde sexual desse grupo no campo da saúde coletiva, sob o olhar das Ciências Humanas e Sociais. Como exposto nos parágrafos anteriores, a sexualidade de mulheres com práticas homoeróticas não se limita a dados epidemiológicos e ao conhecimento do funcionamento biológico dos corpos dessas mulheres, mas está intrinsecamente ligada ao contexto social e cultural em que essa sexualidade é vivenciada.

Assim, as mulheres lésbicas e bissexuais podem enfrentar dificuldades na vivência de sua homossexualidade e na busca por serviços de saúde, uma vez que para ter acesso a ele, uma série de ações discriminatórias podem ser acionadas por suas práticas “desviantes”.

2. DEFINIÇÃO SOBRE OS TERMOS DA POPULAÇÃO ESTUDADA

Ao longo do item anterior foram utilizadas expressões como "*mulheres que têm relações afetivo-sexuais com mulheres*", "*mulheres que estabelecem relações erótico-afetivas com mulheres*" e "*lésbicas e bissexuais*". Um problema a ser examinado nos estudos sobre homossexualidade feminina está relacionado ao modo de definir a população base dos estudos.

Pesquisas utilizam termos como "lésbica" ou "mulheres que fazem sexo com mulheres" indiscriminadamente sem oferecer ao leitor uma clara definição sobre quais mulheres estão se referindo; muitas vezes tais termos são usados de forma isolada de outras características como classe, raça, escolaridade, história/trajetória sexual, etc.

Para evitar tal confusão, consideramos de grande importância tecer uma breve discussão sobre as questões envolvidas na definição da homossexualidade feminina, bem como, determinar os termos que foram utilizados nesta pesquisa e a quem eles se referiram. Foram mulheres que faziam sexo com outras mulheres, independentemente de suas identificações sexuais? Mulheres que estabeleciam relacionamento afetivo com pessoas do mesmo sexo? Ou mulheres que se sentiam atraídas por mulheres, independente de suas práticas sexuais?

Há certo consenso de que a orientação sexual poderia ser descrita levando-se em conta, pelo menos três dimensões: comportamental, desejo/atração e identidade, que não necessariamente caminham da mesma maneira e na mesma direção (BARBOSA e KOYAMA, 2006). Assim sendo, BARBOSA E KOYAMA (2006) diferenciam, pelo menos, três situações:

1. **dimensão comportamental**: mulheres que estabelecem práticas sexuais com outras mulheres. Nesse grupo, estariam incluídas mulheres que fazem sexo com mulheres, mas não necessariamente se denominam lésbicas, nem bissexuais. A ênfase aqui é dada ao comportamento e prática sexual;
2. **dimensão do desejo/atração**: mulheres que se sentem atraídas por mulheres, mas não necessariamente estabelecem práticas sexuais com elas.

3. **dimensão da identidade**: mulheres que se identificam/nomeiam como lésbicas e/ou bissexuais e, portanto, estabelecem relações afetivo-sexuais com outras mulheres. Esse grupo acaba por englobar a dimensão comportamental e do desejo.

BARBOSA e KOYAMA, (2006) e BARBOSA e FACCHINI (2009) referem-se a basicamente dois grupos: um deles diz respeito à categoria "*lésbica*" onde se pressupõe uma identidade e comportamento homossexual; e a categoria "*mulheres que fazem sexo com mulheres*", enfatizando a dimensão comportamental, incluindo-se aí mulheres com comportamento lésbico e bissexual.

Dois pontos importantes devem ser considerados no estudo dessa população. Primeiro, reconhecer que pode haver disjunção entre comportamento e identidade sexual; a vivência de uma relação homossexual não implica necessariamente numa identidade homossexual. Segundo, reconhecer que uma prática sexual apenas homossexual ao longo da vida praticamente inexiste (BARBOSA e KOYAMA, 2006). Ou seja, o termo *lésbica*, refere-se a uma mulher que estabelece relações homoeróticas, mas seria um erro supor que ela nunca teve envolvimento afetivo e/ou sexual com homens em outros momentos de sua vida.

Estudar mulheres lésbicas e bissexuais significa considerar que elas possam ter ou não uma identidade homossexual e possam ter tido ou não relacionamentos anteriores com homens, no caso das lésbicas. Mas todas elas – lésbicas e bissexuais – estabelecem ou estabeleceram em algum momento de suas vidas, uma relação afetivo-sexual com mulheres.

Portanto, ao longo desta pesquisa, utilizaremos os termos "*lésbicas*" e "*bissexuais*", referindo-nos às mulheres que estabelecem relacionamentos afetivos e práticas sexuais com outras mulheres, e não aquelas que tiveram somente uma experiência homoerótica. Por se tratar de sujeitos que vivenciaram uma relação amorosa supõe-se que haverá, provavelmente, mas não necessariamente, identidades homossexuais e/ou bissexuais envolvidas em suas histórias e trajetórias de vidas.

3. DA SEXUALIDADE HEGEMÔNICA À DIVERSIDADE SEXUAL

Mirem-se no exemplo daquelas mulheres de Atenas
vivem pros seus maridos, orgulho e raça de Atenas
quando amadas, se perfumam, se banham com leite, se arrumam
suas melenas
quando fustigadas não choram, se ajoelham, pedem, imploram
mais duras penas
cadenas
Mirem-se no exemplo daquelas mulheres de Atenas
sofrem pros seus maridos, poder e força de Atenas
quando eles embarcam, soldados, elas tecem longos bordados
mil quarentenas
e quando eles voltam sedentos querem arrancar violentos
carícias plenas
obscenas
Mirem-se no exemplo daquelas mulheres de Atenas
despem-se pros maridos, bravos guerreiros de Atenas
quando eles se entopem de vinho, costumam buscar o carinho
de outras falenas
mas no fim da noite, aos pedaços, quase sempre voltam pros braços
de suas pequenas
helenas
Mirem-se no exemplo daquelas mulheres de Atenas
geram pros seus maridos os novos filhos de Atenas
elas não têm gosto ou vontade, nem defeito nem qualidade
têm medo apenas
não têm sonhos, só têm presságios, o seu homem, mares, naufrágios
lindas sirenas
morenas
Mirem-se no exemplo daquelas mulheres de Atenas
temem por seus maridos, heróis e amantes de Atenas
as jovens viúvas marcadas e as gestantes abandonadas
não fazem cenas
vestem-se de negro, se encolhem, se conformam e se recolhem
às suas novenas
serenas
Mirem-se no exemplo daquelas mulheres de Atenas
secam por seus maridos, orgulho e raça de Atenas

(Mulheres de Atenas, Chico Buarque)

As discussões acerca da sexualidade e dos papéis sexuais nem sempre partiram dos mesmos pressupostos e tiveram as mesmas interpretações. Os fluxos culturais, políticos e econômicos produzem demandas que exigem a constante reelaboração das dinâmicas sócio-culturais. A inserção das mulheres no mundo do trabalho, o questionamento da reprodução como finalidade do corpo feminino, os avanços no campo da cirurgia e da estética, a titularidade dos direitos sexuais e reprodutivos e a consolidação de identidades homossexuais – gays e lésbicas – foram processos sociais que incidiram diretamente no cotidiano de cada sujeito, propiciando, ao mesmo tempo, transformações na esfera individual e social em relação à sexualidade e ao corpo, erótico e sexual (VILLELA e ARILHA, 2003).

Portanto, discorrer sobre a sexualidade, remete necessariamente à ideia de que as práticas sexuais e todos seus significados dialogam com o contexto cultural e com o momento histórico em que estão sendo analisadas e vivenciadas.

3.1 – Breve histórico da sexualidade: significações em torno do "ser mulher" e do "ser homem"

Por muitos anos, acreditava-se na existência de apenas um sexo, o masculino. As mulheres eram consideradas menos humanas e constituíam um intermédio entre os humanos – os homens – e a natureza. As partes do corpo feminino eram compreendidas em correlação a um corpo masculino não desenvolvido: "a vagina seria um pênis interno não desenvolvido; os ovários seriam os testículos; os grandes lábios, o saco escrotal; e, finalmente, o útero, o escroto" (LAQUEUR, 1992, p. 04).

A ascensão às virtudes humanas era possível aos sujeitos do sexo masculino. A mulher, interpretada como uma versão "inferiorizada" do homem, ficava mais suscetível a sucumbir às fraquezas da carne (VILLELA e ARILHA, 2003).

O modo de se pensar sobre o homem e a mulher começou a ser modificado no final do século XVIII e foi para além dos avanços ocorridos na pesquisa e na biologia da época. Os argumentos que fomentavam o questionamento sobre as diferenças entre os seres humanos advinham da ideologia igualitarista da Revolução Francesa.

Apesar das interrogações acerca das distinções entre homens e mulheres, a burguesia – classe dominante do século XIX – precisava garantir seus privilégios, mantendo a mulher fora da esfera política. COSTA (1995) referindo-se aos estudos de Laqueur e Foucault afirmou que:

> os ideais igualitários da revolução democrático-burguesa tinham que justificar a desigualdade entre homens e mulheres, com fundamento numa desigualdade natural. (...) Para que mulheres, assim como os negros e os povos colonizados, não pudessem ter os mesmos direitos dos cidadãos homens, brancos e metropolitanos, foi necessário inventar algo que, na natureza, justificasse racionalmente as desigualdades exigidas pela política e pela economia da ordem burguesa dominante (p. 3).

As diferenças impostas pela natureza aos corpos dos homens e das mulheres, passaram a ser o argumento que justificavam os lugares e funções sociais diferentes que esses dois seres distintos ocupavam (VILLELA e ARILHA, 2003). A

maternidade exigiria dedicação exclusiva das mulheres à sua cria e diversas habilidades indispensáveis para a tarefa de gestar e amamentar, como a paciência, doçura e amabilidade, características que seriam advindas da natureza feminina. Esse discurso sobre a definição da função feminina estava intrinsecamente relacionado à necessidade de produtores e consumidores humanos, fomentado pela mudança de produção feudal para o capitalismo (VILLELA e ARILHA, 2003).

Os homens, por sua vez, estariam responsáveis pelos aspectos da vida social, especialmente das tarefas políticas, culturais e econômicas. Para isso, sua natureza lhes preparava com características de competitividade, agressividade e objetividade.

Assim, a diferença anatômica entre os sexos veio justificar as desigualdade morais e políticas entre homens e mulheres. E tal argumento foi fortemente endossado pelo discurso médico, que derivou da anatomia e da fisiologia modelos de comportamento sexual adequado às mulheres e aos homens. A partir do exercício da maternidade, foram se definindo características desejáveis, tanto físicas quanto psicológicas para as mulheres; a partir do exercício de provedor da família e de atuante na esfera política, definiam-se também para o homem seus atributos físicos desejáveis e os comportamentos adequados.

A procriação sendo o destino do corpo feminino, localizou a reprodução como finalidade última da relação sexual, e partir desse discurso, estabeleceu-se também os valores desejáveis em torno do sexo praticado pela mulher. Como ressaltam VILLELA e ARILHA (2003),

> O eixo básico dessa discursividade é a restrição às relações sexuais entre pessoas do mesmo sexo, o silenciamento sobre orgasmo feminino, tido até então como necessário, e ainda a restrição ao exercício da sexualidade pelas mulheres fora do casamento. (...) As operações simbólicas e no campo das mentalidades que transformam a reprodução na finalidade última e mais nobre do sexo incluem a desqualificação do erotismo e a produção de uma certa hierarquia moral dos atos sexuais, que coloca no topo a penetração vaginal, sendo a ejaculação o modelo de clímax. Nos patamares mais baixos, e com uma conotação moral negativa, estariam as relações sexuais entre mulheres e o prazer masculino com penetração anal (p. 104).

Os discursos da religião cristã e da psiquiatria reconheciam como legítimas apenas as práticas sexuais com fins reprodutivos e, portanto, qualificavam

sentimentos e comportamentos eróticos entre pessoas do mesmo sexo como sinais de inferioridade.

A tradição judaico-cristã e seus pressupostos morais classificavam como pecaminosa qualquer prática homossexual. Somando-se a isso, a medicina, a partir do século XIX, definiu a homossexualidade como doença, rotulando-a como um comportamento patológico. Aqueles que mantivessem práticas homossexuais e o gozo do sexo sem o objetivo da reprodução, apresentavam um desvio de comportamento, que "podia ser causa de doenças físicas (...) e morais, incluindo aí a loucura" (VILLELA e ARILHA, 2003, p. 105).

Assim, muitos dos discursos sobre o sexo durante o século XIX e primeira metade do século XX preconizavam o controle do impulso sexual e a consumação do sexo somente dentro de uma relação conjugal heterossexual e com finalidade reprodutiva. A noção de sexo, atrelada à reprodução e às diferenças anatômicas entre homens e mulheres como norteadoras de comportamentos sexuais adequados, constituiu-se como o modelo de relação entre as pessoas e de organização social.

No final do século XIX, as questões relativas ao comportamento sexual foram incluídas como tema de uma disciplina própria, a sexologia, tendo como pioneiro o sexólogo Krafft-Ebing. Esse famoso estudioso, explicou o sexo como uma força interna, de origem biológica que exige satisfação. A abordagem dada por Krafft-Ebing se pautava na suposição de que os hormônios e genes (fatores biológicos) estavam na raiz da compreensão sobre a sexualidade (WEEKS, 2000).

O entendimento do sexo, referindo-se às diferenças anatômicas entre homens e mulheres, resultando na divisão natural dos seres humanos em dois segmentos – masculino e feminino – também sobredeterminava o modo como esses dois segmentos da humanidade deveriam se relacionar. Nesse sentido, tratou-se o conceito de sexo sob o aspecto determinista-essencialista que se estendeu ao plano ideológico, pois foi construído e representado no domínio da moral, da religião e do poder. Dentro desse discurso, os aspectos relacionados ao contexto social e às condições históricas eram pouco ou nada abordadas na compreensão do sexo e da sexualidade.

3.2 – Gênero como Construção Social

Durante o século XIX e primeira metade do XX, a classificação dos seres humanos em duas categorias distintas – machos e fêmeas – assentadas nas diferenças biológicas determinou claramente uma normatização dos comportamentos masculinos e femininos que deveriam ser seguidos por homens e mulheres respectivamente. Assim, os discursos produzidos sobre a masculinidade e feminilidade, por serem pautados nas características anátomo-fisiológicas dos corpos, eram pensados como esferas estanques, imutáveis e universais, perdendo-se de vista o caráter heterogêneo e complexo, peculiar a essas esferas.

Tal postura começou a ser questionada a partir da indagação se as características corporais, destacando-se aí a genitália, eram as únicas responsáveis pela determinação de como uma mulher ou um homem deveria se comportar.

Esse questionamento foi fomentado por mudanças sociais ocorridas nos anos 1950, como por exemplo, a entrada da mulher no mercado de trabalho e o advento da contracepção, que permitiu a desvinculação da atividade sexual em relação à reprodução. Outras forças, como o feminismo e os movimentos de reforma sexual de todos os tipos, ganharam espaço questionando a visão do sexo como algo inato, essencial e universal (WEEKS, 2000).

Na tentativa de extrapolar a compreensão do que é ser homem e ser mulher para além de determinações biológicas, formulou-se a categoria de *gênero*.

A categoria *gênero* foi elaborada a partir de contribuições do movimento feminista que questionava a inevitabilidade da desigualdade entre os sexos e da subordinação feminina, provocando importantes impactos sobre as noções naturalizadas da sexualidade, predominantes até esse momento. Uma importante autora nesse movimento foi GAYLE RUBIN, que em 1975 escreveu um artigo entitulado “The Traficc in Woman”, levantando fortes argumentos contra a explicação essencialista de que a sexualidade e a reprodução causavam a diferença de gênero de maneira simples e linear.

Os estudos sobre gênero foram inovadores na medida em que, além de englobarem aspectos sociais e culturais na construção da sexualidade e na determinação de comportamentos, eles partem do pressuposto de que até o discurso

da biologia é fruto da cultura (MOORE, 1997). Portanto, a própria noção de sexo – no sentido de ato/prática sexual – com seus conjuntos de processos biológicos, é produto de discurso biomédico da cultural ocidental.

Autores (RUBIN, 1985; VANCE, 1991; BARBIERE, 1993; MOORE, 1997; WEEKS, 2000) que se debruçaram sobre as questões de gênero mostraram que utilizar as diferenças anatômicas para compreender as categorias de masculinidade e feminilidade é, no mínimo, reducionista. Primeiro, porque é uma característica da sociedade ocidental e não de todas as sociedades dar ênfase às diferenças biológicas, ou seja, estaríamos partindo de uma explicação que pouco ou nada nos esclarece a respeito de como as características de masculino e feminino são criadas e mantidas em outras sociedades que não a ocidental. Em segundo lugar, partindo das diferenças anatômicas, chega-se a uma categorização binária dos seres humanos, que faz com que cada indivíduo seja inserido, invariavelmente, em uma dessas duas categorias fixas e distintas: macho ou fêmea. Esse tipo de categorização binária é culturalmente específica e não brota automaticamente do reconhecimento das diferenças nos papéis e nas aparências físicas (MOORE, 1997).

Nesse sentido, HENRIETTA MOORE (1997) traz grande contribuição ao observar que a determinação de duas categorias fixas e distintas – macho e fêmea/homem e mulher – são restritivas e não dão conta de explicar as diversas manifestações da sexualidade. Mais do que partir de pressupostos biológicos para a compreensão do que é ser mulher ou homem, trata-se de entender como se dá esse processo de construção. Não é possível definir "a" mulher ou "o" homem, pois existem homens e mulheres diversos, modelados por contextos culturais diferentes.

Por exemplo, partir da ideia de sexo (no sentido de ato/prática sexual) parece ser mais útil na definição de masculinidade do que de feminilidade. Se perguntarmos o que define o "ser homem" é mais provável que, em nossa cultura, encontremos respostas ligadas à prática sexual (como por exemplo, "transar com mulheres"), do que encontrar respostas como "transar com homem" diante da pergunta "o que é ser mulher".

BARBIERE (1993) também trouxe valiosos questionamentos quanto à estabilidade do sexo binário. Ela observou que há variação na manutenção de hierarquias e diminuição de intensidade e força dos papéis normativos de homens e

mulheres ao longo dos ciclos de vida, notando que esses papéis são particularmente importantes durante as etapas em que as mulheres e homens gozam da plenitude da capacidade reprodutiva. Como conseqüência, a autora sugere pensarmos os sistemas de sexo-gênero **não somente como binários**, mas também como mais de dois gêneros, produto da atribuição às pessoas com idades e sexos distintos em determinados momentos da vida, de possibilidades, deveres, normas de condutas, capacidade de decisão e autonomia diversas.

JOAN SCOTT (1990), historiadora que se debruçou na compreensão das questões de gênero, argumenta que esse conceito foi desenvolvido para se opor a um determinismo biológico nas relações entre os sexos, dando-lhes um caráter fundamentalmente social. Segundo a autora, esta categoria se apresenta como um elemento constitutivo das relações sociais e pressupõe quatro aspectos interligados entre si:

> (...) primeiro – símbolos culturalmente disponíveis que evocam representações múltiplas (frequentemente contraditórias) – Eva e Maria, como símbolo da mulher, por exemplo, na tradição cristã do Ocidente (...). Segundo – conceitos normativos que colocam em evidência interpretações do sentido dos símbolos que tentam limitar e conter as suas possibilidades metafóricas. Esses conceitos são expressos nas doutrinas religiosas, educativas, científicas, políticas ou jurídicas e tipicamente tomam a forma de uma oposição binária que afirma de forma categórica e sem equívoco o sentido do masculino e do feminino (SCOTT, 1990, p.15).

Nesses dois aspectos, percebemos que a autora, corroborando com BARBIERE (1993) e MOORE (1997), tenta desfazer a noção de fixidade e diluir a representação binária de gênero. O terceiro aspecto, em resumo, destaca as relações de gênero no âmbito de discussão das relações sociais e políticas com base numa política que contrasta com o discurso dominante. O quarto aspecto, diz respeito ao gênero como identidade subjetiva; restabelece o gênero como objeto de análise da psicanálise.

Assim, SCOTT (1990) define gênero como um elemento constitutivo das relações sociais, do qual gera um efeito de poder que se articula na construção social, faz parte das relações sociais. As relações de gênero, também se influenciam pelas transformações ocorridas numa dada sociedade, o que ressalta seu caráter mutável.

Essa distinção entre gênero e sexualidade, como dois sistemas distintos, porém imbricados, foi fortemente defendido por RUBIN (1985): as teorias da sexualidade não poderiam explicar o gênero, e as teorias de gênero também não vão explicar a sexualidade, mas esses dois sistemas estão entrelaçados em muitos pontos. Como observa CAROL VANCE (1991), "embora os membros de uma mesma cultura vivenciem esse entrelaçamento como natural, sem costuras e orgânico, os pontos de conexão variam historicamente e nas diversas culturas" (p. 12).

Por exemplo, as características de "passividade", "doçura" ou "amabilidade", atreladas ao universo feminino, são atributos historicamente estabelecidos à figura da mulher e não decorrem da biologia ou das características anátomo-fisiológicas, pois, em outras culturas e em outros períodos históricos, é provável que existam outras características relacionadas à imagem feminina. Sendo atributos construídos e estabelecidos no contexto sócio-cultural, eles não determinam nem se referem exclusivamente à sexualidade; porém, o campo sexual será permeado por essas características. Mais do que dizer sobre características desejáveis, diz respeito também como o poder atua em nossa sociedade.

Ao questionar a causalidade biológica da diferença entre homens e mulheres, abre-se a possibilidade de se pensar a feminilidade e a masculinidade como esferas que **não** são naturais, pré-determinadas e cristalizadas, e sim construídas e determinadas em cada cultura e período histórico. Nesse sentido, o conceito de gênero traz grande contribuição ao discurso sobre o sexo, pois compreende a sexualidade e as categorias de feminilidade e masculinidade como plurais, dinâmicas e constitutivas das relações sociais significadas por jogos de poder.

3.3 – Gênero e os movimentos feminista e gay: a sexualidade sob a perspectiva do construcionismo social.

A disseminação da diversidade sexual e novas abordagens para estudar a sexualidade emergiram em decorrências de transformações históricas, políticas e culturais. Até final dos anos 60 do século XX, a sexualidade era estudada fundamentalmente a partir de conhecimentos religiosos e da medicina/psiquiatria, que classificava as práticas sexuais em normais ou patológicas a partir de suas

formas *inadequadas* de expressão do desejo, como por exemplo, fetichismo, exibicionismo, homossexualismo[1], etc. Relações sexuais que não fossem monogâmicas, heterossexuais e dentro do laço matrimonial indicavam insanidade ou inferioridade mental e emocional (RUBIN, 1985). Nas sociedades ocidentais, a sexualidade foi estruturada dentro de um contexto punitivo, concebida como uma atividade altamente pecaminosa (RUBIN, 1985). Tais concepções, reiteradas pelos ideais cristãos, são fortemente difundidas entre as pessoas ainda hoje e tem servido como forma de controle bastante efetiva.

O discurso sobre o caráter universal e imutável da sexualidade e das relações interpessoais começou a ser questionado a partir segunda metade do século XX nas esferas políticas, sociais e acadêmicas, sendo pensado também em outros campos, além da medicina e da moral, a partir do reconhecimento do sexo como atividade humana intrinsecamente relacionada ao contexto social e cultural em que é produzido e significado (PARKER, 1999).

O desenvolvimento da categoria *gênero* promoveu grandes transformações nos discursos sobre sexo, e conseqüentemente sobre os papéis sexuais, uma vez que passou a exigir uma forma plural de pensar a sexualidade, acentuando que as representações sobre a ordem biológico-anatômica podem ser múltiplas e que diferem não apenas em cada sociedade, mas também nos diversos momentos históricos, ao se considerarem as diversidades étnicas, religiosas, raciais, de classe que as constituem (BANDEIRA, 1999).

As questões acerca da sexualidade, fomentadas pela sua emancipação da essencialidade biológica e da reprodução, começaram a ser também levantadas por teóricos dos movimentos feminista e homossexual (PAIVA, 2008).

PARKER (1999) destaca a importância desses teóricos na consolidação da teoria da construção social da sexualidade. Os estudos feministas, envolvidos na luta pelos direitos reprodutivos, contestam o determinismo biológico e a universalidade dos papéis de gênero, opondo-se a uma visão naturalizada da condição feminina, procurando, assim, diminuir as diferenças hierárquicas entre homens e mulheres.

---

[1] O termo "homossexualismo" foi utilizado como está no texto original. Chama-se atenção ao sufixo "ismo" referente à doença. Nessa época, a homossexualidade ainda estava inserida no Código Internacional de Doenças.

Além da submissão da sexualidade à reprodução, luta do feminismo também rebateu a moral definidora da "heterossexualidade como expressão "natural" de relacionamento sexual, e como a única que deveria ser aceita socialmente" (ÁVILA, 2003, p. 466).

O trabalho de GAYLE RUBIN (1975) já citado anteriormente foi fundamental para desconstruir as noções que atribuíam à sexualidade e à reprodução a origem da desigualdade de gênero. Ao desnaturalizar a heterossexualidade, abriu-se espaço para a produção de conhecimentos sobre a homossexualidade.

A intensificação da epidemia da aids verificada a partir dos anos de 1980 promoveu uma crescente preocupação sobre a questão da sexualidade, particularmente referente à homossexualidade masculina, trazendo este tema para o campo da saúde coletiva. No entanto, vale ressaltar que questões referentes à homossexualidade feminina e sua relação com a saúde, não tiveram o mesmo destaque e nem foram alvo de preocupações (BARBOSA e KOYAMA, 2006).

Os estudos sobre homossexualidade levantaram a importância de estudar as formas como são construídas as identidades sexuais ao rebaterem o argumento de que essas seriam definidas somente a partir dos comportamentos sexuais e ao chamarem atenção para análise dessas categorias nos diferentes contextos sociais (PARKER, 1999).

Pesquisas acerca da homossexualidade que floresceram depois da década de 80 (AQUINO, 1995; GUIMARÃES, 2004; HEILBORN, 2004) iniciaram o debate 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 sócio-cultural. Portanto, a emergência da aids desafiou o enfoque epidemiológico tradicional das doenças infecciosas e exigiu abordagens interdisciplinares, trazendo o debate da (homo)sexualidade para a saúde pública de um novo modo.

Esta perspectiva crítica que rejeita explicações biologizantes – reduzem a causalidade dos fatos a um determinante biológico – e compreende a sexualidade como um fenômeno social, aproximando-se assim, dos sentidos e significados que lhes são atribuídos e utilizados pelos diversos grupos sociais tem sido chamada de *construcionismo social* (PAIVA, 2008).

Os teóricos do construcionismo social trouxeram valiosas contribuições ao descartarem definições universais de sexualidade, extensivas a toda a história e a todas as culturas, sugerindo, ao contrário, que a sexualidade é mediada por fatores históricos e culturais.

CAROL VANCE (1991) aponta que, dentro dessa 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, na qual aceita a existência de um desejo inerente ao ser humano que se expressa 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 o questionamento das noções sobre a inevitabilidade ou naturalidade das normas e comportamentos sexuais, rejeitando formas de essencialismo e universalização; atos sexuais fisicamente idênticos podem ter importância social e significado subjetivo variáveis, dependendo de como são definidos e compreendidos em um determinado contexto histórico-cultural (VANCE, 1991).

WEEKS (2000), em consonância com CAROL VANCE (1991), afirma que:

> o construcionismo social pretende argumentar que 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 modelam o que vem a ser visto como comportamento normal ou anormal, aceitável ou inaceitável (p.43).

A perspectiva construcionista, portanto, abre a possibilidade de pensar a sexualidade como um fenômeno resultante de tradições culturais, convidando-nos a abandonar concepções universalistas e naturais, optando pelo reconhecimento de que práticas sexuais e categorias de masculino e feminino são intrinsecamente relacionadas a contextos sociais e políticos, podendo variar em cada fase da vida, de acordo com a classe social, relações raciais e de gênero.

A partir da direção apontada pela corrente construcionista menos radical, a sexualidade é abordada neste estudo como uma construção social, mas sem ignorar o fato de que as diferenças anatômicas produzem distinções entre corpos masculinos e

femininos. Biologicamente homens e mulheres são diferentes e, certamente, essas diferenças repercutem em suas experiências corpóreas. Por exemplo, o corpo da mulher possibilita a experiência de gestar um filho em seu ventre, vivência essa que não é fisiologicamente possível de ser vivida por um homem (pelo menos até os tempos atuais). No entanto, a vivência da maternidade, o julgamento/classificação que fazemos sobre uma mãe boa ou ruim, e até a escolha da mulher em querer vivenciar a maternidade ou não (e principalmente, a repercussão dessa decisão) são, portanto, ações carregadas de sentido socialmente construídos.

4. GÊNERO, RELAÇÕES AFETIVO-SEXUAIS ENTRE MULHERES E O LUGAR DAS POLÍTICAS PÚBLICAS E OS CUIDADOS EM SAÚDE.

4.1 – Sobre as conquistas dos direitos sexuais e direitos reprodutivos: contribuição para o campo da saúde.

A noção de direitos humanos tem sido pensada ao longo da história, mas sua importância para ações governamentais foi reconhecida somente no período pós Segunda Guerra Mundial, como uma resposta às atrocidades cometidas no nazismo (VILLELA e ARILHA, 2003). A concordância entre os Países-Estados de que todas as pessoas nascem livres e iguais quanto à dignidade e aos direitos culminou, em 1945, na criação das Nações Unidas para a promoção dos direitos humanos (GRUSKIN e TARANTOLA, 2001).

A Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) foi adotada como um padrão de concordância a ser seguido por todas as pessoas e todos os países. A noção de que os direitos universais são inerentes à condição de pessoa, e não relativos a peculiaridades sociais e culturais de uma dada sociedade, aplicando-se, portanto, a todas as pessoas do mundo, foi fundamental para nortear a discussão sobre a relação entre o indivíduo e o Estado e definir o que o governo deve e não deve fazer pelos seus cidadãos.

A partir da Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), começa-se a se desenvolver o Direito Internacional e adoção de inúmeros tratados internacionais voltados à proteção dos direitos fundamentais. Várias declarações, convenções e conferências operam como obrigações legais aos países que os ratificam, tendo, consequentemente, o status e poder de leis internacionais. Exemplos dessas declarações são: o Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos (1966) e o Pacto Internacional de Direitos Econômico, Social e Cultural (1966).

O Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos, ratificado pelo Brasil em 1992, consagrou o direito à vida, à integridade física, à liberdade, à igualdade (incluindo a igualdade no matrimônio), à vida privada e à intimidade, à segurança pessoal e a nenhuma forma de tratamento ou punição que seja cruel ou degradante. Os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais incluem o direito ao mais elevado

padrão obtido de saúde, trabalho, segurança social, alimentação adequada, vestimenta, moradia e educação.

Esses documentos internacionais apontam para "relationship between health and human rights, including reproductive rights, and that there are steps that ought to be taken at the local, national and, international levels to advance these concerns"[2] (GRUSKIN e TARANTOLA, 2001, p.314). Assim, os direitos preconizados nos Pactos incidem e implicam diretamente na temática da saúde. Ao definir a saúde como um direito dos cidadãos, ela passa a ser, portanto, um exercício dos sujeitos que deve ser garantido pelo Estado (GRUSKIN e TARANTOLA, 2001).

O artigo 26º do Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos (1966) preconiza que todas as pessoas são iguais perante a lei e têm direito, sem discriminação alguma, a igual proteção da lei. A este respeito, a lei deverá proibir qualquer forma de discriminação e garantir a todas as pessoas proteção igual e eficaz contra qualquer discriminação por motivo de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, situação econômica, nascimento ou qualquer outra situação[3]. O princípio da não discriminação é uma ideia chave na prática em saúde, dentro de uma perspectiva de direitos humanos, uma vez que comportamentos e atitudes discriminatórias reforçam ineqüidades sociais e não geram oportunidades iguais entre os grupos dominantes e discriminados.

Dois eventos cruciais que articularam saúde e direitos humanos foram a Conferência Mundial de População e Desenvolvimento, realizada no Cairo em 1994, e a IV Conferência Mundial da Mulher, ocorrida em Pequim, um ano depois, em 1995. Apesar desses dois dispositivos não terem o poder de lei internacional como os Pactos, eles foram imprescindíveis na discussão sobre direitos humanos e saúde, ao reconhecerem a desigualdade das mulheres em relação aos homens (GRUSKIN e TARANTOLA, 2001).

A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (1994) trouxe como cerne da discussão dos direitos sexuais e reprodutivos, a dimensão da sexualidade e da reprodução na qualidade de esferas individuais e autônomas,

---

[2] Tradução: "relação entre saúde e direitos humanos, incluindo os direitos reprodutivos, e que há medidas em todos os setores a serem efetivadas na esfera local, nacional e internacional para que se obtenham avanços no campo do direito à saúde". (GRUSKIN e TARANTOLA, 2001, p.314).

[3] Disponível em http://www.aids.gov.br/legislacao/vol1_2.htm . Acesso em 26/10/2009.

defendendo o direito da mulher de ter controle e tomar suas próprias decisões sobre as questões relativas à sua saúde sexual e reprodutiva. Realçou ainda que as decisões devem ser livres de coerção, discriminação e violência.

Essa Conferência incluiu, como um dos seus princípios, o dever dos Estados em assegurar as condições de igualdade entre homens e mulheres, em todos seus ciclos de vida, assim como o acesso universal aos serviços de atenção médica, incluídos aqueles que se relacionam à saúde reprodutiva e à saúde sexual. A Conferência de Pequim (1995) beneficiou-se de conquistas da Conferência de Cairo (1994), avançando ainda mais em direção à definição de direitos e de estratégias necessárias para a concretização da igualdade entre homens e mulheres e, consequentemente, da cidadania das mulheres.

Um dos capítulos mais importantes da Plataforma de Pequim (1995) foi o relativo à *Mulher e Saúde*, que trata de questões fundamentais, dentre as quais se destaca o reconhecimento de direitos sexuais e de direitos reprodutivos, incluindo a necessidade do abrandamento da legislação dos Estados quanto à criminalização do aborto.

Esses dois eventos tiveram uma importância fundamental nos debates sobre direitos humanos e saúde ao trazerem para o centro das discussões a questão da mulher como um grupo vulnerável, reconhecendo assim a necessidade de se reduzir a desigualdade entre homens e mulheres e de traçar diretrizes para implementação de leis no campo das políticas públicas.

Além desse debate na esfera dos direitos humanos e saúde, os estudos sobre a mulher e, posteriormente, os estudos sobre gênero na abordagem construcionista também contribuíram significativamente para se repensar a temática da saúde sexual e reprodutiva para além do enfoque biomédico/reprodutivo, predominante até a década de 1980, em que as mulheres eram estudadas, mas o foco incidia-se na saúde das crianças (AQUINO et al, 2003). Não se falava na sexualidade da mulher, como tema de direito, e sim na capacidade/destino do corpo feminino para procriar.

A partir da compreensão de que vida sexual e reprodutiva podem ser experienciadas de modo independente e de questionamentos sobre o caráter essencial ou pulsional da sexualidade, esta começou a também ser pensada como uma atividade não-procriativa relativamente respeitável, onde o prazer pôde ganhar

espaço como objeto de reflexão conceitual. Ao compreender o corpo da mulher para além de seu destino reprodutivo, buscou-se desconstruir a heteronomia em que os corpos femininos estiveram mergulhados.

Porém, vale ressaltar que decisões reprodutivas e sexuais das mulheres, raras vezes refletem estritamente resoluções pessoais; estudos das ciências sociais demonstram, ao contrário, que tais decisões são geralmente tomadas sob enormes pressões de diversas instituições, tais como família, comunidade, sociedade – que reforçam as normas reprodutivas e sexuais vigentes – assim como comportamentos "adequados" para se agir diante das demais pessoas (CORRÊA e PETCHESKY, 1996). Além disso, a afirmação de um direito não garante por si só, que as decisões relativas a ele poderão ser tomadas livremente; para que isso aconteça é necessário que existam certas condições de materiais e de infra-estrutura, tais como transporte, creches, serviços de saúde acessíveis, humanizados e bem equipados (CORRÊA e PETCHESKY, 1996). Não basta existir um conjunto de direitos que defendam a integridade e autonomia dos corpos das mulheres, é necessário construir uma rede de infra-estrutura, com intervenções sociais, que possibilite que tais direitos sejam de fato usufruídos.

O desfrute do sexo como atividade autônoma e de direito do sujeito 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).

Assim, 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).

A conquista dos direitos sexuais pretende viabilizar e legitimar que

> (...) as mulheres possam desfrutar do sexo, se assim o desejarem, independentemente de suas escolhas eróticas ou reprodutivas. Essa postura contrapõe-se à de subordinar a sexualidade à reprodução, de medicalizar a atividade sexual, tomando-a mais como um risco para aquisição de doenças, de gravidez indesejada, ou de normatizar o sexo com formulações sobre sexualidades "normais e "patológicas". (...)

> Quanto aos homossexuais, os direitos sexuais vinculam-se inicialmente à luta contra discriminação e violência. (VILLELA e ARILHA, 2003, p.137-38).

Os direitos sexuais e reprodutivos apontam para duas vertentes. De um lado, afirmam o direito à liberdade, privacidade, intimidade e autonomia, o que compreende o livre exercício da sexualidade e da reprodução humana, sem qualquer tipo de discriminação, coerção ou violência. Trata-se da dimensão na qual se impõe a não interferência do Estado na esfera da vida privada do sujeito, como preconiza o Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos. Ou seja, nessa dimensão, a sexualidade, compreendida como tema de direito da esfera privativa do sujeito, passa a ser também um poder dos sujeitos de exercerem e vivenciarem a sexualidade em suas diversas expressões.

Por outro lado, o efetivo exercício dos direitos sexuais e reprodutivos demanda ações específicas do Estado que assegurem um conjunto de medidas para seu livre exercício, sendo necessário haver um deslocamento de leis prescritivas e controladoras, para leis que preconizem a ética e a liberdade (ÁVILA, 2003). Como nos apontaram CORRÊA e PETCHESKY (1996), as decisões relativas à esfera sexual e reprodutiva são permeadas por valores vigentes, o que exige a execução de políticas públicas na área da saúde que levem em conta as desigualdades de gênero, de classe, de raça e de expressão sexual (ÁVILA, 2003).

Portanto, paralela à não interferência na esfera privada dos sujeitos (direito à liberdade individual, autonomia e privacidade), há uma outra dimensão sobre os direitos sexuais e reprodutivos que necessita da atuação do Estado como agente ativo na efetivação desses direitos e promotor de bem-estar, cabendo a ele implementar políticas sociais na área da saúde. Um exemplo dessa implementação são as preocupações, crescentes nos últimos anos, em torno da saúde de grupos denominados LGBT – lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais.

4.2 – Políticas públicas, programas e ações voltadas para a diversidade sexual

No Brasil, a discussão sobre a saúde como um direito do indivíduo está intrinsecamente relacionada com a implementação do SUS – Sistema Único de Saúde. O SUS foi criado pela Constituição de 1988, como um sistema de serviços e cuidados à saúde, pautados em três princípios doutrinários – universalidade, integralidade e a equidade – para ofertar à população brasileira todas as ações assistenciais que necessita. A *universalidade* assegura o direito à saúde, sem discriminação, a todos os brasileiros. O debate sobre a igualdade tem incorporado a noção de *equidade* no acesso às ações e serviços de saúde, que justifica a prioridade de oferta de ações e serviços aos grupos socialmente mais vulneráveis e considera as desigualdades de condições produzidas socialmente. A *integralidade* é um princípio que considera as várias dimensões do processo saúde-doença, visando garantir a promoção, a proteção, a cura e a reabilitação dos indivíduos e do coletivo (PAIVA, 2007).

O direito à saúde, regulado através desses princípios preconizados pelo SUS, entendido como um estado de bem-estar muito mais amplo do que a simples ausência de doenças, implica numa articulação de vários setores das políticas sociais, gerando, de fato, uma interferência eficaz sobre os determinantes sociais da saúde. Enfrentar a complexidade dos determinantes sociais da vida e da saúde dos sujeitos e das coletividades requer o reconhecimento dos fatores que maximizam vulnerabilidades e o sofrimento de grupos específicos. Nesse sentido, é imprescindível compreender a discriminação, a homofobia, o machismo e a misoginia como situações produtoras de doença e sofrimento, que reverberam invariavelmente no cuidado à saúde (LIONÇO, 2008).

A atenção direcionada pelo Ministério da Saúde à população LGBT teve seu início a partir das estratégias de enfrentamento da epidemia da aids. Ao longo dos anos, com o alargamento da integralidade da atenção à saúde, reconheceu-se que a orientação sexual e a identidade de gênero eram fatores de vulnerabilidade para o efetivo cuidado em saúde desses grupos populacionais. Tal reconhecimento mostrou que os principais agravos em saúde desses segmentos são, em grande parte,

determinados socialmente, uma vez que suas práticas são rotuladas como desviantes em relação a um suposto padrão definido pela heteronormatividade (LIONÇO, 2008). Isso pode gerar, além de sofrimento psíquico, dificuldades no acesso aos serviços de saúde. Nesse sentido, é importante ressaltar o estigma, a discriminação e a patologização como determinantes das condições de sofrimento e agravos à saúde de LGBT.

Atualmente, a orientação sexual e identidade de gênero já são aspectos incluídos em algumas políticas e ações, como por exemplo, na Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, na Política Nacional de Humanização, na Política de Promoção da Equidade na Saúde da População Negra, nos Planos de Enfrentamento à Epidemia de HIV/aids entre gays, homens que fazem sexo com homens (HSH) e Travestis e no de Feminização da Epidemia. Verifica-se, portanto, que a temática de gênero, que permeia todas as questões ligadas à saúde, está sendo, paulatinamente, incorporada nas políticas de saúde do Brasil, a partir do reconhecimento de que o cuidado em saúde demanda ações também no plano social.

Na última década, ficou evidente o processo de pauperização e feminização da epidemia da aids, com crescente aumento da infecção pelo HIV entre as mulheres. (BARBOSA, 2003). Este novo perfil da epidemia delatou não somente o despreparo dos serviços de saúde e de seus profissionais, como também os equívocos com relação à maneira que a epidemia foi pensada. A ideia de grupos de riscos, e posteriormente de comportamento de riscos, aliada a um profundo preconceito homofóbico, impediu leitura mais abrangente da realidade e marcou-a profundamente (BARBOSA, 2003). No que diz respeito à atenção à saúde das mulheres, HEILBORN (2003) chama atenção para o fato de que, num primeiro momento, as mulheres não foram pensadas como passíveis de serem infectadas, e num segundo momento, já com o evidente aumento do número de casos, com uma abordagem enviesada da promiscuidade feminina.

Embora a noção de risco ainda mantenha relevância na discussão sobre a difusão do HIV, novas perspectivas teóricas romperam com o reducionismo que enfatizava basicamente as dimensões biológica e individual, e permitiram leituras alternativas mais ricas e abrangentes acerca da epidemia (BARBOSA, 2003).

Destaca-se aqui o conceito de vulnerabilidade, primeiramente formulado por Mann, Tarantola e Netter (citado por BARBOSA, 2003) e mais tarde, revisitado por AYRES et al (1999). De acordo com AYRES et al (2006), a noção de vulnerabilidade:

> (...) busca responder à percepção de que a chance de exposição das pessoas ao HIV e ao adoecimento pela aids não é a resultante de um conjunto de aspectos apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento, e de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para proteger de ambos. (p.396)

As análises de vulnerabilidade buscam integrar três eixos interdependentes sobre a vida das pessoas, de comunidades, e até países: dimensão individual, dimensão social e finalmente, a programática (AYRES et al, 2006).

A dimensão individual da vulnerabilidade diz respeito aos recursos pessoais, bem como da capacidade de cada sujeito em incorporar no seu cotidiano práticas de prevenção (AYRES et al, 2006). Portanto, a análise individual considera a trajetória de cada indivíduo – relações familiares, momento emocional, redes de amizade, relações afetivo-sexuais, nível de conhecimento, crenças, valores, desejos, capacidade de comunicação, de expressão – como determinantes na adoção de práticas de prevenção.

Como compreendemos os processos saúde-doença como processos sociais, a exposição dos sujeitos à aids requer avaliações que não se limitam ao plano individual. Nesse sentido, este componente analítico busca focar "aspectos tais como a estrutura jurídico-política, as diretrizes governamentais, as relações de gênero, as relações raciais, as relações entre gerações, as atitudes diante da sexualidade, as crenças religiosas, a pobreza, etc.(...)" (AYRES et al, 2006, p.396-397).

O conteúdo, a qualidade das informações e possibilidade efetiva de colocá-la em prática na vida cotidiana, depende do acesso aos meios de comunicação, escolarização, disponibilidade de recursos materiais, enfretamento de barreiras culturais, etc (AYRES et al, 2006), que dizem respeito, em última instância, às normas sociais e a estrutura de valores na qual uma sociedade é significada.

Finalmente, para que as pessoas possam usufruir dos recursos sociais que as protejam da exposição ao HIV, é necessário que existam esforços programáticos de

forma efetiva e democrática. A dimensão programática (ou institucional) avalia como, “em circunstâncias sociais dadas, as instituições, especialmente as de saúde, educação, bem-estar social e cultura, atuam como elementos que reproduzem, quando não mesmo aprofundam, as condições socialmente dadas de vulnerabilidade” (AYRES et al, 2006, p.397).

Assim, a maneira como os serviços estão organizados, sua gerência monitoramente e avaliação, bem como o estímulo que é dado ao sujeito para que ele seja ativamente participativo e autônomo no processo de diagnóstico e tratamento são elementos fundamentais no enfoque da vulnerabilidade (AYRES et al, 2006).

Essa perspectiva abrangente sem dúvida fornece muito mais recursos inclusive para pensar o momento atual da epidemia, uma vez que tem atingido populações com riscos individuais relativamente baixos, mas de grande magnitude em termos do número de pessoas potencialmente sob risco, ou seja, vivendo em situação de maior vulnerabilidade.

Dados epidemiológicos apontam exatamente isso, se antes os atingidos pela aids apresentavam comportamentos sexuais estigmatizados, as mulheres que estão sendo infectadas pela HIV atualmente agem segundo as normas de gênero: são casadas, tiveram poucas experiências sexuais na vida (quantitativamente falando), não conversam nem questionam incisivamente seus parceiros e, frequentemente, não fazem uso da camisinha (BARBOSA, 2003).

A questão que tem preocupado estudiosos da área é: como podemos compreender e conter este aumento? Do ponto de vista biológico, as mulheres são mais vulneráveis à infecção pelo HIV do que os homens. Como explica BARBOSA (2003) “numa relação sexual, a mucosa vaginal fica exposta a um volume maior de sêmen, que, em geral, tem uma concentração mais elevada de vírus, a partir de uma superfície mucosa igualmente mais extensa e por um tempo razoavelmente grande após a ejaculação” (p.348). Além disso, qualquer fator que aumente a carga viral nos compartimentos genitais, como a presença de uma DST, funciona ampliando a eficácia da transmissão (BARBOSA, 2003). Relações sexuais durante a menstruação parecem igualmente aumentar a probabilidade de transmissão do HIV.

Porém, o aumento do número de mulheres infectadas não se restringe às explicações biológicas. A compreensão dos fatores sociais e programáticos é

igualmente relevante para compreender o quadro e pensar em estratégias de enfrentamento mais eficientes. Contando, ressaltamos que mesmo diante do fenômeno de feminização da epidemia ainda é muito tímida a investigação e problematização sobre o risco de contaminação (do HIV e também de outras DSTs) nas relações homossexuais entre mulheres.

Sobre as políticas lançadas no Brasil para a população LGBT especificamente, tivemos a partir de 2004, o *"Brasil sem Homofobia*", programa que situa o combate ao preconceito e às intolerâncias no âmago das políticas públicas, que têm como conseqüência ineqüidades e falta de garantia de direitos fundamentais a gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais. Ainda no que concerne ao setor público, instituiu-se em 2004 o Comitê Técnico Saúde da População LGBT no âmbito do Ministério da Saúde, tendo por principal atribuição a sistematização de propostas de política nacional de saúde da população LGBT, com vista a garantir a equidade na atenção à saúde também para esses segmentos populacionais (LIONÇO, 2008). A grande contribuição dos Comitês tem sido a articulação de ações voltadas para promoção de ações diferenciadas de saúde, com o objetivo de reduzir desigualdades de grupos em condições de exclusão social e inequidade em saúde.

A partir de 2005, algumas propostas do Programa *"Brasil sem Homofobia*" começaram a ser postas em prática, como, por exemplo, publicação de editais para projetos voltados ao combate e à prevenção da homofobia e à qualificação de profissionais da educação nas temáticas de orientação sexual e identidade de gênero (SIMÕES e FACCHINI, 2009). Em novembro desse mesmo ano, realizou-se em Brasília o 12º Encontro Brasileiro de Gays, Lésbicas e Transgêneros, no qual os bissexuais foram incorporados ao movimento e a categoria "T" foi desdobrada em travestis, transexuais e transgêneros (SIMÕES e FACCHINI, 2009).

Em 2006, a secretaria especial de Direitos Humanos da Presidência da República implantou Centros de Referências LGBT em vinte cidades de diferentes regiões do país, para acolher vítimas de violência e discriminação e fornecer orientações a respeito de direitos humanos (SIMÕES e FACCHINI, 2009).

Em agosto de 2007, realizou-se o Seminário Nacional de Saúde da População LGBT na Construção do SUS, no qual governo e movimentos sociais avaliaram as iniciativas que vêm sendo adotadas. Entres essas, citam-se a inclusão de demandas

das lésbicas nas políticas de saúde da mulher e o processo transexualizador, em avançada fase de inclusão entre os procedimentos rotineiros do SUS, mantendo-se a visão crítica sobre a medicalização das transexualidades. Da mesma forma, deve-se destacar a inclusão da identidade de gênero na carta dos Direitos dos Usuários do SUS, que completa a histórica reivindicação do movimento, com o direito ao uso do nome social nos cadastros do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Outra importante conquista política das populações LGBT é a sua atual representação no Conselho Nacional de Saúde. A 13ª Conferência Nacional de Saúde, cuja etapa nacional ocorreu em novembro de 2007, trouxe a evidência da maturidade deste debate, expressa no conjunto de demandas e propostas ali discutidas. Entre elas, citam-se: inclusão e articulação das especificidades de orientação sexual e identidade de gênero em uma política nacional voltada para as populações LGBT; necessidade de implementação de práticas de educação permanente para os profissionais de saúde incluindo a temática LGBT; definição de normas não-discriminatórias sobre a doação de sangue, preservando-se o controle de risco; realização de pesquisas científicas, inovações tecnológicas e compartilhamento dos avanços terapêuticos relativos ao tema; respeito ao direito à intimidade e à individualidade dos grupos e indivíduos pertencentes às populações LGBT; necessidade de adotar o protocolo de atenção às pessoas em situação de violência; garantia dos direitos sexuais e reprodutivos extensiva a esses segmentos; implementação de campanhas e revisão dos currículos escolares; e mudanças nos formulários, prontuários e sistemas de informação do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Outra importante conquista para a população LGBT foi a I Conferência Nacional GLBT[4] que aconteceu em junho de 2008, tendo como principais reivindicações a visibilidade lésbica.

Preocupações com a saúde de mulheres lésbicas, especificamente, perpassam tanto nos Programas e Políticas para Saúde LGBT quanto nas Políticas e Programas direcionados para a saúde das mulheres. A compreensão de que a lésbica também é mulher e, portanto, deve ser contemplada no conjunto de ações à saúde da mulher,

[4] Após este Encontro foi acordado que a sigla passaria de GLBT para LGBT.

foi uma recente na história brasileira, tendo seu início em 2003, a partir do V seminário de Mulheres Lésbicas.

A inclusão das necessidades de mulheres lésbicas se concretiza na "Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes" (PNAISM), que defende que a necessidade de saúde desse grupo populacional diz respeito, dentre outras coisas, "ao atendimento na área de ginecologia, em que os profissionais partem do pressuposto de que a vida sexual ativa das mulheres é sempre de caráter heterossexual" (BRASIL, 2004).

O documento também reconhece a vulnerabilidade da mulher lésbica diante de doenças sexualmente transmissíveis e a baixa demanda de prevenção dessas mulheres quanto ao câncer de mama e de colo do útero. Para as lésbicas profissionais do sexo, o problema da vulnerabilidade pela exposição às DSTs e aids é ainda mais preocupante. Não se pode desconsiderar a violência intraframiliar a que estão submetidas, inclusive quando são expulsas do lar por familiares no contexto da revelação de sua homossexualidade. Como último ponto levantado em relação à saúde de mulheres lésbicas, destaca-se o acesso à inseminação assistida pelo SUS, que deve incluir na clientela-alvo, as mulheres lésbicas que desejam exercer o direito à maternidade voluntária (BRASIL, 2004).

A inclusão das necessidades das mulheres lésbicas na PNAISM aponta para um avanço quanto ao enfrentamento das questões ligadas à saúde de homossexuais femininos. Porém, as medidas presentes na Política citadas nos parágrafos anteriores mostram-se ainda pouco articuladas com a realidade dos atendimentos de promoção de saúde. Por exemplo, apesar do reconhecimento da vulnerabilidade da mulher lésbica diante das doenças sexualmente transmissíveis e a baixa demanda de prevenção ao câncer de mama e colo de útero, nem sempre são incluídas nas consultas ginecológicas orientações a respeito da prevenção de DSTs, tampouco sobre os recursos disponíveis (PINTO, 2005; MEINERZ, 2005 e BARBOSA e FACCHINI, 2009). As recomendações do Ministério da Saúde[5] informam que mesmo que lésbicas ou bissexuais não tenham uma relação sexual com penetração e

[5] Recomendações do Ministério da Saúde disponíveis no site: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=34424&janela=1. Acesso em 14/04/11.

não usem contraceptivos, devem se consultar anualmente com um profissional da área e serem adequadamente atendidas, conforme os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) de equidade, universalidade e integralidade. É assegurado o direito à assistência ginecológica de qualidade e atenção à saúde integral em todas as fases da vida para as mulheres lésbicas, bissexuais e transexuais.

Independente da orientação sexual, o Ministério também sugere o exame preventivo do câncer de colo de útero a cada três anos para aquelas que têm entre 25 e 59 anos e exames anuais para aquelas com citologia alterada. A mamografia é recomendada uma vez a cada dois anos, para as mulheres entre 50 e 69 anos.

Contanto, nas orientações apresentadas pelo site do Ministério da Saúde sobre transmissão e prevenção da aids e hepatites virais não há mensagem clara que de que no sexo entre mulheres também existem riscos. As advertências sobre prevenção pontuam a camisinha como a melhor maneira de se proteger durante o sexo, porém não informam de maneira precisa para quais práticas e parceiros o uso é recomendado. A informação do modo em que é passada ao leitor[6], permite a interpretação que é para casais homossexuais masculinos (em decorrência da epidemia da aids) e casais heterossexuais (também pela função de contraceptivo), não havendo menção sobre seu uso no sexo entre mulheres.

Ou seja, as orientações encontradas no site do Ministério da Saúde sobre prevenção, DSTs/aids e hepatites virais enfatizam a importância do uso da camisinha como método acessível e eficaz de prevenção às DSTs/aids e apresentam outras explicações, como por exemplo, sobre as formas de transmissão das doenças pela via sexual, onde obter o preservativo, locais para fazer a testagem do HIV, etc., porém esclarecimentos objetivos e claros sobre saúde sexual de mulheres que fazem sexo com mulheres não são incluídos.

Apesar dessas lacunas, algumas medidas vêm sendo tomadas na tentativa de ampliar discussões sobre necessidades de mulheres lésbicas e bissexuais. Além da inclusão desse grupo populacional na PNAISM, como apontamos anteriormente, outra importante conquista foi elaboração do livreto "Chegou a hora de cuidar da saúde" pelo Ministério da Saúde com informações sobre saúde sexual e reprodutiva

[6] Informações obtidas no site: http://www.aids.gov.br/pagina/formas-de-contagio. Acesso 14/04/11.

de lésbicas e bissexuais. A iniciativa é resultado da parceria entre a Área Técnica de Saúde da Mulher e os Programas Nacionais de Hepatites Virais e DST/aids. O material abrange temas como direitos humanos (legislação brasileira, violência e discriminação), saúde (alimentação, anticoncepção de emergência, consumo de drogas e menopausa) e sexualidade.

A primeira tiragem do livreto, de dez mil exemplares, foi distribuída a Organizações Não-Governamentais (ONGs) que trabalhem em prol de lésbicas e bissexuais. O Ministério sugeriu que as ONGs realizassem discussões e oficinas para debater temas como cuidados com a saúde ou saúde e sexualidade e, em seguida, distribuíssem o material entre as participantes[7].

Na parte do livreto sobre sexualidade, o documento orienta que "(...) nas relações sexuais com homens, use sempre camisinha. Nas relações sexuais com mulheres, as DSTs podem ser transmitidas no contato com as secreções (orais, vaginais e anais)". Em seguida, há uma lista apresentando as doenças mais comuns, recomendação de vacina para hepatite B e alguns sintomas que as DSTs podem causar. As dicas para prevenir-se de tais doenças são: evitar contato com secreções e sangue; usar camisinha nos "brinquedos sexuais" e trocar a camisinha quando compartilhar objetos. As informações contidas no livreto sobre a temática da prevenção, especificamente, não orientam sobre os métodos de proteção às DSTs disponíveis, tampouco onde adquiri-los.

O trabalho de algumas ONGs, entre elas o Grupo Arco-Íris do Estado do Rio de Janeiro e o Identidade – Grupo de Ação pela Cidadania de Lésbicas, Gays, Transexuais e Bissexuais do município de Campinas (SP) também merecem destaque visto seus esforços na produção e divulgação de folhetos com informações sobre sexo seguro e outros assuntos relacionados à homossexualidade.

Os diversos materiais elaborados por essas organizações[8] enfatizam que o sexo entre mulheres também pode transmitir hepatite B, sífilis, gonorréia, *clamydia*, *trichomonas*, condiloma-HPV, candidíase e HIV (mais raramente), por isso, sugerem que as mulheres fiquem atentas às formas de prevenção. A hepatite C não é

---

[7] Informações disponíveis no site: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24282. Acesso em 15/04/11.

[8] Materiais obtidos com integrantes das ONGs que estavam no Encontro Universitário Nacional de Diversidade Sexual (ENUDS), realizado em Campinas (SP), nos dias 8 a 12 de outubro de 2010.

considerada uma DST, mas por ser transmitida por meio do sangue, inclusive o menstrual, sugere-se evitar contato com a menstruação. A transmissão das doenças listadas acima se dá principalmente pelo contato com mucosas (vaginais, orais ou anais) e secreções contaminadas.

O contato genital mútuo é uma prática considerada de baixo risco para infecção por HIV, mas não por outras DSTs. Para se proteger por completo, os folhetos orientam que as mulheres coloquem uma barreira plástica (tipo *magipack*) ou de látex (camisinha cortada) entre os órgãos genitais. Para a penetração e o sexo oral também são indicados o uso desses materiais, evitando-se o contato direto das mãos ou boca com a genitália da parceira. Outras estratégias de prevenção salientadas são manter unhas cortadas e limpas, mãos sem feridas (caso a mulher tenha algum machucado ou corte nos dedos é altamente recomendado o uso de luvas, dedeiras ou mesmo a camisinha nas mãos) e sempre que compartilhar objetos, trocar o preservativo utilizado no brinquedo sexual.

Nos materiais informativos também é possível encontrar informações sobre obesidade, hábitos alimentares, incluindo-se o uso abusivo de álcool e tabaco, sobre a consulta ginecológica e realização de exames, ressaltando-se que falar com o médico sobre as preferências sexuais pode favorecer o recebimento de orientações e tratamentos pertinentes e adequados.

Ser lésbica ou bissexual é pontuado como direito, e por isso, toda mulher deve ser tratada com respeito e dignidade diante da sua escolha afetivo-sexual. Qualquer forma de discriminação, seja no atendimento médico, em ambientes privados por familiares ou em lugares públicos pode ser denunciada.

Tanto o livreto lançado pelo Ministério da Saúde (apesar de precário nas informações sobre sexo seguro) quanto os folhetos produzidos pelas ONGs são iniciativas fundamentais para a divulgação de informações relativas à homossexualidade feminina. Contanto, não podemos deixar de salientar a lacuna presente entre essas informações e sua aplicabilidade na vida cotidiana das mulheres. O escasso conhecimento que se tem sobre a saúde desse grupo populacional também ainda faz com que existam lacunas para o embasamento de políticas (BARBOSA e FACCHINI, 2009).

Os poucos estudos realizados no Brasil (PINTO, 2004 e 2005; BARBOSA e KOYAMA, 2006; BARBOSA e FACCHINI, 2009) revelam dados preocupantes quanto aos cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres, apontando a relevância de se estudar esse tema para refletir sobre a prática dos serviços de saúde e para elaborar políticas que efetivem o cuidado em saúde de tal grupo populacional.

4.3 – Sobre a questão do cuidado e prevenção em saúde sexual para as mulheres lésbicas e bissexuais.

A construção da mulher lésbica, como sujeito de direito a cuidados diferenciados de saúde, tem estimulado, em âmbito internacional, uma busca pelas necessidades de saúde de tais sujeitos. A maioria dos estudos sobre esse tema é proveniente dos Estados Unidos e trazem informações preocupantes: índices de câncer de colo de útero, menor utilização dos serviços de saúde, propensão ao uso de substâncias lícitas e ilícitas e ainda, intenso sofrimento psíquico (BARBOSA e KOYAMA, 2006).

No Brasil, informações sobre saúde de mulheres lésbicas e bissexuais são escassas (BARBOSA e KOYAMA, 2006). Contanto, temos verificado na última década alguns esforços na produção de conhecimento a respeito desse grupo populacional. A exemplo, citamos o estudo de BARBOSA e FACCHINI (2009), MEINERZ (2005) e PINTO (2004); três pesquisas consistentemente referidas ao longo desse trabalho.

O momento da consulta ginecológica, por ser o lugar de exposição do corpo e de comportamentos reconhecidos como socialmente desvalorizados, é pontuado como extremamente delicado (BARBOSA e FACCHINI, 2009). Assim, o encontro com o médico pode ser marcado por inúmeras dificuldades que vão desde a decisão de revelar ou não a homo/bissexualidade, até as reações do profissional diante de tal afirmação. A literatura, de acordo com BARBOSA e FACCHINI (2009) aponta dados relevantes quanto à consulta ginecológica e à realização de exames, com destaque ao Papanicolau, já que ambas as condutas se constituem universalmente recomendadas às mulheres.

O estudo realizado por essas pesquisadoras 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 (BARBOSA e FACCHINI, 2009). "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.S293). Quanto à realização do exame de Papanicolau, do total de 30 mulheres, sete nunca haviam realizado o exame; cinco, apenas uma vez, sendo que destas, três o fizeram como parte de um protocolo de pesquisa.

Menor acesso a cuidados ginecológicos frequentemente aparecem na literatura científica associados a segmentos populares, contanto, neste estudo tal associação se verificou apenas em mulheres que descreveram suas trajetórias afetivo-sexuais marcadas por pouco ou nenhum contato sexual com homens. Os relatos sobre a primeira ida ao ginecologista reforçam fatores associados a convenções de gênero, pois as primeiras vias de acesso estão ligadas principalmente ao início da vida **hetero**ssexual e a maternidade (BARBOSA e FACCHINI, 2009).

Outro aspecto relacionado à frequência a serviços ginecológicos levantado por BARBOSA e FACCHINI (2009) diz respeito aos atributos e posturas corporais. Todas 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.

Dados semelhantes foram obtidos no estudo conduzido por PINTO (2005) também na cidade de São Paulo, com 145 mulheres que mantinham práticas sexuais com mulheres; quase metade delas (47,6%) não revelou para seus médicos a condição de fazer sexo com outras mulheres. Dentre essas, quase todas (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", perguntas recorrentes sobre métodos contraceptivos), inibindo qualquer possível iniciativa de revelação da orientação por parte da cliente. Entre as

que revelaram (52,4% da amostra), 28% referiram que os médicos começaram a atender mais rápido.

Outro estudo realizado no Brasil sobre homossexualidade feminina foi a pesquisa etnográfica conduzida por NÁDIA ELISA MEINERZ (2005). Entrevistas com 10 mulheres de camadas médias de Porto Alegre (RS) foram realizadas no período de 2003 a setembro de 2004. Embora a questão da saúde, especificamente, não tenha sido o problema pela qual a pesquisadora se dedicou, questões sobre consulta ginecológica e sexo seguro surgiram em meio aos dados coletados.

MEINERZ (2005) apontou que entre as participantes de sua pesquisa, o contato com os profissionais da área da saúde sexual e reprodutiva se deu a partir de suas relações heterossexuais ou da pressuposição destas. Desse modo, "ser feminina", apresentar histórico anterior de relacionamento com homens e preocupações com a temática da maternidade pareceu operar aumentando a adesão aos cuidados com a saúde sexual, sugerindo que o acesso aos cuidados ginecológicos está fortemente associado às convenções de gênero, como pontuado por BARBOSA e FACCHINI (2009).

A possibilidade de relatar ao médico sobre a preferência sexual é um tema bastante problematizado entre as que vão às consultas ginecológicas. MEINERZ (2005) apontou que quatro participantes alegaram que não revelaram a condição de fazer sexo com mulheres porque não sentiam necessidade de fazê-lo. Entre as demais, três comunicaram para diminuir a lista de perguntas que elas entendiam não lhes dizer respeito. Duas porque entendiam que era importante o médico saber dessa condição; e uma mulher pelo fato da prescrição de medicação se estender ao suposto "parceiro".

No estudo de BARBOSA e FACCHINI (2009), a maioria das mulheres relatou a orientação sexual ao médico, o que não necessariamente se desdobrou no recebimento de uma conduta e orientações adequadas a sua prática sexual. A queixa mais comum era de que após a revelação da homossexualidade, o profissional agia como se não tivesse recebido a informação ou como se não tivesse nada a orientar a respeito. A principal motivação para comunicar ao médico a respeito da preferência sexual foi diminuir a lista de perguntas que elas entendiam não serem pertinentes à

suas práticas sexuais. O que, vale ressaltar, não significou necessariamente no recebimento de informações ou orientações sobre prevenção de DSTs/aids.

Assim, os dados disponíveis na literatura (GRANADO, 1998; COELHO, 2001; BRASIL, 2002; PINTO et al, 2005 e BARBOSA e FACCHINI, 2009) sugerem que uma parcela considerável de mulheres lésbicas e bissexuais não acessa serviços médicos de ginecologia anualmente; as que vão à consulta, o fazem quando surgem sérios problemas e em períodos de maiores agravos à sua saúde. Quanto à realização do exame de Papanicolau, para prevenção de câncer de colo uterino, entre mulheres com práticas homossexuais também se verifica menor proporção.

O contingente de mulheres que fazem sexo com mulheres que se encontra excluído dos serviços de saúde (BARBOSA e FACCHINI, 2009) 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 e BARBOSA e FACCHINI, 2009). Entre as que têm acesso aos serviços, dados indicam que o comportamento sexual dos pacientes raramente é investigado pelos médicos. Às vezes, os ginecologistas fazem perguntas com relação à atividade sexual, porém dificilmente questionam o tipo de relacionamento de suas pacientes, assumindo que todas são heterossexuais, desconsiderando o fato de existirem identidades e práticas sexuais diversas (PINTO, 2004).

Apesar de as situações envolvendo discriminação e o preconceito por parte do profissional constituir uma realidade, não são necessariamente impedimentos para a ida ao ginecologista. A dificuldade presente no momento da consulta parece estar mais associada à decisão de relatar ou não as preferências eróticas e ao receio da reação do profissional. A busca por cuidados ginecológicos é especialmente complexa e difícil entre as mulheres que possuem atributos e posturas corporais "masculinizados", uma vez que a consulta adquire um significado de explicitar os trejeitos desviantes (BARBOSA e FACCHINI, 2009).

Outra questão relevante sobre a saúde sexual de mulheres lésbicas são as percepções acerca de riscos e as representações do próprio corpo. Os dados dos estudos de BARBOSA e FACCHINI (2009) sugerem associação entre baixa

frequência às consultas ginecológicas, posturas corporais masculinizadas e percepção de risco de contaminação sexual no sexo praticado com homens, localizando o relacionamento entre mulheres como fator de proteção em si.

Coincidentemente, essas mulheres que tiveram poucas ou nenhuma consulta, referiram-se ao ginecologista por "um profissional que trata de DSTs enquanto proveniente do sexo com homens, do qual, portanto, prescindem" (BARBOSA e FACCHINI, 2009, p. S294).

A percepção de riscos e de necessidades de cuidados associados às DSTs/aids foi pontuada diferentemente entre as entrevistadas. A ideia de que a contaminação pelo HIV não é um risco presente no sexo entre mulheres foi recorrente entre as mais velhas, as mais jovens com parceria fixa e daquelas com comportamento exclusivamente homossexual (BARBOSA e FACCHINI, 2009). Tais dados indicam que fatores como questão geracional (idade) e condição afetiva são relevantes para a problematização do tema no relacionamento entre as mulheres.

No estudo conduzido por MEINERZ (2005), embora se declarassem conscientes da possibilidade de contágio de doenças pela via sexual, as mulheres diziam que se expunham a elas por considerarem que eram de fácil tratamento, especialmente se comparada ao impacto da aids. Desse modo, como afirma MEINERZ (2005), a baixa probabilidade de transmissão do HIV/aids – "embora seja uma possibilidade considerada como sempre presente – faz com que as mulheres se percebam fora do *grupo de risco"* (p. 119).

As informações sobre prevenção às DSTs/aids e sobre saúde sexual geralmente são buscadas na internet ou em conversas informais com as parceiras. Entre as mais velhas e as que estabelecem relações sexuais exclusivamente com mulheres, não se verifica tal demanda (BARBOSA e FACCHINI, 2009).

Mesmo que a transmissão de DST/aids entre mulheres seja baixa, os profissionais da saúde não deveriam concluir que o risco de contrair aids é zero. A possibilidade de infecção ao HIV é ainda presumida, em grande parte por falta de investigações mais precisas neste grupo populacional (PINTO, 2004).

A forma como a transmissão do vírus foi pensada – a partir da troca de fluidos corporais – colocou o sexo penetrativo como potencialmente perigoso. O

sexo entre lésbicas foi dado como naturalmente protegido quanto à transmissão do HIV (ALMEIDA, 2009).

A falta de dados consistentes acerca da possibilidade de transmissão do HIV e das DSTs entre mulheres (e a própria demarcação do "corpo lésbico" como infenso à infecção) denuncia o quanto, historicamente, o foco da atenção da ginecologia recaiu na capacidade reprodutiva do corpo feminino (ALMEIDA, 2009).

Discursos alternativos que conferiram inteligibilidade à infecção de DSTs/aids em mulheres com preferências homoeróticas é bastante recente no Brasil. O trabalho de algumas ONGs e de pesquisas acadêmicas têm trazido à tona este tema que historicamente permaneceu intocado, abrindo espaço no cenário político brasileiro (ALMEIDA, 2009) para a problematização dos riscos na parceria lésbica.

Em 1994, uma publicação do Coletivo de Feministas Lésbicas pontuou que o HIV e a aids estavam se espraiando na população brasileira, e que entre as mulheres a incidência vinha aumentando mais rapidamente que entre os homens, sendo, portanto, um equívoco supor que as lésbicas são grupo de risco zero (ALMEIDA, 2009).

A partir do final da década de 1990, as ONGs perceberam que talvez a ênfase nas DSTs seja uma questão mais pertinente para a maioria das mulheres lésbicas, ao invés de focar atenção na transmissão do HIV (que não é impossível de acontecer, mas, epidemiologicamente os estudos mostram baixos índices de transmissão no sexo entre mulheres), e no Brasil, até o momento, não havia nenhuma constatação de casos reais de infecção por HIV (ALMEIDA, 2009).

É consenso que homens ou mulheres com doença genital, ulcerativa ou não, são potencialmente mais transmissores e mais vulneráveis à infecção pelo HIV, quanto para outras doenças (BARBOSA, 2003). É fundamental também não perder de vista que as DSTs são mais frequentemente assintomáticas nas mulheres, o que pode deixá-las mais vulneráveis para adquirir ou transmitir o vírus (BARBOSA, 2003).

Seria legítimo supor, como nos aponta BARBOSA (2003), que o controle das DSTs, poderia constituir uma estratégia importante para o controle da epidemia do HIV. Isso obviamente, sem perder de vista que as DSTs, por si só, já constituem um grave problema de saúde pública. Porém, os atendimentos referentes às DSTs têm

um público majoritariamente masculino; entre as mulheres, a instância da assistência médica em que se apresentam essas doenças é basicamente o ambulatório ginecológico. No entanto, as vaginites e cervicites têm sido raramente enfrentadas como doenças de transmissão sexual pelos serviços de atenção à saúde da mulher (BARBOSA, 2003). Paralelamente, obter atendimento quando a queixa é "apenas de corrimento" pode constituir uma tarefa difícil diante das lotadas agendas de priorização de gravidade. As orientações recebidas possivelmente estarão restritas à prescrição de medicação para a mulher e o parceiro e de abstinência sexual durante o tratamento. (BARBOSA, 2003)

A prática de sexo seguro não se mostrou frequente e incorporada nos roteiros lésbicos. MEINERZ (2005) encontrou que as mulheres raramente fazem uso de quaisquer métodos de proteção às DSTs em virtude da percepção da inadequação dos métodos existentes às suas práticas sexuais. Com relação ao uso de acessórios, encontrou referência de adesão ao uso do preservativo masculino nos objetos e em alguns tipos de vibradores, quando compartilhados.

BARBOSA e FACCHINI (2009) afirmam que a percepção de possibilidade de contrair doenças restringe-se às mulheres mais novas, mais escolarizadas e as que têm relacionamentos com mulheres há menos tempo, e mesmo elas referiram falta de informações adequadas sobre DSTs, inclusive entre aquelas que já tiveram diagnóstico e tratamento de alguma DST. Os materiais de prevenção, como barreiras ou luvas foram considerados inviáveis para utilização.

Estudo conduzido por PINTO (2004) trouxe dados também preocupantes: raramente existia o uso de preservativo ou outro método de barreira de proteção para a prática de sexo oral entre mulheres. Além disso, quando havia o uso de compartilhado de acessórios sexuais, pelo menos metade das mulheres estudadas não trocava o preservativo para o uso.

Diante da não aderência ao uso de métodos de proteção, MEINERZ (2005) verificou que a estratégia utilizada pelas mulheres para fazer sexo seguro se resumia, principalmente, a conhecer a mulher com quem se pretende ter uma relação sexual. Essa ideia alude às práticas sexuais que se desenrolam no contexto conjugal e a uma expectativa de exclusividade sexual. Além dos significados de proteção associados à parceria fixa, havia também hierarquizações de parceiras, sendo a bissexual

percebida como mais perigosa para a transmissão de doença. Por se relacionar com homens, estaria mais propensa a contrair uma doença venérea (MEINERZ, 2005).

A recusa de mulheres bissexuais também foi pontuada no estudo de BARBOSA e FACCHINI (2009) como estratégia de proteção às DSTs utilizada por algumas lésbicas. Além disso, as entrevistadas relataram que se protegiam evitando fazer sexo com mulheres que apresentassem histórico de uso de drogas. Diante da falta de recursos viáveis, práticas que remetem à noção de higiene, "tais como a verificação do asseio e cuidados com a aparência, o ato de cheirar e/ou observar os genitais da parceira" (p. S295) são também recorrentes nos discursos como forma de prevenção (BARBOSA e FACCHINI, 2009).

Como ocorre em outros grupos (casais heterossexuais, por exemplo), a confiança e a intimidade conquistada na relação são percebidas como elementos que dispensam comportamento de proteção às DSTs, pois, conforme as expectativas de fidelidade aumentam menos se faz necessário utilizar métodos de prevenção (BARBOSA e FACCHINI, 2009).

Os dados epidemiológicos de que a contaminação por quaisquer DSTs aumenta o risco de contrair o HIV (GOGNA e RAMOS, 1999, BARBOSA, 2003 e PINTO, 2004), o caráter frequentemente assintomático das DSTs nas mulheres, as vaginites e cervicites raramente enfrentadas como doenças de transmissão sexual (BARBOSA, 2003), apresentação de histórias prévias de DSTs entre lésbicas e o uso raro de métodos de proteção 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).

Portanto, reconhecer a história sexual do sujeito e não simplesmente enquadrá-lo numa classificação normativa (homossexual ou heterossexual) é mais coerente para oferecer um atendimento de qualidade, que inclua diagnósticos e tratamentos apropriados.

Além das dificuldades encontradas nos serviços de saúde e a não aderência aos métodos de proteção às DSTs verificadas nas pesquisas (PINTO, 2004; MEINERZ, 2005 e BARBOSA e FACCHINI, 2009), as mulheres com práticas homoeróticas estão sujeitas às experiências de discriminação, especialmente dentro da esfera privada, por familiares, amigos ou vizinhos, apontando para dinâmicas mais silenciosas de discriminação feminina (CARRARA e RAMOS, 2005).

O preconceito pode produzir agravos à saúde, na medida em que priva o sujeito de suportes sociais importantes, como de familiares, de amigos, inclusive do serviço de saúde (FACCHINI e BARBOSA, 2006).

O reconhecimento dos direitos dos sujeitos com práticas não-heterossexuais e o desenvolvimento da capacidade de vocalização dessas mulheres nos serviços são estratégias fundamentais a serem incluídas na política pública e no campo da saúde para promoção dos direitos sexuais e, consequentemente, exercício da cidadania (BARBOSA E FACCHINI, 2009).

4.4 – Relações afetivo-sexuais entre mulheres e o lugar da saúde como objeto de investigação em Saúde Pública

Quando nos propomos a estudar a sexualidade[9], não como fenômeno universal, decorrente simplesmente da diferença anatômica dos seres, e sim como um conjunto de atitudes em relação ao corpo intrínseco a um dado momento histórico e permeado pelas relações de poder, retiramos o exercício da sexualidade de uma esfera estanque, inevitável e "natural", colocando-o num patamar que possibilita diversas expressões, não necessariamente patológicas, desviantes ou inadequadas; justamente porque essas características não são dadas *a priori*, mas são construídas e relativas ao contexto social.

Partindo-se do pressuposto de que o comportamento normal ou anormal é socialmente construído e, portanto, os privilégios sexuais masculinos não são inevitáveis nem imutáveis (WEEKS, 2000), abre-se espaço para o questionamento de

[9] Para esclarecer o uso e significados dos termos, a palavra "sexualidade" está sendo emprega nesta dissertação no mesmo sentido utilizado por WEEKS (2000), referindo-se a uma descrição geral para uma série de crenças, comportamentos, relações e identidades socialmente construídas e historicamente modeladas.

todas as formas de prescrições e definições no campo da sexualidade, ao mesmo tempo em que se refutam argumentos pautados na diferença biológica para justificar a desigualdade entre homens e mulheres.

Mesmo que a dominação masculina ainda permaneça como uma característica central da sociedade moderna, o desprendimento das prescrições e "receitas" de normas sexuais possibilita o reconhecimento das outras expressões da sexualidade como possíveis sem a marca da patologia. Rompe-se com a noção da heterossexualidade como uma forma "natural" de relação, possibilitando a configuração de novos sentidos a outras práticas sexuais e, assim, novos sentidos de cidadania.

A legitimação dos direitos sexuais e reprodutivos retira o exercício da sexualidade da simples rotulações de práticas "normais" ou "patológicas", elege-o como um direito a ser vivido pelo sujeito sexual, incluindo aspectos do prazer, da escolha de parceiros, sem que esses aspectos tenham um caráter depreciativo ou discriminatório, colocando a temática da homossexualidade num patamar de direito a ser saudavelmente desfrutado pelos sujeitos.

Nessa abordagem da sexualidade como direito do sujeito, a sua forma de expressão ou a maneira como é vivenciada – se heterossexual, se homossexual, se com parceiros múltiplos, se dentro de uma relação conjugal – deixa de ter destaque. Enfatiza-se, ao invés disso, o aspecto qualitativo dessa vivência, como, por exemplo, o grau de respeito mútuo, a ausência ou presença de coerção, de violência, qualidade e quantidade de prazer que os parceiros se proporcionam, aspectos esses compreendidos como uma dimensão de direito do sujeito.

A construção de políticas públicas na área de saúde é uma das estratégias para efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos e para o fortalecimento do processo de democratização da sociedade brasileira, superando suas heranças autoritárias, patriarcais e homofóbicas (ÁVILA, 2003). Para que a elaboração de políticas públicas possa incorporar as demandas de saúde de mulheres lésbicas, é necessário que pesquisas sobre essa temática sejam efetuadas, dando visibilidade a esse grupo populacional e fornecendo dados que orientem ações nos serviços de saúde para o efetivo gozo da saúde sexual dessas mulheres.

HIPÓTESES

1. Existem diferentes formas de percepção e manifestação das construções sociais do feminino e do masculino nas relações homoafetivas entre mulheres; essas formas de percepção e manifestação interferem no cuidado que elas dedicam à saúde sexual.

2. Mulheres vivenciando relações homoafetivas não têm a sua identidade de gênero reconhecida como direito à diversidade por serviços de saúde no processo de assistência.

OBJETIVOS

Este trabalho teve por objetivo geral compreender como os estereótipos de gênero se fazem presentes nas relações homoafetivas e no cuidado dedicado à saúde sexual. O tema a que nos propusemos explorar, levou-nos a organizar a pesquisa sob dois pilares. Um deles está atrelado às Ciências Humanas, na qual fazemos uma discussão sobre as significações em torno do ser mulher e da vivência homossexual. O outro pilar diz respeito à área da saúde propriamente dita, onde discutimos como os significados das construções de gênero, apontados por cada participante, interferem nos comportamentos sexuais realizados e no cuidado desprendido à saúde.

Os objetivos específicos do estudo foram:

1. Descrever as mulheres, sujeitos da pesquisa, em suas trajetórias de vida;

2. Compreender como atributos socialmente reconhecidos como referentes às feminilidades e masculinidades são percebidos e vivenciados pelas mulheres entrevistadas;

3. Descrever práticas sexuais relatadas e como se dava a inserção de métodos de proteção às doenças sexualmente transmissíveis, conhecendo significados atribuídos pelas mulheres;

4. Descrever como mulheres que têm práticas sexuais com outras mulheres referem o acesso aos serviços de saúde e a qualidade do cuidado recebido;

5. Compreender como concepções de masculino e feminino se relacionam com modos de vida identificados nas relações homoafetivas e no cuidado desprendido com a saúde sexual.

PASSOS METODOLÓGICOS

Umas das razões fundamentais para a escolha de métodos qualitativos é a natureza do problema de pesquisa; métodos qualitativos são usados para obter detalhes intrincados sobre fenômenos como sentimentos, comportamentos e processos de pensamento que são difíceis de extrair ou de descobrir por meio de métodos de pesquisa mais convencionais (ANSELM-STRAUSS e CORBIN, 2008).

Dada à natureza do problema que abordamos nesta pesquisa, que tinha por objetivo apreender o universo de significados, crenças, valores e atitudes advindo dos discursos dos sujeitos sociais, adotou-se uma vertente *qualitativa*.

1. LOCALIZANDO AS PARTICIPANTES DA PESQUISA

As participantes do estudo, denominadas de mulheres lésbicas e bissexuais, foram consideradas a partir da categoria comportamental, ou seja, foram aceitas para participar da pesquisa mulheres maiores de 18 anos *que tiveram ou tinham na ocasião da entrevista relações afetivo-sexuais com mulheres* e que residiam na cidade de São Paulo.

Para encontrar participantes para o estudo procurou-se entrar em contato com diferentes comunidades e associações que possuíam fundamentos da identidade cultural desse grupo. Uma das portas de entrada foi a Caminhada de Lésbicas e Bissexuais, evento público que integra as atividades do mês de junho quando é comemorado o mês do Orgulho Gay. Procuramos também outras redes sociais, por meio da localização de bares e boates freqüentados por gays e lésbicas, ambientes esses mais privativos em relação à Caminhada Lésbica. A escolha por diferentes circuitos sociais foi para que pudéssemos variar o quanto fosse possível características das mulheres entrevistadas com relação a dados pessoais como idade, escolaridade, situação afetiva, mas principalmente quanto ao engajamento na militância e visibilidade que elas assumem em seus relacionamentos homoafetivos.

A maneira como contatamos cada participante é descrita a seguir; ressaltamos que todos os nomes próprios utilizados nessa dissertação para referir-se às participantes do estudo são fictícios.

Duas participantes foram contatadas na Caminhada de Lésbicas e Bissexuais, evento que acontece na cidade de São Paulo, no dia anterior a Parada do Orgulho LGBT no mês de junho. A Caminhada Lésbica, como é chamada, ocorre em São Paulo há 8 anos e em 2010 teve como tema "**Ser Lésbica é um Direito! Autonomia e Liberdade. Por um mundo de Igualdade!**". As pessoas que participaram do evento se concentraram em uma praça próxima à Avenida Paulista, lugar bastante conhecido e de fácil acesso à população, onde grupos e ONGs que organizam o evento realizam alguns discursos e manifestações centradas na temática da mulher e da lesbianidade.

No dia em que a Caminhada aconteceria, fomos até a praça, onde havia a concentração de pessoas e abordamos algumas garotas aleatoriamente. Ao aproximar-se de alguma mulher, apresentávamos dizendo nome e sucintamente sobre o estudo que estava sendo desenvolvido. Caso a pessoa abordada mostrasse interesse, solicitávamos um número de telefone para entrar em contato posteriormente e assim, agendarmos um dia para a entrevista. Caso a mulher recusasse informar um contato ou não manifestasse interesse em participar, agradecíamos à atenção dispensada, e dirigíamos a outra pessoa, repetindo a abordagem.

Neste primeiro momento de aproximação, procuramos variar o quanto fosse possível quanto aos critérios de idade, escolaridade, se estava acompanhada ou não por companheira/namorada. Isso foi importante para que já nessa primeira abordagem, pessoas diferentes quanto às características acima descritas fossem contatadas, como de fato ocorreu. Tal postura foi adotada tendo em vista que o estudo de BARBOSA e FACCHINI (2009) apontou que informações com relação à idade, escolaridade e situação afetiva das mulheres mostraram-se relevantes no cuidado desprendido com a saúde.

A maioria das pessoas foi surpreendentemente receptiva em relação a nossa abordagem, salientando que o tema da pesquisa era muito interessante e relevante para compreender questões de saúde de mulheres lésbicas. As mulheres que não se disponibilizaram a informar algum número de contato alegaram, de forma geral, que

não ficariam à vontade em conversar com uma pessoa desconhecida sobre um tema que envolvia aspectos sexuais. Outras justificaram que não sabiam se a namorada iria concordar em ela expor as práticas sexuais do casal e, por isso, prefeririam não participar.

De qualquer forma, a maioria das pessoas abordadas na Caminha Lésbica concordou em fornecer um número de telefone ou e-mail. Com a lista de contato em mãos, contendo nome, idade, escolaridade e/ou atuação profissional e se tinha relacionamento estável ou não, ligamos para cada uma delas. Para as que namoravam ou coabitavam, explicamos que a entrevista seria realizada sem a presença da parceira para garantir maior privacidade no relato das vivências homossexuais, possibilitando, por exemplo, que histórias afetivo-sexuais de outros relacionamentos pudessem ser narradas sem causar constrangimentos. Caso a parceira manifestasse interesse em participar, ela também poderia ser incluída na pesquisa. Porém, o mesmo procedimento seria feito: optaríamos por realizar a entrevista separadamente, garantindo sigilo das informações dadas por cada mulher individualmente. Contanto, tal situação não ocorreu em nosso estudo. As parceiras das mulheres que concordaram em participar da entrevista não manifestaram interesse em colaborar com a pesquisa.

Depois dos telefonemas feitos a cada um dos contatos obtidos na Caminhada, obtivemos que algumas mulheres não puderam ser incluídas porque não residiam na cidade de São Paulo, outras porque não atenderam ao telefone que haviam informado ou ainda, não retornaram a chamada recebida (deixamos recado na caixa postal quando havia essa possibilidade).

Entre as que atenderam ao telefonema e residiam na capital, duas disseram que não teriam disponibilidade de tempo, apesar de terem sido muito receptivas na nossa primeira abordagem. Uma delas trabalhava no município de Santos, chegou a dizer que tinha várias colegas lá e poderia ver a disponibilidade delas em participarem, caso fosse possível nos deslocarmos para a cidade litorânea. A outra explicou-nos que por trabalhar em período integral e estudar à noite, não tinha disponibilidade de tempo para encontrar-se conosco, recusando a participação.

Alice e Flora, cujos números de telefones foram obtidos na Caminhada, atenderam a nossa ligação, e assim como no primeiro contato feito durante o evento

que ocorria na praça, ambas foram receptivas, colocando-se à disposição para agendarmos um dia. Marcamos então a entrevista, com cada uma delas separadamente, em um local tranqüilo e privativo.

Durante a entrevista com Alice, ela se lembrou de uma colega que poderia participar do estudo. Assim, nos informou o número do telefone celular de Josi, que entramos em contato alguns dias depois. Josi fora, portanto, uma participante localizada por indicação.

Outra entrada para busca de participantes para a pesquisa se deu em locais de convivência social frequentado por esse público, como bares e boates. A escolha desses locais para localizar outras participantes foi para que pudéssemos diversificar o quanto fosse possível as redes sociais acionadas. A Caminhada Lésbica, por ser um evento público e de militância, nos proporcionaria – possivelmente – acesso a mulheres mais politizadas, envolvidas na luta do movimento lésbico/feminista e visibilizadas, no sentido de estarem expostas nas ruas de São Paulo. Bares e boates, por serem locais do gueto GLS poderiam, assim, nos levar a ter acesso a mulheres não necessariamente engajadas na política e na militância. Ou ainda, a garotas menos visibilizadas e participativas dos eventos que acontecem no mês do Orgulho Gay.

Um dos bares visitados ficava localizado na região central de São Paulo. Ao chegar ao local, conversamos com a pessoa que atendia no balcão. Após uma breve apresentação (nome, formação profissional, universidade a qual o estudo estava vinculado, etc.), descrevemos sucintamente a pesquisa, ressaltando os objetivos a que nos propúnhamos compreender. Em seguida, perguntamos se ela poderia indicar alguém ou se ali no bar poderíamos ter contato de mulheres que se disponibilizariam a participar. Ela respondeu afirmativamente, visto que era um local freqüentado por homossexuais – homens e mulheres – e nos comunicou que ela era lésbica. Estendemos então o convite a ela, que fora aceito.

Outro local visitado foi uma casa noturna também frequentada, em sua maioria, por gays e lésbicas. Tratava-se de uma “balada” (expressão utilizada pelas pessoas que freqüentavam o local) localizada na zona oeste da capital, que cobrava um valor de entrada referente a vinte reais e, portanto, tratava-se de um ambiente mais seletivo que o bar que visitamos anteriormente, que não exigia pagamento para entrada.

O ambiente era amplo, tinha vários bares distribuídos em diferentes espaços para venda de bebidas e havia duas pistas diferentes: uma tocando músicas brasileiras e outra, no piso inferior, músicas que se assemelhavam ao tipo eletrônico. Permanecemos no primeiro ambiente, visto o maior número de mulheres que estavam ali. Nessa ocasião, nos aproximamos de uma garota que aguardava sua amiga num canto próximo à parede, e nos apresentamos. Em seguida, falamos brevemente sobre a pesquisa. Num primeiro momento, Gisele estranhou a abordagem, mas depois de transcorrido um tempo de conversa estava mais desinibida. Perguntamos se tinha interesse ou se conhecia alguém que tivesse disponibilidade em participar do estudo, ao que respondeu que ela própria poderia colaborar. Assim, anotamos o número de seu telefone celular e alguns dias depois, entramos em contato para agendar a entrevista.

Anita, outra mulher que participou do estudo, já nos conhecia de uma ocasião anterior. Há dois anos atrás, tinha frequentado o grupo de psicoterapia na Unidade Básica de Saúde de sua referência. Esse grupo era coordenado pela atual pesquisadora, que na ocasião, era aprimoranda do Serviço de Psicologia da Unidade. Relembrando que Anita tinha revelado algumas de suas experiências homossexuais nas sessões que tivemos, pensamos que ela poderia aceitar a participar da pesquisa. Ela foi então localizada através do telefone de seu trabalho, que tínhamos anotado desde a época dos atendimentos. Ao entrar com contato com ela, descrevemos sobre o estudo e em seguida, fizemos o convite, o qual ela aceitou imediatamente.

Diana se tornou uma participante do estudo por indicação de uma colega nossa em comum, que nos colocou em contato. Ao telefonarmos para Diana, ela já sabia sucintamente do que se tratava, e aceitou a participar da pesquisa.

Patrícia ficou sabendo sobre o estudo nas imediações da Faculdade de Saúde Pública, instituição na qual esta pesquisa estava vinculada, e veio pessoalmente procurar informações mais detalhadas a respeito do estudo. Nessa ocasião, ela se colocou à disposição para colaborar e então foi convidada a participar, aceitando a proposta.

Cíntia nos conhecia de outra cidade, onde éramos colegas, mas não mantínhamos uma relação próxima de amizade. Passamos anos sem estabelecer contato, vindo a nos reencontrar em um curso que fizemos na cidade de São Paulo,

ocasião esta em que foi falado sobre a pesquisa. Quando contamos que o nosso objetivo era depreender a respeito da saúde sexual de lésbicas e bissexuais, Cíntia mostrou-se muito interessada pelo tema e colocou-se à disposição para participar. Nesse momento, pegamos o contato de Cíntia para agendarmos o dia e o local da entrevista.

Assim, participaram da nossa pesquisa o total de nove mulheres. O primeiro contato com três participantes, Anita, Diana e Josi se deu por meio de telefone, sendo que Josi, indicação de Alice, era a única que não tínhamos tido nenhum contato direto; as demais, Patrícia, Gisele, Mara, Flora, Alice e Cíntia o contato se deu pessoalmente. Gisele foi contatada na "balada", Flora e Alice, na Caminha Lésbica (no ano de 2010), Mara, a atendente do bar que visitamos, se disponibilizou a participar quando falamos sobre a pesquisa, Patrícia nas imediações da própria Universidade quando soube da pesquisa sobre saúde de mulheres lésbicas e finalmente, Cíntia, também quando soube do estudo na ocasião em que fazíamos um curso.

A decisão de finalizar a coleta de dados com as nove participantes se deu por conta de dois motivos. Primeiramente, pelo fenômeno de saturação, na qual se observou a repetição de algumas concepções e ideias que sustentavam as respostas das participantes. Segundo, por fins do cumprimento do cronograma estabelecido no planejamento metodológico para a realização da pesquisa de campo.

2. COLETA DE DADOS

A questão geral desta pesquisa era compreender como as construções sociais de gênero eram vivenciadas na relação homoafetiva e como interferiam no cuidado desprendido à saúde sexual. Portanto, precisávamos recorrer a um recurso de obtenção de dados que nos possibilitasse apreender os significados acerca da feminilidade e da masculinidade que as participantes reconheciam em suas ações, sentimentos e pensamentos, bem como, o modo como esses significados dialogavam com – dificultando ou facilitando – o cuidado que tinham (ou que gostariam de ter) com a saúde sexual.

Como a observação participante era inviável (tanto com relação ao acompanhamento de suas rotinas no ambiente privado e nos locais de cuidado com a saúde, como também, e principalmente, no interior das práticas sexuais realizadas), optamos por recorrer às entrevistas e diário de campo para obtenção dos dados.

O que torna a entrevista instrumento privilegiado de coleta de informações para as ciências sociais 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, sócio-econômicas e culturais (MINAYO, 2004).

Assim, a entrevista pareceu ser o melhor recurso para o objetivo 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.

A entrevista como técnica de coleta de informações traz à tona uma discussão que envolve questões sobre a fidedignidade do informante e o lugar social do pesquisador, retirando essa técnica de uma suposta neutralidade enquanto instrumento de coleta dos dados. Não pretendemos esgotar aqui tal discussão, porém, para fins desta pesquisa, julgamos importante ressaltar que, primeiramente, os modelos culturais são expressos pelo discurso verbal, e por isso, os depoimentos devem ser contextualizados quanto à classe social, à pertinência de uma geração, ao gênero e à raça/etnia. Cada ator social se caracteriza por sua participação, no seu tempo histórico, num determinado círculo de pessoas, informando sobre uma "subcultura" que lhe é específica e tem relações também específicas com a cultura dominante.

Segundo, a situação de entrevista não é somente uma coleta de dados e sim, uma relação entre dois atores sociais. A interação social que está em jogo coloca o pesquisador e o pesquisado em posições sociais diferenciadas. A assimetria nas posições dos entrevistador/entrevistado tem que ser compreendida e assumida criticamente em todo o processo de realização da pesquisa. Assim, as informações dadas pelos participantes podem ser afetadas pela natureza de suas relações com o pesquisador e pela atmosfera que é criada no momento da entrevista (MINAYO,

2004). As informações obtidas na entrevista advinham de um conhecimento produzido na relação entre nós e a participante, relação esta única e localizada temporalmente.

Como recurso de obtenção de dados, a entrevista possibilita captar, além informações formais sobre determinado tema, outros elementos como gestos, expressões, falas informais sobre o cotidiano, elementos estes entendidos como dados imprescindíveis na pesquisa qualitativa (MINAYO, 2004). Todos esses dados foram devidamente anotados no diário de campo. Registramos também os acontecimentos, impressões gerais, reflexões, sentimentos e emoções relativos à situação da entrevista.

As entrevistas foram semi-estruturadas, na qual dispúnhamos de uma série de perguntas norteadoras, relativamente abertas, elaboradas de acordo com os objetivos do trabalho. Esse recurso metodológico para obtenção dos dados permitiu que a entrevistada pudesse discorrer livremente sobre o tema proposto sem estar presa às perguntas elaboradas, e assim, evitou-se recorrer a respostas padronizadas. PATTON (2002) observa que as resposta abertas possibilitam ao pesquisador compreender e capturar os pontos de vistas dos entrevistados sem pré-determinar suas respostas através de categorias previamente selecionadas, ou seja, permite ao pesquisador ter acesso a conteúdos menos dirigidos.

Um roteiro temático foi construído (ANEXO 1) e testado na fase piloto da pesquisa, objetivando-se uma sondagem sobre o instrumento, avaliando-o com relação à clareza e pertinência dentro dos objetivos propostos. Poucas mudanças foram feitas depois da realização da entrevista piloto. Os principais temas explorados nas entrevistas foram: a trajetória afetivo-sexual (com ênfase nos envolvimentos homossexuais); os significados em torno do “ser mulher” e “ser lésbica/bissexual”, a construção e vivência da feminilidade/masculinidade, as práticas sexuais e o cuidado desprendido com a saúde sexual.

No tema sobre práticas sexuais, procuramos compreender mais detalhadamente como se dava a inserção de métodos de proteção às DSTs/aids no contexto de parceria feminina. No tópico sobre cuidado, procuramos incluir uma discussão sobre espaços disponíveis para abordagem da saúde sexual, com destaque para a consulta ginecológica.

Na ocasião da entrevista, nos apresentamos novamente mencionando o interesse da pesquisa e a instituição a qual estava vinculada. Os objetivos do estudo foram esclarecidos utilizando-se uma linguagem de senso comum, em respeito as que não necessariamente dominavam os códigos das ciências sociais e humanas. Considerando a natureza íntima do tema abordado, procuramos criar um ambiente confortável onde a participante pudesse se sentir à vontade na interação conosco. Por isso, a entrevista fora iniciada sempre com o convite para que a participante se apresentasse e nos contasse sobre o início de seu envolvimento com mulheres. Em seguida, adentrávamos o tema sobre feminilidade e posteriormente, sobre saúde sexual.

Cabe ressaltar que por se tratar de entrevistas qualitativas, o roteiro e a forma de conduzi-lo foram avaliados e aprimorados no decorrer de todo o processo de coleta de dados. Apesar de não termos feito nenhuma alteração com relação aos temas a serem explorados (conteúdo da pesquisa), a maneira como convidávamos a participante a discorrer sobre o assunto, não direcionando suas respostas e procurando evitar "contaminações" com as nossas pré-suposições foi, certamente, aprimorado ao longo da execução de cada encontro.

As entrevistas foram realizadas em locais diferentes, de acordo com a preferência e disponibilidade de cada participante, sem a proximidade outras pessoas no mesmo ambiente, garantindo a privacidade e conforto para a situação de coleta de dados. A participação de todas foi voluntária, assegurando-lhes a liberdade de não aceitar participar da pesquisa, ressaltando que isso não implicaria em nenhum prejuízo a elas. Foram informadas também, que lhes seria garantido o sigilo das informações que pudessem identificá-las.

As entrevistas foram gravadas e transcritas para posterior análise.

3. SOBRE O MOMENTO DA ENTREVISTA

Algumas participantes – Anita, Alice, Cíntia, Flora e Patrícia – mostraram-se muito receptivas ao convite feito, salientado que ficariam gratas em poder colaborar com o estudo, uma vez que é um tema pouco explorado e na opinião delas, extremamente relevante.

Anita foi entrevistada em uma sala utilizada para atendimentos do serviço de psicologia na Unidade Básica de Saúde (UBS) que freqüentava. O encontro foi agendado para o fim da tarde, horário em que a sala já estaria desocupada e o próprio serviço mais vazio devido à proximidade com o horário de fechamento da Unidade. Foi a participante que mais esteve à vontade durante a conversa, inclusive nos assuntos sobre suas práticas sexuais, diferenciando-se das demais mulheres, que mostraram certo embaraço para falarem de seus comportamentos sexuais.

A qualidade da interação estabelecida na entrevista com Anita foi muito favorecida pela proximidade que já tínhamos, decorrente da relação anterior de terapeuta – paciente.

Alice foi entrevistada em uma área pública de São Paulo (em um Centro Cultural) num recinto mais reservado, onde poucas pessoas circulavam próximo de onde estávamos sentadas. O local foi escolhido em comum acordo por nós e pela participante devido à localização favorável para se chegar utilizando transporte coletivo, que era condição para ambas as partes. Num primeiro momento, pensamos em marcar o encontro próximo ao bairro em que a garota residia, mas tal ideia foi abandonada pela dificuldade de encontrarmos aos arredores de sua casa um ambiente em que teríamos privacidade.

Alice foi a garota mais jovem que participou do estudo (19 anos) e a que se mostrou mais interessada no tema da pesquisa. Por participar de movimentos literários na periferia que discutem questões relacionadas à desigualdade social, ao patriarcado, inclusive à homofobia e discriminação, o convite para participar da pesquisa foi também uma maneira de divulgar suas poesias, o próprio grupo literário que fazia parte e de discutir o tema da homossexualidade feminina com uma "profissional" da área.

A entrevista de Cíntia foi realizada em uma sala, previamente reservada, da Faculdade de Saúde Pública, universidade na qual esta pesquisada estava vinculada. Optamos por agendar no início da noite, horário em que a participante sairia do trabalho e, por isso, não teria mais compromissos que poderiam causar preocupações ou limitações no tempo/duração da entrevista. Durante a coleta de dados, apesar de sua postura sempre receptiva, as perguntas foram recebidas com grande surpresa e/ou desconhecimento; constantemente Cíntia sinalizava o quanto tinha dificuldade para

expressar o que pensava sobre o que estávamos conversando por nunca ter parado para refletir a respeito das questões levantadas.

Desde a primeira abordagem durante a Caminha Lésbica, Flora se mostrou muito receptiva em participar da pesquisa; por ser Pastora da Igreja Para Todos, contou que, não raro, era procurada por meninas homossexuais pedindo conselhos e orientações sobre questões de saúde, dentre outras coisas. Raramente tinha a oportunidade de discorrer sobre o tema da homossexualidade feminina com quaisquer pessoas e por isso, achou a proposta do estudo relevante. Alguns dias após esse primeiro contato, marcamos a entrevista por telefone e nos encontramos no endereço em que estava localizada a Igreja na qual trabalha.

A princípio, a entrevista era para ser realizada no próprio saguão da Igreja, local amplo, arejado e sem a circulação de pessoas, pois faríamos no final da tarde, antes do horário do culto. Porém, ao chegarmos lá, a banda da Igreja estava ensaiando e devido ao alto barulho produzido, ficou completamente inviável a realização da entrevista ali. Diante de tal situação, decidimos ir a uma pequena praça pública que havia ali perto, sentamos em um dos bancos. À nossa frente, aproximadamente seis metros, tinha uma base da polícia militar, fazendo a segurança do recinto. O local era aberto e havia a circulação de algumas pessoas, que cortavam a praça para encurtar o caminho e chegar à outra rua que desembocava em uma das entradas do metrô. Flora foi questionada se ficaria à vontade em participar da entrevista ali, visto o vai-e-vem de pessoas, mas ela disse que isso não comprometeria sua privacidade, pois eram sujeitos que caminhavam de passagem e não chegavam a pararem próximos a nós. Assim, a entrevista, apesar desses contratempos, foi feita já no início do anoitecer. O tema das práticas sexuais foi o mais difícil de ser conversado e acabou sendo pouco explorado. Acreditamos que o fato de Flora ser Pastora, pode ter colaborado para um maior constrangimento em discorrer sobre seus comportamentos sexuais.

Desde o início de nossa conversa, Flora mostrou-se muito receptiva e pediu para que, assim que os resultados forem divulgados, gostaria imensamente de receber uma versão da dissertação. Por sua função de Pastora, sente-se responsável em transmitir informações sobre saúde de mulheres lésbicas quando algumas meninas

vão procurá-la e para sua vida pessoal também, contanto, afirmou ter dificuldade em encontrar tais informações.

Patrícia quando soube da pesquisa, ela própria veio procurar a pesquisadora parabenizando pela escolha do tema, pois percebia grande relevância em estudar a relação entre homossexualidade feminina e saúde. Sua entrevista foi realizada em uma sala da Faculdade de Saúde Pública, no período da noite, horário em que sairia do trabalho.

Desde o primeiro contato, Patrícia fora muito solícita e seu jeito descontraído e brincalhão favoreceu para que a entrevista fosse conduzida de uma maneira muito tranqüila.

Outras participantes, Diana, Gisele e Mara não mostraram a mesma receptividade que Anita, Alice e Cíntia, mas também concordaram em participar do estudo sem receios, afirmando que se tratava de um tema importante para elas mesmas, e assim, poderiam colaborar satisfatoriamente.

Diana preferiu que a entrevista fosse realizada em sua própria residência, local que para ela garantia privacidade suficiente para discorrer sobre os temas que a pesquisa se propunha. No dia marcado, a participante recebeu cordialmente a pesquisadora em sua residência, após uma conversa informal de boas vindas que aconteceu logo na chegada a sua casa. A entrevista foi realizada na sala, ambiente ocupado apenas pelas duas pessoas envolvidas. Diana mostrou-se solícita e participativa durante toda a entrevista, mas exprimiu dúvidas nas questões sobre o "ser mulher" e como ela vivia a feminilidade em suas relações, indagações apontadas como difíceis de serem respondidas, pois ela nunca havia parado para refletir sobre tais temas. Quando isso acontecia, Diana expressava certo receio a respeito do que exatamente responder, como se quisesse rastrear o que esperávamos como resposta correta, sinalizado com frases: "*hum... não sei exatamente o que você quer saber com isso*"; quando isso acontecia, foi explicado a ela que não havia nenhuma resposta certa porque a vivência do ser mulher é subjetiva e está inteiramente atrelada a história de vida de cada sujeito. Tal explicação tinha por finalidade esclarecer que não havia uma pré-suposição de "certo" e "errado", mas apenas pontos de vistas diferentes e o objetivo da pesquisa era compreender o modo como ela, Diana, entendia tais questões. Tal explicação teve por objetivo facilitar para que as

preocupações em torno do “dar uma resposta correta” ou que “agradasse-nos” fossem amenizadas.

Gisele sugeriu que a entrevista fosse feita em uma sala da faculdade que frequentava, no período da tarde, horário em que havia salas vagas e disponíveis para uso. Além disso, esse local seria de fácil acesso para ela chegar por residir próximo dali. Assim, agendamos sua entrevista para o início da tarde, na instituição onde fazia a graduação.

Gisele estava retraída no início de nossa conversa, por isso, optamos deixar para o final da entrevista assuntos especificamente sexuais. Ela foi ficando mais à vontade no decorrer de nossa conversa, ganhando confiança, mas houve um constrangimento que esteve presente durante toda a interação conosco, especificamente para falar de sexo ou a respeito de situações muito pessoais. Supomos que o embaraço expresso, sobretudo acerca de práticas sexuais, se deu, principalmente, diante da dificuldade em expressar detalhes íntimos para uma pessoa desconhecida.

Mara contatada no bar em que era atendente, sugeriu que a entrevista fosse realizada no próprio local onde trabalhava antes de ser aberto ao público. Pelo fato de sempre ter coisas a limpar e ajeitar antes de abrir a casa, poderia participar da entrevista nesse período de organização do ambiente. Assim, a entrevista foi realizada no próprio bar, ainda fechado ao público, no início da noite, enquanto ela fazia algumas tarefas de limpeza.

Apesar do jeito bravo e pouco afetivo, Mara mostrou-se muito solícita durante toda a nossa conversa. A entrevista foi interrompida várias vezes – certamente a que mais sofreu cortes – por conta de pessoas que batiam à porta, ora questionando se o bar já estava aberto, ora perguntado pelo dono do lugar que não estava presente. O telefone também foi outro incomodo, chegando a tocar 3 vezes. Apesar desses contratempos, a entrevista foi realizada satisfatoriamente quanto à exploração de todos os temas a que se propunha. A conversa com Mara foi especialmente interessante por ela apresentar diversas características que se distinguiam das demais participantes: era moradora da periferia de São Paulo, não possuía ensino superior completo, vinha do interior do nordeste, tinha um emprego noturno, apresentava-se fisicamente masculinizada – e possivelmente foi a mulher

com a aparência mais masculina que participou do estudo. Era vista como um "cara" ou "*brother*" pelo seu chefe, que, justamente por este motivo lhe concedeu o emprego, pois, segundo Mara, ele precisava de um "homem" de confiança para trabalhar no bar.

A única participante que não se mostrou receptiva, num primeiro momento, foi Josi. Seu contato foi obtido com Alice, que já a conhecia anteriormente de um sarau de poesia, mas afirmou não terem uma relação de amizade próxima. Ao telefone, Josi foi pouco receptiva e após ser informada do que se tratava a pesquisa, concordou em participar, mas ofereceu apenas um dia em que estaria disponível, o dia de folga do trabalho. Caso não fosse possível realizar a entrevista naquele dia, não teria como ser em outro momento e por isso, não poderia colaborar. O local a ser combinado também foi, no início, um problema para Josi, pois ela disse que não se disponibilizaria em locomover-se para longe de sua residência. Foi dada a opção de nos encontrarmos em sua própria casa, mas ela não concordou com essa sugestão. Marcamos então no dia sugerido, em um Centro Cultural de São Paulo, lugar de fácil acesso por transporte público, meio que seria utilizada por ambas as partes. Apesar desse lugar não ser próximo à casa da participante, sendo necessário utilizar ônibus para se chegar a ele, Josi acabou cedendo, alegando que faria isso por Alice, já que tinha sido indicada por ela e por ser um dia em que não trabalhava e assim, estaria com o dia livre.

Ao nos encontrarmos, Josi mostrou-se bastante séria e logo de início, questionou quanto tempo que a entrevista duraria porque tinha outros compromissos ainda naquele dia, manifestando pouca disponibilidade para a pesquisa. Sentamos em um local dentro do Centro Cultural com menor circulação de pessoas ao redor e começamos a conversa. Pela pouca receptividade até aquele momento, iniciamos a entrevista, primeiramente pedindo para que Josi se apresentasse, falasse um pouco de si, sua história de vida, sua cidade natal, como era sua relação com os pais e o início de seu envolvimento com mulheres.

Ao narrar sobre sua trajetória de vida, sua relação com irmãos e mãe, a vinda para a cidade de São Paulo, todas as dificuldades e desafios que enfrentou nessa mudança de cidade, Josi foi se "desarmando" e ficando mais à vontade. O primeiro contato, marcado por seriedade e distanciamento, foi se desfazendo conforme falava

de sua trajetória e assim, permitindo que uma relação mais próxima se estabelecesse. Tal proximidade e "desarmamento" foram inesperados e muito proveitosos para que a entrevista tivesse continuidade e pudesse ser realizada confortavelmente para ambas as partes, visto o tema íntimo que aborda. Chegamos ao final da conversa com Josi completamente diferente do início: estava mais solta e desinibida; ela agradeceu a oportunidade de participar do estudo reconhecendo que tinha sido pouco receptiva no início, mas afirmando ter sido uma ocasião valiosa para ela poder desafabar e refletir sobre os temas discutidos na entrevista.

Josi, assim como Mara, trouxe contribuições valiosas com seus relatos. Também era uma garota de camada popular, sem formação universitária e tinha impedimentos em voltar a estudar pela necessidade de trabalhar em período integral para se sustentar.

De um modo geral, as oito mulheres contatadas, com exceção de Josi, mostraram-se muito receptivas ao convite de participarem da pesquisa, o que foi uma surpresa para nós; e todas elas – inclusive Josi – no decorrer da entrevista foram ficando mais a vontade com a situação, não deixando de responder a nenhuma questão.

Durante a condução das entrevistas, procuramos deixar as participantes à vontade para discorrerem sobre os temas propostos, fazendo o mínimo de intervenções ou interrupções possíveis. Procuramos também, na delicada tarefa de escuta, perceber e respeitar o limite da informante quando algum desconforto era manifestado. Diante de quaisquer embaraços, buscávamos salientar que não havia necessidade de continuar discorrendo sobre o assunto, caso estivesse causando mal-estar (o que, geralmente, era perceptível).

Sempre que possível, tentamos estabelecer um clima de confiança, confidencialidade e empatia para que insatisfações, dúvidas, receios, críticas pudessem emergir (especialmente opiniões desfavoráveis com relação aos serviços de saúde e ao relacionamento com a parceira).

Compreendemos que a situação de interação com a participante pode se configurar como um espaço seguro para o desabafo, especialmente quando relembravam episódios de intensa carga emocional, como o início da vivência

homossexual e a relação com familiares, marcada por represálias. Isso foi presente em todas as entrevistas, especialmente com Josi e Cíntia.

As perguntas especificamente sobre práticas sexuais foram as mais embaraçosas de serem respondidas pelo constrangimento implicado ao se falar sobre comportamento sexual com uma pessoa que não se tinha intimidade. O quanto este tema pôde ser explorado dependeu do grau de confiança e confidencialidade construído na relação com a participante, bem como, da disponibilidade de cada uma em falar sobre sua intimidade.

As perguntas que referiam o uso de métodos de proteção no sexo levantaram dúvidas e diversos questionamentos. Frequentemente, esse tema era redirecionado à pesquisadora, sinalizando que as participantes não tinham certeza sobre a necessidade ou não de utilizar algum método de proteção, tampouco conhecimento sobre a disponibilidade e viabilidade dos recursos. Reconhecemos que a introdução desse tema durante a entrevista delatou o nosso pressuposto sobre a importância do uso de algum recurso nas práticas sexuais. Portanto, o fato do assunto ser iniciado por nós, e não advir espontaneamente das participantes, pode ter enviesado as respostas, uma vez que, pode ter acionado a ideia de que o uso de métodos de proteção era altamente recomendável.

O tema sobre "*ser mulher*" e feminilidade foi recebido com estranhamento num primeiro momento, fazendo com que elas parassem para refletir e somente depois de alguns minutos ensaiavam alguma resposta.

Não raro, depois que desligávamos o gravador, a participante continuava a conversar conosco, fornecendo outras informações valiosas para o estudo sobre episódios de traição, medos, situações desagradáveis que passaram com o médico, etc., geralmente com tom informal e despreocupado pelo fato de não estar sendo registrada na gravação. Muitas vezes, foi nesse momento que as participantes manifestavam curiosidade sobre sexo seguro entre lésbicas, procurando saber se já havia algum material disponível, se tínhamos "amostras" dos métodos para disponibilizar e se o estudo melhoraria a assistência oferecida às mulheres.

Também foi freqüente neste momento de maior informalidade que perguntas como: "*interessante o que você estuda... mas você tem interesse por mulheres? Já*

teve experiência com alguma?" fossem feitas, sugerindo curiosidade e sondagem por parte da participante se tínhamos tido alguma experiência homoafetiva.

A situação propiciada pela entrevista nas quais duas mulheres – nós e a participante – conversavam sobre sexo, conferiu a interação um caráter potencialmente sexual. Duas participantes – Josi e Alice – no final de nossa entrevista perguntaram se gostaríamos de nos encontrar novamente, porém sem o contexto da pesquisa, para que pudéssemos nos conhecer melhor e conversar. Tal proposta foi interpretada como um convite a marcarmos um encontro, que fora, portanto, negada. Josi chegou ainda a entrar em contato conosco, por telefone, novamente fazendo um convite para um encontro. Nesta ocasião, explicamos a ela que tal proposta não era viável, pois o nosso interesse pelas participantes não tinha um caráter de paquera, e por isso, não teria sentido promover um encontro com essa finalidade.

As demais participantes, além de Josi e Alice, apesar de não terem feito nenhum convite explícito para um encontro posterior, também sondaram a possibilidade da entrevista ser momento de paquera e questionaram o quanto conhecíamos "na prática" relacionamentos entre mulheres.

Essas informações nos sinalizam que o fato da pesquisadora ser mulher e ter investigado o tema da lesbianidade, conferiu a situação de entrevista certas particularidades. Como apontado por MINAYO (2004), a entrevista não é somente a realização da coleta de dados, e sim uma situação de interação social, na qual os indivíduos envolvidos expressam suas opiniões a partir do papel social que ocupam. Assim, as impressões que as participantes tiveram sobre nós também foram importantes para contextualizar seus discursos.

Com relação ao modo como as mulheres nos viam na situação da entrevista, chamou-nos atenção dois aspectos: primeiramente, como já descrito acima, quanto à possibilidade da entrevista assumir um caráter potencialmente sexual. Esta impressão ficou explícita diante do convite feito por Josi e Alice para nos encontrarmos posteriormente. Patrícia e Flora adotaram uma postura particularmente interessante: ao relatarem suas vivências, pareciam querer esclarecer-nos acerca das "vantagens" do sexo entre mulheres, incentivando-nos a termos experiências homossexuais.

Segundo, o fato de sermos mulheres pode ter favorecido a exposição de certos assuntos, pois conferiu à conversa identificação de gênero. Supomos que, caso o pesquisador deste trabalho fosse homem, haveria maiores embaraços para investigar sobre o tema das práticas sexuais especificamente.

Assim, o fato da entrevista ter sido conduzida por alguém que também era mulher, colocou-nos uma posição favorecida, pois poderíamos compreender mais facilmente os pontos de vista das participantes. Por exemplo, algumas queixas em relação aos homens ou preocupações com a beleza física, temas pontuados como "assunto de mulher" pareceu-nos ser mais "compartilhável" com uma pesquisadora.

As entrevistas com as mulheres lésbicas ou bissexuais nos possibilitaram reconhecer construções de gênero presentes em seus relacionamentos e na forma como depreendiam cuidado com a saúde sexual, e ao mesmo tempo, compreender as percepções individuais de cada uma enquanto sujeitos históricos, com trajetórias afetivo-sexuais únicas.

A "reprodução" de valores coletivos se fez presente nas falas individuais, na narração da objetividade dos fatos (a percepção do mundo como ele é). Concomitantemente, o relato pessoal de cada entrevistada era permeado com determinações sociais, culturais e históricas que lhe eram próprias, e que marcaram as concepções das quais se lançaram mão em seus relatos acerca do real.

Esse movimento sempre dialético entre o individual e o coletivo na fala das mulheres entrevistadas foi o que possibilitou a aproximação do entrelaçamento das representações sobre a feminilidade e masculinidade e o cuidado com a saúde sexual no modelo cultural constituído em nossa sociedade.

Os questionamentos levantados na entrevista deixaram evidente que o tema proposto pela pesquisa incita reflexões e se mostra bastante complexo, como pressupúnhamos. O ser mulher, ter práticas homossexuais e o cuidado desprendido com a saúde remetem a estruturas sociais e culturais e não advém somente de comportamentos individuais; isso ficou claro no momento em que, durante os relatos, a própria participante fazia uma pausa, questionava-se "se era isso mesmo", às vezes, direcionava a pergunta para nós, e finalmente, re-elaborava sua resposta.

Esse movimento "não linear" na organização das falas também evidenciou o quanto os questionamentos propostos serviram para que as mulheres discutissem os

assuntos propostos, problematizando-os. Assim, apesar de não ter sido o objetivo da pesquisa, as considerações verbalizadas agiram como um primeiro passo para reflexão e mudança de comportamentos na área da prevenção e do cuidado com saúde.

As entrevistas duraram em média cerca de 1 hora, tempo considerado o suficiente para explorar os temas propostos. Quando ultrapassava, começava a ficar exaustivo e a participante demonstrava sinais de cansaço e fadiga; a mais rápida foi realizada em 50 minutos (Flora) e a mais demorada, 1 hora e 25 minutos (Josi).

4. ANÁLISE DOS DADOS

O material gravado foi transcrito por nós, o mais literal possível, evitando-se fazer correções ou quaisquer alterações nos relatos obtidos. Pausas, silêncios, risos, diferentes entonações foram consideradas no momento da transcrição e sinalizadas como dados igualmente importantes. Obtivemos cerca de 140 páginas advindas das nove entrevistas realizadas.

A transcrição concomitante à realização das entrevistas permitiu uma leitura paralela de boa parte do material à medida que ele ia sendo produzido. Isto possibilitou não só uma primeira leitura dos dados coletados, como também, viabilizou uma reflexão e aprofundamento das entrevistas subseqüentes, no sentido de aprimorá-las e torná-las mais pertinentes quanto à obtenção dos objetivos da pesquisa. Permitiu também que nos atentássemos para a melhor maneira de conduzir a entrevista frente particularidades de cada participante. Neste momento primeiro contato com o material produzido pudemos destacar as categorias ou eixos temáticos que surgiam no decorrer da entrevista.

Após a finalização da coleta de dados, todas as transcrições foram lidas exaustivamente, pensando nas categorias temáticas que nortearam o roteiro. Esta leitura vertical possibilitou um conhecimento aprofundado de cada uma das participantes, promovendo uma relação entre os temas discutidos nas entrevistas com a história pessoal de cada mulher. Nesta fase, estabelecemos sete categorias temáticas: trajetória afetivo-sexual, práticas sexuais, práticas preventivas e uso de

métodos de proteção às DSTs/aids, significações em torno do “ser mulher”, características femininas e masculinas percebidas e vivenciadas na relação homossexual, o que entendem e fazem para promover saúde sexual e consulta ginecológica e espaços para abordagem da saúde sexual.

Num terceiro momento de análise, os dados referentes a cada categoria temática foram reagrupados de acordo com o conjunto de respostas das nove participantes. Por exemplo, as informações a respeito da “trajetória afetivo-sexual” de cada uma das mulheres foram analisadas conjuntamente, e assim, sucessivamente com cada eixo temático. Esta leitura horizontal dos relatos permitiu a comparação das diferentes respostas para a mesma questão, possibilitando melhor delimitação das categorias temáticas.

As descrições sobre as vivências afetivo-sexuais, apesar de não dizerem especificamente sobre os objetivos da pesquisa, serviram para iniciar a conversa com a participante, nos aproximarmos dela e conhecer alguns episódios vividos, uma vez que compreendemos que a trajetória afetivo-sexual é única, pessoal e subjetiva e estaria em constante diálogo com as outras dimensões que seriam exploradas.

A discussão dos resultados contou com três grandes categorias de análise: gênero, práticas preventivas (sexo seguro) e cuidado em saúde na perspectiva dos direitos humanos e direitos sexuais e reprodutivos. A temática de gênero, especificamente, perpassa todos dados coletados e é discutido ao longo de todo trabalho. No eixo sexo-sexualidade-gênero (capítulo 2 dos resultados) apresentamos, primeiramente, um capítulo descritivo sobre as práticas sexuais realizadas na parceria feminina e em seguida, destinamos um capítulo sobre uso de método de proteção, na qual recorremos aos discursos sobre sexo seguro (ou falta deles) para tecer a discussão dos relatos obtidos. A última parte foi designada ao cuidado com saúde sexual, fundamentada teoricamente com a perspectiva de direitos sexuais e reprodutivos.

A leitura exaustiva de todo material transcrito buscou explorar o máximo possível as confluências e divergências de discursos das nove participantes, considerando a história de vida de cada uma delas. Contudo, estamos cientes que nenhuma análise dos dados esgota todas as possibilidades de interpretações.

5. CUIDADOS ÉTICOS

A revelação de episódios vividos não é um processo simples, como também não o é a ação de narrar experiências de natureza tão sensível e íntima. Assim, os cuidados éticos na investigação para poder obter uma melhor condição de revelação devem respeitar a Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde (1996). O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Publica da USP, analisado em sua 7ª Sessão Ordinária realizada em 11/09/2009 e considerado aprovado (ANEXO 2).

Todas as participantes receberam duas cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 3) para ser lido e assinado juntamente com a pesquisadora, sendo uma via para o participante e outra para a pesquisadora, esclarecendo-se quaisquer dúvidas e garantindo que a participante fosse informada do que seria desenvolvido e se sentisse confortável em participar da entrevista.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi preparado com especial cuidado com a linguagem utilizada para esclarecer os compromissos de sigilo, privacidade e possibilidade de interrupção da entrevista a qualquer momento. Foi devidamente explicitada que a contribuição na pesquisa não acarretaria custos financeiros nem danos de nenhum tipo para a participante.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

1. APRESENTANDO AS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Ao longo desta dissertação, as palavras ou trechos colocados em itálico e aspas indicam expressões literalmente utilizadas pelas participantes. Alguns relatos ilustrativos são expostos no decorrer do texto, empregando-se fonte melhor, recuo de parágrafo e indicação da participante que disse tal frase ou oração. O uso de colchetes sinaliza falas e/ou perguntas feitas por nós durante a entrevista. Vale lembrar que todos os nomes utilizados para se referir às participantes e a pessoas que elas, porventura, citaram são fictícios, em respeito ao sigilo das informantes.

Por se tratar de uma pesquisa de natureza qualitativa, partimos do pressuposto ser fundamental apresentar cada participante do estudo, descrevendo além de informações sociais e econômicas, o início e a trajetória de suas vivências homossexuais. Tais descrições possibilitam que ao se fazer a leitura dos resultados, especialmente dos relatos obtidos na entrevista, compreenda-se o universo de valores das quais essas mulheres narram suas experiências, uma vez que o sentido desses discursos é intrinsecamente relacionado ao lugar social de onde é falado.

Participaram de nosso estudo nove mulheres com idades entre 19 e 46 anos, todas residiam na cidade de São Paulo. Duas eram paulistanas, uma delas da região metropolitana de São Paulo e as demais vieram do interior do estado ou de outras regiões brasileiras, mas já moravam na capital paulista há alguns anos. Quatro delas (Anita, Alice, Mara e Josi) eram moradoras de bairros periféricos, pertenciam a camadas populares e utilizavam a UBS de sua referência para atendimentos médicos. As demais tinham uma condição sócio-econômica mais elevada, melhores condições de salários, residiam em bairros mais centrais e utilizavam médicos de convênios particulares para cuidar da saúde.

Entre o total de participantes, cinco estavam solteiras na ocasião de nossa entrevista; uma estava namorando um rapaz e três moravam na mesma residência com a parceira. A seguir, descrevemos mais detalhadamente acerca da trajetória afetivo-sexual e das condições sociais de cada participante.

ANITA

Anita, 46 anos, contou que veio para São Paulo há 20 anos atrás para trabalhar em uma casa de família como empregada doméstica. A saída de sua cidade natal (interior paulista) tinha como finalidade encontrar um emprego com salário maior e consequentemente, usufruir de melhores condições de vida. Anita diz ter finalizado o Ensino Médio e feito um curso técnico de mecânica, mas nunca chegara a atuar nessa área, em partes por dificuldades de conseguir uma vaga nesse setor e também pela falta de incentivo de sua família. Não seria socialmente bem aceito e não teria boas repercussões uma mulher, fazer trabalhos tipicamente masculinos, argumento este que sua mãe salientava. O curso de mecânica acabou não sendo utilizado para fins profissionais e a vinda para a capital aconteceu a partir de um emprego previamente acertado em casa de família. Anita afirmou que gostaria imensamente de ter continuado os estudos, porque sente que sua ocupação atual (emprega doméstica) é extremamente desvalorizada, sendo que poderia estar num emprego na qual se identifica mais e possivelmente, desfrutaria de melhores salários.

Atualmente, mora na mesma residência em que trabalha, tem um quarto próprio e suas funções na casa vão além de serviços domésticos, pois é solicitada pela patroa a fazer outras tarefas, tais como compras no mercado, consertos em geral na casa, pagamentos de algumas contas, etc. Anita mostrou-se despojada, curiosa para aprender novas coisas e bastante responsável com seus compromissos, características essas valorizadas por ela mesma e pela patroa. Seu jeito descontraído e desinibido também foi marcante durante a nossa conversa; quando discorria sobre suas experiências sexuais, Anita não demonstrou embaraços, falando explicitamente sobre o tema.

Em seus momentos de lazer, gostava de ir aos cinemas e comer em algum restaurante, mas tais atividades estavam difíceis de acontecer tanto pela falta de tempo, quanto pelo custo alto que demandariam, dinheiro este que poderia lhe fazer falta em outra ocasião. Assim, a limitação financeira e os preços altos de algumas opções de lazer em São Paulo acabavam por restringir as possibilidades de Anita.

Por não ter vivenciado relações amorosas duradouras (como casamentos) e a mudança para São Paulo ter implicado na responsabilidade de ter que se sustentar sozinha, Anita disse que, aos longos desses anos, teve que aprender a cuidar de si,

justamente pela não possibilidade de poder esperar cuidado do outro. Isso a fez amadurecer, buscar informações e construir sua rede de amigos. Por vir de uma família sem recursos financeiros, a mudança para a capital em busca de melhores empregos e a necessidade de ter que tomar conta de si sozinha, tanto financeira quanto emocionalmente, são situações na trajetória de vida da participante que contribuíram para compreendermos algumas características de Anita: alguém que se mostrou independente, comunicativa, ativa na busca de informações ou de coisas que precisava, por exemplo, de atendimento médico, chegando em alguns momentos a parecer séria ou até máscula, como ela mesma descreve:

> Talvez por eu ser sozinha, eu sei que eu tenho que me proteger, se eu não for e perguntar, ninguém vai fazer isso por mim, eu tenho que tomar as rédeas, entendeu? Eu tenho que ser meio macho na vida, eu tenho que ter o masculino porque eu tenho que tomar conta de mim. (Anita)

No momento em que fizemos a entrevista, ela contou que não era casada, não tinha filhos, nem pretendia ter, e tinha iniciado um relacionamento com um homem há cerca de 2 meses. Suas experiências com mulheres foram impulsionadas pela curiosidade e pela maneira como vive sua sexualidade, dando vazão às vontades e permitindo-se descobrir novas formas de obter e dar prazer. Anita descreveu 3 situações em que tivera um envolvimento homossexual. A primeira delas aconteceu por volta de seus 30 anos, quando ela já morava em São Paulo:

> Eu sentia curiosidade, não chegava ser atração, aquele tesão mesmo. Só que depois que rolou, eu gostei, não vou dizer que a gente teve um relacionamento, de namoro, mas a gente ficou junto outras vezes. (...) O que levou mesmo foi a curiosidade, a vontade mesmo de saber como é que era, de ver filmes, de ver revistas, de ficar excitada com aquilo e querer provar. (Anita)

Nesse primeiro envolvimento, sua parceira já tinha tido outras relações com mulheres, o que favoreceu para que essa primeira experiência de Anita fosse encarada por ambas as partes como algo "*normal*".

A segunda experiência com mulher, é descrita abaixo:

> estava no meu trabalho, a minha patroa tinha ido viajar e ela foi passar o final de semana lá, ela também é da minha cidade, ela trabalhava aqui em São Paulo, e num dado momento, acho que era domingo de manhã, a gente foi tomar banho, eu entrei no banho e ela entrou junto comigo e daí começou a rolar. Daí a gente foi pro quarto e rolou. Só que com ela foram duas vezes, foi menos. Mas tudo assim também, nada de aberto, nada de, não teve romance, foi só ali na hora, e depois na boa. Foi mais sexual do que afetivo e essa

> segunda também já tinha tido relacionamento com outra mulher. Foram duas mulheres basicamente de 30 e poucos (anos), experientes, já tinham filhos, já tinham tido experiência com mulheres, então elas encaravam aquilo como normal. (Anita)

A terceira experiência foi vivenciada no início do ano de 2010, no interior, quando Anita tinha viajado para sua cidade natal passar o *revellion*. Uma colega havia ido dormir em sua casa e as duas acabaram estabelecendo um contato sexual. Novamente o envolvimento com mulher teve um caráter momentâneo, não se estendendo para um relacionamento compromissado.

Anita reconhece que em suas três vivências com mulheres não houve envolvimento afetivo significativo, caracterizando-se por experiências mais sexuais. Porém, não exclui o fato de um dia de vir a ter um namoro com mulher, salientado que:

> hoje eu estou com homem, mas eu nunca, como eu vou dizer, eu nunca descartei a possibilidade de um dia ter um relacionamento com uma mulher, eu acho que se isso acontecesse, eu encararia numa boa, não teria problemas com isso, porque eu já provei e gostei, me senti bem, me senti bem. (Anita)

Por conta dessa possibilidade em aberto, ela considera-se bissexual.

Um dos grandes aprendizados nas vivências sexuais com mulheres foi descobrir novas maneiras de tocar a parceira e a si própria. O medo de descobrir-se lésbica esteve presente pela confusão que viveria ao confrontar sua criação – ensinada a gostar de homens e a referência ao modelo heterossexual – com seus sentimentos de amar uma mulher. A grande questão para Anita não era gostar de mulheres também, mas vir a apaixonar-se por uma garota, o que poderia ser vivenciado com sofrimento por não ser correspondida pela companheira, risco esse também presente ao apaixonar-se por um homem, mas que para a participante se mostrava mais factível com uma mulher. Além disso, o “ser lésbica” implicaria na dificuldade em lidar com o abandono, ou pelo menos questionamento, do modelo de relação heterossexual tido como o padrão normal de relacionamentos entre as pessoas.

ALICE

Alice, 19 anos, foi a garota mais nova que participou da pesquisa. Ela residia em um bairro periférico da zona sul de São Paulo e o convite para participar da pesquisa foi motivado por ser uma garota que diferia das demais mulheres que tinham participando do estudo até aquele momento: era moradora da periferia de São Paulo, pertencia a camada popular e trabalhava em período integral para ajudar os pais no sustento da casa, o que configurava uma outra realidade social em relação às outras participantes.

Alice, logo no primeiro contato que tivemos por telefone, explicou que não sabia se poderia contribuir de fato para o estudo porque se denominava "*assexuada*", não mantinha relações afetivo-sexuais de nenhuma ordem com ninguém. Foi perguntado a ela se em algum momento havia tido relacionamentos com mulheres, ao que ela respondeu positivamente. Assim, foi aceita como participante da pesquisa.

Após ter concluído o Ensino Médio, ela começou a trabalhar para auxiliar nas despesas da casa, dizendo que se sentia na obrigação de colaborar com os gastos porque até o momento, seus pais haviam sido os responsáveis pelo seu sustento e consequentemente, pelos estudos. Fez o primeiro e o segundo grau em escolas municipais localizadas no bairro onde residia, e repetiu o segundo ano do Ensino Médio. Contou-nos que tem uma irmã mais nova que vive na mesma casa com ela e os pais, e uma mais velha, que mora junto com a avó.

Quando questionada sobre sua renda mensal, Alice mostrou embaraço para responder tal pergunta, apensas sinalizando que não sabia:

> ai, não sei, melhor não falar (riso envergonhado), é pouco, não dá para a gente viajar, não dá para ir para lugares caros, dá para pagar as contas e comer. E para ir trabalhar, o transporte. (Alice)

Pela descrição que fez de sua relação com os pais, pareceu ser uma relação sem atritos, porém não muito próxima. Como passa a maior parte do tempo na rua trabalhando (empregada para realização do censo de 2010) não fica muito em casa. Nos finais de semana, se encontra com alguns amigos e freqüenta sarais de poesia e movimentos literários da periferia. Alice gosta muito de escrever, hoje é sua atividade preferida de lazer e descontração. Acredita que a poesia é uma forma de

comunicação e manifestação, por isso utiliza-se dela para expressar sua opinião sobre temas relacionados a homofobia, homo-afetividade e discriminação.

Seu primeiro envolvimento sexual e único com mulher aconteceu durante um namoro que durou aproximadamente 2 meses; Alice disse que o ficar com sua ex-namorada foi importante porque confirmou que sua atração era de fato por meninas. Mas, que a experiência desse namoro havia sido muito dolorosa pelo modo agressivo nas quais ambas se tratavam e por isso, após o término desse relacionamento, decidira não se envolver com nenhuma outra pessoa.

A atração por meninas é presente desde a infância, Alice conta que umas primeiras lembranças que tem dessa atração foi um episódio que acontecera aos 5 anos:

> uma vez que vi uma mulher de biquíni e achei bonito. Achei estranho eu achar aquilo, mas senti esse desejo ao longo da minha infância e da minha adolescência. (Alice)

Nunca percebeu a mesma atração por homens. Por isso, apesar de sua decisão de não envolver-se afetiva e sexualmente com ninguém, assumiu uma orientação homossexual, identificando-se como lésbica.

Depois desse namoro de dois meses, Alice chegou a beijar outras meninas, mas não estabeleceu nenhum intercurso sexual com elas, apenas com um garoto pouco tempo depois. Com relação a esse episódio, ela não se mostrou muito receptiva e a vontade para contar em detalhes porque dizia que tinha sido sexo casual em uma ocasião em que estava alcoolizada e por isso, não se lembrava dos pormenores.

Alice contou que sofrera abuso sexual dos 6 aos 11 anos por um primo, sete anos mais velho que ela. Nessa época, depois que saía da escola ficava na casa de sua avó, junto com outras crianças, inclusive com o garoto, para somente no período da noite retornar para sua casa, horário em que seus pais saíam do trabalho. Algumas vezes, Alice dormia na casa da avó, explicando que fora criada por ela também por um tempo de sua vida.

Seu primo a procurava para fazer carícias e geralmente usava isso em troca para permitir que ela, uma menina, brincasse junto com eles, os meninos. Os episódios de abuso finalizaram quando, aos 11 anos, Alice viu uma reportagem na

televisão informando sobre exploração de crianças e que tal atitude constituía-se crime, incluindo o abuso sexual. Ao perceber que ela tinha direito de não querer e não concordar em ceder seu corpo para que o primo se satisfizesse, foi conversar com ele pedindo que parasse com o abuso, posteriormente conversou também com a família.

Num primeiro momento a família ficou chocada com a notícia, mas acolheu Alice e como providência imediata, decidiu que o garoto não deveria ficar no mesmo ambiente que ela.

Ao falar sobre o abuso sexual, Alice foi mostrando o quanto, apesar de sua pouca idade, presenciara muitas situações difíceis, que só foram superadas por conta de sua própria iniciativa para sair ou contornar tais situações. Durante toda a entrevista ficou marcado o quanto a exploração e submissão da mulher esteve presente em sua experiência de vida, evidenciando muita raiva e rancor em relação às desigualdades que separam os universos masculino e feminino. Diversas vezes, Alice falava de situações em que o homem é privilegiado por usufruir de mais força e poder que a mulher, o quanto ele tem uma série de vantagens, como por exemplo, maiores salários e maior liberdade sexual.

A entrada nos sarais de poesias significou para ela mais do que um lazer, significou uma maneira de participar de um movimento social e assim, reclamar sobre as injustiças que percebia na sociedade, questionar alguns padrões culturais e principalmente, reivindicar por relações mais justas.

Paralelamente ao seu lado “questionador” e “revolucionário”, Alice mostrou-se uma garota muito sofrida e discriminada. Durante nossa conversa, era explícita sua vontade em concretizar tais reivindicações sociais. Havia um forte e real desejo de mudar o mundo; seus argumentos chegaram até parecerem, em alguns momentos, utópicos demais. Porém, paralelo a essa força, existia também uma enorme fragilidade e solidão. A decisão de se denominar-se “assexuada” revelava o quanto ela se sentia não capaz de ser amada por alguém, como ela mesma afirmou na entrevista.

DIANA

Diana tinha 46 anos, mostrou-se ser uma mulher tranqüila e calma no contato que tivemos. Mudou-se para São Paulo depois de concluir o Ensino Superior há aproximadamente 15 anos atrás, em busca de emprego, pois sua cidade por ser muito pequena, não oferecia boas oportunidades de trabalho. Já morou em vários bairros da capital, mas no momento da entrevista estava dividindo um apartamento com uma colega localizado na região central de São Paulo.

Apesar de ter se formado em Estudos Sociais (o que a participante nos explicou que seria equivalente aos cursos de História e Geografia atualmente) não atua profissionalmente nessa área; trabalha com produção de eventos. Na ocasião da entrevista, Diana estava solteira e não tendo nenhum relacionamento.

Lembra que, quando criança, se interessava mais pelas brincadeiras típicas de meninos e se sentia "*pouco menina*", mas isso não culminou em experiências homossexuais logo na adolescência, afirmando que demorou um tempo para que isso viesse a acontecer. Em partes, ela atribui essa demora ao fato de não existir em sua cidade natal, onde morou até os 22 anos de idade, ambientes (bares, boates, etc.) para o público lésbico e por não ter amigos gays ou amigas lésbicas. O reconhecimento de um desejo homossexual esteve totalmente atrelado às vindas para São Paulo, quando começou a ter mais independência financeira, passando a circular em lugares que não existiam em sua cidade, como nos conta:

> Eu tinha 30 anos quando comecei a ficar com mulheres. Primeiro que eu morava numa cidade que eu não tinha referência, minha cidade é muito careta, então eu nunca tive referência. Então até eu me tocar que eu era lésbica demorou muito, não foi na adolescência, desde de criancinha. Eu não tinha amigos gays, também não era tão comum ter pessoas gays na cidade. Eu fui ter amigo gay, já próximo dos 30 anos. A coisa foi mesmo depois que eu comecei a trabalhar com 21 anos. E aí eu comecei a ter autonomia, ter grana pra começar a sair, comecei a sair da minha cidade, a viajar, e aí começou a mudar a história. Comecei a me tocar que eu preferia mais mulher do que homem. (Diana).

Diana já havia tido relações sexuais com homens e pequenos envolvimentos que nunca se caminharam para um namoro mais duradouro. O início da sua vivência homossexual esteve totalmente atrelado a passeios e, posteriormente à mudança definitiva para a capital quando, passou ir a lugares frequentados por gays e lésbicas, e assim, o contato com essas pessoas possibilitou a reafirmação de seu desejo

homossexual. Sites na internet sobre relacionamentos lésbicos também foi uma maneira que Diana recorreu para conhecer mais sobre esse "novo" universo.

Depois de suas primeiras experiências com mulher, relata que os relacionamentos com homens foram esfriando, até que passou a vontade de vir a estabelecer vínculos. Quanto ao envolvimento sexual especificamente, ela nos disse que:

> (...) com homem, essa coisa de transar, penetração, não me incomoda, mas não rola, sei lá, pode até ser uma questão anatômica, sei lá, não rola. Não me sinto a vontade. Não gosto de cheiro de porra, acho péssimo, aquela coisa no ar... mas antes disso tudo eu acho bacana, só beijar na boca, ficar junto, fazer sacanagem. (Diana)

Em direção oposta, o que sentia quando tinha um envolvimento com mulher:

> (...) era muito legal. Começou a fluir a coisa. (Diana)

Depois que passou a se relacionar com mulheres, não demorou a contar para seus amigos de sua cidade de origem, notícia que fora recebida tranquilamente pelo grupo.

Quando questionada sobre sua orientação sexual, ela diz que é lésbica, mas não ficava confortável em utilizar essa palavra, pois além do rótulo que há envolvido nessas classificações, algumas pessoas fazem toscas associações da homossexualidade com promiscuidade:

> Eu fico meio em dúvida ter que me assumir com relação a uma coisa, "eu sou lésbica" parece que vai fechar um monte de portas ou abrir outras, eu não quero, eu quero ser eu mesma, só isso. Eu não me identifico com a sapatão, assim como eu não me identifico com a patricinha do bar, entendeu? (...) A rotulação me incomoda, o ter que se identificar com algo. (...) Tem lugares que se sabem que você é lésbica, tem aquela coisa que vão achar que você vai cantar todas as mulheres, a ideia é que se você é lésbica, você gosta de todas as mulheres. Acho que ninguém é assim, os heteros, todo mundo tem preferência.
> Quem gosta de homem vai gostar de todos os homens? Não. Mesma coisa com gay... fala que o cara é gay, já vai fechando a porta do vestiário porque o cara é gay. Sabe uma coisa assim? As pessoas são muito malucas. (...) Passa por um preconceito sim, preconceito que as pessoas têm com os gays e com as lésbicas. (Diana)

No momento da entrevista, apesar de toda a receptividade que teve conosco, Diana manteve-se levemente retraída, mostrando um jeito mais tímido e pouco

expansivo. O tema da homossexualidade pareceu ser algo tranquilo para ela, tanto com relação aos amigos heterossexuais, quanto para sua família.

CÍNTIA

Cíntia tinha 30 anos, era de uma cidade do interior paulista, onde residiu até 2005, quando se mudou para São Paulo. Um dos motivos de sua vinda para a capital também foi a procura de melhores empregos. Formada em Educação Física, notou que residindo no interior teria menos oportunidades de trabalhos, especialmente porque queria atuar em áreas menos convencionais, que seriam ofertadas numa metrópole.

Na ocasião da entrevista, Cíntia residia num bairro da zona sul de São Paulo, em apartamento próprio, recém financiado; morava junto com a sua companheira há 4 meses, mas relacionavam-se já há 4 anos. Quando questionada sobre seu estado civil, ela apontou que é "namorando", o que nos chamou atenção pelo fato de morar na mesma casa que a parceira, levando-nos a esperar uma outra resposta mais provável, como "moro junto" ou até mesmo "sou casada".

A impressão de não ser uma garota "convencional" era presente desde a infância, como nos contou, e a descoberta do desejo homossexual aconteceu somente depois da adolescência, descrita como sofrida pela solidão que sentiu nesse processo, ficando muitas vezes calada por não ter ninguém com quem dividir:

> Eu...desde pequena, eu sinto que era diferente, então quando a gente é criança e tem aquelas paixonites, nunca foi pelo João, pelo Pedro, sempre foi pela Carolina, pela Maria, só que eu vivi isso calada, até os meus... quando eu fui viver uma história mesmo, fisicamente, porque eu tinha minhas paixões, eu geralmente ficava com a minha melhor amiga, me tornava melhor amiga da menina que eu estava apaixonada, e vivia isso só. Nunca investia, nunca dizia. (Cíntia)

Até os seus 19 anos, quando teve a primeira experiência homossexual, Cíntia beijava homens, chegou a ter relações sexuais com alguns parceiros, mas não se envolvia afetivamente:

> Aquela coisa de querer ver de novo, de ficar perto, de viver uma história para além do físico, não rolava com homens. Fisicamente eu achava gostoso, não tinha problema, era legal, bacana, eu tinha prazer, gostava, mas eu não me envolvia. (Cíntia)

A primeira vez que se envolveu com uma mulher, foi com uma colega da faculdade, experiência essa descrita, por um lado, muito importante, pois ela percebera que de fato se sentia melhor com garotas, mas por outro, foi bastante dolorida porque ela acabou se apaixonando pela amiga e não fora correspondida. A partir daí, confirmou o quanto era diferente o relacionamento com homens, mas encontrou bastante dificuldade em como se aproximar, paquerar e se envolver com mulheres lésbicas. Essa dificuldade, Cíntia apontou estar relacionada, além do modo como fora criada pelos seus pais – para gostar de homens – a sua rede de amigos, totalmente constituída de pessoas com orientação heterossexual e o desconhecimento acerca de locais freqüentados pelo público gay e lésbico na cidade interiorana que residia:

> É muito estranho... na cidade que eu morava, não era muito falado sobre ficar com meninas, pelo menos eu não ouvia, para mim todo mundo era hetero, eu não sabia onde estavam os homossexuais, eles existem? Existe um código? (Cíntia)

Assim, nos ambientes em que circulava e com as pessoas nas quais convivia, Cíntia não via possibilidade de conversar sobre seus sentimentos e desejos homossexuais, também não sabia como identificar outras mulheres para que pudesse se aproximar e que locais, por exemplo, bares ou boates, existiam para essa finalidade.

Por conta disso, passou o tempo de sua graduação sem estabelecer vínculos afetivo-sexuais com mulheres, chegando a ter um namoro com um homem, que terminou aos 23 anos. Esse namoro foi descrito como um grande sofrimento, pois não conseguia retribuir o mesmo carinho e afetividade que recebia do garoto e ainda sentia-se culpada por isso. Reconhecendo tal sofrimento, optaram por terminar o relacionamento:

> Era um sofrimento para mim. Eu ficava muito distante, era fria, para mim tanto fazia se ele estava bem, se não estava, não tinha essa preocupação de querer ver de novo, de ligar, de saber como está, eu fazia isso porque sabia que num namoro era mais ou menos assim, (...) mas com ele era um imenso sacrifício. Eu me sentia completamente desajustada naquele relacionamento, e aí, a gente acabou terminando.(Cíntia)

A descrição desse momento de sua vida foi marcada com pesar tanto pela dificuldade em conseguir envolver-se com um homem, que culminou no

reconhecimento de um forte desejo homossexual, quanto pela solidão e pelo sentimento de ser "*desajustada*". Assim, quando Cíntia referiu-se como se sente atualmente, fala com grande alívio por não te que estar mais lutando contra e se privando de algo que a faz feliz.

Depois de se "certificar" que não queria mais envolvimentos afetivo-sexuais com homens, a participante nos contou que iniciou outro processo, também emocionalmente difícil e dispendioso, de não querer que as pessoas ao seu redor descobrissem que ela era homossexual, por conta do medo da repercussão dessa notícia em sua família e amigos. Novamente, nesse momento de nossa conversa, ficou explícito, o quanto a aceitação da homossexualidade foi um longo processo doloroso. Tal preocupação foi amenizar-se com a sua mudança para São Paulo, cidade onde ela acreditava ser mais possível viver um relacionamento com mulher e conhecer lugares e outras pessoas com quem pudesse dividir essa experiência:

> Eu queria ir embora da minha cidade natal, porque parecia que lá as coisas nunca iam acontecer, parecia que a minha vida estava fora, para viver isso, eu tinha que sair da minha cidade. (...) Na cidade que eu morava, não tinha bar, né, como tem aqui em São Paulo. Lá, eu só circula na faculdade e era um mundo estritamente hetero. (Cíntia)

Assim, como no caso de Diana, a mudança para a cidade de São Paulo, além de motivos profissionais, também foi uma maneira de conseguir vivenciar a experiência homoafetiva, que seria mais difícil em uma cidade do interior.

Ao mudar-se para a capital, Cíntia morou por 3 anos, com algumas amigas em um apartamento, e posteriormente, com a escolha de ter mais privacidade, optou por financiar um apartamento próprio.

Durante toda a entrevista, a participante contou com muita vivacidade sobre sua trajetória pessoal, chegando a emocionar-se em alguns momentos da conversa; talvez tenha sido a primeira vez em que ela se deu conta das situações que enfrentou quando decidiu viver a homossexualidade, para hoje, depois de alguns anos, poder desfrutar de maior aceitação e estabilidade – especialmente emocional. A entrevista com Cíntia foi uma das – se não a mais – que houve maior entrega e presença da participante, assemelhando-se mais a uma conversa do que um momento formal de coletas de dados. Isso possibilitou uma postura tranquila diante do fato de estar narrando a respeito de sua vida íntima, inclusive detalhes sexuais. Não notamos – e

se chegou a ocorrer, certamente foram poucas vezes – situações em que ela se preocupava em apresentar respostas aceitáveis ou socialmente adequadas; quando não sabia acerca do que lhe era perguntado, Cíntia tranquilamente mostrava sua dúvida ou falta de conhecimento sobre o tema.

PATRÍCIA

Patrícia, 39 anos, é paulistana, mas em 1999 mudou-se para o Ceará onde ficou por 2 anos, depois estabeleceu-se em Florianópolis, quando fez o curso de graduação em Naturologia, retornando para a capital paulista em 2007. Atualmente reside na zona norte com a sua parceira há quase 18 anos. Em todas essas mudanças de cidade, sua namorada a acompanhou, porque a decisão sobre em quais cidades iriam morar era tomada conjuntamente.

Patrícia fazia atendimentos clínicos de Naturologia em consultório e em empresa; trabalhava também como docente em dois programas voltados para jovens e ainda coordenava um programa de qualificação profissional voltado a adultos. Tinha um jeito bastante brincalhão, expansivo e descontraído, fazendo várias piadas e gracejos no decorrer de nossa conversa.

Mostrou ser uma pessoa bastante espirituosa, acreditava que a cura das doenças físicas estava para além do corpo/substância material. Diz que já seguiu o espiritismo, mas que hoje não se define mais assim, porém os conhecimentos da Doutrina Espírita foram importantes para abrir novas portas, de outras filosofias religiosas, como por exemplo, do budismo. Seu ideal espirituoso pôde ser percebido em várias falas de como compreende as energias que estão no mundo:

> Eu sou espiritualista, eu não cultivo um apego, eu cultivo uma religiosidade e essa religiosidade é mais espiritualista, (...) eu acredito na vida após a morte, eu acredito nos espíritos. (...) No mundo tem energia que é um pouco mais densa, mais próxima de uma dimensão mais material e entre essas energias que são mais densas, tem as energias mais sutis que são mais num âmbito espiritual e as energias intermediárias. (Patrícia)

Pelas suas crenças espiritualistas e sua formação em Naturologia, Patrícia adotou uma abordagem sobre a saúde menos convencional, pois utilizava de recursos como orientações de alimentação, florais, chás para tratar de algumas doenças, tanto em sua vida pessoal quanto dos pacientes que atendia. Essa visão holista em

conceber o processo saúde-doença, até mesmo em compreender as pessoas e o modo como se relacionavam, esteve presente durante diversas falas de Patrícia, como mostra o relato a seguir quando discorria sobre maneiras de ter uma boa saúde sexual:

> Uma mulher, que tem uma alimentação muito rica em leite e derivados, ela tem a probabilidade de aumentar, ela aumenta a probabilidade de candidíase. Queijo é muito favorável para candidíase, para corrimento, então se a pessoa tem uma alimentação exagerada nesse sentido, ela fica mais vulnerável a isso. Numa visão mais psicossomática, se ela está infeliz com o parceiro, ou parceira, ou com a vida, ela também vai demonstrar na região genital, numa visão psicossomática. Ainda numa visão organicamente, se ela está com nível de estresse, ou numa situação de desequilíbrio, ela vai abaixar a imunidade dela, então ela vai dar condição para ter nessa flora aí, uma quantidade maior de bactéria, que pode ser corrimento, candidíase, ou qualquer outra DST. (Patrícia)

Patrícia e sua parceira se conheceram numa viagem para praia, começaram a sair quando voltaram para São Paulo e desde então não "*desgrudaram*" mais. Antes desse relacionamento, ela já tinha namorado uma garota antes, sua primeira namorada, aos 16 anos, com quem teve sua primeira relação sexual.

Teve algumas histórias com homens, menos duradouras, incluindo contatos sexuais, num momento em que ela se denominava "*mais bissexual*". Na adolescência, especialmente nos momentos que estava solteira, ela gostava de beijar na boca, independente de ser homem ou mulher, referia ser muito "*flex*", pois encarava isso – o fato de ficar com meninos e meninas – com muita naturalidade. A atração por garotas foi percebida desde muito cedo, inclusive quando vai nos contar o início de seu envolvimento com mulher, Patrícia responde em tom de brincadeira:

> No berçário, eu não lembro de nenhuma enfermeira (risos)! Mas eu acho que já deve ter rolado alguma coisa sim desde essa idade (risos).(Partícia)

Assim, semelhante ao que Cíntia nos falou, Patrícia chegou a ter e gostou do envolvimento com homens, tinha prazer sexual, mas sentia-se melhor na relação com mulheres.

> Eu conheço uma relação com homens, não acho ruim, eu tenho amigas que assim, nunca transaram com homens, nem passa pela cabeça e elas se irritam e querem te bater se você insistir nessa questão, eu não acho ruim. Eu tive namorados, eu tive minhas experiências nos meus momentos mais, digamos assim, bissexual. Homem é bom. Mas para mim, mulher é melhor, a relação. (Patrícia)

Quando criança envolvia-se mais nas brincadeiras com os meninos, quando estava com as irmãs e primas, geralmente o brincar de casinha era a pedida das garotas, e Patrícia fazia o "papai" do faz-de-conta:

> Eu brincava com os meninos, mas eu não acho que isso foi uma influência, eu sou homossexual porque na minha infância eu brincava mais com meninos do que com meninas, não. Eu tinha primas, tinha irmãs mais velhas, eu tinha oportunidade de brincar, sou a caçula de uma família de mais 2 irmãs, então, tinha mais boneca em casa do que qualquer outra coisa, e eu queria carrinho, queria pipa, queria bolinha de gude, eu andava em cima do telhado, eu jogava bola. Então, as meninas que tinham, quando eu brincava com as meninas, elas queriam brincar de casinha. Eu brincava de casinha, entendeu, mas eu era o papai da família. (Patrícia)

Tanto Patrícia quanto Diana lembraram-se o quanto gostavam e se divertiam mais com as brincadeiras típicas dos meninos, mas não atribuíam ao fato de fazer as atividades juntamente com garotos uma suposta explicação para suas orientações homossexuais.

GISELE

Gisele, 25 anos, estava morando na cidade de São Paulo havia 7 anos. Vinda do interior paulista, mudou-se para a capital para fazer faculdade de Moda, curso que após ter feito o primeiro ano abandonou para estudar Letras. No momento da entrevista, Gisele nos contou que estava no último ano da graduação, tinha alguns planos profissionais para o futuro, planejava continuar morando em São Paulo, mas estava preocupada em se formar. Não exercia nenhuma atividade remunerada e era mantida financeiramente por seus pais.

Morava sozinha em um apartamento na zona oeste e estava solteira há duas semanas, depois do término de um namoro de 3 meses com uma garota. Disse que frequentemente sai com amigos para tomar cerveja em bares próximos de onde mora, por gostar do atendimento desses lugares, e de vez em quando vai à baladas e casas noturnas, tanto destinadas ao público gay ou não.

Gisele contou-nos que começou a perceber que sentia atração por mulheres por volta dos 16 anos, mas por circular em ambientes e ter amigos estritamente heterossexuais não tinha com quem conversar sobre isso, nem via possibilidades de torná-la factível. Seu relato sobre o reconhecimento de um desejo homossexual é

parecido com o vivenciado por Cíntia, onde as limitações existentes em uma cidade do interior, pontuadas principalmente na ausência de bares, boates e até mesmo pessoas próximas com quem pudessem conversar fez com esse momento fosse vivido muito solitariamente:

> Por ser criada no interior, em uma cidade extremamente conservadora, no meu colégio não tinha nenhum amigo gay, nenhuma amiga gay, ninguém que eu me sentia a vontade para conversar sobre isso, então foram dois anos que eu não contei para ninguém os pensamentos que eu tinha. Tinha só comigo, de olhar as meninas, gostar, saber que eu gostava, deitar e ficar pensando "nossa, aquela menina, como que seria se eu tivesse oportunidade de namorar...", mas não contei para ninguém. Foram dois anos assim. (...) Não sentia abertura em lugar nenhum, que eu achava que isso ia morrer comigo em pensamento. (Gisele)

A possibilidade de conversar com os pais também era cercada por receios da reação deles e das conseqüências, possivelmente punitivas, que tal notícia iria gerar. Gisele após ter se dado conta de sua vontade de relacionar-se com mulheres, também vivenciou, como outras participantes, dificuldades em relação a onde "encontrar" tais meninas e como proceder, contentando-se com esparsas histórias com meninos, sem grandes envolvimentos afetivos.

> Eu não via possibilidade de tomar atitude em relação a isso. Eu ficava com meninos, tinha namoradinhos, que durava pouco, sempre terminava logo, não queria mais saber, e para mim ia ser sempre assim. Era um menino, depois outro menino e não tinha coragem de dizer uma coisa para meus pais que eu não via a possibilidade de prática. Dependendo do menino, se ele era legal, começava a namorar e tal, mas eu não correspondia, não era apaixonada, não tinha vontade de ficar junto o tempo inteiro, preferiria sair com as amigas, até que eu colocava um fim. Até que eu vim para São Paulo porque eu tinha muita vontade de vir para cá. (Gisele)

A mudança para a cidade de São Paulo e os novos amigos que fez no curso de Moda, possibilitou que ela fizesse novas amizades, inclusive com meninos gays que passaram levá-la para baladas freqüentadas pelo público GLS. Assim, a mudança para a capital, o estabelecimento de um novo círculo de amigos e o conhecer os ambientes procurados por gays e lésbicas se constituíram na oportunidade que Gisele queria para poder conversar sobre seu desejo homossexual com pessoas que também tinham passado por tal experiência e realizar a vontade de relacionar-se com mulheres. A possibilidade de compartilhar e concretizar esse desejo foram descritos

como fundamentais para que ela se sentisse aliviada e confirmasse o quanto era diferente e melhor viver uma relação com mulher.

Seu primeiro namoro "*sério*" aconteceu aos 20 anos, com uma garota que ficara junto por 4 anos. A relação fora muito intensa, pois a ex-parceira havia mudado para São Paulo e as duas moraram juntas por um tempo. Foi a primeira vez que Gisele contou que tinha ficado apaixonada por alguém, o que não havia acontecido antes com nenhum garoto:

> Com os meninos eu era muito pé no chão, eles que gostavam e eu que controlava. Nesse caso não, eu me apaixonei, eu me entreguei, queria ficar 24 horas do dia junto, tudo muito intenso, demais, então eu tive mais uma comprovação de que era isso. (Gisele)

A maior dificuldade desse namoro foi com relação aos seus pais, pois quando resolveu assumir e contar para eles sobre a namorada, os pais receberam a notícia com desaprovação. Gisele disse com a sua mãe ainda tinha sido pior, pois por um bom tempo, ela ficou lhe dizendo que eram influências negativas de algumas amizades, e que essa "fase" ruim logo passaria. Após a revelação do namoro com a menina, por mais de um ano, a relação com os pais tinha ficado distante, se limitando a diálogos sobre assuntos indispensáveis entre eles. Tal situação foi se amenizando com o passar dos anos, quando Gisele insistiu em lhes mostrarem que era "daquele jeito" que ela seria feliz e não com um homem.

Quanto questionada sobre sua orientação sexual, Gisele disse que sem dúvida envolvia-se mais intensamente com mulheres, mas não descartava a possibilidade de vir a ter um relacionamento com homem, por isso incomodava-se com as classificações e limitações ao dizer que era homossexual, postura essa semelhante a de Diana e de Cíntia:

> eu não gosto de rótulo, não gosto de "eu sou gay", porque é pouco provável e eu acredito que as chances sejam mínimas, mas eu não vou deixar de ficar com um cara interessante que passou na minha vida! Se eu sentir alguma atração, algum desejo nele, não tem porque eu não tentar. (Gisele)

MARA

Mara tinha 37 anos, trabalhava como atendente em um bar frequentado pelo público GLS. Mara veio do interior de Pernambuco, onde morou até os seus 16 anos, mudando-se para a capital paulista porque sua mãe já havia se mudado e insistia para

que e filha também viesse para cá, pelas melhores condições de vida que poderiam desfrutar. A ideia de mudar-se para São Paulo foi, num primeiro momento, rejeitada por Mara, afirmando que não queria sair de sua cidade, pois acreditava que perderia a liberdade que tinha em Pernambuco, ficaria distante de seus amigos de infância e adolescência e a diferença climática não lhe animava para vir para o Sudeste. Até que com 16 anos, devido à pressão que sua mãe fez, não teve outra alternativa ao não ser concordar com a mudança. Interrompeu os estudos na primeira série do Ensino Médio.

Aqui em São Paulo, ela reside em um bairro da periferia na zona leste junto com a mãe, padrasto, uma irmã e uma prima. Atualmente disse que gosta muito da cidade, se adaptou bem e em contraste do que aconteceu há 20 anos atrás, hoje não pensa em sair daqui e nem cogita a possibilidade de voltar para o nordeste.

Em seus momentos de folga, gostava de ir a barzinhos, preferencialmente para o público lésbico, ouvir músicas no estilo MPB, ir aos cinemas e navegar na internet. Programas esses que aconteciam mais no início da semana, porque de quinta a domingo estaria trabalhando no período noturno. Às vezes, quando não estava tão cansada, gostava de ir ao pagode nos finais de semana. Mara disse que era religiosa, frequentava Centros Espíritas e referia-se como espírita Kardecista.

Ao falar sobre o início de seu envolvimento com uma mulher, contou que desde criança percebia que era "diferente"; tinha uma amiga desde os 8 anos de idade que sempre estava junto, gostava muito da companhia da garota e quando brincavam de casinha, Mara era o papai e sua amiga, a mamãe da brincadeira. Até que com 16 anos, elas tiveram um primeiro contato sexual. Quando isso aconteceu, Mara continuou a ter alguns "*namoradinhos*", curtas histórias com os garotos de sua idade, mas somente por conta de pressões familiares para mostrar que "estava tudo bem".

Quando um menino queria sair com ela, mandava-o falar com sua mãe, para primeiramente ver se ela autorizava os dois a saírem juntos; após a permissão concedida, Mara encontrava-se com o garoto. A descrição desse processo era de ser sofrido, pois o caminho de ir conversar com sua mãe era uma estratégia que ela utilizava apenas para aumentar as chances do encontro não acontecer:

> Eu odiava, odiava, porque eu não queria ver o garoto. Era uma estratégia de distância. E o pior é que eles tinham coragem de ir falar com a minha mãe, aí

> eu era obrigada a ficar de namorinho com os caras, mas eu não gostava. (Mara)

Quando nos falou desses namoradinhos eventuais que teve, Mara afirmou que:

> (...) não curtia, nunca tive tesão, nunca tive atração, acho homens bonitos, existem homens bonitos, mas que me dê atração, tesão, não. (Mara)

O primeiro envolvimento homossexual que teve foi interrompido devido a sua mudança para São Paulo. As duas continuaram a se corresponder por cartas, ocasião em que a mãe da participante ficou sabendo desse relacionamento, pois pegou uma carta que a garota havia enviado para sua filha e a leu. Essa situação foi muito delicada porque a notícia teve uma repercussão complicada: a mãe de Mara não aceitando o fato de ela envolver-se com mulheres, reagiu com agressividade e punição. A partir daí, a possibilidade de conversa com a mãe reduziu-se e a convivência das duas ficou insustentável, culminando na saída de Mara de sua casa:

> A reação da minha mãe foi a pior possível! Ela disse: "prefiro que a minha filha seja puta do que sapatão." Eu saí de casa porque eu queria viver a minha vida e não a vida que a minha mãe queria que eu vivesse. (Mara)

Apesar do sofrimento, necessidade de trabalhar para manter-se financeiramente e da distância que se criou entre ela e a família, a participante nos contou que a saída de casa foi um passo importante para colocar um ponto final nos seus relacionamentos com homens, que não a fazia feliz e para poder vivenciar a homossexualidade.

Assim, no trabalho em que arrumou, conheceu uma mulher com quem namorou e morou junto por 4 anos. Essa parceira era mãe de 4 filhos de um relacionamento anterior. Depois disso, Mara teve outros envolvimentos, mas não mais com homens e nunca teve uma relação sexual com eles. Descreveu que uma única vez chegou "*perto*", mas por não estar sentindo prazer, optou por não fazer nada.

No momento da entrevista, ela nos disse que estava solteira e que depois de alguns anos, sua mãe foi aceitando a sua orientação sexual. O relacionamento com a parceira que tinha 4 filhos fez a "avó" se aproximar das crianças e assim, da própria

filha novamente. Atualmente, a relação com a sua mãe foi resgatada e Mara considera-se o "braço direito" dela:

> Minha mãe começou ir aceitando, agora é sem erro. Ela vem aqui (no bar que Marta trabalha frequentado por público GLS), sábado ela estava aqui. Tranquilo, sem erro. Hoje tudo que a minha mãe precisa, quem faz sou eu, ela tem 4 filhos, 3 filhos mais eu, e tudo que ela precisa quem faz sou eu, tenho o cartão do banco dela, tudo que ela precisa, quem resolve sou eu. (Mara)

Mara foi receptiva conosco e durante toda a nossa conversa manteve-se disponível a responder o que lhe era perguntado. Mostrou um jeito masculino, que se manifestava tanto em sua postura corporal quanto no modo de se vestir. Ela mesma se descreveu como "masculina", afirmando que era o modo como se sentia bem. Sua identificação com várias coisas do universo masculino, como motos, carros, necessidade de ser a provedora da casa, descrição de sua preferência por mulheres femininas, dava uma postura de "macho" ao jeito com que falava e se colocava nas questões que conversávamos. No início de nossa entrevista, estivemos receosos quanto ao modo como Mara se colocaria diante de algumas perguntas, seu jeito masculino lhe dava um ar sério e bravo. De fato, pareceu-nos ser uma pessoa muito geniosa, decidida, séria e em alguns momentos, bem masculina, seja pelos seus trejeitos ou pela sua visão de mundo.

O fato de trabalhar no período da noite para ter o dia livre para fazer tarefas domésticas em sua casa e outras atividades, fez com que Mara optasse por empregos noturnos: trabalhou em motel e uma casa de shows. Apontou as dificuldades de estar em bares pelo horário menos usual, mas acredita que é um emprego mais versátil e que lhe paga melhor pelo pouco estudo que tem.

Mara foi uma participante especialmente interessante pelo fato de também ser da periferia de São Paulo, vinda de outra cidade e pela sua identificação e postura masculinizada.

FLORA

Flora, 34 anos, era do Rio de Janeiro, onde morou até sua mudança para São Paulo quando veio fazer o curso de graduação em Teologia.

Até o momento de sua vinda para a capital paulista não tinha tido relacionamentos com mulheres; a primeira vez que percebeu atração por uma garota

foi quando fazia a faculdade. Nessa época, ela morava no alojamento da universidade, pois nos explicou que os alunos seminaristas dormiam comunitariamente e nesse ínterim acabou se envolvendo com a menina que dividia o quarto:

> A gente ficou muito amiga, vimos que gostávamos das mesmas coisas, a gente estava sempre junto, até que rolou e aí foi muito difícil na faculdade, até porque nós duas éramos evangélicas, teve muito peso da sociedade, muitas pessoas ficavam duvidando se estava acontecendo alguma coisa ou não. (Flora)

Flora apontou que além da confusão que sentiu consigo mesmo por estar se relacionando pela primeira vez com uma mulher, o fato de ser uma garota da faculdade, também do curso de Teologia, deixou a situação bastante delicada. Como as duas estavam sempre juntas, houve rumores que estavam tendo uma relação para além da amizade. Essa suspeita foi tomando proporções cada vez maiores, até que, elas foram chamadas e questionadas sobre o tipo de relação estavam mantendo entre si. Flora negou a "acusação", afirmando que se tratava de somente uma amizade. Optou por fazer isso porque sabia que dizer a verdade ali teria conseqüências sérias e certamente punitivas, com a expulsão de ambas da faculdade e não aceitação que terminassem o curso. Após terem negado qualquer envolvimento sexual, foi-lhe permitido que permanecessem no mesmo quarto. E assim continuaram o namoro, procurando serem o mais discretas possíveis, ainda que com receios de serem novamente descobertas. Até que a parceira se formou e saiu da faculdade e Flora continuou por mais um ano para concluir a graduação.

Depois que a ex-namorada se formou, a participante nos contou que elas foram reduzindo o contato, se distanciando, até que decidiram finalizar a relação. A partir dessa experiência de namoro, ainda que cercada de medo e privações para não ficarem expostas, Flora percebeu que gostava de mulheres porque envolveu e se entregou mais intensamente nesse relacionamento do que os tinha tido com homens até aquele momento, esses geralmente mais superficiais e menos duradouros.

Após concluir a graduação, Flora continuou morando em São Paulo, cidade onde estabilizou sua vida. Ficou por aproximadamente 4 anos sem namorar, apenas alguns encontros esporádicos com homens, mas sem estabelecer com eles contato

especificamente sexual. Quando questionada sobre esses relacionamentos mais curtos e descompromissados, ela nos respondeu que:

> na verdade, eu só saia com eles e nunca rolava nada sexualmente, eu não gostava. (Flora)

Assim, quando estava com 30 anos decidiu deixar de estabelecer contatos, mesmo os mais curtos e descompromissados com homens e "assumiu a sua homossexualidade", expressão utilizada pela própria participante.

Flora trabalhava em dois empregos: na área de vendas de brinquedos infantis e era pastora da Igreja Para Todos havia mais de 3 anos, uma vertente da Igreja Evangélica. Durante o dia ficava no seu emprego de vendas e depois à noite, ia para a Igreja localizada na região central de São Paulo, onde fazia os cultos e conversava com pessoas que lhe procuravam para falar de algum problema pessoal.

A proposta da Igreja em que ela trabalhava era dar oportunidade para que as pessoas – inclusive as que tivessem orientações sexuais não hegemônicas – pudessem se sentir aceitas em uma religião, frequentar os cultos e assim, aprenderem sobre Deus e agir na vida de acordo com os ensinamentos de Cristo:

> (...) a Igreja tenta de certa forma, principalmente na questão homossexual, trabalhar na questão de Deus, que elas sejam envolvidas nesse amor de Deus e busquem nos seus relacionamentos afetivos, na sua caminhada, caminhar juntamente com Cristo, com a justiça, com amor, com paz no coração, sabendo que são amados e são aceitos na sua vida. (Flora)

A vontade de atuar na Igreja, em uma proposta que fosse acolhedora às pessoas homo e bissexuais foi, em partes, motivada pelo preconceito que vivenciou quando apaixonou-se pela sua amiga na faculdade. Flora acreditava ser possível fazer uma leitura menos conservadora dos ensinamentos religiosos e assim, possibilitar que indivíduos não heterossexuais também tivessem a oportunidade de ir à Igreja sem serem condenados por sua sexualidade "desviante".

Pelo fato de ter dois empregos, nos contou que seus dias eram bastante ocupados e dificilmente sobrava-lhe tempo para lazer e descanso. Nessas poucas ocasiões, ela gostava de ir ao cinema e ao shopping.

A participante estava tendo um relacionamento há 2 anos, morava junto com a parceira já havia um ano e meio em casa própria na zona sul de São Paulo e disse que elas iriam "casar", quando fariam uma cerimônia na Igreja na qual é pastora:

> Tem um ano e meio que estamos morando junto, vamos nos casar em outubro, vamos fazer o contrato de união estável e vamos ter também a benção oficial na Igreja. (Flora)

Durante a entrevista, Flora se mostrou muito receptiva ao estudo e disse que sentia necessidade de ter mais informações sobre saúde de mulheres que se relacionam com mulheres não somente para utilizar em sua vida pessoal, mas também porque algumas garotas a procuravam para tirar dúvidas e pedir informações. Ela responsabilizava-se em dar orientações corretas e pertinentes, uma vez que algumas dessas meninas não tinham outro lugar em que pudessem falar de sua homossexualidade.

Outro ponto importante na conversa com Flora foi que, pelo fato de ser Pastora da Igreja, acreditamos que ela manteve-se preocupada em nos dar respostas socialmente adequadas; não que o viés causado pela desejabilidade social não estivesse presente na entrevista com outras participantes, mas pode ter sido mais saliente com Flora pelo seu papel de Pastora e os significados morais atrelados a essa função.

JOSI

Josi era uma garota de 27 anos, solteira, mudou-se do interior de Pernambuco para São Paulo há aproximadamente sete anos atrás. O motivo de sua vinda pra a capital foi o adoecimento de sua mãe, que veio fazer tratamento no Hospital das Clínicas, porque em sua cidade natal não tinha os recursos necessários para ser cuidada. Josi descreveu esse período marcado por muito sofrimento, pois além de ter que interromper os estudos (fez até a primeira série do Ensino Médio), teve que lidar com uma mudança repentina e se responsabilizar pelo cuidado de sua mãe: levá-la e trazê-la das consultas médicas, acompanhar o tratamento prescrito, administrar a medicação e tomar conta da casa em que residiam.

Josi, que no início de nossa conversa estava retraída e pouco receptiva, nos disse somente depois de um tempo que sua mãe era HIV positiva e o tratamento que

viera fazer em São Paulo era para tratar da aids. Os familiares de Josi logo que receberam a notícia do diagnóstico, iniciaram uma série de atitudes "higienistas" para evitar a contaminação dos que estivessem próximo a paciente infectada: isolaram-na, não permitiam que ela tivesse contato com outras pessoas, passavam álcool em tudo que ela tocava, dentre outras medidas. Josi, não tendo o apoio e percebendo a atitude preconceituosa dos parentes, notou que sua mãe com o passar do tempo, ficava cada mais debilitada. O momento da mudança de cidade foi quando a situação de saúde dela estava muito precária, não havendo alternativa a não ser a busca por tratamento em uma cidade que oferecesse melhores condições médicas.

A relação de Josi com sua mãe e com os demais familiares, inclusive irmãos, foi descrita distante e pouco afetiva: desde os 13 anos a garota morava sozinha, porque a mãe havia abandonado a casa para viver com um parceiro. A adolescência de Josi foi marcada por solidão e abandono; não se sentia acolhida e sabia que caso necessitasse de alguma coisa, desde orientações até sua alimentação, teria que recorrer a amigos ou contar com si própria. Na ocasião do adoecimento da mãe, Josi sentiu que precisaria vir para São Paulo, pois certamente sua mãe necessitaria de cuidados e ela era a única pessoa que se disponibilizaria a vir. Nesse período, Josi chegou a participar de palestras e *workshops* para aprender sobre o HIV e como tratar de uma pessoa com o vírus.

Após o tratamento, quando estava melhor, sua mãe quis voltar para o interior de Pernambuco, momento este em que Josi decidiu se estabelecer em São Paulo:

> Eu tive que desistir de tudo e sempre tenho que desistir de tudo por causa das loucuras da minha mãe, entendeu? Então, o que é que acontece, ela melhorou, ela queria voltar de novo pra lá e eu falei que não ia. Minha vida sempre foi muito complicada, muito complicada, muito complicada em relações de família e tudo. (Josi)

Assim, depois de ter interrompido os estudos e ter assumido sozinha os cuidados demandados pela doença de sua mãe, Josi decidiu que não voltaria mais para o nordeste, já que estava estabelecida aqui. A falta de apoio dos familiares e o fato de vir se mantendo sozinha há anos, a fez optar por continuar na capital paulista, já que estar perto dos irmãos em sua cidade natal não lhe daria melhores condições de vida. Quando contou sobre sua relação com seus familiares, ela diz:

> Eu tenho familiares que moram aqui [São Paulo], mas é uma coisa, familiares é bosta, porque se existissem para mim, teriam me ajudado o suficiente. (...) Eu tenho um irmão que mora aqui, só me liga quando está precisando ou quando está na necessidade, quando eu precisei ninguém falou nada, entendeu? A mesma coisa minha mãe, eu acho que ela sugou toda a minha vida, eu tenho problema até hoje porque minha mãe sugou a minha vida, ela destruiu a minha vida, as vezes eu me culpo muito, as vezes eu caiu numa tristeza, numa coisa que se chama depressão. (Josi)

Apesar da vontade de voltar a estudar, ela ainda não conseguiu concluir o Ensino Médio por conta do horário de seu trabalho. Atualmente reside com um amigo, que considera um irmão, na zona sul de São Paulo, com quem divide as despesas da casa, e trabalha em uma cafeteria como atendente.

Josi falou que gostaria de namorar, mas é difícil encontrar uma pessoa que realmente queira algo para além do sexo. A primeira vez que percebeu que sentia atração por mulheres foi por uma amiga sua aos 14 anos, quando morava sozinha no interior de Pernambuco. A vontade de ficar com a colega era bastante perturbadora, pois Josi achava que tal desejo era errado, devia livrar-se desses "pensamentos" e interessar-se por um homem. Até que um dia, ela e essa amiga acabaram se beijando. Nessa ocasião, Josi ficou confusa e para aliviar a culpa, recorria às poesias e escrevia em seu diário:

> Comecei a escrever diários, e eu dizia que estava com o demônio no corpo, eu pensava essas coisas, juro por Deus e eu pensava, "ai estou com o demônio no corpo". Eu não queria ir mais na casa dela, mas chegava o outro dia eu estava lá na casa dela, tinha algo que puxava, sabe? (Josi)

Permaneceu com essa amiga por um ano e 10 meses; paralelo a isso, saia com garotos também, mas nem com os meninos, nem com a amiga chegara a ter relações sexuais. Até que um dia, por viver tudo aquilo em silêncio e sentindo-se "errada", foi conversar com um amigo homossexual que lhe dissera que ter desejos pela pessoa do mesmo sexo não era doença, nem anormalidade; ela podia sentir isso e tinha o direito de viver esse desejo.

Pouco tempo depois, a amiga com quem se relacionara, começou a namorar um garoto e elas se distanciaram e não voltaram mais a se falar. Esse período foi descrito como confuso, pois Josi não sabia o que queria, ficava com vários garotos, mas ainda sentia atração por mulheres. Andava desarrumada, era obesa, bastante

relaxada com a aparência física e por conta disso, várias pessoas a chamavam de "lésbica". Ela recebia tal denominação como ofensa, o que a fazia sair ainda mais com vários meninos para "provar" que não era homossexual, mas sem nunca ter relações sexuais.

Nesse momento de sua vida, escrever poesia foi o maior recurso que Josi utilizou para desabafar. Falava sobre sua confusão de sentimentos, chegou participar de concursos literários e ganhou prêmios. Mesmo depois de sua vinda para São Paulo, ela continuou com a escrita:

> Eu fiz alguns livretos de poesia, já ouviu falar de cordel? Era tipo um cordel, mas sem as rimas do cordel. O cordel conta as histórias do sertão, do cacto, da seca e tudo, os meus poemas eram gerenciados no homossexual, na menina, na garota, no grito, na coisa de sair de dentro e se soltar, vai se foder, e eu escrevi e comecei a vender a acho que vendi umas mil cópias, e depois fiz outra, e mandei um aqui para São Paulo, vendi alguns e assim que eu abri a minha primeira conta no banco. (Josi)

A mudança para São Paulo possibilitou que ela frequentasse lugares destinados ao público GLS, ambientes que não existiam em sua cidade de Pernambuco. Desde então, praticamente não se relaciona mais com homens. Seu último namoro com uma menina durou 8 meses, descritos como muito intensos e terminou há um ano atrás.

Josi foi a participante menos receptiva no início de nossa conversa. Muito séria, parecia estar de "cara fechada" para aquela interação e para o mundo. Ao contar sobre sua história de vida, Josi foi lentamente ficando mais confiante, como se se "desarmasse" e visse ali, em nossa interação, oportunidade de falar de si, o que há tempos parecia não ter oportunidade de fazer. A escuta que oferecemos a ela, permitiu que se fosse ficando mais a vontade, inclusive para não falar sobre eventos difíceis de serem recordados, como a morte de seu pai.

Ao conhecermos sua trajetória, o motivo de mudança para São Paulo e sua relação com os familiares, compreendemos que a "cara fechada" foi a maneira na qual encontrou para dar conta, solitariamente, dos problemas pela qual passou. Tal modo de enfrentar as dificuldades exigiu dela amadurecimento e até mesmo "endurecimento" diante dos fatos e das pessoas, como ela mesma descreveu:

> Muita gente fala que eu tenho uma personalidade forte, às vezes a expressão do meu rosto faz com que as pessoas achem que eu sou brava e que eu sou

> muito séria. Não é, a realidade é que me fez ter uma personalidade e a minha se encaixa nessa, quando tem que dar um sorriso e fazer caras e bocas eu faço, se não, é a cara que eu tenho. E se eu não gosto de alguma coisa, meu rosto muda rapidamente, eu fico calada, a expressão do meu rosto sempre vai mostrar o que eu sou. Isso é o que deu força pra eu ficar. Passei muita coisa difícil. (Josi)

A impressão de uma garota mal humorada do início, se desfez com a compreensão de uma garota muito sofrida e solitária.

Apresentamos em anexo (ANEXO 4), um quadro descritivo com resumo de algumas informações sobre as participantes.

2. CONSTRUÇÕES SOCIAIS ACERCA DO FEMININO E DO MASCULINO

Partindo de pressupostos afirmados pelos teóricos do construcionismo social (RUBIN, 1985; VANCE, 1991 e WEEKS, 2000), concebemos a sexualidade e as identidades de gênero como algo instável, histórico e plural. Portanto, longe de produzir generalizações e "verdades" sobre mulheres lésbicas, os resultados apresentados nas próximas páginas buscam elucidar e discutir sentidos e significados trazidos pelas participantes ao discorrerem sobre a feminilidade, masculinidade e o cuidado em saúde sexual.

A partir dessa perspectiva teórica, a compreensão a respeito do "ser mulher" e das características compreendidas como femininas e masculinas são também vistas como um produto social. De acordo com LOURO (2010):

> A inscrição dos gêneros – feminino ou masculino – nos corpos é feita, sempre, no contexto de uma determinada cultura e, portanto, com as marcas dessa cultura. As possibilidades da sexualidade – das formas de expressar os desejos e prazeres – também são sempre socialmente estabelecidos e codificados (p.11).

Por isso, entendemos que certos comportamentos, como por exemplo, passividade, doçura, amabilidade são relacionados ao universo feminino, características desejáveis às mulheres. Em oposição, a masculinidade é centrada na vida pública, no papel de provedor e em atributos como força, poder e violência. Tais determinações não são neutras, nem dadas "naturalmente", como se fossem produtos unicamente de uma condição biológica; são também frutos de processos históricos e, portanto, servem para demarcar lugares, posições e relações de poder.

O que buscamos discutir é como e quais características culturalmente relacionadas ao feminino são abarcadas para/na construção do "ser mulher" das participantes da pesquisa; e mais, quais dinâmicas e sentidos tais comportamentos adquirem na relação homossexual feminina. As narrativas sobre as trajetórias afetivo-sexuais nos forneceram elementos que serviram de referência, em maior ou menor medida, para elaboração dos discursos identitários.

As representações em torno do "ser mulher" foram apontadas pelas participantes como um tema muito complexo, que envolviam diversos fatores e não

uma resposta única. A compreensão sobre o "ser mulher" visto como algo complexo nos levou a perceber que as respostas dadas eram variadas e as próprias entrevistadas, após uma pausa para reflexão, sinalizavam as múltiplas dimensões envolvidas nessa resposta.

O corpo biológico foi descrito como uma marca presente e inquestionável para o sentir-se mulher. Alguns relatos indicaram componentes do corpo feminino, tais como os seios e a menstruação, como sinal que as faziam se reconhecerem por mulheres:

> Meus seios me fazem sentir mulher.
> Eu me sinto mais mulher quando meu namorado me toca nos seios. Me sinto mais feminina. (Anita)
>
> Além da menstruação?! Outra coisa que me faz lembrar que sou mulher, papanicolau. (Mara)

Ao discorrerem sobre os aspectos físicos, algumas reforçavam a necessidade e importância da mulher estar atenta com a sua aparência. O estar bonita – produzido por ações como usar maquiagem, saia, eventualmente salto alto, delinear as sobrancelhas, estar magra – era percebido como uma preocupação relevante a ser considerada por uma mulher:

> Se eu sou mulher, então vou precisar fazer a sobrancelhas, dar um corte no cabelo, não só no aspecto físico, mas jeito, comportamento, mais sutil, menos agressivo. (Gisele)
>
> Eu acho que mulher tem que cheirar mulher, tem que ser sempre cheirosinha, tem que estar sempre cheirosinha, entendeu? Tem que ter um dente bonito, tem que ter uma unha limpa e é por aí que vai. A mulher tem que estar bem para a outra olhar para ela, é assim que funciona, se você estiver feia, ela vai falar "nossa que baranga!", ela vai olhar para outra. Uma mulher feia é quando ela não se cuida, acho que a aparência, né? A aparência conta muito. (Josi)

O estar bonita e as ações de cuidado com a beleza reafirmariam o pertencimento ao universo feminino; quando Gisele diz que "*vai precisar fazer as sobrancelhas*", ela demarca claramente atitudes que necessitava ter com a aparência *porque* é mulher. Aqui uma série de comportamentos que a mulher faz – ou é aconselhada a fazer – é justificada exatamente pelo fato de *ser mulher*, e isso parece não ter ligação com a orientação sexual. Se as definições sobre o que são as ações de cuidado com a beleza, como o delineamento das sobrancelhas, são criadas e mantidas culturalmente é interessante notar como que tais comportamentos são percebidos

pelas participantes advindos da natureza do corpo feminino, e assim, algo dado, pré-existente, da ordem do "natural" e por isso, inquestionavelmente como "tem que ser".

A preocupação com a beleza física pode também mostrar-se relacionada a estar atraente para ser olhada, paquerada e eventualmente abordada por alguma parceira. Novamente, não nos parece algo exclusivo às relações homossexuais, uma vez que o estar bonita para ser paquerada também é freqüente nos roteiros heterossexuais.

A importância da aparência e da expressão do corpo nas relações pessoais e como indicadores de potencialidades nos campos pessoal e profissional foi salientado por SECCHI et al (2009) na pesquisa que desenvolveu com jovens brasileiras universitárias a respeito de suas percepções com a imagem corporal. Apesar do artigo não trazer discussão clara sobre a "orientação sexual" das participantes, o grupo populacional estudado referiu que sentir-se bela sugere um olhar do outro favorável e descreveu os cuidados com o corpo em termos para mantê-lo magro e, portanto, bonito (SECCHI et al, 2009). Exibir beleza física – que pressupõem sentir-se bonita – foi pontuado como estratégia fundamental para exercer poder de atração nos contextos de paquera ou de investimento afetivo-sexual.

O corpo é por excelência, lócus de investimento das marcas culturais do que é estabelecido como feminino ou masculino. "Através de processos, de cuidados físicos, exercícios, roupas, aromas, adornos, inscrevemos nos corpos marcas de identidade e, consequentemente, de diferenciação" (LOURO, 2010, p. 15).

Se certos atributos e adornos – pulseiras, produtos de maquiagem, brincos, salto alto, etc. – são relacionados às mulheres, podendo funcionar como elementos que representam a feminilidade, outras vezes, não foram necessariamente identificados pelas participantes como acessórios que as faziam reconhecerem-se mulheres por meio deles. A marca de pertencimento ao mundo feminino que tais adornos provocam não significou que eram os únicos recursos disponíveis para o "sentir-se mulher".

O processo de inscrição nos corpos do que é ser mulher (ou ser homem), no entanto, não é tão evidente e linear. As identidades também não são simplesmente decorrência direta das evidências marcadas nos corpos (LOURO, 2010). O que nos

sugere que a construção em torno do ser mulher é complexo e variável, passando pela apropriação de valores e construtos sociais diferentemente para cada sujeito.

Algumas entrevistadas apontaram o quanto o uso desses acessórios não era por elas visto como algo que fazia parte de suas vidas:

> Eu nunca fui uma mulher feminina, enquanto todas as minhas amigas usam batom, cabelão, eu sou muito básica demais pro padrão. (...) Eu não me identifico com a vaidade feminina, eu sou bem diferente dessa coisa da vaidade que tem, sou bem relaxada, sou meio desleixada. (Diana)

> (...) Não tinha aquela vontade de me maquiar, isso é ser mulher? Essa coisa toda emperiquitada? Esse feminino extravagante? Ah não, ser mulher... não era essa mulher que estava em mim. (Cíntia)

> Eu nunca fui feminina, de passar batom, pentear o cabelo, me arrumar para sair. (...) Não me sinto feminina, esse negócio de se arrumar, a feminilidade, a vaidade, esse negócio eu não tenho, eu gosto de me arrumar, mas o modo de se vestir é diferente. Gosto de cabelo curto porque é bem mais fácil. (Mara)

A negação ou afastamento de um padrão ultra feminino esteve presente nas falas de oito entre as nove mulheres entrevistadas. Algumas salientaram o quanto esses apetrechos não são utilizados por elas, por não gostarem ou até por ser atitude de "protesto" a algo que lhes é dado culturalmente:

> Uma amiga minha me fala "ai, porque você não põe um brinco?" Meu, é uma atitude contra o patriarcado, o patriarcado que impõe que eu uso brinco, salto alto e maquiagem, então não vou usar. Entendeu? (Alice)

O fato de a mulher ter que se cuidar, mostrar boa aparência e ser "*gostosa*" (termo utilizado por Josi) foi apontado como uma cobrança estética destinada ao universo feminino. Porém, não seria aconselhável que tal preocupação fosse exageradamente manifestada, pois neste caso, a mulher se aproximaria de um visual excessivo, identificado como "perua". Na direção contrária, um desleixo com a aparência física, também não seria bem visto, pois denunciaria o pouco cuidado que a mulher tem consigo própria, podendo ser taxada de "sapatão", utilizado em tom pejorativo.

> Mulher tem que estar sempre bonita, quando você não se arruma, as pessoas te rotulam de sapatão, se você se arruma, te rotulam de puta. (Alice)
> Tem dois tipo que eu não gosto, uma que é perua, eu odeio perua.
> [Como que é uma perua?]
> Aquela coisa cheia de... muita maquiagem, cabelão, roupas extravagantes, brilho, e também não gosto de sapatão.
> [Como é um sapatão?]

> Aquela coisa com pochete, mulher masculinizada, que se veste com roupas de homem não me atrai também. Todo mundo que está no meio... me sinto atraída. As mais masculinas você precisa ver a pegada, porque as vezes tem uma coisa mais delicada, mais feminina. A perua só se for maravilhosa, uma *Gisele Bundchen* daí eu abro uma exceção, geralmente não me atrai. Aquele perfume doce, laquê. (Diana)

> Eu não me identifico com a sapatão, assim como eu não me identifico com a patricinha do bar. (Diana)

Assim, o ser mulher e lésbica exigiria cuidados com a beleza e aparência física, mas por outro lado, ser homossexual distancia a garota dos preceitos de feminilidade, "conferindo" uma aproximação com o masculino, aqui entendido como menor preocupação com aparência. Tal aproximação também não seria aconselhável que acontecesse num grau extremo, pois a lésbica, neste caso, passaria a ser identificada como "*caminhoneira*", termo depreciativo para a mulher masculinizada.

Como questiona MEINERZ (2005) a respeito do feminino que as mulheres lésbicas constroem, não é somente do masculino que elas se diferenciam, procurando-se distanciar do estigma que há sobre uma mulher masculinizada, mas também de um tipo qualificado como feminino *perua* ou *patricinha*.

A lésbica, portanto, parece circular entre as descrições culturais de feminino e masculino: se ela "deve" se preocupar com o estar bonita, logo, ter comportamentos de cuidado com a aparência física, podendo até fazer uso de certos acessórios, que reafirmem seu pertencimento ao universo feminino, mas ela também está inegavelmente próxima do masculino. Essa aproximação se configura no fato de relacionar-se com outra mulher, como que, por mais feminina que seja e se reconheça enquanto mulher, o estar com uma garota lhe confere o status de "menos mulher", já que ocupa o lugar, prescrito pela heteronormatividade, do homem. Isso é interessantemente descrito por Anita:

> (...) ser lésbica foge um pouco do feminino, né? Não tem que ser totalmente masculino, mas você percebe pelo toque, pelo gesto, pelo carinho que é uma coisa mais masculina. (Anita)

Vale ressaltar que não temos a pretensão de fazer afirmações generalistas sobre a homossexualidade. Compreendemos que se o ser mulher e o feminino são elaborados culturalmente, a partir de valores constituídos historicamente que se inter-

relacionam com outros fatores como classe social, etnia e geração, assim também é a construção da mulher lésbica. Gisele acrescenta a seguinte observação:

> (...) existe uma grande variedade [de mulheres], de preferência. Eu não posso falar pelas outras, mas dentro do grupo de lésbicas tem vários jeitos de ser mulher. (Gisele)

que denota claramente a ideia de que não existe "*a*" lésbica, em uma única forma de expressão, e sim diferentes possibilidades de vivenciar e expressar a homossexualidade.

Tentar traçar um perfil *da lésbica* ou *das lésbicas* é uma tarefa impossível e na contramão dos pressupostos que utilizamos. Concordamos com NAVARRO-SWAIN (2004) de que "não existe um tipo de experiência única que possa tomar o lugar de um referencial estável, de um protótipo" (p.93), o que evidencia a heterogeneidade do ser lésbica.

Os termos "*patricinha*", "*perua*", "*sapatão*" e "*caminhoneira*" utilizados ao longo deste trabalho apareceram nos discursos das participantes como forma delas se referirem e diferenciarem determinados "tipos" de mulheres. Mas a própria noção do que caracteriza cada termo desses, não se esgota em si e seu conjunto de características pode ser dobrado em séries inumeráveis.

As diversas instituições – família, escola, igreja, leis – ensinam e (re)produzem comportamentos e modo de estar no mundo desejáveis a homens e mulheres, reiterando identidade e práticas (LOURO, 2010). Contato, este não é um processo na qual os sujeitos participam como simples "receptores" de um sistema pronto e inflexível. Se a construção de identidades, por um lado, está atrelada ao sistema cultural em que o indivíduo vive, por outro cada pessoa está implicada e é participante ativa dessa construção de valores e normas de conduta.

A constituição do "ser mulher" descrita pelas participantes como um processo complexo, que se estende por toda a vida, indica que se trata de um caminho onde elas se apropriam, recriam, reafirmam e rejeitam modos de comportamentos e de estar no mundo, dependendo, dentre outras coisas, de suas idades, locais onde residem, educação dadas pelos pais, modelo de relacionamento observado na sociedade, etc. O questionamento sobre o que as faziam sentirem-se mulheres mostrou que tal construção depende, sem a menor dúvida, de valores culturais, de

outros fatores como classe social e geração, mas que nesse processo havia uma participação ativa dos sujeitos, não sendo meros reprodutores das marcas sociais.

As falas de Alice tornaram explícitas quanto o ser mulher para ela trazia um sentido de ser explorada pelo homem, como se ocupasse uma posição subalterna e desvalorizada em relação a ele. Quando falou sobre sua história de vida, nos contou sobre episódios de abuso sexual que sofrera, durante anos, por um primo, sete anos mais velho que ela. A violência sexual sofrida foi relatada como sendo uma estratégia que o garoto utilizava para desfrutar de seu corpo e satisfazer-se, permitindo em troca, que ela participasse das brincadeiras dos meninos. Assim, autorização a exploração de seu corpo era o preço a ser pago para adentrar em atividades masculinas.

A vivência de abuso sexual na história pessoal de Alice, dentre outras situações vividas, demarcou o lugar submisso e desvalorizado que a mulher ocupava em relação ao homem e o lugar de privilégio que este, por sua vez, usufruía. Tais posições foram reafirmadas também através do modelo de relacionamento que observava em seus pais e avós: a mãe permanecia em casa, ocupada com os afazeres domésticos, e o pai era o responsável por trazer o dinheiro para dentro de casa. Algumas vezes, presenciara-o chegando alcoolizado e agredindo sua mãe, depreciando os serviços por ela realizados.

> (...) mulher na periferia tem que trabalhar, né, cuidar dos filhos, limpar a casa, pôr comida no prato do marido, enquanto ele está em casa coçando o saco e tomando cerveja. Ele trabalha também, mas não faz nada dentro de casa, quem faz é a dona de casa, "a" [ênfase no artigo] dona de casa. Cresci com essa realidade. (Alice)

Quando questionada sobre o que a fazia sentir-se mulher, Alice nos respondeu que era, dentre outras coisas, conquistar autonomia de seu corpo, de sua vida, especialmente em relação aos homens:

> A mulher é uma conquista, é exigir do seu cotidiano e da sociedade a sua autonomia, que é você fazer o que você quiser, o que você bem entender, desde que não fira a liberdade do outro. Quando eu ficar mais velha, se eu não quiser casar, não quiser ter filhos, eu ter escolhas, isso é ser mulher. Além de eu não ter sido educada para isso, eu não tive isso na minha vida. (Alice)

Percebemos o quanto ser responsável pelo seu corpo, incluindo decisões a respeito de ter filhos, casamento, e autonomia para fazer escolhas sem depender de

outros que a autorize, era para ela uma questão central na vivência do ser mulher, pois sua trajetória foi marcada por vivências de superioridade do homem em relação à mulher. Por isso que as respostas obtidas ao longo deste estudo não poderiam ser analisadas sem o contexto sócio-cultural dos sujeitos que as verbalizam. Os valores que cercavam diferentemente a masculinidade e a feminilidade eram percebidos como desigualdades que colocavam Alice num patamar de inferioridade:

> (...) a mulher sofre de heterossexismo, entendeu? Por exemplo, vem um cara e diz que só vai trocar ideia comigo se eu abrir as pernas para ele, se você não abrir, você não é nada, ele vai te desprezar, você não tem raciocínio lógico, você não tem um conteúdo para transmitir. Ser humano e igual a todos, e não inferior, porque o cara pode se impor porque ele tem uma inteligência e ele pode te oprimir, tem uma força, ou pela ideia. (Alice)

Além da possibilidade de usufruir maiores prestígios sociais, circular na vida pública e não preocupar-se com as tarefas de casa, notoriamente demarcadas como função da "*dona de casa*", o relato de Alice localiza o corpo da mulher e a atividade sexual como poderes que **o homem** pode desfrutar. Como excelente ilustração desses valores, colocamos a seguir uma poesia escrita por Alice[10], tão rica, pois a nosso ver, expressa claramente suas opiniões tanto quanto suas falas:

> Pra feminilidade ter
> basta menstruada poder ser
> mas não é isso que se vê
> nas ruas e na droga da tv
> "é o que tá expresso
> no seguinte verso":
> a imposição comportamental a elite distribui
> salto alto prejudicando a coluna e pras varizes contribui
> pra refletir a burguesa imagem
> danos à pele com a barata maquiagem
> roupa de mulher é a forma do corpo em exposição
> pra aumentar o lucro do patrão
> pra sermos vistas como objeto sexual
> e sermos esquecidas como sujeito
> me chamam de menina
> dentro da prisão heterossexista
> esse termo é usado pra me infantilizar
> fazendo a heteronomia se perpetuar
> violência psiquíca e física
> ensinada na nossa educação machista
> programada pela classe dominante capitalista.
>
> (Alice)

[10] No dia de nossa entrevista, Alice leu algumas poesias de sua autoria, que costumava recitar nos sarais que frequentava. Ficamos bastante admiradas pelo trabalho que ela desenvolve. Perguntamos então, se poderíamos escrever nesta dissertação alguns de seus trabalhos, o que ela concordou imediatamente.

Tais associações não são recentes e viraram alvo de luta do feminismo principalmente a partir da década de 1960, que questionava "a ideia de que homens e mulheres estariam predeterminados, por sua própria natureza, a cumprir papéis opostos na sociedade. Ao homem, caberia as responsabilidades do mundo externo; à mulher, por sua função procriadora, o mundo interno" (ALVES e PITANGUY, 2007. p.55). Na verdade, essa diferenciação de papéis confere ao homem a posição de comando.

A lesbianidade agregava ainda outros significados em torno do ser mulher: o fato de residir na periferia de São Paulo exigia de Alice um modo de estar no mundo identificado com o masculino. Assim, quando paquerava alguma garota, por exemplo, devia mostrar força e audácia suficiente para abordar a menina, e se possível, efetivar o ato sexual, prova maior de seu poder, coerente com valores que cercam a masculinidade hegemônica.

Quando fazemos alusão à masculinidade hegemônica referimo-nos especialmente aos comportamentos e noções referentes à sexualidade, já que é o campo onde prioritariamente se encenam valores que cercam a masculinidade: virilidade, potência e dominação (PINHEIRO, 2010). Essa postura é subsidiada pela crença em uma sexualidade masculina instintiva, incontrolável e mais acentuada que a feminina. As masculinidades e as feminilidades, que dizem respeito à identidade de gênero, são comumente associadas à identidade sexual, entendida nos termos de WEEKS (2000), para além de uma afirmação da preferência sexual, como uma declaração sobre pertencimento, uma posição específica em relação aos códigos sociais dominantes, um "dizer quem somos, ao contar a respeito de nosso sexo" (p.70).

Ao relacionar-se com mulheres, Alice era colocada simbolicamente no papel do homem e, portanto, cobrada em demonstrar comportamentos identificados com o masculino. Para ela, tais exigências eram maiores na periferia onde, segundo seu relato, as significações entre *homem-sexualidade-esfera pública* e *mulher-afetividade-esfera privada* eram bem demarcadas.

Ser lésbica exigiria da mulher mostrar-se "homem suficiente" para conquistar e ter os corpos de outras mulheres, semelhantemente suceder-se-ia com gays, mesmo que seus "alvos" sejam corpos de homens:

> Você pode ser gay, mas também tem que ser macho. Para ser da periferia tem que ser macho. Com as mulheres é o mesmo, se você é homossexual, tipo eu, e não tem uma atitude de homem, você é tirada, você é viado e acabou, nunca vai ter respeito. (Alice)

A lesbianidade para outras participantes que não residiam na periferia, nem pertenciam a camadas populares revestia-se de outro sentido. O fato de relacionarem-se com mulheres não exigia delas, pelo menos não com a mesma intensidade, comportamentos tipicamente masculinos. Apesar da confusão que o gostar de uma pessoa do mesmo sexo poderia provocar em relação aos elementos identitários, incitando questionamentos sobre o "ser mulher", um maior nível sócio-econômico pareceu permitir que a mulher homossexual ocupasse e manifestasse comportamentos e trejeitos femininos. É como se o reconhecimento do desejo e a vivência da homossexualidade não implicassem no abandono completo da feminilidade construída com base no modelo heterossexual. O que significa dizer que, manifestar preferências homoeróticas não exigia, invariavelmente, ter que assumir características físicas e comportamentais masculinas. Ao passo que, as garotas de camadas populares descreveram sofrer maiores imposição para adotar comportamentos viris – em consonância com os valores que cercam a masculinidade hegemônica – para que fossem reconhecidas como lésbicas e obtivessem respeito na comunidade onde vivem.

As representações em torno do ser mulher lésbica esbarram em duas esferas distintas, mas que se confundem entre si: a orientação sexual e a identidade de gênero. As participantes ao se reconhecerem por "mulheres", acionavam e realizavam uma série de comportamentos culturalmente estabelecidos e identificados com o universo feminino, gravados em suas histórias pessoais, que as fizeram aprender por meios de marcas efetivadas pela família, escola, mídia, etc., o que é ser mulher. A identidade de gênero, afirmada também pelas características corporais, fornece roteiros e um modo de estar no mundo socialmente definidos. Esse modo de estar no mundo possibilita-nos dar sentido às frases ouvidas durante a entrevista, como por exemplo, "*a mulher tem que estar sempre cheirosinha*", "*a mulher tem que*

estar bonita" e "*se sou mulher, vou precisar fazer as sobrancelhas*". Nessas frases, observamos valores de gênero impregnados e direcionando a maneira como uma mulher deve ser apresentar.

Contanto, quando entra em cena a orientação homossexual, o modo feminino de estar no mundo é revisto, pois a homossexualidade coloca-as próximas do masculino, de um "ser mulher", no mínimo, diferente das que se relacionam com homens. Além da reorganização em torno do que representa ser mulher, a afirmação da homossexualidade acaba possibilitando a ressignificação da própria trajetória afetivo-sexual (MEINERZ, 2005). Assumir-se lésbica ou bissexual, mesmo que não publicamente, dá sentido à percepção presente desde a infância ou adolescência de que eram "diferentes", expressas em frases como "*sempre soube que eu era*". Ou seja, "as mulheres reinterpretam as experiências que tiveram no passado a partir da sua auto-identificação atual com a homossexualidade" (MEINERZ, 2005, p. 123).

Obviamente não pretendemos afirmar que os processos de construção do ser mulher e ser lésbica ocorram separadamente, ordenados em escalas, níveis, patamares, como se depois de descobrir-se mulher, viesse a descoberta do ser lésbica. Supomos que a construção de identidades está imbricada com as concepções sociais de gênero, mas o assumir para si mesmo e para a sociedade (lê-se mundo heterossexual), nem sempre concretizado pelo receio do estigma (GOFFMAN, 1982), convida à reorganização e ressignificação dos elementos identitários.

Assim, a construção da feminilidade dessas mulheres está intrinsecamente relacionada com as características de feminilidade ordenadas culturalmente (atuantes na construção de identidades de gênero), porém, são repensadas quando entra em cena a orientação homossexual. Cíntia descreve esse processo de maneira muito clara quando diz que se questionou como deveria vivenciar o "ser mulher" ao reconhecer seu desejo/atração por garotas:

> Quando eu era adolescente, eu achava que devia ter nascido homem, porque eu achava que tinha a coisa do masculino mais forte. Aos poucos, quando fui entrando para a fase mais adulta, eu fui percebendo que eu poderia sim gostar de mulheres, e isso poderia ser feminino, não precisava ser um caminhaozão, embora eu não ache que eu seja nenhum exemplo de feminilidade (risos), mas que eu poderia ter esse aspecto do feminino. Não me sentir uma mulher tradicional não impediria de me sentir bem como mulher, com esse corpo, com essas características, que são da mulher, não do homem, então eu acho que fui encontrando o equilíbrio, que feminilidade, que mulher é essa que me habita.

> É uma mulher extravagante? Não, não é. É uma mulher molecão, não, também não é! Então eu acho que fui me encontrando aos poucos. (Cíntia)

Tal processo de (re)construção de ser mulher e (re)conciliação em ser lésbica é também descrito por Flora:

> Eu acho que não é porque você é lésbica que você não tem que ser mulher. Ah, porque eu sou homossexual eu não posso ser uma mulher? Eu sou uma mulher, então eu tenho que me vestir, tenho que entrar dentro da feminilidade de uma mulher, não adianta falar que não sou mulher, tenho que me aceitar como mulher. Por exemplo, eu achava que quando eu assumisse, teria que viver esse lado de, ah tenho que ser um homem então. Eu passei por essa confusão na minha mente, e daí eu falei não, eu sou uma mulher que gosta de mulher, eu preciso não deixar de ser uma mulher, eu precisei racionalizar isso na minha vida. (Flora)

Em estudo sobre masculinidades e identidades de um grupo de michês, CARLOS CÁCERES (1999) apontou que o significado de "ser homossexual" para os homens entrevistados implicou numa revisão sobre o que era ser homem, na medida em que as representações hegemônicas da masculinidade estabelecem uma dicotomia entre ser homem e ser homossexual. Para as mulheres de nossa pesquisa, as representações de feminilidade, pautadas na heterossexualidade, estabeleciam conflito entre ser mulher e ser homossexual. Daí, o questionamento a respeito de "ter que ser o homem" para envolver-se com mulheres.

A organização da sexualidade tendo como referência o modelo heterossexual de relacionamento e, consequentemente, padrões de comportamento demarcados para o homem e para a mulher, pode favorecer para que este modelo – "único, correto e natural" – seja o acessado pelas mulheres e reproduzido no casal lésbico. Teremos "aí o esquema da ordem heterossexual em corpos biologicamente femininos (...)" (NAVARRO-SWAIN, 2004, p.80).

Os relatos de Cíntia e Flora expostos acima nos mostram o quanto a orientação heterossexual é marcante na construção de significados em torno da feminilidade. Quando a escolha afetivo-sexual não é relacionar-se com homens, o "ser mulher" parece clamar por reconfiguração. A construção da feminilidade de lésbicas/bissexuais passa por um processo de questionamentos onde, uma das conquistas desse caminho, possa ser a possibilidade de coexistir o "ser mulher" com o "gostar de outra mulher", não sendo necessário deixar a feminilidade para

reconhecer-se lésbica. Ou seja, reconstroem-se quais características de feminilidade são eleitas na organização do ser lésbica.

Como lembra WEEKS (1995), a sexualidade "é tecida na rede de todos os pertencimentos sociais que abraçamos" (p.88), e por isso não pode ser compreendida de forma isolada. Identidades de raça, classe, geração, nacionalidade, inclusive a de gênero estão imbricadas com a nossa identidade sexual, e esses vários marcadores sociais interferem na forma de viver a identidade sexual (LOURO, 2010). Portanto, o "ser mulher" é perturbado ou atingindo, também, pelas transformações e subversões da sexualidade.

Se ser lésbica pode implicar em uma revisão e reconstrução da feminilidade, a homossexualidade confere a essas mulheres uma possibilidade de usufruir de certos papéis masculinos, como por exemplo, pagar a conta, exercer a função de provedora dentro da casa, etc. Mara descreve essas características no seu modo de ser:

> [Quando você se refere que é masculina é no jeito de se vestir, na aparência?] Isso. E no meu jeito de ser, eu curto ter cuidado com a minha mulher, com a minha namorada, não deixar nada faltar, mandar presentes, mandar flores. Não gosto de deixar faltar nada em casa. (Mara)

Ocupar e exercer a função provedora dentro de casa também foi apontado por Flora como sendo uma atividade tipicamente masculina, mas que hoje em dia facilmente encontram-se mulheres que exercem tal função. Ela reconhece que o sustento de uma casa, há alguns anos atrás, era uma preocupação principalmente dos homens, enquanto as mulheres permaneciam com as tarefas domésticas e de cuidado com os filhos, divisão esta historicamente construída e que presenciou em sua história pessoal:

> Acho que hoje, com o lance feminista, de lutar pelos direitos de igualdade, vem mudando, mas até pouco tempo não era assim. Minha mãe, por exemplo, ela nunca trabalhou fora, meu pai quem é o provedor, então meu pai é quem coloca dinheiro dentro de casa, minha mãe... ela fala que ajudou meu pai, foi econômica, ajudou a construir, mas financeiramente quem provia dentro de casa era sempre o meu pai. (Flora)

Quando se trata de um casal lésbico, a preocupação financeira inevitavelmente recairá sobre uma das mulheres envolvidas na relação ou sobre ambas – o que geralmente dependerá, segundo Flora, do salário/rendimento mensal de cada uma. Por ser a pessoa da relação que recebia o maior salário, ela preocupava-

se com o sustento da casa e identificava tal encargo com uma função masculina que exercia dentro do relacionamento:

> (...) eu tenho praticamente 60 a 70% da nossa renda mensal. Então eu pago muito mais contas que ela, e eu fico preocupada com essa questão da provisão, será que vai faltar, será que vai dar, que acaba sendo uma relação masculina, porque é homem quem procura dar, ser o provedor. (Flora)

Nas relações em que as duas mulheres envolvidas tinham um valor de rendimento mensal próximo, como no caso de Cíntia, a questão do sustento da casa era dividida por ambas igualitariamente, fazendo com que as preocupações em torno das despesas financeiras não fossem percebidas como uma obrigação centrada em apenas uma delas. Nesse caso, o papel de provedora era "dissolvido" e por isso, nenhuma delas se identificava ocupando uma função masculina.

Anita também expressava uma aproximação ao papel exercido pelo homem, em relação ao aspecto financeiro, pois era responsável pelo seu sustento e pelo pagamento de contas. Para ela, além dessas responsabilidades, a vivência de experiências homossexuais possibilitava também ocupar o papel de condução da relação, tanto na prática sexual, quanto em outros comportamentos, como por exemplo, ao pagar a conta de um jantar.

> Por eu ser sozinha, eu sei que tenho que me proteger, tomar as rédeas. Eu tenho que ser meio macho na vida, eu tenho que ter o masculino porque eu tenho que tomar conta de mim.
> (...) Sou meio pejagosinha, coisa feminina, mas (...) tem momentos que eu gosto de mostrar poder, tipo, "vamos sair hoje?","ah, mas eu não tenho dinheiro", " mas eu tenho!", aí eu vou e pago a conta. (Anita)

Aqui o pagar a conta de uma refeição, até mesmo o convidar a parceira para ir a um restaurante é percebido por Anita como possibilidade de desfrutar de poder, relacionado a um privilégio tipicamente masculino.

O desfrutar de características culturalmente relacionadas ao universo masculino, como poder e papel de provedor, parecem servir como uma maneira de usufruir de boa reputação, uma vez que tais comportamentos são valorizados e confere ao indivíduo prestígio. Em contraste com as esferas em que as mulheres usualmente circulam, como o ambiente doméstico, onde as relações sociais se baseiam sob um prisma na qual o feminino é menos e desvalorizado (ALVES e PITANGUY, 2007).

Esta desigualdade também se reproduz e pode ser exemplificada com relação ao mercado de trabalho, onde ocupações mais distintas ainda são preenchidas por homens, e quando são ocupadas por mulheres, não raro, recebem salários menores. O trabalho feminino geralmente está concentrado em certos setores do mercado e é comum as mulheres receberem salários menores em comparação com os homens para empregos que exigem qualificações semelhantes (BARATA, 2009).

Não foram todas as mulheres entrevistadas que mostraram proximidade com os comportamentos culturalmente relacionados ao masculino, mas as que fizeram nos levaram a refletir que tal postura pode servir como traços identitários ou ainda uma alternativa para adquirir lugar frente a um feminino imposto (MEINERZ, 2005).

A apropriação de características culturalmente demarcadas ao homem, apesar de operar como código de identidade, não foi algo "tranquilamente" aplicado às mulheres, uma vez que tal processo implicou em discriminação e exclusão. Mara uma das participantes que se reconhecia masculinizada afirmou:

> Ultimamente as coisas estão muito ruins para o nosso lado [referindo-se às mulheres masculinizadas]. As meninas só querem ficar com as meninas femininas! Dizem que se for pra ficar com um machinho, ficava com homem. Então ela não gosta de mulher! Não é verdade? Se ela fica com homem, é porque não gosta de mulher. (Mara)

Esteve presente nas falas das mulheres certa desvalorização de lésbicas masculinas, como algo "bizarro" ou "que passou do limite". Interpretamos que tal limite deva ser o mínimo de feminilidade que "tem que estar presente" em uma mulher.

As marcas que diferenciam homens e mulheres expressas pelos trejeitos corporais, comportamentos e gestos implicam na atribuição de ordenamentos e hierarquias intrinsecamente relacionados com as redes de poder que transitam numa sociedade (LOURO, 2010). O processo de reconhecimento de identidades – de si e do outro – constrói os contornos demarcadores das fronteiras entre aqueles que representam a norma – e que estão em consonância com seus padrões culturais – e aqueles que ficam fora dela, às suas margens.

A partir desse sistema de ordenamento/classificação, na qual a "norma" remete ao homem branco, heterossexual, de classe média e cristão, a mulher lésbica é

desviante não somente do padrão heterossexual, como também, mais desviante ainda, ao apresentar trejeitos referidos como masculinos.

A marca biológica se torna um elemento de peso na construção do ser mulher: mesmo tendo atração afetivo-sexual por outra garota, a lésbica também é mulher e, portanto, *deve se comportar como tal*. Isso nos soa tão normatizador quanto a heterossexualidade presumida e compulsória, pois a não afirmação de um ser mulher coerente com o seu corpo físico e condizente com os preceitos de feminilidade, pode resultar em discriminação. Se dissermos que mulheres lésbicas não deveriam apresentar "atributos" masculinos, tal afirmação seria própria de uma argumentação essencialista, que parte da ideia de que "lésbica" e "mulher" são categorias homogêneas. A mulher lésbica masculinizada provoca incômodos porque rejeita a maioria das características coerentes com a sua marca "natural".

Inúmeras situações descritas pelas entrevistadas atestam comportamentos de força, provisão (identificados como masculino) e companheirismo e cuidado com o outro (assinalados como feminino), juntos, alternados e variados. Encontramos nos relatos das participantes exemplos que atestam que características relacionadas ao feminino e ao masculino estão presentes, de maneira flexível e negociada, dependendo da situação vivida:

> As coisas sobre o feminino e o masculino não são tão lineares. Tem horas que eu me sinto tão fragilizada e ela [parceira] vem com uma forçona, parece mais masculina, mais objetiva, e eu tenho um jeito menos objetivo em algumas situações... meu lado mais frágil em algumas situações. Às vezes ela é toda mulherzinha, e eu sou mais forte. (Cíntia)

> Tem dias que eu estou mais feminina, to mais pro feminino então eu ponho um vestido, ponho decote, eu ponho um saltinho, ponho maquiagem, entendeu? (...) E no dia seguinte, eu posso acordar querendo calça jeans, tênis, camiseta, bem sapinha mesmo. (Patrícia)

Porém, parece haver um limite socialmente aceitável para a manifestação de comportamentos de poder e força. Quando uma mulher manifesta trejeitos tipicamente masculinos ou homens manifestam sensibilidade e emotividade, tais sujeitos podem ser alvos de ações discriminatórias. Um homem "de verdade" deveria minimamente, ser contido na expressão de seus sentimentos e nas trocas de afetividades. Podemos supor, por conseqüência, que as expressões de emoções e carinho seriam consideradas, por outro lado, características femininas (LOURO,

2010). Homens e mulheres foram – e são – produtoras de marcas, reiterando identidades e práticas hegemônicas enquanto subordina, nega ou recusa outras identidades e práticas (LOURO, 2010).

Estamos argumentando que se certas mulheres lésbicas apresentam comportamentos demasiadamente masculinos, a partir de preceitos culturais, sejam eles o jeito de se portar ou mesmo em características físicas – roupas e trejeitos corporais – a marca biológica de seus corpos atua como imposição para que elas tenham comportamentos desejáveis a uma mulher. Como se tais qualidades desejáveis (doçura, amabilidade, altruísmo, dependência, etc) fossem parte de sua própria "natureza". A questão que se coloca diante disso é que os atributos de masculinidade e de feminilidade hegemônicas funcionam e operam acionando a produção de preconceitos. Nas palavras de NAVARRO-SWAIN (2004):

> a diferença biológica é vista em sua estreita ligação aos sistemas ideológicos, culturais, científicos. E esta é a pesada materialidade do social, cujas significações permitem (...) a exclusão dos homossexuais, como seres hediondos, como anomalias da natureza (p. 89 e 90).

A construção social dos gêneros estabelece os valores que cercam a feminilidade e a masculinidade, mas igualmente a construção social dos corpos, na heterossexualidade compulsória e na coerência do gênero, na qual um corpo de mulher só pode conter a significação de social "mulher" (NAVARRO-SWAIN, 2004).

Além da existência de "limites" para a expressão de trejeitos corporais e vestimentas masculinizadas serem aceitáveis, os relatos das participantes indicavam maior rejeição diante da mulher lésbica que apresentasse *modo de pensar masculino*:

> A mulher lésbica que tem uma cabeça masculina, ela se comporta com uma parte que eu acho que é ruim do homem, então ela bebe, ela fuma, ela quer coçar o saco que ela não tem, ela quer cuspir no chão, quer ter várias mulheres e trair. Têm várias assim, porque a cabeça é masculina. Eu não acho que eu tenho a cabeça masculina, eu acho que eu posso até ter uma pegada masculina, mas cabeça eu não tenho, graças a Deus. (Patrícia)

Em tal relato parece haver uma depreciação quando a mulher lésbica apresenta *uma cabeça masculina*, traduzida no fato de ter comportamentos típicos do homem, como por exemplo, hábito de beber, fumar e trair a parceira.

Se por um lado o universo masculino pode ser a porta de entrada para desfrutar de certos prestígios, ter uma *cabeça masculina* pode ser relacionado à traição, desejar várias parceiras e pouco comprometimento com a relação afetiva, o que foi completamente recriminado entre as entrevistadas. A coerência de gênero deveria operar, portanto, não somente com relação a características físicas, mas igualmente no modo de pensar, agir e expressar-se verbalmente.

Percebemos diferença claramente marcada entre ter alguns comportamentos masculinos, expressos na vestimenta ou na aparência física, que até certo "nível" poderia ser aceitável e ter uma *cabeça masculina*, na qual a mulher é equiparada a um homem portando comportamentos abomináveis.

O fazer amor com uma mulher, parece ser uma possibilidade de desfrutar do sexo como uma experiência, acima de tudo, sentimental (ALVES, 2010). No transcorrer das entrevistas, as participantes sinalizavam uma relação entre masculinidade e atividade/desempenho sexual, em contraposição com a feminilidade e afetividade.

Quando uma mulher se propõe a vivenciar uma experiência exclusivamente sexual, sem conhecer em detalhes a parceira com quem estará se envolvendo, tal atitude é relacionada a um modo de proceder tipicamente masculino. Joana ao descrever como vivenciaria a aproximação de uma possível parceira, salienta o quanto é importante conhecer a pessoa antes, a menos que o interesse seja de apenas um encontro sexual:

> Vou ver o gesto dela, e aí vamos analisar, vamos ver o assunto dela, aí vem todo o sistema, a conversa, o jeito da pessoa se comportar, tem tudo, tem tudo para você poder se relacionar com uma pessoa, a menos que você queira uma noite e nada mais, aí o que vier é lucro. Eu não acho que é assim que a gente tem que pensar, o que cair na rede é peixe, só se estiver afim de uma noite e nada mais. Isso é ser menos mulher, é ser a vadia. (Josi)

A partir de tal relato percebemos o quanto a vivência de experiências motivadas pelo sexo é interpretada como ser "*menos mulher*" e, portanto, afasta o sujeito das características de feminilidade. O envolvimento sexual, sem uma escolha cuidadosa da parceira com quem ele será efetivado, explicitado na frase "*o que cair na rede é peixe*" de Josi, denota claramente que fazer sexo com qualquer uma não é

um comportamento socialmente desejável a ser manifestado por uma mulher, *é ser vadia*.

Questionamos-nos o quanto escolhas de parceiras sexuais, muito mais do que dizer sobre o modo como as participantes agiam, serviam mais para que elas estivessem – ou afirmassem estar – dentro da norma e em consonância com os padrões culturais. Assim, afirmar que há uma escolha meticulosa da parceira para consumação do ato sexual aciona e reitera expectativas relativas ao gênero feminino.

Ao longo de nossa conversa, especialmente depois que desligávamos o gravador, algumas participantes nos contaram sobre episódios de envolvimentos com outras parceiras, traições e consumação de envolvimentos sexuais sem o comprometimento da ligação conjugal ou afetiva. Por exemplo, Mara nos contou que conheceu uma de suas namoradas durante a Parada Gay, quando ela ainda estava se relacionando com uma outra mulher. Na ocasião, não "resistiu" às cantadas da garota, que lhe pareceu ser atraente, e acabou cedendo. Continuaram a se encontrar durante algumas semanas depois, culminando no término do namoro anterior.

Patrícia, quando se mudou do estado de São Paulo, por motivos profissionais, conheceu uma mulher, que na época se identificava por heterossexual. Após surgimento de um forte desejo entre elas, começaram a se encontrar. Ainda que escondido das pessoas do trabalho para não causar reputações desagradáveis e possíveis retaliações, não mediam esforços para passarem momentos juntas. O envolvimento das duas causou mobilizações no casamento de ambas, levando Patrícia a se questionar se deveria permanecer com a antiga parceira, que havia ficado na cidade de São Paulo. Apesar da escolha em permanecer no antigo relacionamento, a vivência dessa nova relação foi apontada como excitante e importante, pois provocou mobilizações e reacendeu novos desejos. Quando questionada se tinha se arrependido, Patrícia nos afirmou que algumas loucuras de amor são importantes, mesmo que seja uma paixão, porque nos faz sentirmos vivas.

As experiências sexuais com mulheres que Anita vivenciou foram todas motivadas principalmente por uma vontade sexual, e não em decorrência de envolvimento afetivo. O que também chegou a acontecer com alguns homens. Anita falou, após a finalização da entrevista, enquanto caminhávamos para a saída da UBS, que ela era muito solta na cama, gostava de falar sobre sexo e viver aventuras, mas

não podia “revelar” esse lado pra qualquer pessoa, porque isso poderia denegrir sua imagem enquanto mulher. Tal afirmação é muito interessante, pois nos indica que a reserva com que as participantes descreveram suas experiências sexuais, condicionando o sexo à existência de uma parte afetiva, pode estar relacionada à preocupação em mostrar-se uma mulher “correta”, “direita’ e não uma *vadia*, como se referiu Josi.

A reserva e a discrição com que as experiências sexuais foram relatadas expressam claramente significações culturais em torno da sexualidade feminina, localizando-a como algo prioritariamente atrelado ao afeto (BARBOSA, 1999) e menos pela aquisição de uma experiência sexual em si (HEILBORN, 2003). A influência do cristianismo no Ocidente também criou um manto de pecado acerca da sexualidade, demarcando-a como atividade respeitosa somente com fins procriativos e dentro do casamento monogânico, obviamente, heterossexual (NAVARRO-SWAIN, 2004).

Os discursos das participantes constituíram-se exemplos ricos de uma sexualidade reservada e contida. Não que a vivência sexual assumia pouca importância em suas trajetórias pessoais, mas os relatos que faziam dessas experiências vinham revestidom de preocupação em não mostrarem-se promíscuas ou interessadas em atividades sexuais pelo prazer em si. É com relação a essa incongruência que chamamos atenção.

Reconhecemos que discorrer sobre cenas sexuais no contexto da entrevista, situação demarcada por pouco intimidade, pode ter colaborado para que a participante se sentisse envergonhada em narrar episódios especificamente sexuais. Contanto, mesmo diante da possibilidade de inibição, os valores expressos em torno da vivência sexual denotam construtos de gênero, que permeiam e dão sentidos a tais vivências.

Parece que há uma “seleção” de quais características femininas são adotadas para construção da feminilidade, e o quanto esse processo está ligado a gênero, idade e nível sócio-econômico. A representação sobre “a vadia”, identificada nas atitudes de ir para cama com qualquer uma, sem conhecer profundamente a pessoa com quem se vai ter uma relação sexual, pareceu ferir mais a feminilidade do que o fato de se ter uma postura ativa no sexo. O ser mulher, seja homo, hetero ou bissexual,

implicaria em uma preocupação em não ser promíscua, ou pelo menos, cuidado em não envolver-se em quaisquer aventuras sexuais. Como argumenta FRY e MACRAE (1984) "o grande perigo do qual as meninas têm que ser protegidas é (...) representado pela figura da prostituta" (p.44). Desde o início da adolescência, a sexualidade deve ser controladíssima. Elas podem demonstrar sinais de carinho e afeto umas às outras, trocar confidências sem que isso provoque, necessariamente, ofensas, desordem e reprovação (FRY e MACRAE, 1984), já que "afetividade" é uma característica da feminilidade.

Porém, o envolvimento com alguma parceira(o) para o desfrute especificamente do sexo poderia denegrir a imagem da mulher. Desse modo, os valores que giram em torno da qualidade e quantidade que se faz sexo são mais imponentes nos julgamentos em torno da feminilidade. Demonstrar afeto por amigas e colegas, relacionar-se com uma mulher, até mesmo ser ativa sexualmente, pareceu ter menor importância.

A mulher que tem várias parceiras é chamada de "galinha", em tom depreciativo. Tal postura não foi valorizada entre as entrevistadas, uma vez que salientavam que se deveria evitar relacionamentos com mulheres assim.

Certas características operam demarcando hierarquias de comportamentos de mulheres: na base da escala, temos aquela identificada como promíscua, vadia, galinha, tipo esse pouco desejável; caminhando-se ao topo da escala, encontraríamos a mulher ideal, aquela que se apresenta emotiva, tranqüila, amável, com parceria fixa. A ideia de que a feminilidade é passível de ser denegrida quando a mulher manifesta comportamentos promíscuos esteve presente nas falas de todas as entrevistadas. Em contraponto, elas percebiam diferentemente o desfrute do sexo pelos homens, não só autorizando-os a essa vivência, como também a valorizando, como marca de masculinidade.

Quando conversávamos sobre ciúmes no relacionamento, Mara trouxe um exemplo interessante. Ela dizia que apesar de tal sentimento não caber em toda relação, era algo que podia acontecer principalmente quando "*você sabe que a mulher é cachorra".* Perguntamos a ela o que seria uma mulher cachorra:

> É aquela mulher que tem amizade com todo mundo, não que isso seja... não que eu não tenha amizade com todo mundo, mas é a que dá liberdade para pessoas que sabe que você não vai gostar. (Mara)

Ao longo de nossa conversa ela explicou que sempre teve amizade com quem queria, mas teve cuidado para que a namorada não tivesse, porque a liberdade da parceira podia virar *ousadia*, no sentido de vir a se envolver sexualmente com outra pessoa. O controle com as amizades da namorada, para que não culminassem, em última instância, numa traição trazia a ideia de que tal comportamento, nada desejável, feriria a feminilidade da parceira. O sentido que a afetividade interligada com o não desfrute de envolvimentos exclusivamente sexuais adquirem na construção da feminilidade faz com que a atividade sexual seja alvo de controle. Mais uma vez, a consumação do ato sexual com outra parceira vem impregnada com a ideia de promiscuidade, por isso é o que deve ser vigiado e evitado de acontecer, especialmente quando se está dentro de um relacionamento estável. A reputação de Mara correria perigo se as demais pessoas viessem saber que estava com uma namorada "galinha", "puta", promíscua, que faz sexo com qualquer uma. A liberdade que cada mulher podia usufruir era articulada com as significações em torno do ser mulher: Mara podia ter várias amizades, paquerava com outras garotas e manifestava desejo explícito para o sexo, mas a namorada não; esta devia manter-se contida, especialmente quanto à expressão de vontades sexuais. Isso é interessantemente significado quando articulamos com as características de cada uma: Mara apresentava-se masculinizada e sua namorada, bem feminina.

A experiência concreta da vida sexual da mulher é marcada pelo controle que se atualiza em tabus e proibições sobre a sexualidade e o corpo feminino (ALVES e PITANGUY, 2007). "Sua referência, seu modelo, não é a liberdade e sim a contenção. Em nome da "honra" da mulher estabelece-se um duplo modelo de moral, pelo qual se define sua sexualidade através da limitação, enquanto que a do homem é definida pelo desempenho" (ALVES e PITANGUY, 2007, p.60).

Quando questionadas sobre o que as faziam sentirem-se mulheres, apontou-se que ser sensível, emotiva, conhecer e preocupar-se com o outro. Respostas essas que fazem sentido se analisadas sob a ótica de que a virgindade, a passividade sexual, a

carga de tabus e preconceitos que cercam a atividade sexual da mulher constituem-se os principais elementos aprendidos sobre a sexualidade feminina.

Assim, além das características físicas e corporais já expostas no início do capítulo, as representações sobre o ser mulher também foram assinaladas pelo jeito de comportar-se, marcado pela sensibilidade e pelo cuidado com o outro. Características consideradas femininas são ensinadas desde muito cedo, pela família, pela escola, pelo modelo de relacionamento heterossexual que observamos desde a infância. Tal referência historicamente produzida é tão marcante que, nos relatos das participantes, o ser mulher implicava em manifestá-las.

> O que me faz sentir mulher, que nos diferem dos homens é a sensibilidade. A mulher é muito mais preocupada, muito mais detalhista em saber se você cortou o cabelo, se não cortou, se você mudou o perfume, a roupa que você está vestindo, se é um sapato que você nunca usou, o batom que você nunca usou, se a forma como você tocou é diferente da de ontem, são muito detalhes que para o homem passa desapercebido. (Flora)

> Eu acho que a mulher está num grau evolutivo diferente do homem, por questão da sensibilidade, por questão do que ela valoriza. (...) Ela tem flexibilidade, (...) o sentir mesmo é o que faz a diferença. Eu acho que a racionalidade masculina, atrapalha muito os homens.
> [Você acha que a grande marca, a grande característica das mulheres é a sensibilidade?] É a sensibilidade. Eu me considero uma pessoa sensível, totalmente. (Patrícia)

> Eu tenho um lado maternal muito forte, de cuidar, de cuidado com ela, com a relação. Isso é muito feminino em mim. (Cíntia)

Apoiando-se em dados biológicos a cultura enfatiza e supervaloriza certas características, como por exemplo, a função da reprodução, que passa a se confundir com a própria essência do "ser mulher" (ALVES e PITANGUY, 2007). Este reducionismo biológico é fruto, como nos lembra ALVES e PITANGUY (2007) "de *relações sociais*, e não de uma natureza imutável. (...) Sendo *história*, e não *natureza*, é passível de transformação[11]" (p.56). Contanto, da mesma maneira como as preocupações em torno da aparência física eram percebidas como algo *naturalmente* fazendo parte do "ser mulher", assim também era o reconhecimento de certas características como inerentes da natureza feminina.

[11] Os itálicos contidos nesta oração estão apresentados como no texto original.

Segundo algumas participantes, um casal formado por duas mulheres oferecia à relação ritmos semelhantes e, portanto, a possibilidade maior companheirismo, sinalizado na expressão "*caminhar juntas*":

> O cuidado de saber se ela está bem, o caminhar com ela é uma característica feminina. (...) Com as mulheres existe mais essa questão da conquista de caminhar junto. (...) O homem se preocupa muito em ser musculoso, em ser forte, em relações com mulheres é completamente diferente, é um cuidado que está no mesmo patamar, não tem um que é mais forte e outro que é menos forte, como existe entre o homem e a mulher, porque o homem quer sempre ser o mais forte. E há um carinho, uma atenção muito especial pra saber se as duas estão realmente envolvidas naquilo, naquele momento, na relação sexual. (Flora)

> A diferença, o tempo diferente do homem e da mulher, o ritmo do homem e da mulher, as vontades, a curtição que poderia ser um problema para mim na relação hetero. Quando vamos dar uma volta no shopping, a gente anda, e anda, e anda, e não se cansa, quando se cansa, se cansa juntas. Só estou te dando um exemplo assim, não se observa na maioria dos casais heteros esse ritmo. Entre lésbicas, a parceria é maior, o companheirismo. (Patrícia)

Para ALVES e PITANGUY (2007) a naturalidade da discriminação está tão incorporada nos discursos das mulheres e consequentemente na forma como se percebem enquanto sujeitos, que é difícil romper com a imagem de desvalorização de si mesma, questionar os fundamentos da assimetria sexual e a contenção exercida sobre sua sexualidade. Ao falar que o relacionamento entre mulheres possibilitava maior companheirismo, Patrícia justificava essa parceira no fato de que "*a mulher sim, é monogâmica, e o homem, ele tem uma natureza diferente*".

A preocupação com o outro, a expressão da afetividade, o cuidado em não ser promíscua, que demandaria uma seleção prévia com quem se vai ser uma relação sexual, foram identificados como valores que permeiam a feminilidade. Assim, o fato de não transar com "*o que cair na rede*", permitindo-se que o sexo aconteça preferencialmente quando há uma parte afetiva presente, foi também, identificado como característica feminina e, portanto, do "ser mulher":

> Sou super emotiva, sou romântica, não gosto daquela coisa "ah, vamos transar", eu gosto de beijar na boca, sabe? (...) Tem esse meu lado feminino, de não me jogar nas histórias de sexo, como eu vejo os caras fazendo, que tem uma pegada mais livre para isso, eles separam mais as coisas, parte afetiva e sexo, eu não, está junto. (Diana)

> Encontrar esse lado de envolvimento, e ficar mal por causa dos envolvimentos, que não se desfaz no final de um ato sexual, me fortalece enquanto mulher. O

> ser mulher está muito relacionado com uma importância afetiva, muito mais que uma importância sexual. (Cíntia)

> Eu tenho uma característica de ser cuidadora. Isso me faz sentir mulher, isso é bem feminino, essa coisa do cuidar dos outros, se preocupar com os outros. Quando vem a preocupação com o outro depois do sexo, isso é muito feminino. (Anita)

As dimensões sobre o ser mulher envolviam sensibilidade, afetividade e o preocupar-se com o outro, características essas que poderiam ser percebidas tanto na relação com a parceira e quanto no modo como a sexualidade era vivenciada. Isso ficou contrastado com o sexo desfrutado pelos homens, apontado pelas participantes como sendo, geralmente, mais carnal, impulsivo e menos afetivo:

> O homem tem uma coisa de já chegar assim, uma coisa meio voraz, de ter que fazer a penetração, de ter que gozar. Com a mulher tem sempre muito carinho, toque, estimulação, um cuidado. (Cíntia)

> Eu acho que a mulher sim, é monogâmica, e o homem ele tem uma natureza diferente. Você pode até encontrar um cara que seja fiel, mas você encontra um em cem. (Patrícia)

> Homem está mais preocupado em "comer", sair com qualquer uma aí, entendeu? (Josi)

Algumas participantes que haviam se relacionado com homens, vivenciaram experiências de cuidado e carinho com uma pessoa do sexo masculino. Outras chegaram a nos afirmar que poderiam a vir se relacionarem com homens, pois no contato que tiveram – namoros, casos ou envolvimentos casuais – passaram também bons momentos e não excluíam a possibilidade disso vir a se realizar novamente. O estar com homens foi rejeitado por aquelas que sinalizaram não ter nenhum prazer na atividade sexual, o que inviabilizaria uma relação caracterizada por namoro. Assim, é interessante notar o quanto a dicotomia "mulher-afetividade" *versus* "homem-sexualidade" deriva de significações em torno da feminilidade e masculinidade respectivamente, e não correspondem, necessariamente, às experiências afetivas vividas.

No âmbito sexual, a postura ativa na cama foi relacionada com comportamento masculino. O que não necessariamente adquiria tom negativo: tocar e dar prazer à parceira, por vezes conduzindo o entrosamento sexual, foi descrito como uma das vantagens possibilitadas numa relação entre duas mulheres. A postura

passiva, situação de ser penetrada ou tocada pela parceira, era identificada como uma atitude tipicamente feminina:

> Eu acho que quando ela estava me acariciando, eu me sentia mulher. Quando trocava, eu me sentia o homem. (Anita)

> O lado de ser passiva sexualmente eu identifico como bem feminino. (Alice)

Apesar de a passividade ser relacionada ao feminino, e a atividade com o masculino, as participantes não se mostraram retidas nessas classificações, como se pelo fato de serem mulheres, devessem ser somente passivas. Como discutiremos no capítulo seguinte sobre práticas sexuais, posições "*ativa*" e "*passiva*" não são pré-definidas e nem funcionam de modo estável; são negociadas e flexíveis em cada ato sexual, com cada parceira diferentemente.

A relação sexual entre duas mulheres, percebida como mais igualitária pelas pessoas envolvidas terem a mesma constituição fisiológica, foi narrada como mais possível de acontecer explorando-se sentimentos de carinho e amor. Com homens, prevalece o contraste *mulher-afetividade* e *homem-sexualidade*, situação em que a mulher é colocada como objeto de satisfação do homem, e este não teria, a princípio, interesse/preocupação com sentimentos.

Se uma postura ativa, de mais controle sobre a relação sexual, até sobre o corpo da parceira é relacionado ao masculino, algumas participantes ressaltaram que trazer a satisfação sexual é algo importante, não deixando que o sexo entre lésbicas seja somente "suave":

> No sexo entre mulheres tem mais escuta, mais calma... mas não que o momento voraz não faça parte... existe o momento selvagem, os momentos mais intensos, acho que é até um elemento que "opa, traz ele para cá de novo", se não, as coisas ficam muito... isso é uma coisa que a gente discute, será que as coisas estão só muito toque, carinho? É gostoso, mas é bom também chegar numa outra intensidade. (Cíntia)

Tal relato é bastante ilustrativo para romper com suposições que o sexo entre mulheres é inevitavelmente mais suave, afetivo, em contraposição com casais heterossexuais ou homossexuais masculinos. A associação de passividade com feminilidade, não faz da atividade sexual entre lésbicas ser sem voracidade, como descreve Cíntia.

Valores culturalmente estabelecidos entre atividade e masculinidade podem gerar suposições sobre a prática sexual e a vivência da sexualidade que nem sempre correspondem às experiências relatadas pelas participantes. A presença de outros elementos no ato sexual, para além daqueles relacionados ao "ser mulher" – como afetividade, passividade, expressão de sentimentos – coloca em xeque a suposta linearidade e naturalização dos sexos.

Essas percepções sobre como homens e mulheres se colocam e o que buscam nas relações estão, mais uma vez, reafirmando expectativas de gênero socialmente construídas. Tais sentidos indicam comportamentos ensinados e, portanto, esperados dos universos masculinos e femininos.

Assim, o "ser mulher" implica na presença e reconhecimento de certas características físicas e emocionais, como o cuidado e a preocupação com outro, aprendidos culturalmente como marcas da feminilidade. Tal processo não acontece de forma linear, nem os sujeitos são meros receptores dos valores relacionados à feminilidade. A construção sobre o ser mulher é modificada a partir de questionamentos dos próprios sujeitos, em interação com outros fatores psico-sociais.

O reconhecimento do desejo homossexual parece convidar ao questionamento a respeito do ser mulher, já que um importante sentido atribuído a esse modo de estar no mundo é envolver-se afetivo-sexualmente com homens. Quando a opção é relacionar-se com outras mulheres, conciliar identidade de gênero e orientação sexual exige que valores relacionados ao masculino e ao feminino sejam examinados, rejeitados e revistos.

Os valores de gênero acionados não só dão sentido à experiência sexual com suas parceiras, como também interferem nos comportamentos e na adoção de métodos de proteção às doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), como discutiremos detalhadamente no capítulo seguinte.

3. SEXUALIDADE, SEXO E GÊNERO.

Neste capítulo referente às práticas sexuais realizadas e práticas preventivas, descreveremos as experiências sexuais narradas pelas mulheres, as descobertas que tiveram com suas parceiras, a adoção de métodos de proteção às DSTs/aids e algumas comparações com seus envolvimentos com homens, salientando diferenças e possibilidades nas atividades sexuais distintamente vividas com homens e mulheres.

Pela intimidade que aborda, esse tema foi o mais embaraçoso de ser conversado durante a entrevista; algumas participantes ficaram mais inibidas para relatar suas práticas sexuais, trazendo poucos elementos sobre esse tema em diferentes momentos de nossa conversa. Falavam vagamente ou davam respostas curtas, por vezes monossilábicas e, sem demora, iniciavam outro assunto, sinalizando embaraço ao tema proposto. Quando isso acontecia, o assunto não era totalmente explorado e por isso, não ficava bem esclarecido, sendo necessário dirigir uma pergunta mais objetiva à entrevistada, o que, na maioria das vezes, causava vergonha ainda maior para respondê-la. Outras participantes, porém, mostraram-se menos retraídas, trazendo detalhes de sua vida sexual sem constrangimento.

Por conta desse constrangimento expresso por algumas, preferimos que as respostas sobre práticas sexuais fossem dadas mais indiretamente na conversa, explorando-o quando a própria participante se aproximava do tema. Geralmente isso acontecia após um tempo de interação, quando ela ia ganhando confiança e mostrava-se mais à vontade conosco. Tal decisão garantiu que o tema fosse abordado de um modo menos invasivo e constrangedor e, portanto, eticamente coerente com a proposta da pesquisa. Por outro lado, informações específicas a respeito do que essas mulheres faziam sexualmente com outras mulheres foram as menos exploradas ao longo da entrevista.

Quando descreviam o que faziam sexualmente com suas parceiras, procurou-se investigar como as participantes compreendiam o sentir-se mulher durante um envolvimento sexual, a maneira como o ato sexual possibilitava viver a feminilidade, a ligação – ou não – do sexo com afetividade, e os diversos significados que uma relação sexual podia assumir em decorrência do contexto em que era realizado: com

parceira estável, com alguém de sua rede social, com determinados sentimentos envolvidos, etc.

Na abordagem do tema "o que você faz na cama com uma mulher" as participantes enfatizaram que a qualidade de uma relação sexual é de grande importância para elas, mostrando-se muito receptivas para terem novas experiências menos usuais, caso isso fosse proposto a elas por uma parceira, seja num contexto de relacionamento estável ou não.

Na abordagem sobre práticas sexuais, outro ponto também explorado foi o uso ou não de métodos de proteção às DSTs/aids em seus relacionamentos com mulheres, buscando-se compreender quais os significados para as participantes da inserção de um método protetivo no contexto da parceria feminina. Como algumas delas já tinham tido – e algumas ainda tinham – relações sexuais com homens, foi possível notar como as concepções e os comportamentos em relação à adoção de um recurso de proteção às doenças pela via sexual é diferentemente vivida com homens e com mulheres.

3.1 Práticas sexuais no contexto da parceria feminina

O tema das práticas sexuais foi inserido no desenrolar da entrevista no momento em que a própria participante discorria sobre algum assunto especificamente relacionado ao ato sexual, possibilitando que interviéssemos com alguns questionamentos a mais, em vista dos objetivos do estudo. Como já exposto, pelo constrangimento que falar sobre práticas sexuais causou em algumas mulheres, evitou-se fazer perguntas diretas ou insistir em algum ponto que não fora tão explorado, quando certo embaraço tornava-se evidente. Ficou claro o quanto que conversar sobre práticas sexuais, especialmente em situações em que não se conhecia previamente a participante, causou inibição inclusive por parte da pesquisadora, por ser um assunto cercado de tabus e julgamentos.

Pelo contexto de pesquisa, adotamos uma postura formal no modo de inserir perguntas sobre comportamentos e preferências sexuais. A escolha dos termos utilizados, por exemplo, "*sexo oral*" ao invés de "*ser chupada*", dava à interação

certo tom de seriedade. Por um lado, tal seriedade foi importante pra que o momento de coleta de dados não fosse interpretado como simplesmente uma curiosidade da pesquisadora sobre como mulheres lésbicas fazem sexo, ou como um investimento de paquera. Mas, por outro lado, a utilização de termos formais para referir-se às atitudes especificamente sexuais favoreceu uma distância entre nós e a participante, reforçando mais ainda a dificuldade em se falar de sexo para uma pessoa desconhecida.

Quando a participante ia mostrando-se mais desinibida, expressões coloquiais foram sendo utilizadas, mas atentando-se para que a situação não se assemelhasse à paquera ou investida em relação à mulher que estava sendo entrevistada. Encontrar esse meio termo, na qual a participante pudesse ficar à vontade, dando espaço para que pudéssemos falar de sexo mais explícita e confortavelmente, porém sem ter a conotação de um interesse afetivo-sexual foi delicado e particular em cada contexto, com cada participante.

Josi e Alice fizeram convites para um encontro posterior. As demais participantes não chegaram a fazer tal proposta, mas todas sondavam o quanto conhecíamos "na prática" experiências homossexuais.

Alice foi quem menos falou sobre assuntos especificamente sexuais por auto denominar-se "assexuada" e por conta das poucas relações sexuais que teve com sua ex-namorada, e apenas uma com um homem, algum tempo depois. Na época em que conversamos, ela salientou que estava ocupando seu tempo basicamente com o trabalho e com os grupos literários que frequentava; havia decidido não investir em relacionamentos, menos ainda em envolvimentos sexuais. Considerava-se lésbica pelo caráter político dessa identidade e por isso, assumia orientação homossexual, mas não estava disposta a estabelecer nenhum vínculo afetivo-sexual com mulheres (nem com homens) na ocasião em que conversamos.

O assumir a homossexualidade adquiria diferentes significados para as participantes, variando principalmente na visibilidade que era dada à revelação da preferência afetivo-sexual para o mundo heterossexual. Para Alice, a única que expressou tal opinião e por isso, chamou-nos atenção, o ser lésbica estava atrelado ao efeito político de tal posicionamento, ao não sujeitar-se ao desejo masculino e menos pela afirmação de uma prática sexual. "O efeito político do lesbianismo seria a

recusa do patriarcado em seus fundamentos, ou seja, a domesticação do desejo, da emoção e dos corpos definidos biologicamente como femininos" (NAVARRO-SWAIN, 2004, p.60). Essa perspectiva localiza o lesbianismo como um modo de relacionar-se que recusa o controle social sob a qual os corpos femininos estão submetidos e incita mudanças nos poderes da sociedade (NAVARRO-SWAIN, 2004), perspectiva da qual entendemos que Alice defende. A noção de identidade transita entre um caráter político e a tradução para uma determinada prática sexual. Mas como afirma ADORNO e JIMENEZ (2010), notoriamente aparece muito mais como um marcador de referência política.

Em decorrência da pouca experiência sexual que teve quando namorou, Alice não falou muito sobre prática sexual, mas compartilhou informações interessantes a respeito da dinâmica de suas relações sexuais com sua ex-parceira. A ex-namorada foi descrita como ativa, assumindo postura tipicamente masculina em diversas situações do namoro. Por exemplo, quando questionada se gostava de tocar a companheira nas partes íntimas, Alice respondeu que não sabia responder a tal pergunta, pois durante os dois meses de relacionamento, a namorada nunca havia deixado ser tocada:

> Você não gostava de ser ativa sexualmente?
> Ela não deixou! (Alice)

A polarização dos papéis *ativa* e *passiva* em um casal lésbico foi referida como usual entre mulheres homossexuais da periferia; uma vez classificada por si própria e/ou pelo grupo social em que está inserida em uma dessas categorias, a garota teria que passar a agir e comportar-se como tal.

Segundo a percepção de Alice, sua ex-namorada demonstrava atitude masculina por meio de comportamento de ciúmes, controle e infidelidade, como também no aspecto sexual, penetrando-a com o dedo, e não deixando ser penetrada, papel este identificado como feminino.

> O que eu via era um machismo da parte dela, porque ela era muito ciumenta, e ela não gostava que, aliás, ela falava que eu ia chifrar ela (...) e ia ficar com qualquer cara, mas, na verdade, ela que era a maior galinha e ficava com todo mundo na minha frente. Identifico isso com um lado masculino, porque ela pode ficar com todo mundo, e eu não podia. O fato é que ela ficava com várias mulheres na minha frente! (Alice)

Alice explicou que a demarcação entre "lésbica passiva", geralmente a que se apresenta mais feminina, e "lésbica ativa", a que manifesta trejeitos corporais mais masculinos, eram estabelecidos, dentre outras maneiras, pelo modo de se vestir:

> (...) o visual demonstra o jeito de agir, a mulher deve ser mais recatada, mais passiva, e a ativa é mais atirada, pelo menos no sentido sexual. Tem que ser que nem um cara safado, dar em cima de todo mundo e comer todo mundo. A passiva tem que ficar em casa pronta, para a ativa chegar e fazer o que ela quiser. E ela tem uma liberdade que a passiva não tem, aparentemente. (Alice)

Em um casal lésbico, a *ativa* além de ser quem penetra a parceira, assume também diversos atributos referidos como masculinos, tais como vestimentas, estilo de falar, trejeitos corporais e comportamentos identificados como do "homem". A *passiva* é a pessoa da relação quem assume as características mais femininas, expressas tanto no jeito de se vestir, falar, andar, como também em seus comportamentos: ser mais recatada, menos atirada sexualmente, a que expressa menor envolvimento em aventuras especificamente sexuais, etc.

Não estamos afirmando que *todos os casais,* hetero ou homossexuais, seguirão a estes padrões de comportamentos; mais do que características necessariamente presentes, elas são admiradas e tomadas como exemplo e, portanto, norteiam comportamentos e noções sobre o que é ser homem e ser mulher.

A *ativa* procura reproduzir a visão de masculinidade hegemônica bem demarcada e unificada: é uma visão de poder, de ação e virilidade ajustada à absoluta dominação do patriarca sobre todos os que rodeiam. Os comportamentos e os significados em torno da *passiva* dizem respeito à visão da feminilidade, de inferioridade e submissão em face da autoridade patriarcal (PARKER, 1991).

Essa divisão, embora presente entre alguns casais homossexuais femininos, é criticada por Alice:

> Não gosto de nenhuma dessas posições, não sexualmente, digo no jeito de ser socialmente. Eu acho que tem que ser direitos iguais, se uma pode ficar com todo mundo, a outra também pode, se uma tem que cuidar da casa, a outra também tem que cuidar, se uma lava, a outra pode lavar a louça. (Alice)

A reprodução desses valores hegemônicos de masculinidades e feminilidades reafirma desigualdades, dificultando a construção de relações mais igualitárias, inclusive no contexto da parceria lésbica. Percebemos que numa relação entre duas mulheres, ocorre repetição de valores masculinos e femininos que norteiam um modo

de funcionamento da relação que extrapola o âmbito sexual e estabelecem uma série de funções a partir da demarcação dos papéis ativa e passiva.

Como salientado por PARKER (1991):

> (...) essa distinção entre atividade e passividade que estrutura mais claramente as noções brasileiras de masculinidade e feminilidade tem servido tradicionalmente como o princípio organizador para um mundo mais amplo de classificação sexual na vida brasileira atual. (p.63)

A rigidez da divisão binária da sexualidade humana pode contribuir para que o relacionamento entre mulheres seja operacionalizado a partir da adoção de características masculinas físicas e comportamentais por uma das mulheres da relação (NAVARRO-SWAIN, 2004). Dessa forma, as que se reconhecem "femininas" poderiam se sentir atraídas por esses tipos masculinizados. "Temos aí o esquema da ordem heterossexual em corpos biologicamente femininos, o casal *butch/femme*" (NAVARRO-SWAIN, 2004, p. 80).

Alice nos contou uma situação de discriminação que passou por ter o cabelo curto e por usar roupas menos femininas. Quando vestia calças e camisetas sofria pressões do grupo de meninas lésbicas para manifestar comportamentos tipicamente masculinos. As demais meninas percebendo que ela paquerava alguém lhe diziam: "*vai lá Alice, ou vai só ficar olhando? Deixa de ser viadinho. Pega a menina... come ela*". Embora reconheça que não se vista de um modo feminino, Alice descrevia tais pressões para se comportar de um jeito masculinizado como extremamente desagradável. Durante nossa conversa, ela trouxe outro exemplo, de lésbicas que a discriminavam, chegando ela própria a denominar tais atitudes de homofóbicas:

> Vou dar um exemplo de homofobia contra mim. Tem um grupo de homossexuais, aí eu to passando, esse grupo de homossexuais são mulheres ativas.
> [Mulheres ativas são como?]
> Geralmente elas usam camiseta, bermuda, boné, são mais masculinas. Aí eu estou passando pelo fato de eu ter o cabelo curto, mas não ter a postura como elas de homem, elas me chamam de viado, para elas eu sou viado, viado, bixa.
> [E rola isso? Você passa por essas situações?]
> Sim, diariamente. (Alice)

A bicha é um homem que tende a desempenhar tarefas/comportamentos normalmente associados às mulheres e que também prefere a companhia sexual de "homens de verdade" (FRY e MACRAE, 1984). Assim, a expressão "bicha" ou

“viado” é utilizada em tom depreciativo, não simplesmente pela ideia de relações homossexuais, mas porque traz a noção de ser afeminado; a “bicha” é a denúncia explícita da incongruência de um corpo masculino com trejeitos femininos. No caso da lésbica masculinizada, *apesar de ser mulher*, a postura feminina também é algo a ser evitado tendo em vista os comportamentos que deveria adotar. “O “sapatão” (...) é a mulher em termos fisiológicos que desempenha aspectos do papel masculino” (FRY e MACRAE, 1984, p. 45), por isso, recomendável que se comporte em consonância com valores que cercam a masculinidade. Se ela manifesta comportamentos femininos, é taxada de “bicha”. É interessante notar como em ambos casos – de gays e lésbicas – o feminino é inferiorizado.

Mesmo não possuindo genética, nem biologicamente o corpo masculino, portanto, não dispondo de órgãos como o pênis, testículos, etc., o lugar/função que Alice ocupava na relação com uma mulher pertencia à esfera do masculino. O fato de se vestir e ter uma aparência masculinizada fazia com que fosse cobrada a agir reproduzindo valores de masculinidade relacionados à virilidade, força, poder, estando pronta a “desencadear ataques à fêmea”, nos termos de PARKER (1991), atitude identificada de um homem.

Nos relatos de Alice, a cobrança da mulher lésbica em ter uma atitude masculinizada era mais fortemente presente na periferia da cidade de São Paulo. Os valores de gênero imbricados com níveis sócio-econômicos estabeleciam ordens de comportamentos. Assim, como discutido no capítulo anterior, o ser mulher e lésbica moradora da periferia fazia com que em seus comportamentos sexuais, desde a paquera até a realização de um ato sexual, fossem claramente norteados por concepções sobre um masculino pautado na força, poder e virilidade. Quando seu desempenho não era condizente com a norma cultural estabelecida, sofria retaliações do grupo, sendo chamada de *viado, bicha*.

O que é considerado realmente “desviante” são relações homossexuais não no sentido de serem com pessoas do mesmo sexo (dois sujeitos com a mesma natureza fisiológica), mas em termos dos papéis sexuais (FRY e MACRAE, 1984). Assim, um homem “pode” se relacionar sexualmente com uma bicha, enquanto o primeiro é ativo e o segundo, passivo; o que em última instância, reitera a imposição de uma sexualidade binária, baseada no modelo heterossexual. Na mesma direção é que o se

sucede com casais lésbicos: a discriminação parece estar menos relacionada ao fato de serem duas pessoas do mesmo sexo, e mais quando não há congruência entre reprodução de comportamentos masculinos para aquela mulher que se apresenta masculinizada. Ao mesmo tempo em que a mulher masculina é cobrada a se comportar de modo condizente com os valores que cercam a masculinidade para ter o respeito do grupo social em que está inserida, ela é também alvo de discriminação exatamente porque *é uma mulher* que nega sua feminilidade *natural*.

O que chamamos atenção é como os padrões culturalmente definidos por masculino e feminino ultrapassam a realidade física do corpo, e podem funcionar como norteadores de preconceitos. Se a diferença anatômica reconhecida da mulher e do homem que é transformada em classes de masculino e feminino, tais categorias organizam e determinam comportamentos da vida sexual. Tal demarcação acontece mesmo quando a própria marca biológica não está presente, pois o que se está atuando são os significados em torno dela. Assim, uma garota, dotada de órgãos sexuais femininos, por se relacionar com uma outra mulher e apresentar uma aparência masculina é equiparada a um homem; quando não se mostra "homem suficiente para comer" as fêmeas, é deliberadamente taxada de "*viado ou bicha*".

Descrições de atitudes como esta que Alice vivenciou surgiu no relato de Josi e Mara, participantes de nossa pesquisa que também apresentavam menor poder aquisitivo. A demarcação entre feminino/masculino e a proximidade entre "ser lésbica" e "masculinidade" parece ser mais marcante nos bairros periféricos de São Paulo. As participantes moradoras de regiões mais nobres trouxeram em seus discursos a possibilidade de transitar pelas noções de feminilidade e masculinidade com mais fluidez.

A classificação feita por alguém de fora a respeito do casal, na qual uma era o "homem" e a outra a "mulher" da relação, era freqüente na percepção que tinham das demais pessoas sobre elas. Tal julgamento não era recebido confortavelmente, uma vez que, quase sempre, tratava-se de uma classificação tosca, que produzia rótulos e pouco dizia sobre a dinâmica do casal.

O que percebemos ao longo das entrevistas foi que a divisão de papéis no modelo binário – masculino (ativa) e feminino (passiva) – não era linear e nem sempre útil para entender como a mulher se percebia e agia em diferentes situações.

Apesar de se fazer presente e nortear modos de relacionar-se com a parceira e de se colocar no mundo enquanto traço identitário.

Portanto, tal modelo mostrou-se frágil se pensado como regra inviolável e estanque para compreender das dinâmicas sexuais entre mulheres, tendo em vista que as funções que exercem na cama com suas parceiras são flexíveis e, sendo assim, podem ser diferentes segundo o contexto de cada relação.

Por exemplo, Mara que apresentava trejeitos e aparência por ela mesma referida como masculinizada, quando questionada se no âmbito sexual tinha preferência em ser ativa na relação, respondeu que:

> Não necessariamente. Na cama é aquele negócio né, depois que a gente fecha a porta é pega-pega do caralho, não tem esse negócio de eu sou o homem, você vai virar pro lado e vai me satisfazer.
> [Na cama você não tem uma postura mais ativa, de mais controle?]
> Não, acho que não. Acho que na cama não. Quer dizer, não, não tenho. Sabe por quê? Porque geralmente, pelo que eu vejo falar, o cara goza e foda-se a mulher, eu geralmente faço primeiro ela gozar, para depois eu gozar, então, não tem nada de masculino nisso.
> [Quando você se refere que é masculina é no jeito de se vestir, na aparência?]
> Isso, na aparência.
> [E no seu jeito de ser?]
> Não, eu sou uma pessoa extremamente cuidadosa, eu curto ter cuidado com a minha mulher, com a minha namorada, não deixar nada faltar, mandar presentes, mandar flores, eu gosto disso. (Mara)

O fato de Mara ser masculina no jeito de se vestir, não significava que era ativa quanto aos seus comportamentos sexuais, e mais, ela mesma se percebia feminina no modo de se colocar na relação com uma outra mulher.

Diana, que também referia que suas escolhas de roupas eram mais masculinas, o que lhe dava uma aparência menos feminina, afirmava que tinha comportamentos passivos na relação sexual:

> As pessoas podem me identificar com o masculino porque eu tenho o cabelo curto, uso tênis, uso botas, eu uso boné, só a pochete que eu não uso, nunca usei! (...) Eu não me vejo com o masculino. Até sexualmente, eu tenho uma postura mais passiva, eu me surpreendo, às vezes você encontra uma menina gatinha, feminina, uma mulher... e aí é muito mais dominadora. Eu acho que sou mais tranqüila, mais mulherzinha na cama. (Diana)

Cíntia descreveu que apesar de sua parceira ser mais feminina no modo de se vestir, isso não a fazia assumir o papel de mulher da relação. Tal pensamento “ser

feminina, logo, gostar de ser penetrada numa relação sexual" era linear demais e não correspondia ao modo como elas duas se colocavam no relacionamento:

> Eu acho que a gente toma muito cuidado na nossa relação para não ter papéis, ai essa faz o papel do homem, essa faz o papel da mulher. Não, somos duas mulheres, eu acho que é exercendo essa feminilidade na relação, e não me colocando como o homem da relação e ela a mulher. Ela é bem mais feminina que eu, e olha que interessante, na prática sexual, ela é quem gosta menos de penetração. As coisas não são lineares. (Cíntia)

Tal relato exemplifica o quanto a suposta linearidade entre feminilidade e passividade é questionável, trata-se de significados construídos e aprendidos socialmente sobre a feminilidade e não estabelecem entre si uma relação de causa e efeito. A existência de elementos e comportamentos femininos e masculinos no aspecto sexual parece ser algo presente e negociado por ambas as mulheres, e não fixo ou pré-definido. A própria percepção do que é considerado feminino e masculino varia de acordo com o contexto, com a pessoa e situação em que está em jogo.

Patrícia nos fala sobre essa mobilidade quando percebe momentos em que está mais feminina e outros em que está mais masculina, períodos esses que se alternam e se manifestam também na atividade sexual, não havendo uma fixidez no modo de ser. Para ela, esses períodos geralmente tinham relação com o ciclo da menstruação: quando estava na fase pré-menstrual, sentia-se mais feminina, após a menstruação, costumava estar mais ativa, mais controladora na cama. Quando questionada sobre como funcionava a questão da "atividade" e "passividade" no âmbito sexual com sua companheira, Patrícia nos disse que:

> a gente se dá muito bem nesse sentido, não tem assim, uma divisão, um papel, ai uma é ativa, a outra é passiva, normalmente as duas fazem as duas coisas na mesma relação. A diferença que eu percebo nesse sentido, talvez no período pré-menstrual ou depois da menstruação, o que aconteceu, o que vem primeiro, qual a ordem das coisas. (Patrícia)

Como nos aponta NAVARRO-SWAIN (2004) "a sedução, o contato, o namoro, o toque, o cheiro são desdobramentos da emoção" (p.86), e como toda emoção humana, vem carregada de humores diferentes, vontades que se modificam. Assim, todos os aspectos de uma relação sexual – posições, atos, força, intensidade, decisões quanto à inserção de preservativos, de objetos, etc. – depende de constructos

sociais acerca da sexualidade, como também do recurso pessoal do sujeito e do contexto em que é realizado, seja a prática bi, homo ou heterossexual.

A determinação de um papel de "ativa" ou "passiva", com todos seus desdobramentos simbólicos postos em ação no ato sexual, foram descritos como maleáveis, e a mesma mulher poderia assumir as duas funções, ou alternar com diferentes parceiras. Dados semelhantes quanto à flexibilidade dos papéis sexuais foram encontrados na pesquisa conduzida por ANDREA MORAES ALVES (2010), na qual lésbicas com idades entre 35 e 45 anos, pertencentes a camadas médias do Rio de Janeiro foram entrevistadas. Neste estudo, a pesquisadora encontrou que as mulheres mais jovens[12] assumiam um repertorio sexual variado, enfatizando a existência de uma transitoriedade nas maneiras como cada uma se posicionava durante o ato sexual.

A relevância desses achados está no fato de que se por um lado, os relatos das mulheres indicam a maleabilidade desses comportamentos na dinâmica de um casal homossexual feminino, por outro lado, esse mesmo modelo "ativa e passiva" é recorrente e ainda utilizado para fazer julgamentos nada úteis sobre o modo como lésbicas se comportam – ou supostamente deveriam se comportar – servindo mais para estabelecer critérios discriminatórios.

O "mistério" da sexualidade lésbica e a tentativa de encaixar o homoerotismo feminino na lógica binária nos indicam como a sexualidade é ainda pautada em referência ao modelo heterossexual. Entretanto, ela é vivida na singularidade individual, como nos lembra NAVARRO-SWAIN (2004), "com maior ou menor sujeição às representações sociais comuns" (p.86).

Diante da pergunta: "você gosta de fazer sexo oral?", obtivemos respostas afirmativas como os dois exemplos de relatos abaixo:

> Gosto de fazer e de receber. (Mara)
>
> Sim, sim, as duas gostam. (Cíntia)

[12] Neste estudo, a pesquisadora também entrevistou quatro mulheres lésbicas, residentes na cidade do Rio de Janeiro, com idades entre 60 e 74 anos, com o objetivo de discutir e compreender a trajetória da homossexualidade feminina em sujeitos mais velhos, comparativamente com as de outra geração mais recente.

Respostas semelhantes às expostas acima, que sinalizaram que o sexo oral era uma prática presente no envolvimento sexual foram obtidas em oitos participantes, apenas Alice que não comentou nada a respeito. Anita salientou que o sexo oral é muito comum entre lésbicas, portanto habitual entre mulheres que fazem sexo com mulheres.

A prática de encostar os genitais foi descrita explicitamente por Gisele e Mara como um dos comportamentos que fazem parte cena sexual, as demais participantes não comentaram nada especificamente. Quando falamos de sexo, Diana mostrou-se muito receptiva para diversas propostas que venha a receber de sua parceira, desde que seja de comum acordo e não cause dor, dando a entender com essa fala que também se disponibilizaria a ter a prática de encostar os genitais:

> Eu gosto de tudo na cama com uma mulher! É verdade, eu acho que eu não tenho limite para essa coisa, vai até onde o outro queira. (...) Tem gente que tem umas coisas esquisitas. Mas é tranqüilo, a priori, pra mim não tem limite. Não pode doer, né? (Diana)

Permitir-se viver propostas inovadoras com a parceira que estiver junto, incluindo-se práticas menos usuais, também foi algo apontado por Mara, salientando que o importante é a qualidade da relação sexual:

> Sexo para mim, entre quatro paredes, vale tudo. Sexo ou você faz bem feito ou não faz. (Mara)

Estar aberta a novas propostas sexuais também foi uma postura explicitamente adotada por Anita, que inclusive nos contou que a vontade de "testar" suas curiosidades foi o que a levou a envolver-se sexualmente com mulheres:

> Eu tenho uma coisa, esse negócio de sexo muito aflorado, eu descobri o sexo muito cedo. Eu sempre tive essa curiosidade de saber como era com uma mulher na minha adolescência. (Anita)

Assim, esses relatos nos indicam que a atividade sexual pode não ser o foco principal e a maior preocupação na relação entre duas mulheres, mas isso não significa que o sexo não seja um aspecto importante dentro do relacionamento. A ideia de que nos envolvimentos entre homens e entre casais heterossexuais a relação sexual toma uma dimensão maior por parte do homem que é mais "sexualizado", impulsivo e, portanto, quem busca mais, pois ele que necessita de maiores

satisfações, fica equivocada quando levamos em consideração os discursos das participantes.

No movimento de paquera e aproximação entre duas mulheres, a realização do ato sexual pode não ser a preocupação central; de fato, às vezes tal acontecimento acabava se concretizando somente em encontros posteriores. Mas isso não é sinônimo de afirmar que o sexo não é também uma parte importante para uma mulher, como se apenas a dimensão afetiva lhe importasse, como insistem alguns discursos sobre a feminilidade hegemônica. As participantes salientavam que a parte afetiva é algo presente num envolvimento sexual, para algumas delas era, inclusive, condição para a realização do sexo, mas isso é diferente de afirmar que mulheres não se importam com a dimensão sexual de seus relacionamentos.

O controle, a disciplina e a negação de desejos especificamente sexuais são características valorizadas e ensinadas no processo de socialização de meninas. A ideia preconcebida de que o sexo entre lésbicas não tem relevância e que elas priorizam as carícias amorosas e o sentimento (NAVARRO-SWAIN, 2004), faz sentido se analisadas sob a perspectiva de gênero. Como argumenta HEILBORN (2003), a experiência da sexualidade possui uma marca de gênero fundamental: a iniciativa para realização da prática sexual como fundamentalmente masculina em oposição à ausência desta entre mulheres. A atividade sexual masculina é assinalada como um rito de passagem importante para a virilidade. Da perspectiva feminina, a primeira experimentação associada à iniciação sexual, reveste-se mais pela expectativa do estabelecimento de um vínculo amoroso do que pela aquisição de uma experiência sexual em si (HEILBORN, 2003).

Tal modulação de gênero inscreve-se no modo como a sexualidade entre duas mulheres são significadas. A atividade sexual vinculada à experiência afetiva, operando como elemento constitutivo da sexualidade feminina, se pensada no contexto de parceria homossexual entre duas mulheres, pode potencializar tais valores pela ausência da figura do homem, fazendo com que a ideia de que o vínculo afetivo é mais importante ainda num casal lésbico.

Retomando a discussão sobre os comportamentos sexuais, obtivemos que a prática de penetrar a parceira com os dedos foi referida como frequente por todas as

participantes. Anita, Diana, Patrícia, Josi, Mara e Flora afirmaram que gostavam de serem penetradas quanto de penetrar a companheira.

Cíntia contou que no seu relacionamento, na maioria das vezes ela preferia ser penetrada que sua parceira:

> Geralmente ela não gosta de ser penetrada, só com a mão e bem suave. Eu gosto mais. Ela menos. (Cíntia)

Gisele, ao contrário de Cíntia, afirmou que sua preferência era penetrar a mulher com quem estivesse na cama. O prazer que sentia nisso decorria da possibilidade em não assumir uma postura de "*mulherzinha*", como ela mesma se refere:

> Eu não gosto de ser a mulherzinha na cama. Gosto de uma postura mais masculina, que é uma participação mais ativa, sabe? Eu me movimento mais na cama, vou para cima, vou para o lado, tomar atitude, puxar.
> [O que você gosta de receber sexualmente?]
> Sexo oral ou toque, mas não penetrativo.
> [O fato de você não gostar de penetração, deixou mais claro para você porque não gosta de transar com homens?]
> Sim, isso. A penetração era muito central e eu sem poder fazer nada... (Gisele)

O estar à vontade na cama e sentir liberdade de fazer o que quiser foi referido por Gisele como uma condição para se ter prazer no sexo e, portanto, satisfação. Quando começou a relacionar-se com mulher, a penetração deixou de ser central e assim, estar com uma garota deu-lhe a oportunidade de descobrir que não tinha preferência por esta prática. Para Gisele, a possibilidade de fazer sexo que não seja centrado na penetração é viável com uma mulher, situação que lhe permite estar mais à vontade.

O sistema de classificação sexual divide hierarquicamente o "mundo dos homens" com noções de atividade, dominação, violência e, o "mundo das mulheres" norteado por passividade, submissão, inferioridade, onde elas se oferecem para serem penetradas e "consumidas" pelos seus parceiros (PARKER, 1991). A fala de Gisele que não gostava de ser a "*mulherzinha*", a submissa da relação que se entregava à penetração, pode estar intimamente atrelada a essa rede de significações, na qual o ato sexual com uma outra mulher é exatamente o que lhe permite adentrar o mundo dos homens, penetrando e consumindo suas parceiras, e assim jogar com as noções valorizadas numa escala de hierarquia sexual.

Para Cíntia, a penetração também era algo muito provável ou certo de acontecer numa relação sexual com homem, ao passo que com uma mulher, isso é mais negociável, e por isso o desenrolar do ato sexual segue por outros caminhos:

> O homem tem uma coisa de já chegar assim, uma coisa meio voraz, de ter que fazer a penetração, de ter que gozar, não que não seja bom também, mas com a mulher existe um caminho mais suave, que pode até chegar numa coisa mais voraz, mais intensa. Tem muito mais toque, mais estimulação, mais escuta. (Cíntia)

A inevitabilidade da penetração indica o quanto que, no imaginário social, ainda o sexo masculino é o detentor da sexualidade. Como provoca NAVARRO-SWAIN (2004) "como concebê-la sem o falo?" (p. 86). A contraposição de experiências homo em relação às heterossexuais, localizava essas últimas como uma vivência sexual em nome da ordem, do "natural" e da maternidade. O envolver-se com mulheres quebra a noção de sexo a serviço da reprodução ou do prazer masculino, dissolvendo também a imposição da penetração.

Na mesma direção relatada por Gisele de que a relação homossexual feminina lhe possibilitou exercitar novos comportamentos no sexo, também prazerosos, foi descrito por Anita. A atividade sexual entre duas mulheres foi referida como mais igualitária, porque quando se está com um homem, geralmente, ele é o responsável pela condução. Quando se trata de duas garotas, o fato de nenhuma delas ter o pênis, confere ao envolvimento uma possibilidade maior de flexibilidade na condução:

> (...) Quem conduz mais a relação geralmente é o homem.
> [E quando são duas mulheres, como é que fica essa questão da condução?]
> Então, teve momentos em que era eu, teve momentos em que era ela. Então é uma coisa que gira, até porque não existe o pênis, o homem como ele é quem tem o pênis, já dá a impressão de que ele domina você, ele tem um pedaço a mais que você, já duas mulheres são iguais, então os papéis, uma hora uma é o homem depois a outra, é mais flexível. (Anita)

Josi falou pouco sobre suas preferências e comportamentos sexuais, mas nos deu a entender que também tinha prática penetrativa, recebendo e sendo ativa com a sua parceira. Não se mostrou adepta, assim como Mara também não, do uso de objetos durante a relação sexual. Para Josi, a inserção de objetos na cena sexual, por exemplo, pênis de silicone ou "consolos", como são designados entre algumas mulheres, parecia estar relacionada a uma situação na qual se estaria sob efeitos de drogas que tirassem seu controle, e a deixasse solta demais, concordando com tudo

que lhe propusessem. Por isso, nos deu a entender que o contexto onde o uso de objetos é viabilizado está atrelado ao fato de estar drogada ou alcoolizada e por isso, sem discernimento e moral preservados.

Para Mara o não uso de objetos advinha de outro motivo, e por isso assumia completamente um sentido diferente: ela afirmava que se uma mulher quisesse transar com uma outra mulher, não ia querer o uso de um pênis artificial, pois propor o seu uso seria justamente sinalizar a falta de algo, dando a entender que a relação não está boa. Quando questionada se não se teria vontade da parceira usar nela, supondo uma situação em que ela desejasse incluir objetos na cena sexual, Mara nos respondeu:

> Não. A relação sexual quando ela é boa, você não precisa de mais nada, entendeu?(Mara)

Interessante notar como a presença/ausência do pênis é tomada de sentidos para essas mulheres. O fato de ter o pênis confere ao outro certo poder, como salienta Anita:

> Não vou dizer que é uma coisa bruta, mas é uma coisa de poder. Que é o que o homem geralmente faz com a mulher, ele meio que domina. (Anita)

Assim, há uma associação entre homem, que tem o pênis, e poder/controle exercidos na cama. O uso de certas expressões na linguagem cotidiana e os sentidos acionados em torno dos órgãos sexuais denunciam a força e a superioridade dos genitais masculinos em comparação com a anatomia deficiente e inferior da mulher, estabelecendo relações hierárquicas de gênero na vida sexual (PARKER, 1991).

PARKER (1991) em seu estudo sobre a sexualidade brasileira, ao compreender os significados em torno do órgão masculino observou que as expressões para referir-se ao pênis tais como pau, cacete, pica, mastro, vara, cobra, etc., descreviam não só um objeto alongado, mas faziam muito mais que isso, propunham ênfase na potencialmente ativa qualidade do falo – em sua qualidade agressiva, intimamente ligado tanto à violência quanto à violação. Essas estruturas simbólicas em torno do pênis constroem um entendimento sobre o "ser homem" na sexualidade brasileira:

> No símbolo do falo os diversos sentidos associados com masculinidade na cultura brasileira fundem-se e entrelaçam. Ele liga noções de virilidade e potência a conceitos de força, poder e violência em

> diferentes graus de entendimento consciente e inconsciente. (PARKER, 1991, p.67)

Se os sentidos que o pênis adquiri enfatizam sua força e seu potencial para violência, a falta dele pode propiciar a não existência de agressão e poder. Assim, ausência do pênis deixa a relação sexual mais igualitária porque, pelo fato de nenhuma mulher ter biologicamente essa parte do corpo em si – identificada como uma parte "*a mais*" e potencialmente agressiva – torna-se possível que ambas desfrutem do mesmo poder e assim, negociem quem conduzirá a relação, inclusive quem vai penetrar quem e se essa atividade será feita pelas duas pessoas envolvidas. Nesta percepção, o que parece estar em cena para adotar-se ou não o uso de objetos é o fato de ter prazer com a penetração e os jogos de poder que são negociados/vivenciados.

No corpo de um homem, esse poder "pertence a ele", pois é o detentor de um órgão, por isso, a relação entre os sujeitos envolvidos na cena sexual é assimétrica. Na situação na qual duas mulheres utilizam um pênis artificial, poderá existir também um jogo de poder, mas pelo objeto inserido não pertencer ao corpo de nenhuma delas, confere a relação sexual a possibilidade do poder ser retirado, negociado ou exercido por ambas.

Por outro lado, a presença de um pênis artificial na cena sexual pode ser relacionada necessidade de suprir uma falta, significando que o sexo entre duas mulheres é incompleto e, desse modo, necessita ser complementado, como nos indicou Mara. Quando o pênis artificial é tomado por esse sentido de "complementar o que está faltando", seu uso é rejeitado e criticado.

Vale ressaltar que o sentido de "comer" a parceira, atrelado a poder, não estava ligado, exclusivamente, ao uso de consolos. Penetrar a companheira com os dedos das mãos, também acionavam valores de atividade e dominação. O que evidencia que os jogos simbólicos não estão atrelados somente à presença concreta de determinado objeto físico.

Com relação à possibilidade de vir a ter relações sexuais com homens, Mara e Alice foram taxativas em afirmar que não se envolveriam com homens:

> Não, nem se me pagarem (risos). Eu tive uma experiência com homem e não tive prazer. (Alice)

> Não, nunca tive tesão, nunca tive atração, acho homens bonitos, existem homens bonitos, mas que me dê atração, tesão, não.(Mara)

Diana não se sentiria a vontade para ter uma relação sexual com um homem, mas não descarta a possibilidade de pequenas vivências "anteriores" ao sexo:

> (...) Com homem, essa coisa de transar, penetração, não me incomoda, mas não rola, sei lá, pode até ser uma questão anatômica, sei lá, não rola. Mas antes disso tudo eu acho bacana, beijar na boca, ficar junto, fazer sacanagem. (Diana)

A partir de seu relato, nos parece que a experiência com homens para ela, assumiria um caráter momentâneo e "na brincadeira", não evoluindo para algo compromissado.

Patrícia e Cíntia falaram da possibilidade de um envolvimento sexual, mas dificilmente teriam um compromisso de namoro, pela dificuldade de envolver afetivamente:

> Eu gostava de ficar com os caras, não achava ruim, eu achava uma delícia fisicamente falando, o beijo, a estimulação sexual, acontece que eu não me envolvia. (Cíntia)

> Eu tive namorados, eu tive minhas experiências nos meus momentos mais, digamos assim, bissexual. E não acho ruim, entendeu? Acho que é bom. Homem é bom. Mas para mim, mulher é melhor, a relação, a relação afetiva. (...) Então, se acontecesse na minha vida, de eu conhecer um cara e eu tivesse aberta para isso, tivesse livre, eu embarcaria tranquilamente. Sexualmente, eu não teria problema nenhum. Entendeu? Talvez eu tivesse problema na forma como a relação acontecesse. (Patrícia)

Gisele apesar de dizer que sentia mais prazer sexual com uma mulher, caso encontrasse algum rapaz que lhe despertasse interesse, poderia a vir a namorá-lo:

> É pouco provável e eu acredito que as chances sejam mínimas, mas eu não vou deixar de ficar com um cara interessante que passou na minha vida! Se eu sentir alguma atração, algum desejo nele, não tem porque eu não tentar. (Gisele)

Josi e Flora não falaram sobre a possibilidade de vir a ter relacionamentos, inclusive sexuais, com homens.

Para todas participantes, a experiência sexual foi significada como uma vivência imbricada a diversos sentimentos: amor, carinho, respeito, vontade de tocar, abraçar, beijar a parceira, e etc. Pelo seu caráter afetivo e mobilizador de inúmeros sentimentos – inclusive quando realizada em contexto não conjugal – o ato sexual

para elas era mais completo, mais intenso e, portanto, melhor, quando realizado com mulheres (exceção de Anita, que se afirmava bissexual).

O ser lésbica era a expressão do encontro da preferência homoerótica com o afeto, e assim a possibilidade de criar e recriar o erótico e o prazeroso para cada parceira, em cada contexto. Quando discorriam sobre suas práticas sexuais, atentamo-nos a um tema em especial: como se dava a inserção dos métodos de proteção às DSTs/aids. As respostas das participantes sinalizaram dúvidas em torno da prevenção no sexo entre mulheres. Pela complexidade do tema, este tópico foi bastante explorado durante a entrevista e por conta da riqueza das informações obtidas, a discussão dos relatos foi organizada no capítulo seguinte.

3.2 Práticas preventivas e o uso de métodos de proteção às DSTs/aids

Ao descreverem suas práticas sexuais, foi perguntado às participantes se utilizavam algum recurso que as protegessem de doenças sexualmente transmissíveis. Todas as mulheres apontaram que era importante utilizar algum método de proteção às DSTs/aids numa relação sexual com outra mulher, mas nenhuma delas fez uso de quaisquer recursos nas práticas sexuais realizadas. Tais dados foram semelhantes aos encontrados nos estudos de MEINERZ (2005) e de BARBOSA e FACCHINI (2009).

MEINERZ (2005), ao estudar sobre a parceria homoerótica feminina na cidade de Porto Alegre (RS), buscou investigar como a prevenção ou a inserção de algum método protetivo na relação era feita nesse contexto de relacionamento. Surpreendentemente, a pesquisadora obteve que das 10 mulheres que participaram de seu estudo, nenhuma delas fazia uso de algum recurso e, portanto, as relações sexuais eram realizadas sem qualquer cuidado a respeito da transmissão de doenças pela via sexual. O que não significava que as mulheres desconheciam os possíveis riscos a que estavam expostas; as participantes entrevistadas por MEINERZ (2005), tal como as desta pesquisa, reconheciam a possibilidade de doenças, porém a falta de informações e de recursos viáveis sobre a prevenção no sexo entre mulheres culminava na não efetivação de práticas preventivas.

As respostas obtidas pelas nossas participantes sinalizaram que, se por um lado não houve o uso de quaisquer recursos de proteção, de outro, existiu o reconhecimento da importância em inseri-lo na cena sexual com a parceira, como mostram os exemplos abaixo diante da pergunta "Durante a relação, vocês usam algum método de proteção?":

> Não, não.
> Na verdade, é um assunto que eu não conheço muito. Eu acho que pode ter riscos de doenças, mas enfim, a gente [Cíntia e a namorada] está sempre fazendo um monte de exames, direto, a cada seis meses, tanto eu quanto ela, a gente vai na nossa ginecologista e faz todos os exames. (Cíntia)
>
> Nunca usei porque assim... hum... como eu posso te explicar isso, hein? É muito complicado explicar isso. Eu ficava com as meninas, mas me envolver num relacionamento sexual, eu conhecia ela bem, não era aquele negócio de conheceu e vai fazer sexo e tudo mais, entendeu? (...) Mas eu acho que tem que ter alguma proteção sim, tem que ter cuidado, por mais que seja mulher. (Josi)
>
> Não. Mas eu acho que seria importante usar, eu acho que seria importante ter maiores informações para usar. (Flora)
>
> Com mulher, não. Mas eu acho que seria necessário, seria bacana. (Gisele)
>
> Não, não usei. Eu acho que o correto seria né, seria usar, eu acho que seria necessário. (Anita)

Apesar de obtermos respostas sobre a percepção de risco, sinalizando a importância de se inserir algum método de proteção às DSTs, não descartamos a possibilidade dessas respostas terem sido dadas em consonância com o fenômeno de desejabilidade social, visto que a iniciativa de discorrer sobre o tema de práticas preventivas não havia sido da participante. Assim, diante da pergunta se tinha utilizado algum método de proteção na relação sexual, a entrevistada poderia supor que o "correto" era usar, e por isso, mesmo não tendo feito uso, afirmava a importância de inseri-lo na cena. De toda maneira, o tema foi problematizado ao longo da conversa com cada uma, buscando explorar e entender detalhadamente a possibilidade e a dificuldade de se realizar práticas de sexo seguro com mulheres.

O não uso de um método de proteção às DSTs/aids, paralelo à declaração da necessidade de dispor de algum método, nos levou a procurar compreender tal incongruência. As explicações sobre o não uso foram atribuídas ao fato de desconhecerem os métodos disponíveis, pela indisponibilidade de recursos viáveis ou

pelo estranhamento que inserir um método de proteção na cena sexual poderia causar à parceira, uma vez que tal atitude poderia ser interpretada como sinal de desconfiança ou inadequação. Na tentativa de promover uma discussão mais consiste, discorreremos a seguir, sobre cada uma dessas explicações que surgiram nos relatos.

O estranhamento que poderia ser criado ao propor o uso de um método de proteção foi referido ao desconforto de ser comparada a um homem e ao julgamento de ter tido uma atitude tipicamente masculina. O fato de ter o preservativo – e o processo envolvido em sua compra/aquisição – ainda aparecem relacionados a uma responsabilidade do homem, fazendo com que as mulheres se sentissem menos à vontade de terem e, consequentemente, de proporem o uso de algum recurso na relação.

"Ao propor ou carregar preservativos, a mulher é vista como sexualmente ativa ou à procura de sexo – percepção que talvez contradiga as normas socialmente aceitas de sua passividade" (citado por GOGNA e RAMOS, 1999, p.239). Dessa maneira, numa relação entre duas mulheres, os valores de gênero acionados parecem deixar uma lacuna e causar desconforto a respeito de quem poderia ter e propor o uso da camisinha ou de quaisquer outros métodos de barreira às DSTs.

Pela escassez de estudos que discutissem as significações do preservativo (ou outros métodos) na parceria homossexual feminina, recorremos às pesquisas feitas com outras populações. Em estudo sobre masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais, GUERRIERO et al (2002) entrevistou motoristas de ônibus de uma empresa da cidade de São Paulo. A pesquisadora e colaboradores encontraram que a solicitação para o uso de camisinha mostrou-se cabível apenas ao homem; se partisse da mulher, era considerada adequada somente para fins contraceptivos. GUBERT e MADUREIRA (2008) destacaram as representações que garotos adolescentes com idades entre 14 e 19 anos faziam do uso da camisinha como algo importante nas relações sexuais, seja pelo temor de perder a garota por não ter o preservativo consigo ou pelo temor provocado pelo não uso ou pelo rompimento.

Outros estudos (BARBOSA, 1999; GOGNA e RAMOS, 1999; PINHEIRO, 2010) também indicaram a proximidade que há entre os sentidos do uso de camisinha

e sexualidade masculina. Sendo um recurso culturalmente atrelado ao homem, os valores acionados quando seu uso é proposto remetem à virilidade, proteção, disponibilidade e preparo imediato para o sexo, que podem causar incômodos para as lésbicas, especialmente àquelas que não recorrem aos valores de masculinidade hegemônica enquanto traços identitários. A ligação que o preservativo faz com a sexualidade feminina, pareceu ocorrer pela sua função contraceptiva, e não pela via da sexualidade (GOGNA e RAMOS, 1999).

Cabe ressaltar que nos relatos das nossas entrevistadas havia clara distinção entre ter atitudes ou características corporais "masculinizadas" e **ser homem**. Todas as participantes se percebiam mulheres e o fato de apresentarem alguma característica masculina (por elas apontadas como masculinas), seja no jeito de se vestir ou em algum comportamento específico, não implicava necessariamente em incômodos. O desconforto pareceu advir do fato de serem tomadas e categorizadas como homem, sendo associadas a elementos não desejáveis da sexualidade masculinidade (voracidade, impulsividade, disponibilidade incessante para o sexo, necessidade de trair a parceira, etc.). É nesse sentido que propor o uso de recursos de proteção na relação sexual com mulher pode ser desconfortável, porque dá margem para ser associada a elementos não desejáveis do ser homem.

Analisando um pouco mais cuidadosamente, compreendemos que o estranhamento referido pelas participantes não se esgotava ao receio de ser julgada como homem. A inadequação era subsidiada, sobretudo, pela falta de sentido que há, pelo menos até os dias atuais, em torno da inserção de métodos de proteção no sexo entre mulheres. Mara descreveu uma situação imaginando a resposta da parceira caso viesse propor seu o uso:

> Ela vai achar estranho, vai me dizer: "pô, porque usar a camisinha comigo, se geralmente ninguém usa?"

A não vinculação das práticas homossexuais femininas ao uso de quaisquer métodos de proteção no sexo permite-nos contextualizar a fala de Mara e entender o receio em se fazer propostas e consequentemente, provocar reação negativa da parceira. Assim, percebemos que o uso da camisinha é amplamente disseminado em contexto heterossexual ou homossexual masculino, mas há silêncio sobre o tema na situação de parceria feminina. Tal desigualdade é descrita por Gisele:

> Numa relação heterossexual é normal o cara parar na farmácia e comprar camisinha, agora entre mulheres eu não imagino isso acontecendo. Já tem essa dificuldade, o que a menina vai pensar? Estou louca!
> [Você acha que a menina podia ter alguma impressão de você por isso?]
> Podia sim, alguma impressão ruim. Como não é uma coisa comum, porque numa relação hetero já está convencionado que é comum, tem que usar mesmo, agora entre duas mulheres isso não é comum, então vai causar muitos pensamentos.
> [Pensamentos de que?]
> Ruins, negativos, por não ser comum. (Gisele)

O relato diz respeito do quanto que no contexto da prática sexual com homens o preservativo é possível de ser inserido. Mesmo que não tenha a camisinha em mãos (já que, frequentemente se espera que o homem proponha seu uso), a mulher percebe possibilidade de solicitar o preservativo como uma forma de prevenção às DSTs/aids, pois tal comportamento está inserido nos roteiros heterossexuais. A difusão de informações a respeito do uso do preservativo como uma das opções mais segura e eficaz na prevenção das DSTs/aids pelo Ministério da Saúde[13] é relatada pelas nossas participantes como um facilitador para que tal atitude seja executada pelos parceiros, porque culturalmente já faz parte da relação entre um casal heterossexual. Isso fica evidente quando as mulheres entrevistadas falavam que nas relações sexuais com homens o uso da camisinha foi condição para o sexo. Gisele ao responder se utilizou algum método de proteção nas relações sexuais que teve com homens e mulheres marcou claramente essa diferença:

> Com mulher, não. Com homem sim, a camisinha. (Gisele)

Assim, na atividade sexual com homens a camisinha é colocada como um recurso necessário para a realização do ato; quando não utilizada por qualquer motivo que fosse, o não uso fora percebido como uma falha ou erro:

> Não usei com homem. Estava me machucando, daí eu tirei a camisinha. É, fui idiota mesmo, porque eu tinha essa consciência. Mas eu não quis usar, naquele tempo eu vivia cada dia de uma vez, não tinha a perspectiva de que o amanhã existiria, tinha só 15 anos. (Alice)

Na direção oposta, o não uso de quaisquer métodos de proteção no envolvimento com mulheres não foi significado como falha ou descuido com a saúde. Para essas mesmas mulheres que falaram da importância do uso de algum

[13] Informação do site do Ministério da Saúde: http://www.aids.gov.br/pagina/por-que-usar. Acesso em 13/04/11

método de proteção na relação sexual com homens, isso se torna totalmente diferente na relação com uma mulher. A ausência da camisinha não compromete a concretização do envolvimento sexual e mais, o seu uso nem é cogitado pelas parceiras.

Patrícia descrevendo uma relação sexual que teve com um garoto, antes de iniciar seu primeiro namoro com menina, também salienta essa diferença:

> (...) começamos os malhos, beijos, e tal, o negócio foi esquentando e tal, quando a gente estava no momento "vamos que vamos", eu falei para ele pegar a camisinha e ele me falou que não tinha camisinha. Sabe o que eu fiz? Falei "olha, meu filho, sinto muito, não dá". Vesti a roupa, peguei um ônibus e voltei para minha casa. A camisinha era condição.
> [E se fosse uma menina?]
> Vish, eu nem ia pensar nisso! (Patrícia)

As duas participantes que não tiveram relações sexuais com homens e, portanto, poderiam trazer uma outra concepção acerca do uso de métodos de proteção no sexo com mulheres, também não fizeram uso. E ainda afirmaram que, caso viessem a ter envolvimento sexual com homens, não abririam mão da camisinha com o parceiro. Novamente, fica demarcado o quanto que a inserção de um método de proteção está relacionada à prática sexual com sujeitos do sexo masculino.

O uso da camisinha imprescindível para o sexo com homens apareceu no relato das participantes prioritariamente por sua ação de contraceptivo. A preocupação central numa relação com homem era a possibilidade de ficar grávida, e posteriormente a prevenção das DSTs, especialmente para aquelas que não faziam uso de nenhum outro método contraceptivo.

Na prática sexual com mulheres, por sua vez, como não há a necessidade de preocupar-se com a possibilidade de gravidez, o risco de contaminação pareceu-nos também ser deixado de lado. Essas considerações foram semelhantes às informações que MEINERZ (2005) obteve em seu estudo. A vinculação dos métodos de proteção prioritariamente à prevenção de gravidez, e não às DSTs, endossa mais ainda o sentimento de "inadequação" ou desconforto que propor seu uso poderia causar à parceira e a si mesma no contexto de parceira homossexual.

A necessidade da camisinha para proteção à aids e outras DSTs foi percebida como uma preocupação relativamente recente tendo em vista a difusão de informações nos últimos anos, alertando sobre a possibilidade de contrair doenças na

atividade sexual. O intenso trabalho no Brasil em torno da necessidade do uso do condom masculino demonstra, hoje em dia, claramente sinais positivos de mudança, concretamente indicada pelo aumento de seu uso nos últimos anos (BARBOSA, 2003).

Os significados do uso do preservativo no sexo com homens foi demarcado diferentemente pela questão geracional. As meninas mais novas (Gisele, 25 anos e Alice, 19) referiram-se a ele como elemento que *deve estar presente* para fazer sexo, pela proteção que oferece às doenças. Entre as mais velhas (participantes com idades superiores a 35 anos), a camisinha como recurso de prevenção às DSTs era "recente", pois seu uso era atrelado, prioritariamente, à função contraceptiva. Portanto, o discurso da prevenção amplamente disseminado a partir dos anos 1990 promoveu mudanças nos significados do uso do preservativo.

Ao contar sobre o início de sua vida sexual com homens, Anita descreveu com surpresa quando refletiu sobre o próprio comportamento, demarcando o quanto o uso da camisinha esteve primeiramente relacionado a seu efeito contraceptivo:

> Eu usava a camisinha, mas usava para não engravidar. A gente não tinha essa preocupação com doenças, muito louco isso. Hoje é totalmente diferente, eu tenho uma outra visão, né?! Você não conhece a pessoa, não vou para uma relação sem o preservativo, eu dôo sangue, antes a gente usava o preservativo para não engravidar. Naquela época não tinha aids, tinha sífilis, mas tudo curável, lógico que dava uma dor de cabeça, alguém podia acabar descobrindo, mas eram outras questões. Você não estava colocando sua vida em risco, o problema ali era pegar barriga, era engravidar. Hoje mudou. (Anita, 46 anos)

Retomando a discussão sobre os argumentos encontrados sobre o uso de métodos de proteção às DSTs/aids, além do sentido de inadequação ou estranheza, solicitar o uso também podia indicar dúvida quanto ao cuidado que a parceira dedicava à saúde, gerando uma situação de desconfiança entre o par. HEILBORN e GOUVEIA (1999), em estudo sobre sexualidade de mulheres (heterossexuais) de camadas populares do Rio de Janeiro, encontraram que o simples pedido vindo delas para usar preservativo poderia levantar algum tipo de desconfiança do parceiro, relativa à conduta feminina.

Não encontramos estudos no Brasil que discutissem possíveis incômodos gerados no casal lésbico diante da solicitação de métodos protetivos para a prática

sexual, mas os relatos das participantes sugerem significados semelhantes ao apontado por HEILBORN e GOUVEIA (1999), localizando o pedido do preservativo como questionamento a respeito da conduta da parceira.

O receio de que a parceira tivesse alguma doença ou que não desprendesse os cuidados necessários com a sua saúde sexual poderia ser relacionado a um comportamento de mulher promíscua ou relaxada, imagem essa muito criticada, pois feriria valores em torno da feminilidade hegemônica, na qual a mulher é tomada por características maternais, de proteção e de cuidados (SVAVONE, 2005 e ALVES-PITANGUY, 2007). Ser julgada como promíscua ou que tem várias parcerias sexuais – evidenciado no momento em que é solicitada a usar algum método de proteção – deprecia o ser mulher.

Se a solicitação pelo preservativo no ato sexual com homens pode ter o sentido de auto proteger-se, inclusive prevenir gravidez, o que nos pareceu ser a preocupação central, a solicitação de métodos de proteção no ato sexual com uma mulher é revestido de julgamentos sobre a procedência sexual da pessoa, insinuando promiscuidade da parceira.

As construções de gênero estabelecem valores à sexualidade masculina e feminina diferentemente: a atividade sexual do homem, colocada como naturalmente incontrolável, justifica o porquê do homem raramente "negar fogo" (SILVA, 2002); a mulher, por sua vez, é mais fiel, menos impulsiva e, portanto, dificilmente se envolve em "aventuras" somente sexuais. A solicitação da camisinha por parte da mulher numa relação heterossexual parece ser feita mais tranquilamente porque parte-se do pressuposto que o homem tem (ou teve) várias parceiras sexuais, daí a necessidade de se prevenir (além do risco de gravidez). O sujeito do sexo masculino associado a alguém que tem atividade sexual frequente não fere sua masculinidade; ao contrário, desempenho e quantidade de parceiras podem reforçar noções de virilidade. Na direção oposta, propor o uso de métodos de proteção na relação sexual entre mulheres, pode adquirir o sentido de questionar o quanto a parceira é "moça direita", "honrada", o que em última instância significa também questionar a feminilidade. Esses valores reforçam a noção de que a prática sexual com mulheres é naturalmente mais segura com relação à transmissão de doenças, e por isso, dispensam maiores preocupações sobre DSTs.

Finalmente, o não uso de métodos de proteção também esteve atrelado ao argumento sobre a indisponibilidade de métodos viáveis, como afirmou Diana sobre os riscos de transmissão de doenças no sexo entre mulheres:

> riscos há... lógico que há, mas é difícil prevenir. Porque não sei se tem algum recurso viável. Recurso deve ter, mas viável. (Diana)

Ao longo da entrevista, Diana falou sobre a existência de recursos que poderiam ser usados, sugeriu alguns, ainda que em forma de perguntas, levantando possibilidades, mas também salientou a falta de informações sobre o tema da prevenção nas relações homossexuais femininas, dificultando a aquisição e a escolha dos métodos adequados para a prática sexual:

> (...) porque com o homem é fácil, bota uma camisinha no pênis e resolveu a história, com a mulher como é que você faz? Bota um *magipack*? Um filme? Não sei, cara... eu não sei como seria... aliás, preciso até saber como é que seria! Eu não tenho prática, eu nunca fiz, não uso, recursos existem, mas eu não sei qual usar. Recursos tem, mas é que... sei lá... preciso ver. Não sei como funciona. (Diana)

O reconhecimento da existência de algumas opções, concomitante com a dúvida sobre a quais materiais recorrer e onde adquiri-los também estiveram presentes nos discursos de outras participantes, como mostram os trechos abaixo:

> A gente [lésbicas] não tem essa oferta, igual tem com homem. Não tem essa opção. Eu já soube que existe camisinha para dedo, né? Não sei se você já ouviu falar. Tem essa pra dedo, eu nunca vi para comprar, em lugar nenhum. Também não vou falar que eu saí procurando, mas eu nunca vi para comprar, também não sei como está o acesso, é difícil, né, eu acho que é difícil num relacionamento entre duas mulheres. Bacana que tivesse o recurso e que fosse bem usual, tivesse por aí, vendendo em farmácias como se vende a outra [a camisinha masculina]. (Gisele)

> (...) eu acho bem mais difícil do que com um cara, bem mais difícil. Não é divulgado, ninguém fala nisso, na verdade, eu fico em dúvida, eu deveria usar com a Camila [parceira de Cíntia]? É uma dúvida minha! Eu estou compartilhando com você, parei para pensar porque estou aqui conversando com você. Essa coisa de métodos com mulheres, tudo eu acho, só acho, não tenho certeza, sabe? (Cíntia)

Assim, a partir do reconhecimento da importância de utilizá-los no sexo com mulheres, as participantes listaram alguns recursos, porém evidenciaram o quanto o assunto não é discutido e, portanto, não se sabe da efetividade dos materiais existentes, se são realmente necessários e úteis para as diversas práticas sexuais realizadas com mulheres, tampouco onde adquiri-los. Os recursos apontados

estiveram de acordo com as recomendações dos materiais informativos que tivemos acesso, produzidos por algumas ONGs (Grupo Arco-íris e Identidade).

Um dos recursos enumerados que poderiam ser utilizados foi a camisinha masculina para o caso de compartilhar objetos durante a prática sexual, apesar de que as participantes afirmaram não terem o costume de utilizar esses consolos ou objetos:

> Camisinha masculina seria interessante usar se você tivesse numa fantasia, numa relação que você fosse usar um pênis artificial, e aí você põe a camisinha no pênis, bem aquele estereótipo masculino, entendeu? (Patrícia)

> A menos que haja algum objeto, consolos, essas coisas, que eu nem curto muito, mas se tiver rolando, tem que colocar uma camisinha, aí é possível usar. (Diana)

> Porque eu não vejo como usar a camisinha masculina [na relação sexual entre duas mulheres], a não ser que for usar algum vibrador ou alguma coisa do tipo, aí serve legal. (Anita)

A camisinha feminina foi sugerida como uma boa opção para a relação sexual entre mulheres, por ser especificamente feita para a mulher, e assim, uma alternativa de proteção para as diversas práticas sexuais da relação homossexual:

> Eu fico imaginando que com mulheres dá para usar a camisinha feminina. Ah, eu acredito que dá para várias práticas. É a única coisa que me vem a cabeça... que outra coisa poderia usar? Eu não vejo... (Anita)

Apesar da vantagem de ser feita para o corpo da mulher e de poder ser utilizada em diferentes práticas sexuais (no sexo oral, na penetração, etc.) seu uso foi duvidosamente descrito quanto à maneira correta de colocá-la, para quais práticas é indicada e sua real capacidade de proteção. A questão da eficácia da camisinha feminina era dirigida a nós, pois as participantes não se mostravam certas se estariam protegidas ao lançar mão de seu uso. As mesmas mulheres que a sugeriram como opção para o sexo seguro, assumiam não saber como utilizá-la com a parceira:

> Não sei como usar a camisinha feminina com mulher. (Anita)

> (...) eu usaria... hum... camisinha feminina? É, acho que a camisinha feminina. Eu nunca vi uma camisinha feminina. Eu não sei como se coloca... eu não sei, eu não faço ideia. Para a prática de encostar os genitais... é a camisinha feminina, não é? Ai... eu não sei. A camisinha feminina também é para a penetração do pênis, não é? Mas ela não impede na relação de troca de secreção. Eu vou fazer isso para ver... vou usar a camisinha feminina pra testar... (Cíntia)

> Não sei, se tivesse algum recurso que, sei lá, eu não conheço a camisinha feminina, não sei se para o sexo oral ela funciona ou se é só para a penetração, entendeu? Se atender além da penetração, essa coisa do sexo oral, da região clitoriana, seria uma opção legal. Teria que fazer a experiência, mas se tem a feminina, vai na feminina! Já tem uma específica, né? Anatomicamente é mais definida para mulher, aí eu acho que seria uma opção para mulher. (...) Tirando a camisinha feminina, que eu nem sei se atenderia essa necessidade do sexo oral, do sexo com penetração, eu acho que não existe mais nada. Teria que deixar de fazer. (Patrícia)

Mara, única participante que fez uso da camisinha feminina em uma relação sexual não aprovou seu uso, descrevendo-a como desconfortável:

> Usei uma única vez a camisinha feminina. Parece camisinha de cavalo! Negócio horrível! Ela [parceira sexual] usou, mas é horrível... o trabalho que dá para colocar aquilo. Depois desistimos. (Mara)

Esse recurso também foi citado como um material pouco usual e ainda como uma opção cara e não encontrada gratuitamente nos serviços públicos de saúde:

> (...) eu insisto na camisinha feminina no sexo entre mulheres, apesar de ser cara, né? É mais fácil ter uma masculina, né? É inviável pelo preço. Tinha que ser mais barato. O governo não distribui!
> [Será que no posto de saúde não tem?]
> Já perguntei, não tem. (Anita)

BARBOSA (2003), ao discutir resultados de estudo realizado no ano de 1999 com uma grande amostra de mulheres sobre aceitabilidade da camisinha feminina (supomos que se tratava de práticas sexuais com homens), apontou ótima receptividade ao método. O estudo mostrou também que a ampliação de sua oferta na rede pública de saúde, poderia efetivamente aumentar as possibilidades de proteção para vários grupos da população feminina. Apesar de existir uma resposta favorável por parte de setores governamentais, "a distribuição desse método ainda acontece de forma localizada e sem garantia de continuidade" (BARBOSA, 2003, p.380). Um dos entraves para assegurar a disponibilização do método na rede pública, refere-se ao seu alto custo: pelo menos seis vezes mais caro que o condom masculino (BARBOSA, 1999 e 2003). Nas farmácias e lojas de equipamento médico-cirúrgico, o preço também tem oscilado, mas ainda é uma opção cara para o consumidor.

Apesar de o preço dispendioso aparecer como desvantagem, oito participantes de nossa pesquisa demonstraram atitude positiva em relação ao preservativo feminino, opinião também encontrada com mulheres heterossexuais (GOGNA e

RAMOS, 1999). Assim, promover o acesso à camisinha feminina pode ser uma estratégia para fomentar práticas de sexo seguro, entre mulheres com preferências hetero e homoeróticas.

A prática do sexo oral foi assinalada como a mais difícil de ser feita utilizando um método de proteção às DSTs/aids. Frases como "*sei lá, eu não conheço a camisinha feminina, não sei se para o sexo oral ela funciona ou se é só para a penetração*" (Patrícia) e "*ah, eu acredito que a camisinha feminina poderia ser usada para a prática do sexo oral. É a única coisa que me vem à cabeça... que outra coisa poderia usar? Eu não vejo...*" (Anita), mostram o quanto o tema da prevenção para a prática do sexo oral é cercado tanto por desconhecimento a respeito das opções disponíveis, quanto por dúvida se os recursos existentes realmente oferecem barreira à transmissão de doenças para essa prática.

O livreto "Chegou a hora de cuidar da saúde" produzido pelo Ministério da Saúde sugere evitar contatos com secreções e sangue da parceira, mas não traz nenhuma informação específica sobre proteção para o sexo oral. Os materiais informativos produzidos pelas ONGs recomendam para a prática do sexo oral o uso de alguma barreira entre a boca e os órgãos genitais, que pode ser obtida cortando-se uma camisinha ou através do uso de plásticos filmes. O grupo Arco-íris do Rio de Janeiro divulgou um recurso denominado "*sensation*", que se trata de um pedaço quadrangular de um material semelhante à camisinha, porém menos espesso e sem lubrificante, produzido especificamente para a prática de sexo oral na mulher (podendo, inclusive, ser utilizado por quaisquer casais). Quando questionamos aos integrantes da ONG[14] onde poderíamos adquirir o material, fomos informados que a produção do "*sensation*" acontece em pequena escala, não chegando a ser distribuído suficientemente nem para a população da cidade do Rio de Janeiro. Falta de verbas para a divulgação e para a produção do material em maiores escalas foram os maiores entraves apontados pelos ativistas da ONG, visto que não é financiado pelo Ministério da Saúde.

Deste modo, as mulheres de nosso estudo enumeraram algumas possibilidades de métodos de proteção, mas suas falas expressavam dúvidas quanto à

[14] Tivemos contato com integrantes da ONG durante o Encontro Nacional Universitário da Diversidade Sexual realizado em Campinas – SP no ano de 2010.

existência de outros materiais mais adequados e se as opções elencadas seriam viáveis.

Camisinha para língua foi outra proposta dada por três mulheres entrevistadas, porém duas participantes não souberam confirmar se é, de fato, um material disponível:

> A camisinha feminina é uma opção para o sexo oral, que é uma prática muito comum entre mulheres. (...) Porque por mais que não queira, tem uma troca de fluidos ali, né? Então acho que seria interessante o uso de algo pra envolver, sei lá, ou uma camisinha de língua, sei lá se existe. (Anita)
>
> Será que existe camisinha de língua? Se existir, é uma alternativa. (Josi)
>
> (...) em *sex shops* tem camisinha de língua, ou você pode pegar a camisinha masculina, cortar e pôr na vagina. (Alice)

Quando questionadas sobre as alternativas que disporiam, além da camisinha feminina, para a prática do sexo oral, algumas mulheres informam:

> (...) filme de PVC? Aquele que embala alimentos? (risos) Porque eu to imaginando... de repente se está na cozinha, já pega o filme, embala a vagina da mulher e vai (risos)! Não sei se seria viável, acho que seria meio estranho, meio esquisito, mas... acho que pode até dar certo. Não sei se é resistente o tanto quanto uma camisinha, mas enfim, acho que pode até dar certo sim. (Anita)
>
> (...) essa coisa do filme, tipo *magipack*, não sei se tem só isso, se existe outra coisa, se tem outra coisa no mercado. Tem? (Diana)
>
> Para fazer sexo oral, usaria um pedaço de *magipack*. Sabe *magipack*? É, acho que isso (risos). Putz... é foda, é foda, eu ia fazer um esforço, não posso te garantir com certeza porque na hora da loucura (risos), mas eu acho que eu usaria. (Cíntia)

Assim, o uso de plástico filme (tipo *magipack*) também foi uma sugestão presente em alguns relatos, contanto, nenhuma participante chegou a fazer uso desse recurso. Outras mantiveram a preferência em recorrer à camisinha feminina. A proposta do plástico filme era feita em meio a risos, sugerindo que seu uso ainda é uma alternativa pouco usual e exequível. Sua utilização na cena sexual foi descrita como inviável, tanto pela dificuldade de ter esse material acessível no momento do ato sexual, quanto pelo constrangimento e estranhamento que poderia causar à parceira, sendo somente um objeto de "quebra clima". Gisele apontou "*acho muito*

estranho usar um magipack, não acho que possamos ficar satisfeitas com isso. Eu acho que devia pensar mais...".

Em pesquisa realizada em Johannesburg, África do Sul, com 23 mulheres negras por meio de questionários autoaplicados (MATEBENI et al, 2009), procurou-se investigar as experiências e pensamentos delas sobre sexo seguro. Quase todas relataram preocupar-se com a epidemia da aids, mas nem todas faziam uso de métodos de proteção às DSTs. Muitas mencionam que as técnicas de sexo seguro disponíveis para lésbicas não são adequadas nem atraentes para o contexto sexual e impossíveis de usar. Assim, as mulheres africanas estudadas, semelhantemente as nossas, apontaram o uso da camisinha masculina e de cremes dentais como opções de sexo seguro, mas salientaram o quanto os materiais disponíveis não são *sexy* e estragam o momento (MATEBENI et al, 2009).

Finalmente, o não uso de quaisquer métodos de proteção às DSTs/aids nas relações sexuais esteve relacionado à falta de informações das participantes sobre o tema. As perguntas foram recebidas com surpresa e/ou dúvida e, nesse último caso, a entrevistada redirecionavam a questão: "*como assim? Eu devo usar alguma coisa?*"; indagações como estas, feitas por Cíntia, foram recorrentes entre as demais participantes. Os trechos abaixo ilustram como o não uso de métodos de proteção está relacionado a desconhecimento e a falta de informações sobre os riscos de transmissão de doenças e as possibilidades de prevenção:

> (...) pelo incrível que pareça não pensei em usar nada [no sexo com mulher]. Porque foi muito inesperado e eu não cheguei a pensar nisso, hoje aqui conversando com você que me veio à cabeça isso. Realmente eu poderia ter usado, mas não saberia o que no momento. (Anita)
>
> [Você usa algum método de proteção com a sua parceira?]
> Não, nada.
> [você acha que seria importante usar?]
> Ai... puxa vida... (silêncio). Não sei. Se não estivesse namorando e tivesse alguma relação sexual aí com certeza eu teria que usar algo.
> (...) eu acho bem mais difícil [me prevenir com uma mulher] do que com um cara, bem mais difícil. Não é divulgado, ninguém fala nisso, na verdade, eu fico em dúvida, eu deveria usar com a Camila [namorada]? É uma dúvida minha! Eu estou compartilhando com você, parei para pensar porque estou aqui conversando com você. Essa coisa de métodos com mulheres, tudo eu acho, só acho, não tenho certeza de nada, sabe? (Cíntia)
>
> O que poderia usar? Meu, eu queria ter alguma ideia...mas eu não sei. (Josi)

> Eu não sei se é verdade, mas eu escuto falar que é muito pequena essa transmissão entre mulheres, mas eu não sei, não sei se é verdade ou não, todo mundo devia ter um cuidado, seria melhor. (Gisele)

> [Você acha que teria que usar algum método de proteção com a sua parceira?] Na minha relação com ela, eu acho que não, se for pensar na... hum... é que veja, a gente está juntas há 18 anos. Dezoito anos é bastante tempo. (Patrícia)

Algumas respostas indicavam um desconhecimento a respeito do tema, sinalizando que não sabiam a quais recursos de proteção às DSTs/aids recorrerem; algumas verbalizam que elas sabiam ou já tinham ouvido falar sobre os materiais de proteção para o sexo entre mulheres, mas nunca fizeram uso por estarem numa relação estável ou por não saberem se era realmente necessário e então, acabavam por prescindir desse cuidado.

Menor preocupação com a prevenção de DSTs/aids esteve presente nas mulheres com relacionamentos estáveis, pois afirmaram que o uso de métodos de proteção era dispensável a partir da fidelidade acordada com a parceira; dado este semelhante ao encontrado no estudo de BARBOSA e FACCHINI (2009). Uso pouco freqüente de métodos de proteção às DSTs também são recorrentes entre casais heterossexuais que estão em situação conjugal, como apontam alguns estudos (BARBOSA, 1999; BERQUÓ, 2000 e SILVA, 2002).

Na pesquisa de MATEBENI et al (2009) as mulheres lésbicas de Johannesburg (África do Sul) que não praticavam sexo seguro relataram que não o faziam por não conhecer as medidas de segurança, por ignorar a possibilidade de transmissão de doenças ou ainda pela confiança na parceira. Motivos esses muito semelhantes aos encontrados pelas nossas participantes.

Se a inserção de quaisquer métodos não é bem vindo na parceria lésbica pela estranheza que pode causar, como se fosse algo sem sentido, tal comportamento nos pareceu ser percebido mais desnecessário ainda entre mulheres em situação conjugal, pois propor seu uso com a parceira poderia ser tomado como questionamento sobre fidelidade.

Tendo em vista os poucos estudos que encontramos na literatura sobre prevenção e uso de métodos de proteção em mulheres homossexuais[15], recorremos a outros grupos populacionais para uma discussão mais consistente. Informações a respeito do uso da camisinha pelas nossas participantes foram análogas às encontradas entre casais heterossexuais; alguns trabalhos (GUIMARÃES, 1994 e 1996) mostram que o uso de preservativo masculino nas relações estáveis leva a uma situação de desconfiança entre o casal por funcionar como um elemento questionador da fidelidade, sentimento importante, definidor e idealizado do casamento. O preservativo é melhor inserido nas relações extra-conjugais, pois com a esposa a proteção é significada em meio ao sentimento de amor e companheirismo, que dispensa o uso de métodos (SILVA, 2002). Grande parte dos estudos indica que as mulheres mais vulneráveis às DSTs pertenciam ao grupo de mulheres em relações estáveis (CARRENO e COSTA, 2006) e que iniqüidades nas relações de poder são os fatores que mais influenciam neste comportamento (HIGGINS e HIRSCH, 2008).

Como já levantado por alguns autores (GUIMARÃES, 1994 e 1996; GIFFIN, 1997 e GOGNA, 1997), preservativo não dialoga facilmente com casamento; os valores simbólicos em torno da fidelidade criam "dois mundos" onde as concepções sobre o preservativo são representadas diferentemente: um dentro da relação estável, e outro, com outras parceiras no contexto extraconjugal.

No relacionamento entre mulheres, percebemos que a ideia de que preservativo não combina com casamento também se fez presente, pelo sentido que a fidelidade adquiri na relação conjugal. Porém, não há a divisão de "mundo de dentro" e "mundo de fora" porque discussões sobre quaisquer preservativos estariam num passo anterior: não há inserção de métodos protetivos em nenhuma ocasião, nem com a "esposa", nem em uma relação casual.

Assim, o repertório cultural que determina valores em torno da sexualidade e estabelece as regras da relação conjugal, colocando a fidelidade feminina como algo *natural*, parece dificultar o trabalho da prevenção em contexto de parceria homossexual feminina.

---

[15] Encontramos poucos estudos na literatura brasileira que discutissem saúde sexual e prevenção de DST/aids em mulheres que fazem sexo com mulheres, além dos dois estudos consistentemente citados ao longo desta dissertação: o de Barbosa e Facchini (2009) e o de Meinerz (2005).

Diante da percepção de risco de contaminação, as estratégias de prevenção nos roteiros homoeróticos femininos são baseadas em avaliar a pessoa com quem se vai ter uma relação sexual. A possibilidade de não fazer sexo logo num primeiro encontro permite uma aproximação entre as mulheres, e assim, informações mais detalhadas e profícuas sobre a pessoa com quem se pretende ter uma relação sexual.

> É preciso conhecer a menina para viver algo sexual com ela, (...) você não conhece a pessoa, vai lá e transa com ela, pode ser que ela tenha alguma coisa, pode ser que não tenha. O cuidado que eu tinha era observar se ela era limpinha, sabe, se ela se cuidava, eu me apego muito a esses detalhes, se é uma menina que se cuida, é uma menina que vai estar sempre cuidando do bem estar dela. Vamos supor, se eu encontro uma menina que tem pêlos na perna, não! Eu vou dizer que essa menina é suja! Eu vou imaginar isso, pode ser que ela não seja, mas na minha concepção é isso, você tem que ter uma higiene pessoal, tanto da mulher quanto do homem, começa daí. (Josi)

> Depois de uma conversa, depois que você vê o quando que a menina é asseada, quanto ela cuida dela mesma, daí você sabe se vale a pena ou não. Quando a gente conhece uma pessoa nova a gente nunca sabe, entre nós [lésbicas] não tem esse negócio de conhecer uma pessoa hoje e já ir para cama hoje, a gente procura se conhecer um pouco. Acho que precisa conhecer um pouco da pessoa antes de ir cama.
> [Mas esse conhecer antes tem a ver com o se prevenir sexualmente?]
> Também. Porque a gente conversando com a pessoa, sabendo um pouco do passado dela, a gente já percebe se é uma pessoa que se cuida bem, por exemplo, observar a pessoa tomando banho, você já sabe o quanto de higiene ela tem. (Mara)

Interessante ressaltar que quando Mara foi questionada sobre usar essa estratégia de conhecer antes de ter um envolvimento sexual com um homem, ela disse que não seria possível porque "*homem é aquela coisa, homem vai com qualquer uma, se não rolar uma atração, a mulher não vai com outra mulher, só por ir, não vai, o homem já vai.*"

Uma participante salientou que a estratégia de avaliar a pessoa a partir de seus hábitos de higiene não é garantia de prevenção das DSTs: *aquela coisa que todo mundo é limpinho, que porra é limpinho? Tomou banho é limpinho? Não, eu sei que não é! Tem riscos... e não sei o que fazer* (Diana). Todas as mulheres entrevistadas indicavam a estratégia de conhecer a pessoa antes de ter algum envolvimento sexual como alternativa mais acessível e recorrente entre as lésbicas; mas, por outro lado, algumas, como Diana e Josi, reconheciam que tal procedimento não era garantia de estarem seguras quanto à transmissão de doenças pela via sexual. Mas, diante da falta

de informações precisas sobre a prevenção nas parcerias homossexuais femininas, este era o recurso mais utilizado, apesar de não ser completamente garantido.

Esses dados são semelhantes ao encontrado por MEINERZ (2005) nas quais as mulheres entrevistadas por ela afirmaram que a prevenção entre lésbicas se dá em conhecer com quem se vai para a cama. A estratégia de conhecer o parceiro(a) sexual como recurso de proteção às DSTs também foi referido entre pessoas com práticas heterossexuais (GOGNA e RAMOS, 1999). De acordo com GOGNA e RAMOS (1999), a seleção de parceiros utiliza técnicas diferentes para cada gênero: os homens procuram distinguir entre a dona de casa e outro tipo de mulher (da rua, com vida sexual muito ativa); as mulheres fazem sua seleção obtendo dados sobre a vida do sujeito, por exemplo, como o parceiro se comporta, onde mora, como é sua família, com quem costuma sair, lugares que frequenta, etc.

O "conhecer bem a pessoa" referido pelas nossas participantes utiliza-se das técnicas recorridas por homens e mulheres apontadas no estudo de GOGNA e RAMOS (1999). O proteger-se, portanto, se dava tanto no fato de evitar contato com mulheres "vadias", ou que tivessem número elevado de parceiras(os), (discorreremos detalhadamente a diante), como também na observação cuidadosa sobre sua vida pessoal.

As relações estáveis foram referidas como mais seguras, pois com a aproximação e intimidade conquistada é possível conhecer comportamentos da companheira, antigos namoros, até mesmo hábitos de higiene, como o modo de tomar banho e escovar os dentes, permitindo que (outras/novas) práticas sexuais sejam incluídas. Tanto para meninas que se encontravam solteiras como para as que estavam em relacionamentos estáveis, o namoro foi apontado como a maneira segura de se ter um envolvimento sexual:

> Com o namoro é possível incluir outras práticas porque depois que você namora, você consegue saber o tipo de comportamento, você vai analisar o comportamento dessa pessoa, antigos namoros dela, eu acho que só analisando o comportamento, você já vê o quanto ela é solta na cama, se tem o perfil de quem nunca se cuidou, nunca se preveniu, ou se ela tem alguma consciência, entendeu? (Gisele, solteira).

> Em uma relação estável, quando há amor pela outra pessoa, aí sim é possível incluir certas práticas, porque você convive, você confia, você está tendo uma relação, você está namorando, sabe quem ela é. (Josi, solteira)

> Na minha relação com ela, eu acho que não é preciso usar nenhum método, se for pensar na... hum... é que veja, a gente está juntas há 18 anos. Dezoito anos é bastante tempo. Para pensar métodos de proteção eu tenho que sair da minha realidade, ir para uma situação, de que se eu estivesse *free*, saindo com uma, com outra...entendeu? (Patrícia, mora junto com a parceira)

Quando não se tem ou não é possível ter informações mais detalhadas sobre a mulher, a opção para se prevenir das DSTs é abster-se de algumas práticas, como por exemplo, o sexo oral, assinalado como menos seguro:

> Caso estivesse solteira, eu evitaria o sexo oral, que seria uma judiera (risos), ou teria que... hum... não sei, não sei, se tivesse algum recurso que... sei lá. (Patrícia)

> [Em uma situação em que se acaba de conhecer uma menina] não dá para fazer sexualmente quase nada. No máximo, pôr a mão. Não me disponibilizaria, de jeito nenhum, a fazer o sexo oral. Sexo oral só com namorada, eu não consigo, tenho muito esse bloqueio, o bloqueio é a preocupação. Eu acho que ninguém deve arriscar. As pessoas não têm consciência, isso me incomoda, então eu prefiro me prevenir, sei lá, prefiro me prevenir. Como é difícil se prevenir, o meu comportamento é esse. Se eu estou com uma menina que eu não conheço muito bem, não sei o tipo de comportamento de prevenção dela, eu não vou fazer nada mais além de colocar a mão, nada. (Gisele)

Conhecer a pessoa com quem se vai para a cama, segundo as participantes, a partir de observações da vida pessoal e sexual fornece, dentre outras coisas, dados sobre o cuidado desprendido com a saúde sexual e assim, permite julgar o nível de contaminação possível com aquela parceira. Essas observações sobre a vida pessoal, como por exemplo, namoros antigos e comportamentos especificamente sexuais, são permeados por valores de gênero, fazendo com que mulheres classificadas como mais "soltas" ou "desinibidas" manifestem maiores riscos de transmitir doenças pela via sexual, visto a proximidade que têm com comportamentos "promíscuos" e pouco desejáveis de serem manifestados por uma mulher.

De acordo com HEILBORN (2003), a adoção de métodos de proteção "esbarra em definições cristalizadas de "pureza/poluição" dos parceiros, fazendo com que a ideia de 'pessoa conhecida' – leia-se aquela que, em princípio, compartilha o mesmo universo de valores – recaia fora do campo de um possível agente de contaminação" (p.203). Assim, problematizar o uso de métodos de proteção no sexo requer discussões sobre os níveis de pureza ou poluição que são atribuídos aos parceiros sexuais, níveis esses que dependem, dentre outras coisas, da

proximidade da pessoa e dos julgamentos estabelecidos diferentemente a homens ou mulheres, de acordo com os estereótipos de gênero.

Como estratégias de prevenção no sexo entre mulheres, além da observação e julgamento da vida pessoal, são estabelecidas hierarquias de parcerias, na qual as bissexuais são classificadas como "grupo de risco" e as que mantêm envolvimentos exclusivamente lésbicos como as que oferecem menores ou risco zero de contaminação. Nas falas das mulheres entrevistadas a depreciação da bissexual ficou evidente especialmente por parte daquelas que se reconheciam como lésbicas e, portanto, consideravam pequena a possibilidade de vir a ter envolvimento com homem:

> Está aí uma coisa que eu não suporto! Bissexual é a pessoa que vive em cima do muro, não sabe o que quer da vida. Sentir prazer com os dois? Tá, tudo bem, mas como tudo na vida, a gente tem que escolher um caminho. Eu não gosto de pessoa bi. Eu nunca vou para cama com uma menina bi. Já fui com garota de programa, mas isso não significa que elas sejam bi. (Mara).

> Eu nunca me relacionei com puta, por exemplo, grupo de risco, bissexual...
> [O que que tem a bissexual?]
> Porque também transa com homem, tem um tipo de relacionamento diferente, está sujeito a outros tipos de... é... é tão complicado se proteger numa relação com mulher... (Diana)

As mulheres que tiveram ou que consideraram a possibilidade de vir a ter uma relação com homem, mostraram-se menos aversivas às bissexuais. Mas, esteve presente no discurso de todas entrevistadas ideia de perigo de contaminação mais próximo ao envolver-se com uma garota bissexual. Isso é demarcado quando Josi fala que percebe que as relações entre lésbicas oferecem riscos também, mas quando tenta explicar "de onde vêm" esses riscos, acaba por culpabilizar a bissexual, e por última instância, o homem:

> Até a menina chegar em mim ela já passou por uma história. (...) Pode ser só com mulheres também, mas é o que eu falo, ela tem relacionamentos com mulheres, mas as outras mulheres podem ter tido com o cara, é muito história, é muita coisa, tem muita menina que fala que é lésbica, ela fala que é lésbica, mas sai com caras e aí você fala "como assim!" [tom de desaprovação]. Aí que vem o medo.

Ainda persiste uma concepção de que a relação sexual entre mulheres é por si só fator de proteção, por não haver contato com o agente de transmissão de doenças – o homem.

Tais discursos mostram que as ações de proteção às DSTs/aids são vistas como menos necessárias no sexo entre mulheres a partir de concepções de que mulheres são menos promíscuas, menos propensas a estabelecer relações especificamente sexuais e, portanto, oferecem menores riscos de transmissão de doenças. Nessa direção, as mulheres são colocadas como fiéis e sem suspeita de possíveis traições da parceira. A procura por relações extraconjugais foi relacionada à busca por afetividade/companheirismo e não – ou na minoria das vezes – por motivos propriamente sexuais.

Esse quadro salienta a falsa crença de que as mulheres raramente ou nunca são as responsáveis pela transmissão de DSTs e nega a possibilidade de infidelidade por parte delas, reforçando um padrão hegemônico do feminino. A reafirmação entre lésbicas e bissexuais de que a mulher tem menos necessidades sexuais do que os homens as colocam numa posição mais vulnerável às DSTs e pode fazer com que elas desprendem menos cuidados com a saúde sexual.

Os discursos das mulheres entrevistadas marcaram claramente o quanto à introdução de algum método de proteção no sexo entre mulheres não faz parte de roteiros homoeróticos femininos e, por isso, inseri-los na cena sexual ainda assume um caráter de estranheza. Porém, a ideia que o sexo entre mulheres é cem por cento "asséptico" foi questionado por algumas mulheres, fazendo com que a noção de riscos de doenças estivessem presentes em seus relatos.

As estratégias de sexo seguro dadas pelas participantes como, por exemplo, fazer uso da camisinha feminina, camisinha para dedo, para língua e o uso de plástico filme estiveram de acordo com as orientações oferecidas pelos materiais de prevenção produzidos por ONGs. As informações oferecidas pelo Mistério da Saúde não trazem recomendações específicas.

Entretanto, as opções relatadas estiveram rodeadas por receios quanto a real capacidade de proteção e a quais práticas sexuais são indicadas, dúvidas estas sustentadas pela a ausência de discursos e de informações consistentemente divulgadas. A falta de clareza sobre o tema da prevenção nos indica que o pouco material produzido circula em lugares restritos e, portanto, as orientações não atingem grande parte de mulheres que fazem sexo com mulheres.

Reconhecemos os esforços que têm sido feitos para que primeiros passos sejam dados como, por exemplo, a publicação do livreto "Chegou a hora de cuidar da saúde" do Ministério da Saúde e os folhetos informativos das ONGs. A própria percepção de algumas participantes de que o sexo entre mulheres oferece riscos também apontam para mudanças nesta discussão. Entretanto, as recomendações ainda permanecem no papel e não estão sendo incorporadas no cotidiano dessas mulheres.

Supomos que os entraves que distanciam as recomendações dos órgãos competentes e a adoção de práticas preventivas nos comportamentos sexuais são inúmeros e complexos. Além da pequena divulgação dos materiais produzidos que já destacamos, percebemos outras dificuldades que merecem reflexões. Uma delas diz respeito às construções de gênero, na qual os valores que cercam a feminilidade parecem agir na contramão do discurso preventivo e vice-versa. Se a dimensão afetiva é importante para a sexualidade feminina, uma sugestão seria pensar na adoção de comportamentos de prevenção que dialogue com esta expectativa.

Outra dificuldade é a associação historicamente produzida da camisinha para prevenção da transmissão do HIV entre casais gays ou de seu uso para evitar gravidez nos envolvimentos heterossexuais. Em ambos os contextos, os discursos construídos em torno do preservativo não incluem necessidades de mulheres que se relacionam com mulheres. Tal argumento auxilia a compreender o fato de todas as entrevistadas relacionarem "camisinha" ao sexo com homens, prioritariamente como contraceptivo, e nunca no sexo com mulheres. O tema da prevenção no contexto lésbico nos convida a criar novos discursos sobre o preservativo e assim, incitar mudanças de comportamentos sexuais.

Discursos a respeito de práticas preventivas e o uso de proteção às DSTs na parceria lésbica, portanto, ainda são incipientes. Se recorrer aos métodos de prevenção não foi presente nos relatos sobre os comportamentos de nossas participantes, procuramos compreender quais ações de saúde sexual estavam sendo acionados ou não por elas, bem como seus significados. No capítulo seguinte, apresentamos a discussão desses resultados.

4. CUIDADO EM SAÚDE SEXUAL

Neste trabalho tratamos os direitos sexuais e reprodutivos como dois campos separados, assegurando a autonomia dessas duas esferas, sem, no entanto, ignorar que estão relacionados entre si.

Concepção, aborto, doenças sexualmente transmissíveis, violência sexual, assistência médica, inseminação artificial são questões cruciais que são colocadas para a política de saúde. Isso significa que o poder público deve assegurar os meios de promover bem-estar físico e mental, como também prevenir doenças e assegurar tratamentos e curas necessárias (ÁVILA, 2003) independentemente das orientações sexuais que estão em jogo. Desse modo, a área da saúde constitui-se um campo privilegiado de ação e intervenção para que os sujeitos tenham seus direitos sexuais e reprodutivos garantidos. Assim é que a sexualidade e o direito de usufruir de saúde sexual para vivenciá-la entram como áreas específicas da política de saúde pública.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2006 ofereceu-nos uma nova definição de saúde sexual, ampliando a que havia sido elaborada em 1975, incluindo noções de direitos sexuais:

> Saúde sexual é um estado de bem estar físico, emocional, mental e social em relação à sexualidade; não é simplesmente a ausência de doenças, disfunção ou enfermidade. A saúde sexual requer uma abordagem respeitosa e positiva da sexualidade e dos relacionamentos sexuais, assim como a possibilidade de ter experiências sexuais prazerosas e seguras, livres de coerção, discriminação e violência. Para que a saúde sexual seja atingida e mantida os direitos sexuais de todas as pessoas devem ser respeitados, protegidos e promovidos. [16]

A definição elaborada nos leva a concluir que "uma abordagem respeitosa e positiva da sexualidade" deve incluir pessoas cujos relacionamentos não são heterossexuais. Independentemente dos vínculos afetivo-sexuais estabelecidos, os sujeitos têm direito a usufruir de um estado de saúde sexual e ter seus direitos protegidos e promovidos.

A partir desses pressupostos, perguntamos às participantes do estudo o que elas entendiam e faziam para promover saúde sexual. Em seguida, discutíamos o papel do médico ginecologista e o espaço, inclusive da consulta ginecológica, para

[16] Traduzido de http:/www.who.int/reproductive-health/gender/index.html.

abordagem do tema "saúde sexual". Na ocasião da entrevista, nenhuma delas manifestou a decisão ou vontade de ter filhos, o que nos levou a depreender mais atentamente sobre as questões relativas aos direitos sexuais.

A saúde sexual de mulheres lésbicas e bissexuais na perspectiva dos direitos humanos suscita reflexões em, pelo menos, dois pontos: um deles diz respeito à liberdade da mulher, enquanto sujeito livre e responsável por seu corpo, em escolher, optar e decidir sua orientação, preferências e práticas sexuais sem sofrer discriminações (direito negativo). O segundo aspecto diz respeito à saúde, enquanto direito de uma pessoa cidadã usufruir de cuidados e ações de saúde garantidas pelo Estado, e assim, gozar de um saudável estado de integridade física e mental.

4.1 – O que elas entendem e fazem para promover saúde sexual?

As ideias em torno do significado de "saúde sexual" dadas pelas participantes incluíam o cuidado com o corpo, inclusive órgãos sexuais, obtido na realização de exames, como o papanicolau e mamografias, e nas idas às consultas ginecológicas com regularidade. Sete das nove participantes referiram que vão às consultas com regularidade; Patrícia ficou mais de duas décadas sem assistência ginecológica, voltando a consultar-se algumas semanas antes de nossa entrevista, por perceber necessidade de se acompanhada em decorrência de sua idade (quase quarenta anos). Apenas uma única participante – Mara – apontou que a ida ao médico ginecologista deveria ser feita somente quando surgisse algo de *errado*, como por exemplo, dores no ato sexual ou presença de odores incomuns. Não seria assim, uma atitude necessária de ser realizada regularmente, e por isso, não se constituía uma ação promotora de saúde sexual. A resposta de Mara diante da pergunta "o que você entende por saúde sexual?" foi bastante interessante:

> Olha, na vida de um homossexual, principalmente feminino, isso não existe muito. (Mara)

Ela seguiu explicando que as idas ao ginecologista são recorrentes apenas entre as lésbicas que se reconhecem femininas, pois elas percebem a necessidade de irem a tal especialidade médica. Essa percepção é justificada, de acordo com Mara, pelo fato das femininas terem tido em algum momento de suas vidas ou de ainda

manterem relações sexuais com homens. Assim, a concretização de atividade sexual com homens seria uma importante porta de entrada para o serviço de ginecologia. Em contraste com as lésbicas masculinas:

> As masculinas não procuram o ginecologista, as femininas procuram ginecologista, pomadinha pra enfiar lá na vagina, elas procuram muito. Agora as masculinas... hum, porque a gente não tem relação com homem, e as femininas, pelo menos a maioria, já tiveram relação com homem, então elas se cuidam mais que a gente.
> [Você está se enquadrando num estilo mais masculino?]
> Mais masculino e não me cuido. Faz muito tempo que não vou a um ginecologista, mais de 10 anos. Eu não tenho nenhuma ação para cuidar da minha saúde sexual. (Mara)

O relato de Mara foi bastante destoante do discurso das demais participantes, pois foi a única que declarou não ter nenhuma ação de cuidado com sua saúde sexual, alegando que não ia às consultas ginecológicas com regularidade. De acordo com sua fala, mulheres lésbicas masculinizadas nunca ou raramente tiveram contato sexual com sujeitos do sexo masculino, o que as prescindem do atendimento ginecológico, salvo nas ocasiões em que há algo de *errado*.

Dados semelhantes foram encontrados na pesquisa conduzida por BARBOSA e FACCHINI (2009) na qual as mulheres que tiveram nenhuma ou poucas consultas com regularidade apontaram o ginecologista como um médico indicado para as que têm atividade sexual com homens, sejam elas bi ou heterossexuais; ou pelo menos, um médico cuja primeira consulta vem a partir da demanda advinda do início da relação sexual com homens. As entrevistadas que apresentavam trejeitos corporais masculinizados estavam entre essas; elas também localizaram o ginecologista como um profissional para tratar das DSTs, incluindo-se o HIV, que se transmite no envolvimento sexual com homem (BARBOSA e FACCHINI, 2009).

Assim, parece haver associação entre postura corporal masculina, não adesão aos cuidados ginecológicos e a ideia de que o relacionamento entre mulheres é seguro quanto à transmissão de doenças, visto que são adquiridas no sexo com homens.

A ida ao ginecologista enquanto uma ação promotora de saúde sexual surgiu no relato das demais participantes, no entanto, atrelada ao início de suas vidas sexuais com homens, especialmente diante da necessidade em adotar algum método

contraceptivo. Patrícia que ficara durante duas décadas sem atendimento dessa especialidade médica, justificou que não ia às consultas ginecológicas pelo fato de não ter que preocupar-se com a prevenção de gravidez e, portanto, não via outras razões para ir ao médico:

> Eu não tinha relações com homens, então não tinha necessidade de tomar anticoncepcional. Então pra que ir a cada seis meses ou um ano no médico? O que eu iria fazer lá? (Patrícia)

Tais dados são pertinentes à argumentação de BARBOSA e FACCHINI (2009) em relação à coincidência entre o fato de "ter como porta de entrada para as consultas ginecológicas o início da vida (hetero)sexual ou a maternidade" (p.S293) e um contato mais estreito com o serviço de saúde reprodutiva. As ações de saúde sexual quanto à assistência ginecológica ainda operam mais focadas nas questões reprodutivas e a partir da naturalização da heterossexualidade (LIONÇO, 2008).

Idas ao médico ginecologista sem regularidade como lacuna na promoção de cuidado com a saúde sexual nos pareceu ser um tema importante de ser problematizado, especialmente entre lésbicas que se reconhecem masculinizadas. A associação dessa especialidade médica ao início da vida sexual com homens e à contracepção podem contribuir para que mulheres que raramente ou nunca tiveram relação sexual com homens ou que não têm a necessidade de prevenir gravidez mantenham-se afastadas desse serviço médico. Se as noções de direito sexual incluem a obtenção do mais alto padrão de saúde sexual, incluindo acesso a cuidados e serviços de saúde sexual e reprodutiva, e implicam em procurar, receber e conceder informação relacionada à sexualidade[17], os direitos de mulheres que fazem sexo com mulheres não estão sendo respeitados e promovidos.

As discussões levantadas na Conferência de Cairo (1994) e de Pequim (1995) promoveram importantes questionamentos quanto à definição de direitos e estratégias para a concretização de políticas pautadas no princípio de equidade. Desde a década de 1980 iniciou-se no cenário brasileiro uma mudança conceitual no campo da saúde quanto à forma de apreender a mulher: da mulher-mãe, nos programas de saúde materno-infantil, à mulher-sujeito, mulher como individualidade

[17]Disponível em: http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/outraspub/ind_mun_saude_sex_rep/ind_mun_saude_sex_rep_capitulo1_p27a62.pdf Acesso em 15/02/2011

própria, e assim, dotada de necessidades de saúde para além da tarefa de gerar filhos (SCHRAIBER, 2008). Porém, após anos na construção de políticas que almejam ultrapassar abordagens biologicistas (focada na capacidade procriativa do corpo feminino), observamos o quanto a Atenção à Saúde da Mulher ainda opera centrada na saúde reprodutiva, permanecendo a sexualidade – e suas diversas formas de expressão – em segundo plano.

No caso de Mara, a falta de ações específicas para cuidar de sua saúde sexual foi justificada pela precariedade de materiais e informativos sobre sexo entre mulheres:

> Para os homens têm camisinha, esse pessoal que passa distribuindo camisinha, você vê o pessoal distribuindo camisinha masculina e não feminina, nem nenhum tipo de remédio, tem mais coisa para os gays como para os heteros. Você só vê coisa para homem.
> [E você acha legal ter mais campanha, divulgação (Mara interrompe)]
> Sim, seria bem melhor. (Mara)

A ausência de campanhas, de informativos, até mesmo de discursos médicos que incluam mulheres que fazem sexo com mulheres como sujeitos que também precisam de cuidados com a saúde sexual, favorece para que o tema permaneça obscuro e lésbicas/bissexuais sem informações pertinentes.

Para as demais participantes, a noção de "saúde sexual" implicava além de um cuidado relacionado à parte física, exigia também atenção com a parte emocional, indicando que a qualidade do sexo praticado era influenciada pelo estado de bem-estar consigo próprio:

> Acho que saúde abrange várias coisas, né, tem a saúde física, mas tem a saúde da cabeça também. Estar com a cabeça saudável é estar com uma pessoa sem culpa, sem receios, sem medo, sem vergonha, porque numa relação em que você tem que apagar a luz, o homem não pode ver teu corpo, é uma coisa doente, tem problema ali, não é uma relação saudável. Tem o lado físico, da saúde em si mesmo, cuidar de você, ir no ginecologista, se cuidar, mas tem esse lado da cabeça também, estar com a cabeça saudável, poder falar o que quer, poder conversar antes, durante e depois do sexo. (Anita)

> Padrão mental e padrão emocional eu também sei que podem interferir, então eu procuro cuidar isso também, com um padrão mais equilibrado. (Patrícia)

Patrícia, formada em Naturologia, tinha uma perspectiva holista em torno do que era "saúde", concepção essa que influenciava também em sua percepção sobre o que era saúde sexual. Assim, as respostas de Patrícia sobre ações de promoção de

saúde diferiram das demais participantes porque para ela, outros elementos como, por exemplo, a alimentação e o padrão vibracional de uma pessoa poderiam interferir diretamente no estado de saúde, elementos esses que não surgiram nas respostas das demais. Ela nos explicou que uma mulher com alimentação rica em queijo e derivados poderia aumentar a probabilidade de infecções vaginais, como a candidíase. Ou ainda, que uma situação de estresse, seja no trabalho ou mesmo uma dificuldade psicológica, poderia contribuir para baixar a resposta imunológica do organismo, favorecendo o surgimento de infecções no sujeito. Assim, saúde sexual foi apontada por ela como um estado muito maior do que ausência de doenças, que depende, dentre outras coisas de alimentação orgânica, situações de promovam o equilíbrio psicológico e físico, tais como uso de florais de *bach*, cromoterapia, etc.

Gisele também pontuou que o significado de saúde sexual, além de idas regulares ao médico ginecologista para cuidar do corpo, incluía:

> respeitar a si mesmo, nunca fazer uma coisa que você não concorde ou não se sinta confortável, respeitar o parceiro, honestidade. (Gisele)

O sentido de "saúde sexual", portanto, incluía ações para além de cuidados médicos/biológicos, inserindo estar com a *cabeça saudável* igualmente importante para o desfrute da sexualidade. A dimensão psicológica foi descrita na possibilidade do sujeito em descobrir comportamentos e parcerias sexuais que lhe satisfaçam, no desfrutar de suas escolhas sem culpa e também no fato de negociar certas práticas com a parceira de modo que não se sinta coagido a *fazer coisas que não concorde ou não se sinta confortável*.

Não sentir culpa, receios, respeitar-se a si mesmo optando por atitudes confortáveis no envolvimento sexual dizem respeito, sem dúvida alguma, às decisões pessoais e à esfera intra-psíquica do sujeito. A maneira como cada indivíduo se coloca na experiência sexual e o modo como lida com suas frustrações, dores, interesses, expectativas, certamente dependem dos recursos pessoais que cada sujeito desenvolveu ao longo de sua trajetória – única – de vida. Porém, chamamos atenção para o fato de que tais sentimentos/comportamentos não devem ser discutidos unicamente como responsabilidade do sujeito, sem conexão alguma com o sistema sócio-cultural o qual está inserido. Os recursos e as trajetórias individuais dependem do nível de conhecimento de cada pessoa, de escolaridade, de relações familiares, de

relações afetivo-sexuais, profissionais e da rede de apoio social (PAIVA, 2007). Esses aspectos, que vão compor a subjetividade, remetem invariavelmente à estrutura material e cultural que o circunda.

Ou seja, os recursos individuais dialogam o tempo todo e se constituem a partir das condições que cercam esse indivíduo. Razões de determinadas escolhas de vida e de certos desdobramentos da história de vida, situados na subjetividade do sujeito erigem das tradições culturais (HEILBORN, 2003).

Se as experiências sexuais constituem-se uma situação privilegiada nas quais características pessoais da personalidade de um sujeito são postas em ação, por outro lado, o modo subjetivo de ser está interligado com uma rede social muito maior, que atribui significado e determina, desde o seu nascimento, noções de certo, errado, bom e ruim.

Quando afirmamos a possibilidade dos sujeitos vivenciarem comportamentos sexuais distintos, descobrirem o que lhes é prazeroso no ato sexual, tal vivência não acontece isoladamente, dependendo unicamente da disponibilidade do indivíduo em explorar o corpo e se lançar em aventuras mais ou menos usuais. Se a possibilidade de ter experiências hetero, bi ou homossexuais fazem parte do desfrute sadio da sexualidade, reconhecemos que as diversas formas de vivenciá-la traz consigo diferentes significados oferecidos culturalmente porque "é por intermédio de valores que se modelam, se orientam e se esculpem os desejos e as trajetórias sexuais-amorosas" (HEILBORN, 2003, p.202). Compreender as atitudes em relação ao corpo e a sexualidade, portanto, implica em levar em consideração seu contexto histórico específico e os sentidos de certo, errado, normal e anormal que as práticas carregam consigo (WEEKS, 2000).

Quando Anita diz que desfrutar de saúde sexual depende também de vivenciar a sexualidade sem receios, ela localiza a experimentação/descobrimento do que é prazeroso relacionado com noções de aceitável ou inaceitável construídos socialmente.

A possibilidade de viver práticas sexuais não hegemônicas, de descobrir novas maneiras de tocar seu corpo, de forma negociada e consentida sem que esses comportamentos impliquem necessariamente em sentimento de culpa, nos mostra o quanto o desfrute da saúde sexual depende de um complexo processo de

aprendizagem do sujeito sobre seus direitos em relação a seu corpo e sua sexualidade. E mais, daquilo que é socialmente estabelecido como normal e aceitável.

O reconhecimento das diferentes práticas sexuais como direito do sujeito em vivenciar sua sexualidade é passo fundamental para uma sociedade mais igualitária, como defende ÁVILA (2003). Concomitante com a legalidade, precisa haver um intenso trabalho para discutir as questões de preconceito e discriminação, porque somente a afirmação de leis não se mostra suficientemente legítima na garantia de uma sociedade menos desigual e mais democrática.

Sabemos que a compreensão de que somos sujeitos de direito, vai além da simples transmissão/recebimento de informações objetivas. A dimensão individual e os recursos pessoais certamente interferem na maneira em que cada pessoa utiliza – ou deixa de utilizar – o conhecimento que tem acerca de seus direitos sexuais. Defendemos, portanto, que o exercício dos direitos sexuais não se faz unicamente em saber quais são os direitos implicados, mas depende também como cada sujeito, a partir de sua história de vida e de seus recursos pessoais, podem fazer uso desses direitos em seu dia-a-dia (PAIVA, 2007).

Desfrutar da sexualidade sem o sentimento de culpa, como nos apontou Anita, implica em valorizarmos a pesquisa social sobre o processo histórico que constrói a desigualdade; implica sobretudo, em considerarmos os processos de estigmatização que constroem acusações e culpas (PAIVA, AYRES, FRANÇA JR, 2004).

Verificamos que a "dimensão psíquica" apontada pelas participantes no estado de bem-estar consigo própria, ou na possibilidade de manter a *cabeça saudável* é imprescindível para o desfrute da saúde sexual. Desse modo, defendemos que a dimensão psíquica precisa ser incluída na promoção da saúde sem esquecer, no entanto, que está em constante relação com a dimensão social e programática.

Além dessa dimensão psíquica, as participantes verbalizaram que ter saúde sexual também dependia de uma esfera social, por exemplo, das condições de trabalho, da situação financeira, de problemas familiares, etc. Assim, além de estar bem consigo mesmo (ou ter a *cabeça saudável*), havia outros fatores que influenciavam o desfrute da vivência sexual:

> (...) estresse do trabalho, ou pela falta de trabalho, a falta de grana, um problema de saúde na família, ou quando você está mal, sei lá, acho que pode interferir. (Diana)

> Eu trabalho, ela [namorada] faz mestrado, vida cansativa e daí a gente deixa para lá o sexo. Isso me incomoda muito, eu quero estar sempre muito atenta pra essa dimensão da minha vida. (...) O trabalho estar sempre legal é impossível de acontecer, então quero estar atenta, porque eu quero viver. (Cíntia)

> Acho que é estar bem não só sexualmente, porque saúde sexual envolve o psicológico da pessoa. Por exemplo, quando você está muito estressado, no final do ano, eu fico extremamente estressada, porque eu trabalho, vende muito brinquedo no Dia das Crianças e no Natal, então eu fico extremamente estressada, não consigo me concentrar, você pode chegar, beijar, falar coisas maravilhosas, mas se eu não estiver no clima, não vai acontecer nada, então eu vejo que envolve uma parte psicológica. (Flora)

A OMS definiu saúde como um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença (WHO, 1946). A noção de saúde como um estado de bem-estar que inclui ações para além do cuidado biológico se fez presente nas falas das participantes. No entanto, como manter a esfera emocional sadia foi apontado como a mais difícil de ser obtida na relação com a companheira ou mesmo no dia-a-dia, em comparação com os cuidados com o corpo físico. Quando questionada a respeito do que fazia para promover a saúde mental, Diana nos respondeu:

> olha, eu faço exames preventivos, mamografia, papanicolau. Quanto à parte mental, hum... eu normalmente não faço absolutamente nada, está normal funcionando. É difícil fazer alguma coisa. (Diana)

Tais dados são preciosos, pois nos evidenciam que, apesar do reconhecimento de que saúde implica num estado de bem estar para além da saúde do corpo físico, o cuidado em saúde ainda parece estar centrado na figura do médico, priorizando-se o corpo biológico em detrimento das outras esferas, igualmente importantes. LIONÇO (2008) nos chama atenção para que enquanto no Brasil e em outros países da América Latina a questão dos direitos sexuais e da população LGBT avança a partir de demandas por direitos sociais (acesso a bens e serviços estatais, tais como previdência, saúde), nos EUA e Europa esses direitos avançaram desde demandas que invocam o direito à privacidade e a não sofrer discriminação, ou seja, dos

direitos negativos ou os da não intromissão do Estado e de terceiros nas escolhas individuais.

A autora segue, afirmando (2008, p. 17):

> Um dos desafios para o avanço dos direitos sexuais no Brasil e na América Latina, segundo sugere Rios (2007), é a tendência para a justificação biomédica desses direitos, o que nos lança novamente à problemática associação entre direitos sexuais e a ideia de 'saúde sexual'. Segundo o autor (idem), o discurso médico contribui em grande parte para a patologização de identidades e práticas sexuais socialmente estigmatizadas, alimentando e legitimando processos discriminatórios. Diante dessa afirmação, cabe esclarecer que a luta por um direito democrático da sexualidade requer a desmedicalização do discurso e das práticas a respeito dos direitos sexuais e reprodutivos, democratizando a discussão sobre sexualidade para alem do viés médico-biológico.

O desfrute de saúde sexual necessita de cuidado com o corpo biológico, mas não se limita a ele. A homo e a heterossexualidade reconhecidas enquanto práticas igualmente livres (ÁVILA, 2003), colocada a sexualidade num patamar de direito do sujeito, não devendo ficar restrita ao saber médico, democratizando a discussão para além do enfoque biológico.

A abordagem da saúde sexual e sexualidade nos pareceu ainda estar focada em noções de anatomia e fisiologia, em detrimento dos fatores sócio-culturais que levam ao aumento da vulnerabilidade. Discussões sobre alguns programas de prevenção ao HIV (PAIVA, AYRES, FRANÇA JR, 2004), por exemplo, mostram como alguns materiais informativos sobre infecção e transmissão da aids são centrados em informações biomédicas sobre as DSTs, reprodução, preservativos, contraceptivos e no imperativo de usá-las, numa linguagem prescritiva. A importância dos contextos, incluindo pobreza, violência estrutural, normas de gênero e a desigualdade de acesso à saúde que obstaculizam a prevenção em cada local, são raramente incluídos no conjunto de informação a serem disponibilizadas. Toda uma série de informações objetivas deixa de fazer sentido para as pessoas se a vida real apresentar obstáculos estruturais difíceis de confrontar individualmente (PAIVA, AYRES e FRANÇA JR, 2004).

Críticas semelhantes que PAIVA, AYRES e FRANÇA JR (2004) lançaram acerca de alguns programas de prevenção ao HIV, podemos fazer também com relação à promoção de saúde sexual de lésbicas e/ou bissexuais. O cuidado ainda está

centrado especificamente na assistência ginecológica, e mesmo essa ação não parece acontecer levando-se em consideração o contexto social, como normas de gênero, geração e pobreza. Além disso, apesar das participantes reconhecerem que "saúde sexual" não se trata somente de cuidado com o corpo físico, ações para cuidar da saúde emocional praticamente inexistem.

Os significados em torno de "saúde sexual" relatados pelas participantes, além do cuidado com o corpo físico e aspectos psíquicos, implicavam também em um acompanhamento da saúde física da parceira e da possibilidade de diálogo aberto sobre a vida sexual do casal. Isso foi mais expressivo nas mulheres que, na ocasião da entrevista, estavam em relacionamentos estáveis:

> Eu converso bastante com a Camila [parceira] sobre os conflitos da relação, a gente está sempre conversando, se está legal para mim, se está legal para ela, tudo, freqüência, o modo como fazer, a gente tem um diálogo aberto. Trazer esse diálogo é uma forma de eu cuidar da minha saúde sexual. (...) não só ir no ginecologista fazer um monte de exame, pegar o resultado, e falar está *OK*. Eu estou trazendo o cuidar da saúde para além do físico e do biológico, que é importantíssimo. Fisicamente a coisa está seguindo, mas e daí, o que eu faço com isso? Eu tenho uma relação, que é estável, então eu quero viver isso e da melhor forma possível para mim e para ela. E que as coisas sejam ditas, ditas mesmo, de prazer, de como fazer. (Cíntia, mora junto com a parceira).

> Procurar sempre informações com o seu ginecologista como se prevenir de doenças, porque isso é importante não só para você, mas para o parceiro que está com você também.(...) Eu sempre procuro saber se está tudo bem com ela [parceira], conhecer se está tudo bem. (Flora, mora junto com a parceira).

> O cuidar da saúde sexual está relacionado com a mulher que eu estiver também. O mesmo cuidado que eu tenho, ela tem que ter também. Eu preciso saber se ela foi ao médico, se teve alguma coisa importante. (Diana, solteira)

Para Patrícia, não somente o diálogo com a parceira, como o fato de estar num relacionamento estável era condição para promoção de saúde sexual. A estabilidade da relação e consequentemente, permanecer com a mesma parceira sexual era o que possibilitava conhecer a pessoa com quem se estava namorando, seus hábitos de higiene e assim, garantia de certo nível de saúde. Quando questionada como uma mulher solteira poderia usufruir de saúde sexual, Patrícia nos apontou:

> Não sei! Porque a estabilidade do relacionamento que é promotora disso. Eu acho que teria que ter, não sei... critérios, talvez eu tivesse critérios mais seletivos. Critérios mais seletivos para eu transar com uma menina que eu não conheço, entendeu? (Patrícia)

A presença de "*critérios mais seletivos"* para se ter uma relação sexual era o que, de acordo com Patrícia, poderia assegurar o desfrute de saúde sexual, especialmente quanto ao prevenir-se de doenças. O fato de conhecer a pessoa com quem se vai para cama, novamente apareceu como o recurso disponível de cuidar-se de si, privilegiando-se a partir dessa lógica, parcerias fixas. O que nos questionamos foi o quanto a existência de *critérios mais seletivos* pode ser sinônimo de saúde sexual, uma vez que tais critérios podem, não necessariamente, garantir a promoção de saúde. A escolha de parceiros sexuais baseados em concepções de "limpeza" e "sujeira", reforça noções de "higiene" culturalmente estabelecidas não assegurando por si só a prevenção de DSTs ou a qualidade da atividade sexual.

Como argumenta HEILBORN (2003) quanto à adoção de métodos de proteção ao HIV, os critérios utilizados pelos parceiros sexuais esbarram em definições sobre pureza/poluição; as pessoas que compartilham o mesmo universo de valores são aquelas colocadas fora da possibilidade de contaminação. A mesma noção parece ser acionada nas práticas sexuais entre mulheres. Ter *critérios mais seletivos* norteados por concepções de pureza/poluição, significa priorizar parceiras sexuais que compartilhem o mesmo universo de valores e assim, não representem (ou representem menores) riscos de contaminação.

A prática de sexo seguro vinculado ao fato de relacionar-se com uma só parceira, "evidencia uma associação entre saúde sexual e uma expectativa moral de conjugalidade e de exclusividade sexual" (MEINERZ, 2005, p.120), que em última instância, diz respeito aos padrões de comportamento esperados do gênero feminino.

Duas participantes que estavam solteiras (Alice e Josi) não referiram sobre a possibilidade de diálogo com a parceira como uma ação de promoção de saúde sexual, porém falaram que o uso de métodos de proteção no sexo entre mulheres poderia ser uma estratégia de cuidar-se de si e do outro. Alice e Josi pontuaram que práticas sexuais seguras quanto às DSTs deveriam fazer parte de qualquer relação sexual, inclusive com garotas. Paradoxalmente, ambas disseram que nas ocasiões em que transaram com mulheres não dispuseram de nenhum recurso. Tal informação, como discutido anteriormente, remonta as dificuldades e o silêncio em torno do tema de prevenção no contexto da homossexualidade feminina.

Josi nos relatou que o uso de métodos de proteção no ato sexual com mulheres era tão importante quanto na relação com garotos, argumentando que:

> Muitas acham que não vão pegar nada transando com mulheres e não tem penetração, mas existe a bi, né? A bissexual vai lá e transa com o cara, e tem uma penetração, tem uma coisa toda e ele pode não estar bem com a saúde e ele pode passar alguma coisa para você, e você passa para a menina. (Josi)

De acordo com a fala de Josi, percebemos que a prevenção com mulheres seria importante unicamente porque a garota com quem se está saindo pode ter tido algum envolvimento com homem, e este seria, em última instância, o responsável pela transmissão de DSTs. A bissexual seria, dentro desta perspectiva, o veículo potencial de transmissão de doenças para a lésbica. A mulher que mantém relações sexuais com homens – como se contaminada pela desqualificação moral que a eles se aplica – é apontada como fonte de riscos à saúde (BARBOSA E FACCHINI, 2009). Portanto, uma maneira de desfrutar de saúde sexual seria evitar relacionamentos sexuais com as bissexuais e adotar o uso de método de proteção mesmo com garotas que afirmem ter relações somente com mulheres, uma vez que elas podem ter tido, em algum momento de suas vidas, relações sexuais com homens. Esse argumento justifica a prática do sexo seguro entre mulheres somente para prevenir-se de quaisquer contaminações advindas, invariavelmente, do homem, "inocentando" a mulher. Mais que isso, faz com que a discussão sobre os riscos de transmissão de doenças na parceria lésbica permaneça obscura.

Vale ressaltar que o fato de não estar em relacionamento estável nos pareceu se configurar uma situação que favorece o questionamento a respeito do uso de método de proteção no sexo entre mulheres; em contraposição com a situação das participantes que namoravam ou coabitam com suas parceiras, na qual o uso de quaisquer métodos nem fora cogitado. A referência a qualquer tipo de precaução, embora pouco significante, é associada às relações com parceiras eventuais, tendendo a ser abandonada com o passar do tempo nas situações de conjugalidade; informação também obtida no estudo de MEINERZ, 2005. A dificuldade dos sujeitos em inserir métodos de proteção às DSTs quando estão em relacionamentos estáveis também é referida na literatura como presente nos casais heterossexuais (BARBOSA 1999; SILVA, 2002 e BARBOSA, 2003), não se configurando, portanto, uma questão exclusiva da parceria homossexual feminina.

Assim, os significados em torno de “saúde sexual” implicavam em um cuidado com o corpo físico e um cuidado com saúde emocional ou estado psicológico, reconhecendo-se que outras condições mais amplas, como por exemplo, estresse decorrente do trabalho, dificuldade de diálogo com a parceira interferiam diretamente na qualidade da vida sexual. As ações de cuidado com o corpo físico, obtidas na realização de exames e nas idas regulares ao médico ginecologista, foram apontadas como mais acessíveis de serem feitas. Outras dimensões que interferiam no desfrute da atividade sexual, como a saúde emocional, a possibilidade de diálogo com a parceira, de recusar certas práticas que não sejam confortáveis, etc. foram referidas como menos objetivas, e desse modo, mais difíceis de serem conquistadas e executadas na cena sexual.

A consulta ginecológica apesar de ser apontada pelas participantes como necessária para promoção de saúde sexual (com exceção do relato de Mara) não contempla e garante o desfrute sadio da sexualidade, tampouco é vista como um espaço para que questões referentes ao sexo entre mulheres sejam discutidas.

A experiência de vivenciar uma prática sexual não hegemônica, especialmente quando a mulher não manifesta comportamentos condizentes com os preceitos culturais do que é feminino, pareceram se constituir como os maiores obstáculos para a promoção da saúde sexual.

4.2 – A consulta ginecológica e espaços para abordagem da saúde sexual

Ida a consulta ginecológica com regularidade, situada como uma ação de cuidado com a saúde física, foi apontada como necessária (com exceção do relato de Mara), porém insuficiente para garantir a promoção integral de saúde sexual. Algumas dificuldades no contato com o médico foram relatadas, desde a revelação da homossexualidade, o sentir-se a vontade para a realização dos exames, até problemas estruturais, como a demora para agendar uma consulta no posto ou UBS de referência.

Seis participantes da pesquisa (exceção de Alice, Mara e Anita) alegaram que contaram para o médico(a) ginecologista na ocasião da consulta o fato de que se

relacionavam com mulheres. Alice por não ter vida sexualmente ativa não percebia necessidade de comunicar suas preferências eróticas ao médico. Mara que não ia a consultas ginecológicas havia mais de 10 anos, não soube nos informar como seria falar a respeito da lesbianidade com o médico. Ela nos disse que por apresentar-se masculinizada, imaginava que não teria como esconder o fato de ser lésbica, pois seus trejeitos corporais denunciariam a homossexualidade. Contanto, pressupunha que tal revelação não seria confortável de ser feita verbalmente. Anita, bissexual, nunca revelou ao médico que já tivera experiências homossexuais.

Entre as seis que revelaram sua situação afetivo-sexual, quatro afirmaram que a declaração da homossexualidade era importante porque possibilitava ao médico conhecê-las e, consequentemente oferecer orientações pertinentes as suas práticas sexuais. Para outras duas participantes, a maior motivação em comunicar o médico era decorrente da expectativa de não terem que responder perguntas que pressupunham práticas heterossexuais. No estudo conduzido por MEINERZ (2005), seis das dez mulheres entrevistadas também sentiram a necessidade de comunicar suas preferências sexuais ao médico para diminuir a lista de perguntas que elas entendiam não lhes dizer respeito.

De toda maneira, para todas as que revelaram a homossexualidade, dar continuidade à consulta sem a presunção de que mantinham relações heterossexuais possibilitou que a conversa com o médico acontecesse condizente com sua situação afetivo-sexual e dessa maneira, de um modo mais confortável. Paradoxalmente, as participantes afirmaram que mesmo após a revelação da homossexualidade acabavam não recebendo nenhuma informação a respeito da prática sexual entre mulheres. Dados semelhantes foram encontrados por BARBOSA E FACCHINI (2009), na qual era comum o desapontamento das mulheres que relatam ao ginecologista sua orientação sexual esperando em contrapartida alguma orientação específica.

Josi foi a única de nossa pesquisa que declarou que sua médica ginecologista (da UBS de sua referência) a alertou sobre a necessidade de prevenir-se de DSTs também no relacionamento com mulheres:

> Ela [médica ginecologista] me falou que tem que se cuidar, mulher também pega doença (Josi).

Mas que, no entanto, a médica não soube explicar claramente sobre as opções disponíveis de métodos de proteção, tampouco onde adquiri-los.

Perguntas feitas pelo profissional de saúde (especialmente o médico ginecologista) partindo do pressuposto de que eram heterossexuais, como por exemplo, sobre o uso de métodos contraceptivos e utilização da palavra "parceiro", foram recorrentes nos discursos, porém não foram vistas como um problema:

> Não me incomodaram as perguntas sobre prevenir gravidez. Faz parte do trabalho dele, faz parte do questionário dele, eu sou uma mulher e ele está perguntando, ele não tem obrigação de saber que sou homossexual. (Diana)

Outras participantes alegaram que, mesmo após esclarecerem que mantinham relacionamentos homossexuais, perguntas como estas sobre métodos contraceptivos voltavam a ser feitas, mas que tal situação não era um incômodo. O desconforto que poderia haver com o médico era decorrente da indiferença diante da revelação, que resultava na ausência de informações sobre cuidado com a saúde. O esclarecimento da situação afetivo-sexual frequentemente não modificava o desenrolar da consulta no sentido de receberem orientações pertinentes as suas práticas, como também verificado no estudo de BARBOSA e FACCHINI (2009).

Anita, apesar de ter tido experiências homossexuais e de ir frequentemente às consultas, foi a única que nunca havia conversado com seu médico sobre a prática sexual com mulheres, mesmo considerando importante fazer tal revelação. Ela se afirmava bissexual e no momento de nossa entrevista estava namorando um homem, condição essa que pode ter colaborado para que ela sentisse menor necessidade de levar questões sobre homossexualidade feminina para o médico. Em contraposição, as mulheres que se identificavam por lésbicas foram mais taxativas a respeito da importância da revelação da homossexualidade na consulta. Anita nos explicou que a dificuldade em falar sobre bissexualidade com o médico e fazer perguntas sobre a prática sexual com mulheres era, em grande parte, decorrente do fato de não se sentir a vontade para discorrer sobre o tema:

> Toda pergunta que fiz sobre sexo para o médico era em relação a homem. Olha, vou ser sincera... Essas coisas de mulher com mulher, com ele [médico ginecologista] aqui no posto eu não me sentiria à vontade. (Anita)

Ela seguiu afirmando que com o médico anterior, do plano de saúde pago mensalmente, até poderia fazer perguntas sobre sexo com mulheres, tirar dúvidas e

levar questões. Questionamos a ela o porquê da dificuldade em fazer perguntas com o médico atual (do posto) em relação ao do convênio:

> Eu acho que pelo médico particular ter mais que 10 minutos comigo, então eu me sentia mais livre, mais a vontade, aqui no centro de saúde, por mais que ele tente te deixar a vontade, não é um médico que você tem ligação. Por exemplo, o particular eu tinha o telefone dele, às vezes eu tinha um corrimento eu já ligava para ele, ele me ajudava, com o do posto eu não tenho isso. (Anita)

Assim, tanto o fato de revelar a homossexualidade quanto à possibilidade de falar com o médico ginecologista sobre quaisquer assuntos a respeito da prática sexual dependia do grau de intimidade e da abertura que o profissional oferecia à paciente para abordar temas especificamente sexuais. Isso foi presente tanto no discurso das participantes que utilizavam serviço de convênio médico, quanto entre aquelas que recorriam ao posto de saúde (usualmente chamado por elas de "médico do SUS").

Receio a respeito da reação do médico diante da revelação da homossexualidade foi umas das dificuldades relatadas no encontro com o profissional, porém essa preocupação não se mostrou suficiente para inviabilizar as idas às consultas. O que foi bastante problematizada pelas entrevistadas era a decisão de comunicar ou não ao ginecologista as preferências ou práticas eróticas. Mesmo com dúvidas de como o profissional reagiria, a informação de que mantinham relações com mulheres era, geralmente, considerada importante e, desse modo, não deveria deixar de ser exposta.

O que pareceu deixar as mulheres mais desconfortáveis era como iniciar o assunto, uma vez que frequentemente havia a necessidade de "quebrar" o pressuposto – presente desde o início da consulta – de que eram heterossexuais. A dificuldade se centrava, portanto, no fato de terem que "tomar coragem suficiente" para romper com a expectativa do médico de que mantinham relações com homens e o risco de sofrerem qualquer retaliação.

Cabe ressaltar que, como exposto por BARBOSA e FACCHINI (2009), para as mulheres que possuem características corporais masculinizadas, a consulta adquiri 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 complexa e difícil. De fato, Mara que entre as participantes de nosso estudo era quem se percebia "masculinizada" afirmou que o médico ginecologista era um médico para atender necessidades de lésbicas femininas, só devendo ser procurado pelas masculinas caso surgisse algum problema ou agravo à saúde. Patrícia pontuou o ginecologista como um profissional recomendado para lidar principalmente com a questão da contracepção e, portanto, necessário para mulheres que se relacionam com homens.

Nenhuma participante nos contou sobre uma reação negativa do médico diante da comunicação de suas práticas eróticas. Algumas chegaram verbalizar que, após falarem sobre seus relacionamentos homossexuais, certo clima tenso pôde ser aos poucos dissolvido, dando espaço para uma relação mais saudável entre seus médicos e elas, apesar do desapontamento diante da ausência de informações sobre proteção às DSTs. Caso o médico manifestasse uma reação de desaprovação ou que causasse qualquer constrangimento, as mulheres que utilizavam convênios particulares afirmaram que, sem dúvida, optariam por mudar de médico. Postura bem diferente das usuárias do SUS, na qual a impossibilidade de pagar um convênio médico deixava-as unicamente com a alternativa de recorrer ao posto de saúde de referência e, assim, ao médico disponível no serviço público.

> Aprendi que essa coisa de médico, se eu falo pro médico que sou *gay*, que sou lésbica, é problema dele administrar isso! Até agora nunca tive nenhum problema, mas sei lá, se eu tivesse algum problema, percebesse que teve alguma reação diferente, arrumava outro. Não ia me forçar a nada, porque eu falei, ele que trate da informação da maneira que ele acha... ele é um profissional. (Diana, utilizava convênio médico).

Destacamos como o lidar com a reação do médico foi completamente diferente entre as participantes do estudo, pensando nas diferenças de poder econômico. Entre as mulheres com maior poder aquisitivo, a reação negativa do médico diante da revelação de que se relacionavam com mulheres era solucionada com a troca do médico com quem se estava consultando. A saúde adquiri um status de bem consumível, assume o valor de uma mercadoria que é paga através do convênio médico. Dito de maneira resumida, o que está em questão não é o direito do sujeito violado; o foco recai na figura do médico, enquanto um produto que veio com "defeito" ou "não agradou" e, dessa maneira, precisa ser trocado.

Ter uma orientação sexual não hegemônica não se configura, de acordo com os Direitos Civis e Políticos, justificativa para estabelecer desigualdades entre as pessoas; ao contrário, essa condição não deve (ou não deveria) ser motivo/causa de ações discriminatórias. Os indivíduos são igualmente livres para fazerem suas escolhas, decidirem sobre seus(suas) parceiros(as) afetivo-sexuais, e serem tratados igualmente a despeito de suas orientações sexuais. A área saúde enquanto palco de atuação de direitos constitui-se um campo privilegiado de ação e intervenção para que os sujeitos tenham seus direitos sexuais e reprodutivos garantidos. Reação médica preconceituosa, que cause qualquer constrangimento ao sujeito diante da revelação da homossexualidade é, sem dúvida alguma, uma violação ao direito a não discriminação. Comportamentos do profissional da saúde que efetive ações de prejuízo ao indivíduo que buscou o serviço (por exemplo, quando o profissional passa atender o paciente mais rapidamente ou deixa de solicitar exames importantes) configuram-se também como uma violação, e neste caso, ao direito à saúde. Quando esta situação passa a ser solucionada com a troca do médico, cria-se um silêncio diante da violação dos direitos humanos: tanto com relação ao direito a não discriminação, quanto em relação ao direito à saúde.

O direito a tratamento médico adequado, a não discriminação por cor, crença e orientação sexual tem sido associados como inerentes à promoção do que se definiu recentemente como saúde sexual (PAIVA, AYRES & FRANÇA Jr., 2004). Para discutir sobre saúde sexual dos sujeitos, partimos do pressuposto de que as diferentes orientações sexuais devem ser tratadas com o mesmo respeito e colocadas como práticas igualmente livres, como defende ÁVILA (2003). A troca de médico (estratégia realizada por algumas participantes) nos evidencia que comportamentos discriminatórios por parte dos profissionais constituem a realidade de alguns atendimentos ginecológicos e que a questão do direito a não discriminação quanto a orientação sexual do sujeito ainda é violada.

As estratégias utilizadas pelas mulheres de menor poder aquisitivo que utilizavam o serviço de ginecologia dos postos de saúde ou UBS eram outras, sabendo que não poderiam simplesmente “trocar de médico”. Quando a revelação da homossexualidade era inviável e a possibilidade de diálogo precária, elas recorriam a médicos de outras especialidades (ou a outros profissionais da saúde como

enfermeiros, psicólogos, etc.), da mesma UBS que frequentavam, que tivessem maior grau de intimidade e abertura para levar assuntos sexuais:

> (...) com a médica do posto que eu passo, talvez com ela eu colocaria sim algumas questões [sobre sexo com mulheres], porque com ela eu já me sinto mais a vontade.
> [Ela é ginecologista?]
> Não, é clínica geral.
> [Então o grau de intimidade que você consegue construir com o médico conta mais do que a especialidade dele?]
> Isso, com certeza. É por aí. (Anita)

O médico ginecologista não era trocado por ser o único disponível na Unidade. Tal condição colaborava para que as usuárias do serviço público tentassem mais expressivamente revelar e conversar sobre a homossexualidade, se não com o ginecologista, com algum profissional com quem tivessem mais confiança.

As queixas das mulheres que utilizavam o serviço público de saúde (quatro participantes: Anita, Alice, Josi e Mara) não estiveram centradas na figura do(a) médico(a) ginecologista em si; mas sim em outras questões de ordem estrutural do serviço, como o demasiado tempo de espera para se conseguir agendar um atendimento e no tempo de duração da consulta rápido demais:

> Aqui no centro de saúde, por mais que ele tente te deixar a vontade, não é um médico que você tem ligação. Você passa hoje, vai demorar uns 2 meses para sair o resultado do exame, e só no outro ano que você vai passar novamente, a não ser que você tenha algum problema, você não tem um vínculo, vamos colocar assim. (Anita, usuária do serviço de ginecologia da USB de sua referência).

> Lá [na UBS que frequenta] você tem que fazer uma carteirinha, tem que ser morador da região e tudo, e aí agendar, demoradamente. A lista é enorme, então você fica dois meses esperando uma vaguinha. Então você agenda, com dois meses de antecedência.
> [E se aparecer algum problema?]
> Aí você tem que ter um bom convênio (...) porque se você passa muito mal, vai ter que esperar dois meses para ser atendida. (Josi, usuária do serviço de ginecologia da UBS de sua referência).

> Se você vai marcar uma consulta, depois de um mês que você vai ser atendido, um mês para mais. É muito demorado, você acaba desistindo. (Mara, usuária do SUS).

A demora para conseguir consultar-se com o médico e a rapidez com que as consultas eram feitas deixavam o atendimento pouco acolhedor, dificultando o estabelecimento de vínculo com o médico. Considerando o contexto desta pesquisa,

estávamos perguntando a respeito da consulta com o médico ginecologista, mas as participantes disseram que a demora no atendimento acontecia também com outras especialidades, não se configurando um problema específico da ginecologia, mas sim da estrutura do serviço.

Acolhimento, estabelecimento de uma relação de confiança com o médico e a criação de espaço para que a mulher pudesse discorrer sobre assuntos sexuais – inclusive falar de sua homossexualidade – eram impossibilitados, segundo as participantes, numa consulta onde médico e paciente não permaneciam juntos nem por dez minutos. Os profissionais procurados para elas conversarem sobre saúde sexual eram os que possibilitavam trocas igualitárias entre o saber médico e o saber do paciente, mostrando-se receptivos para ouvir, respeitar e dialogar com o paciente a partir de suas demandas (que não necessariamente tratava-se de médicos ginecologistas). Alguns programas de prevenção e saúde sexual que ditam comportamentos adequados, sinalizando o que o paciente deve ou não fazer, sem permitir um diálogo entre os saberes técnicos e os saberes do paciente e sem levar em consideração aspectos sócio-culturais, como a desigualdade de gênero e homofobia, mostram-se pouco ou nada eficientes (PAIVA, 2007).

Como exposto por Anita, levar questões e dúvidas relativas à sexualidade, especialmente quando se trata de práticas sexuais não hegemônicas, é possível dependendo do grau de confiança e intimidade que se tem com o médico. A partir do momento em que se estabelece um diálogo entre saber médico e a vida cotidiana do paciente, e mais, quando o fato de ter práticas homoeróticas não é motivo de preocupação da paciente em sofrer qualquer discriminação ou retaliação no encontro com o médico, uma conversa sobre saúde sexual passa a ser possível de acontecer.

A qualidade da relação médico-paciente também foi apontada entre aquelas que utilizavam serviços de convênios médicos (demais cinco participantes: Diana, Cíntia, Patrícia, Gisele e Flora) como fundamental para conseguir levar questões referentes à sexualidade. Não houve queixa a respeito da demora para conseguir agendar uma consulta entre as participantes que pagavam convênio, porém elas também salientaram o quanto a possibilidade de fazer perguntas pertinentes a sua prática sexual e o sentir-se à vontade para falar sobre a homossexualidade estavam

intrinsecamente relacionadas ao grau de confiança e de abertura que a relação com o profissional oferecia.

Cíntia esclareceu que se sentia muito envergonhada em assumir a homossexualidade para a médica ginecologista, levou certo tempo para ficar à vontade. O que a ajudou na revelação foi o fato de que era paciente dela há vários anos e assim, foi possível ao longo dos anos ir construindo uma relação de confiança com a profissional, até sentir-se suficientemente segura para abordar sua homossexualidade:

> Quando eu contei, ela falou "ai que bom, que bom que você está conseguindo me contar, fico feliz que você está conseguindo viver". Ela teve uma baita reação bacana, é ginecologista e terapeuta sexual. Ela é show, fofa, toda cuidadosa. E ela tem todo meu histórico, desde os 15 anos, né? Isso faz toda a diferença. Eu me sinto bem com ela. (Cíntia, utilizava convênio médico).

Ser acompanhada pelo mesmo médico e assim, ter maiores possibilidades de ir construindo uma relação de confiança que desse suporte para que o tema da homossexualidade fosse abordado também foi pontuado por Alice. Interessantemente, ela descreveu que como não tinha quem acompanhasse sua história (supomos clínica e pessoalmente), não conseguiu estabelecer uma relação "amizade" com o profissional, o que dificultou a abordagem de questões relativas a sua prática sexual:

> Eu converso numa boa com o médico sobre sexo, mas é que estou sem uma médica que faça parte da minha história, então estou sem uma médica mesmo, que seja minha amiga. Daí não rola. (Alice)

Flora, semelhantemente a Cíntia, também teve receio em falar de sua orientação sexual, no início do atendimento. Porém julgava tal informação relevante de ser feita e após ser consultada pelo mesmo profissional algumas vezes, sentiu-se suficientemente segura para abordar o tema da homossexualidade, afirmando que a reação do médico foi "*normal, tranquila*". Parecido ao que foi descrito por Gisele quanto à reação de seu médico:

> A reação da minha ginecologista quando contei de mim foi muito normal, muito profissional. (Gisele)

Patrícia que estava sem assistência ginecológica havia duas décadas, retornou a consulta juntamente com a sua parceira, algumas semanas antes da nossa entrevista. Ela nos contou que logo que entrou no consultório, apresentou-se como

“companheira” de Andréa [sua parceira]. O que foi determinante para expor sua homoafetividade foi o modo como a médica a recebeu e conduziu a consulta:

> Eu super gostei, a conversa dela, a atenção que ela deu, fora do padrão, entendeu? Ela ficou quase uma hora com a gente... não chegou a uma hora e meia, mas uma hora chegou. (...) Quando a Andréa retornou, eu não estava junto, ela perguntou por mim, a Andréa contou que eu tinha conseguido a vaga no mestrado, ela ficou super feliz “nossa, estou toda orgulhosa dela!”. Entendeu? (Patrícia, utilizava convênio médico)

Esses relatos mostram que receios e constrangimentos podem estar presentes para falar da homossexualidade com o médico, especialmente quando se trata das primeiras consultas. Contanto, o fato de ser acompanhada pelo mesmo profissional e o estabelecimento de um contato acolhedor possibilitam que a revelação seja realizada mais tranquilamente. E assim, o acompanhamento ginecológico da mulher pode acontecer de maneira mais confortável.

Alice relatou que, além da demora para conseguir agendar uma consulta, as consultas médicas eram feitas muito rapidamente e não raro, o profissional nem dirigia o olhar para o paciente que estava diante dele. Tal atitude era justificada pelo demasiado número de atendimentos que tinha que realizar num mesmo dia, fazendo com que o médico não tivesse tempo hábil para interagir com a paciente, nem mesmo direcionar cumprimentos e fazer perguntas clínicas importantes, por vezes até indispensáveis de acordo com a percepção das mulheres.

Diante de uma relação dessa qualidade, a participante explicou que não era difícil entender porque às vezes era completamente inviável falar com o médico sobre questões que envolvia sexualidade, tema íntimo e delicado.

A relação entre médico e paciente notoriamente marcada por distanciamento e pouco acolhimento do profissional era percebida por Alice como decorrente, em grande parte, de problemas de ordem estrutural:

> O médico do SUS está desestimulado, ganha pouco, muitos são mal-humorados, muitos não tem vontade mesmo de exercer a profissão. Tem uns que mentem, falam que você não tem nada só não ter que te pedir exames e você não ter que voltar lá.
> [Mas você acha que isso tem a ver com o fato de você ser lésbica?]
> Eu acho que é pelo fato de eu ser periférica. (Alice)

Ser moradora da periferia de São Paulo e, portanto, pertencer às camadas populares era para ela o que a fazia recorrer a serviços médicos públicos, na maioria

das vezes, desqualificados. O mau atendimento que poderia vir a receber em uma consulta ginecológica ou de outras especialidades era relacionado ao fato de "*ser pobre*". Serviços públicos de saúde, segundo seu relato, eram pouco equipados e recebiam pequeno investimento do governo por estarem localizados em bairros periféricos e não em grandes centros ou em importantes pontos de referência de cuidado à saúde, como por exemplo, o Hospital das Clínicas.

Os serviços de saúde da periferia contavam com número reduzido de médicos para oferecer atendimento a muitos pacientes num mesmo dia, o que sem dúvida alguma, prejudicava a qualidade do atendimento dedicado. Além desse problema, Alice também apontou a falta de disponibilidade de outras especialidades, por exemplo, serviços de psicologia e de assistência social, atendimentos esses mais difíceis ainda de serem encontrados, sendo necessário recorrer a outras UBS para utilizá-los. O contato pouco acolhedor que teve com a médica ginecologista era, para ela, reflexo de uma situação mais complexa, decorrente de uma precariedade de investimentos nos serviços de saúde localizados na periferia, exemplificados na ausência de uma equipe médica mais numerosa, sobrecarga dos profissionais contratados e salários pequenos (especialmente de enfermeiros, auxiliares de enfermagem, psicólogos e assistentes sociais).

Assim, a falta de estrutura e de investimento financeiro foi apontada como o maior problema encontrado nos serviços públicos de saúde, que acabavam por gerar atendimentos desqualificados à população. E não necessariamente a figura do(a) médico(a) em si; a dificuldade em abordar a homossexualidade estava ligada ao fato das consultas serem rápidas demais e não necessariamente por desqualificação do profissional. O fato de ser "periférica" foi fortemente salientado como importante fator de geração de desigualdade no cuidado em saúde. É interessante assinalar o quanto classe social e poder econômico dialogam e interferem juntamente com outros fatores na qualidade do atendimento recebido. Se o fato de ser lésbica pode gerar algumas dificuldades no atendimento médico, como por exemplo, o receio de revelar a homossexualidade e o embaraço para abordar assuntos sexuais durante a consulta, o fato de ser moradora da periferia também pareceu contribuir fortemente para que se recebesse um atendimento desqualificado.

De acordo com o relato das participantes usuárias do SUS, a realização de consultas rápidas demais era visto como um grande entrave no atendimento ginecológico, porque prejudicava e, às vezes até inviabilizava a abordagem de assuntos sexuais durante a consulta. O que não significa afirmar que a revelação da homossexualidade (e o recebimento de um atendimento de qualidade) não aconteceu nos atendimentos oferecidos pelos serviços públicos de saúde; Josi, por exemplo, falou sobre o fato de que se relacionava com mulheres e sua médica não reagiu negativamente. Também não queremos dizer (e nem temos dados para tal apontamento) que o atendimento ginecológico realizado por médico de convênios de saúde são invariavelmente melhores ou mais qualificados. As consultas feitas por médicos particulares pareceram ser, de acordo com o relato das participantes, mais demoradas e por isso, facilitavam a abordagem de temas íntimos, como prática sexual. Contanto, maior tempo de consulta não garante, por si só, o estabelecimento de uma relação acolhedora. Como muito bem ressaltado pelas mulheres que utilizavam convênio médico, o acompanhamento do histórico clínico por um mesmo profissional durante anos e a **qualidade da relação com o médico** eram determinantes no estabelecimento de um espaço para abordagem de temas sexuais.

A problematização trazida por esses dados é muito importante do ponto de vista das políticas públicas e para discussões sobre o acesso de mulheres homo e bissexuais às consultas ginecológicas. O fato de ter práticas homoeróticas, em si, não parece impossibilitar que as mulheres tenham acesso à assistência ginecológica, dado este apontado também por BARBOSA e FACCHINI (2009). Outras dimensões como classe social e poder aquisitivo, parecem interferir diretamente no acesso e na qualidade do cuidado recebido. Se atributos referentes a gênero e orientação sexual são esferas que interferem no cuidado com a saúde, classe social também mostrou ser igualmente importante na produção de desigualdades.

A própria questão da discriminação e do preconceito mobiliza aspectos referentes aos papéis de gênero, mas certamente não se limita a ele: a negociação da identidade sexual no cotidiano dessas mulheres são igualmente importante na demarcação do respeito que adquirem ante a comunidade em que vivem (ADORNO, e JIMENEZ, 2010). Assim, o acesso aos serviços extrapola questões sobre o fato do sujeito apresentar uma sexualidade “desviante”.

Diversos autores (PARKER e BARBOSA, 1999; BARBOSA, AQUINO, HEILBORN e BERQUÓ, 2002; BERQUÓ, 2003; HEILBORN, 2003; PAIVA, AYRES e FRANÇA JR, 2004; PAIVA, 2007) têm situado o campo da prevenção e cuidados à saúde a partir da investigação sobre o impacto da pobreza, do racismo e do estigma no acesso a serviços de saúde e educação. O cuidado da saúde sexual de mulheres lésbicas e bissexuais parece não só esbarrar em definições de gênero (por exemplo, mulheres masculinizadas que não acessam o serviço por identificaram a consulta ginecológica como uma necessidade feminina da qual prescindem), como também de outros fatores, como classe social e poder econômico.

Quando questionadas se o momento da consulta ginecológica era um espaço para se levar questões referentes à sexualidade e saúde sexual, as respostas novamente indicaram que falar sobre práticas sexuais estava intrinsecamente relacionado à qualidade da relação estabelecida com o médico. Quando a consulta era realizada muito rapidamente, marcada pelo saber médico ou ainda centrada no cuidado exclusivo do corpo físico, ficava mais difícil levar questões abrangentes, que envolvessem dúvidas para além da esfera anátomo-biológica.

O distanciamento entre médico-paciente frequentemente presente na consulta, com valorização do conhecimento do profissional em detrimento do conhecimento do paciente colaborava para que a figura do(a) ginecologista permanecesse como alguém prescritor de normas e aconselhamentos, nem sempre úteis ao paciente. Nesta situação, sendo difícil dialogar com o médico, as mulheres – tanto as que utilizavam a UBS de referência quanto as que recorriam aos médicos de convênios particulares – alegaram que se não se sentiam à vontade para questionar ou insistir em determinadas perguntas, com receio de serem inconvenientes.

Nas políticas públicas de saúde fala-se na promoção de sujeitos e cidadania, mas chamamos atenção para a dimensão de “consumidor” que é operacionalizada nos serviços e atendimentos, apontada nos relatos das participantes. A pessoa é reduzida ao direito de aceitar e consumir o que foi prescrito pelo profissional, aprendendo a usar adequadamente os produtos indicados (medicação) e realizando os comportamentos determinados como corretos (como por exemplo, sexo seguro). No caso de mulheres com práticas homoeróticas, nem informações a respeito de sexo seguro estão sendo oferecidas.

De toda maneira, salientamos que a promoção de sujeitos e cidadania vai além da dimensão de consumidor, e isso é construído através do diálogo entre o paciente e o profissional da saúde e do reconhecimento de que o exercício da cidadania perpassa pelas dimensões de classe social, gênero e raça (PAIVA, 2007). Embora atue em benefício da saúde do paciente, o profissional não é um especialista no que é mais adequado e aceitável a todos, e suas recomendações devem considerar os projetos de cada sujeito (PAIVA, 2007). Se o projeto de felicidade da paciente que busca o atendimento é relacionar-se afetivo-sexualmente com outra mulher, isso é desconsiderado quando o atendimento na área da saúde é operacionalizado partindo-se do pressuposto que todas as usuárias mantêm práticas heterossexuais.

Tais reflexões mostram que a construção de um atendimento humanizado (AYRES, 2004) pode contribuir para que o encontro entre médico e paciente seja de fato, um momento de diálogo e de cuidado com a saúde, para além de prescrições pouco ou nada úteis ao paciente. A possibilidade de fazer da consulta um espaço para abordagem da sexualidade e saúde sexual, portanto, depende de construir uma relação permeada por diálogo e confiança:

> Médico é uma boa opção, desde que seja amigo. (Alice, usuária do serviço de ginecologia da UBS de sua referência)
>
> Eu acho que a consulta ginecológica é um lugar bacana pra se falar de sexualidade, desde que o profissional tenha esse olhar. (Patrícia, utilizava convênio médico)

Compreendemos que a revelação da homossexualidade e discussões sobre práticas sexuais no atendimento ginecológico são um direito da mulher, e por isso, ela pode optar por não querer falar desses assuntos. Contanto, o silêncio que se faz diante da lesbianidade nestes locais pode colaborar para que a premissa da heterossexualidade compulsória permaneça intocada. Ao afirmar-se mulher que se relaciona com uma outra mulher, promove-se visibilidade da homo e bissexualidade feminina, convidando profissionais da saúde – médicos e demais profissionais – a organizarem o cuidado à saúde de modo a incluir necessidades de pessoas que não mantém relações heterossexuais. Concordamos com BARBOSA e FACCHINI (2009) que a questão da visibilidade deve ser pensada para além da ideia de que a mulher deva relatar sua orientação sexual ao profissional de saúde. A comunicação

da preferência sexual não é garantia de que a usuária terá seus direitos reconhecidos e garantidos. A revelação de práticas homoeróticas aparece só como mais uma necessidade; deveríamos refletir também em que medida a própria relação entre homossexualidade feminina e saúde ainda permanece ignorada.

Assim, nos parece pertinente o argumento das pesquisadoras ao sugerirem que para além da invisibilidade da sexualidade de cada mulher que transa com mulher e vai ao ginecologista sem relatar sua orientação sexual, a própria questão da saúde das mulheres que transam com mulheres está ainda hoje "dentro do armário".

Vale relembrar que mesmo que as mulheres optem por revelar sua orientação sexual, isso não necessariamente reflete a prática sexual mantida. Fato que reforça a necessidade, como exposto em PINTO (2005) e em BARBOSA e FACCHINI (2009) de que a coleta de informações em consultas ginecológicas deve abarcar a trajetória sexual e reprodutiva e não tirar conclusões baseadas em estereótipos.

Assim, defendemos que a consulta ginecológica como espaço para abordagem da saúde sexual depende das mulheres poderem falar a respeito de suas preferências eróticas, como também de incluir no momento da consulta, questões presentes no seu cotidiano que operam como entraves ou dificuldades no tratamento. Não ignoramos a maneira como são organizados os serviços e a busca dos usuários, geralmente em função de uma queixa ou mal-estar, para o qual ele espera a solução mais simples e rápida. Nesse contexto, talvez não faça muito sentido supor que a consulta ginecológica fosse um momento privilegiado para o diálogo sobre suas vivências em relação à sexualidade, com a delicadeza e a sensibilidade que o tema exige (VILLELA, 1999). Concordamos com o questionamento de VILLELA (1999) o quanto que o serviço de saúde seria "o espaço ideal para a implementação de um discurso e de uma prática desconstrutiva em relação à sexualidade e à identidade de gênero" (p.208). Porém, também pensamos "ser quase impossível concretizar uma mudança no interior das práticas de saúde, sem incluir os serviços e seus profissionais, como agentes fundamentais desse processo" (VILLELA, 1999, p.202). Portanto, não se trata de fazer da consulta ginecológica *necessariamente* um espaço para a abordagem da homossexualidade feminina, mas de promover questionamentos e mudanças quando ela não é uma opção para a mulher se sentir respeitada diante de suas preferências sexuais.

Os locais e as pessoas mais procuradas para se conversar e tirar dúvidas sobre sexo foram os amigos, a própria parceira e a internet:

> Eu converso com meus amigos, minhas amigas. Quem não tem outra fonte, talvez o médico fosse a pessoa ideal. (Diana)
>
> Além de com a Andréa [parceira], com amigos... hum... sei lá, ginecologista? Imagino que com o profissional da saúde seja um espaço...
> [Você conversa disso com o seu ginecologista?]
> Não. (Patrícia)
>
> Eu converso com minhas amigas. E internet. Pela nossa condição, mulher gay não é o tradicional e não é o que está estampado em todos os lugares, então eu acho que a gente procura mais, toda menina que sai com menina já deve ter pesquisado na internet, sabe?
> [E com o profissional da saúde?]
> Não. (Gisele)
>
> Converso com uma amiga no interior, tento me informar em leituras na internet coisas assim. (Anita)
>
> Geralmente eu recorro a minha parceira. (Mara)
>
> Eu procuro me informar na internet e com a minha namorada. (Flora)
>
> [Com quem você conversa sobre saúde sexual e sobre sexo?]
> Na realidade eu estou conversando disso com você hoje, só com você hoje. Nunca conversei antes. As meninas que você conhece no mundo GLS, o negócio delas é só transar, é só zueira, não é um negócio tipo esse que a gente está tendo agora, eu já convivi com outras meninas, e elas não se cuidam, eu sei, elas não procuram o ginecologista, elas não procuram estar bem. (Josi)

Chamou-nos atenção o fato de Josi dizer que era a primeira vez que conversava sobre o tema; ao final da entrevista, agradeceu pelos questionamentos levantados durante a nossa conversa porque tinha sido uma oportunidade preciosa para refletir sobre diversas questões importantes relativas à prevenção de DSTs e a cuidados com saúde sexual. O relato acima foi ilustrativo para exemplificar o quanto discussões sobre sexo, sexualidade e saúde sexual de mulheres lésbicas ainda parece ser um assunto que permanece pouco abordado, com espaços restritos onde possa ser discutido, geralmente limitados à esfera privada. A fonte de informações se resume a outras mulheres que fazem sexo com mulheres, especialmente a própria parceira. O tema da prevenção às DSTs foi, portanto, localizado como assunto "interno" do relacionamento e não algo a ser discutido com o profissional da saúde; dados também presentes na pesquisa de BARBOSA e FACCHINI (2009).

O médico ginecologista aparece nas falas como alguém para se discutir sobre saúde sexual, mas quando questionadas se levavam suas dúvidas ou perguntas às consultas elas próprias afirmam que não; ele pode ser uma opção especialmente para aquelas "*que não tem outra fonte"*.

Questionamos se outros espaços de cuidado com a saúde (em consultas de outras especialidades médicas, grupos de orientação, atendimentos psicológicos, etc.) poderiam ser lugares para debater assuntos relativos à sexualidade e saúde sexual. Anita apontou que pensou levar o tema para o grupo de psicoterapia que frequentava no posto de saúde, mas não o fez por falta de abertura do grupo:

> Gostaria muito de levar isso para o grupo de terapia, mas até hoje não teve abertura do grupo. (...) E aí entra aquela coisa "nossa, olha como a Anita é, olha como ela é descarada" (risos). Eu não ia falar nada demais, sabe?
> Tem muito julgamento em cima. Esse assunto de mulher com mulher, com certeza iria balançar um pouco, né? Eu passaria a ser vista com outros olhos... mesmo se elas já tivessem tido essa experiência, talvez elas não tivessem coragem para assumir, e talvez não tivessem feito, mas talvez tivessem curiosidade, mesmo assim...
> [E esses olhos, seriam de que?]
> Recriminação, nojo. (Anita)

O receio de sofrer discriminação por parte das colegas que frequentavam o mesmo grupo de psicoterapia, a fazia optar por não levar o tema para as sessões.

Vários estudos têm observado como o processo de estigmatização mantém uma constante expectativa da não aceitação e da segregação social, que os autores chamam de "estigma sentido" (*felt stigma*). Há também o estigma efetivado (*enacted stigma*) que se refere às efetivas ações dos profissionais da saúde que resultam em prejuízos para a saúde, e consequentemente, para a qualidade de vida das pessoas. (PAIVA, 2007). "O estigma sentido pode dificultar e atrasar a busca de ajuda, de diagnóstico e tratamento, ou prejudicar a habilidade (...) para o auto-cuidado (...) e a adesão aos espaços de atenção à saúde" (PAIVA, 2007, p.06). Quando se absteve de trabalhar um tema que considerava importante no grupo de psicoterapia, Anita deixou de promover sua saúde diante da possibilidade de sofrer preconceitos nos serviços ou na relação com as colegas do grupo.

Os discursos das participantes acerca da consulta ginecológica promoveram reflexões em dois aspectos: de um lado, ações discriminatórias por parte do profissional – o estigma efetivado. Apesar das entrevistadas não verbalizarem

reações explicitamente negativas do médico, todas se queixaram sobre a ausência de informações referentes à prevenção de DSTs no sexo entre mulheres e outras orientações pertinentes durante a consulta.

O outro aspecto diz respeito ao comportamento das próprias mulheres lésbicas e bissexuais de isolamento social, de dificuldade de emancipação pessoal, de não percepção de riscos, de não busca por serviços, consequências do estigma sentido. Ambas situações resultam em prejuízo na qualidade do cuidado em saúde.

A possibilidade de fazer da consulta ginecológica – e de outros atendimentos – um espaço para discussão da saúde sexual está intrinsecamente ligada à construção de uma relação com o profissional na qual o saber técnico dialogue com o saber do sujeito sexual. Quando as pessoas são reconhecidas como portadoras de direitos, como sujeitos de seu cotidiano e são auxiliadas a adaptar propostas técnicas à sua vida, possibilita-se o processo de emancipação do sujeito e o desenvolvimento de sua saúde sexual. Essa perspectiva cria condições para que o discurso técnico colabore com o domínio subjetivo do *sujeito sexual*, encoraje a fertilização mútua, estimulando o sujeito – dono do seu dia-a-dia – a ser agente ativo no campo de sua experiência sexual (PAIVA, 2007).

A visibilidade que gays, lésbicas, travestis e transexuais conquistaram nos últimos anos tem suscitado importantes discussões a respeito do direito às diferentes formas de viver a sexualidade. Apesar dos avanços nas discussões sobre direitos sexuais e reprodutivos que esses novos atores sociais levantaram, as marcas culturais explicitadas na heteronormatividade e na homofobia se constituem como importantes barreiras na efetivação desses direitos.

Como discutido por HABERMAS (1997), a legitimidade de um direito não está apenas na sua legalidade, como também, na sua validade social. Ou seja, o direito à não discriminação existe como lei, mas o quanto ele é respeitado, efetivamente garantido e exercido está intrinsecamente relacionado a quanto à sociedade valida esse direito.

Os Direitos Civis e Políticos garantem a liberdade dos sujeitos diante das escolhas afetivo-sexuais, mas não podemos deixar de levar em conta determinadas diferenças produzidas culturalmente que reproduzem desigualdades e funcionam como verdadeiros entraves na garantia dessa liberdade. Garantir que as mulheres

tenham direito a fazer escolhas e ter autonomia sobre sua sexualidade, compreendendo esta como relativa à esfera privada dos indivíduos, implica em considerar que para exercer e vivenciar a sexualidade, o grupo de "mulheres" não deve ser analisado como uma categoria genérica e homogênea, pois as necessidades e dificuldades encontradas no exercício da liberdade sexual certamente esbarram em esferas como classe social, gênero, raça e orientação sexual.

A análise do material advindo das entrevistas nos levou a compreender que o preconceito e a discriminação, presentes no cotidiano das mulheres, atuam como grandes barreiras na promoção de saúde. A não revelação da homo ou bissexualidade na consulta médica, a dificuldade de encontrar informações sobre lesbianidade e saúde, o isolamento social que mulheres lésbicas e bissexuais frequentemente estão submetidas e todas as implicações dele, incluindo-se aí situações cotidianas como, por exemplo, quando deixam de andar de mãos dadas na rua com a sua parceira, ou quando optam por não revelar sua homossexualidade no trabalho com receio de sofrer retaliações, são situações que exemplificam conseqüências da discriminação, e se configuram, em última instância, em prejuízos para o cuidado em saúde.

Chamamos atenção para o fato de que, mesmo que certas ações discriminatórias não ocorram nos serviços ou espaços tipicamente relacionados à saúde, elas se traduzem em prejuízos para a promoção da saúde, se a entendemos como um estado de bem estar para além da ausência da doença física.

O reconhecimento dos direitos de mulheres lésbicas e bissexuais de viverem sua sexualidade sem estigma e discriminação é fundamental dentro dos espaços de cuidado à saúde e fora dele, para o estabelecimento de um atendimento igualitário. A promoção da saúde depende de trabalhos mais amplos, envolvendo diversos atores sociais, uma vez que o preconceito disseminado na sociedade ainda continua como forte produtor de *estigma sentido*.

Assim, a construção da saúde sexual de cada sujeito está atrelada ao recebimento de informações referentes aos direitos que tem enquanto cidadão e ao profissional em garantir a execução desses direitos, considerando que as desigualdades de gênero, a homofobia, o machismo, a discriminação são esferas que constituem o cotidiano do sujeito sexual, e por isso não podem ser ignoradas nas tecnologias de prevenção, aconselhamento e na assistência.

5. ESTEREÓTIPOS DE GÊNERO E O CUIDADO EM SAÚDE SEXUAL

Dados de pesquisas epidemiológicas trouxeram informações relevantes a respeito de homens e mulheres quanto ao adoecimento, causa de morte e expectativas de vida dentre outros (STILLION, 1995; LAURENTI, 1998; WHITE e CASH, 2004; LAURENTI et al, 2005; WHITE e HOLMES, 2006 e BARATA, 2009), confirmando a variável "sexo" como importante indicadora de diferenças no processo saúde-doença. Porém, a complexidade e as múltiplas facetas das relações de gênero não são analisadas apenas com o uso dessa variável (BARATA, 2009), evidenciando que estudos sobre o impacto dos processos sociais nas condições de saúde são indispensáveis.

O gênero compreendido como produto do processo sócio-cultural que molda na sociedade papéis femininos e masculinos, define as pautas de relações entre homens e mulheres e interfere na produção dos estados de saúde. Partimos do pressuposto de que algumas diferenças apontadas pelas pesquisas epidemiológicas entre homens e mulheres certamente refletem diferenças de gênero, decorrentes da divisão sexual do trabalho, da construção social do masculino e do feminino, bem como dos distintos modos de vida determinados pela inserção social dos indivíduos, modulados também pela classe social e raça (BARATA, 2009).

Neste estudo buscamos compreender como as mulheres percebiam a relação entre as características associadas ao feminino (o "ser mulher" para elas) com o cuidado desprendido à saúde sexual. Por serem mulheres com práticas homoeróticas, procuramos também analisar como a vivência de sexualidade não hegemônica dialogava ou interferia no cuidado com a saúde.

Os resultados aqui apresentados não têm por objetivo estabelecer um quadro explicativo de maneira unívoca e permanente entre as categorias e o processo saúde-doença. Ao contrário, a discussão procura vislumbrar como valores hegemônicos de feminilidade podem operar como entraves ou facilitadores na percepção do adoecimento e na busca por cuidados sem, no entanto, pretensões de generalizar os achados.

Ter cuidado com a saúde sexual foi visto por todas as participantes como necessário e igualmente importante a homens e mulheres. Porém, elas salientaram

que as ações demandadas e a qualidade da atenção dispensada eram diferentes entre eles; as mulheres foram avaliadas como mais atentas e cuidadosas com a promoção de saúde.

Está constantemente presente nos discursos dos sujeitos o imaginário que associa, em um polo, o feminino ao cuidado à saúde e, no outro, o masculino ao não-cuidado e à força (COURTENAY, 2000; GOMES, NASCIMENTO, ARAÚJO, 2007 e FIGUEIREDO, 2008). Essas representações relacionadas ao gênero, que nos referimos como estereótipos, se reproduzem no discurso de profissionais e, até mesmo, de usuários e usuárias dos serviços, como verificamos nas entrevistas:

> Homem não tem esses negócios, esse capricho de estar se cuidando. O fato de seu ser mulher faz eu me cuidar mais do que se fosse um homem. (Josi)

Considerar tais representações e estereótipos como elementos importantes que reverberam diferentemente nos homens e nas mulheres quanto à percepção do cuidado dedicado à saúde, exige uma leitura cuidadosa sobre as construções de gênero e seus imbricamentos com a saúde. Por exemplo, menor uso dos serviços por parte dos homens pode, na verdade, estar atrelado a outros motivos para além da ausência de necessidade de saúde deles (FIGUEIREDO, 2005 e GOMES et al, 2011). A falta de estímulo à presença de homens ou sua inviabilização no contexto desses serviços têm sido levantada como ponto a ser considerado sobre as dificuldades de acesso enfrentadas por eles (COUTO et al, 2010).

No caso das mulheres, como salienta SCAVONE (2005), o lugar que ocupam de cuidado com a saúde, tanto em espaços privados, quanto em espaços públicos, constantemente interessadas pela prevenção, pelos cuidados e pela cura, fazem-nas serem as frequentadoras mais assíduas dos serviços e consultas de saúde. Em suas reflexões sobre a estreita relação entre cuidado e mulher, SCAVONE (2005) argumenta que as profissões na área da saúde ocupada majoritariamente por mulheres não devem ser analisadas “como um simples reflexo do lugar que ocupam na família, mas de considerar que as relações sociais de sexo/gênero dão aos homens e às mulheres uma posição na família, na produção” (p.100) e em outros campos sociais.

Desse modo, o imaginário que associa o feminino ao cuidado à saúde e o masculino ao não-cuidado, enquanto construções que derivam das relações sociais de gênero, exigem análise cuidadosa nas reflexões sobre políticas públicas de saúde.

Duas participantes, Diana e Josi afirmaram que a orientação sexual não interferia radicalmente no quanto garotas (inclusive elas próprias) se cuidavam; o fato de ser mulher ou homem costumava ser mais impactante para se saber, ou pelo menos, inferir, o cuidado que a pessoa dedicava a sua saúde sexual.

Ter práticas heterossexuais colocaria ao sujeito outras preocupações, como por exemplo, com a contracepção, mas não seria, por si só, motivo ou situação que favoreceria o cuidado com a saúde:

> (...) não faz muita diferença ser lésbica ou não. Ontem eu estava na casa de uns colegas e gente falou disso, tinha uma amiga minha lá que não é [lésbica], e eu não vejo muita diferença... nós somos homens e mulheres, independe, sabe? Ir ao médico, por exemplo, é um cuidado que todo mundo tem que ter, não importa ser você é lésbica ou não. (Diana)

Todas as entrevistadas mostraram-se preocupadas em estarem saudáveis, o modo como buscavam e efetivavam isso que se mostrou bastante variado. Algumas estratégias relatadas por elas, como exposto ao longo deste trabalho, foram: idas ao médico ginecologista com regularidade, realização de exames (papanicolau e mamografia), comportamentos de proteção às DSTs como abster-se de sexo oral nos primeiros encontros, evitar relacionamentos com as bissexuais, conhecer os hábitos de higiene da garota com quem se vai ter uma relação sexual e diálogos com a parceira sobre dúvidas relativas às práticas sexuais e/ou prevenção. Todas essas ações foram citadas como exemplos de preocupações em estar bem para a vivência e desfrute da sexualidade. Algumas dessas atitudes eram mais fáceis de serem feitas, por exemplo, conversar abertamente com a parceira, que por se tratar de parceria feminina, conferia à relação contexto igualitário. Outras, mais complexas, como a ida ao ginecologista, tanto pela demora para se conseguir uma consulta, no caso de usuárias do SUS, quanto pelo receio de sofrer discriminação por parte do médico. Mas de um modo geral, a realização dessas ações de promoção à saúde sexual eram viabilizadas ou facilitadas pelo fato de serem mulheres; de acordo com suas percepções, se fossem homens, teriam menos comportamentos de cuidado. Sem entrar no quesito sobre a eficácia de tais ações, chamamos atenção para o fato de que

quando se diz "*eu procuro conhecer bem a mulher antes de ter uma relação sexual*", tal comportamento é percebido pelas entrevistadas como uma ação de cuidado e de prevenção às DSTs, posta em prática porque *são mulheres* e, portanto, porque são mais atentas às formas de manter a saúde.

O cuidado – expresso em diversos comportamentos como maternagem, aleitamento, educação dos filhos, organização da casa, assistência a enfermos na família, preocupação com o estado de saúde da parceira – foi apontado pelas participantes como uma característica ímpar da feminilidade. Todas elas percebiam ter atitudes, como as exemplificadas acima, com elas mesmas e/ou com a parceira.

A relação entre saúde-mulher bastante marcada em nossa sociedade, localiza o cuidado relativo à prevenção de doenças, à administração do tratamento aos doentes e à manutenção cotidiana da saúde da família como um trabalho prioritariamente feminino (SCAVONE, 2005). A maternagem, a assistência às necessidades dos membros da casa e o trabalho doméstico, localizados na esfera privada, por estarem associados à expressão do afeto pode contribuir para ideia de que o cuidar é inato às mulheres e não construídos socialmente (SCAVONE, 2005).

Os valores acerca da masculinidade e da feminilidade remetem aos sujeitos preocupações diferentes quanto ao cuidar: aos homens se fazem, tradicionalmente, mediante a função de provedor, enquanto às mulheres, se fazem mediante os cuidados diretos e cotidianos no interior da família (SAILLANT, 1991). Embora essa distinção se apóie em um modelo tradicional de família, ela contribui para compreender melhor a relação do gênero com a saúde, que, de acordo com SCAVONE (2005), ultrapassa as barreiras do campo familiar e é transversal a todo o espaço social. Reconhecendo-se como as que *têm poder para* e sabem cuidar da saúde, ao mesmo tempo em que as mulheres fortalecem seu espaço de poder dentro da família e da sociedade, por outro, o fato de ser produzido pelas relações de dominação masculina, os cuidados à saúde passam a ser vistos como *naturalmente* femininos.

A noção de que a atenção desprendida à saúde é uma habilidade *naturalmente* feminina se fez presente nos discursos das participantes. Como nos pontuou Josi, o fato de ser mulher favorecia o cuidado que tinha consigo próprio, o que possivelmente não se daria, se fosse homem. Cíntia e Anita também se reconheceram

mulheres “cuidadosas” com a saúde e em outros aspectos (com a limpeza e organização da casa onde residiam, por exemplo), associando esse comportamento a uma consequência do fato de serem mulheres.

O cuidado, característica fortemente presente na socialização das mulheres, pode operar favorecendo a percepção do adoecimento, a busca por serviços na área da saúde, como também de comportamentos preventivos. Na análise dos discursos das participantes notamos que elas percebem e atribuem a qualidade da atenção que destinam à saúde ao fato de serem mulheres. Porém, as ações relativas à saúde estão imbricadas às diversas classificações, como orientação sexual e classe social, igualmente importantes nos impactos causado no cuidado. Assim, procuraremos a seguir, tecer uma discussão na qual orientação sexual também traz elementos importantes na configuração do cuidado.

Se há uma estreita relação entre “saúde” e “mulher”, historicamente construída, é imprescindível nos atentarmos para o fato de que o cuidado é viabilizado por ações com a família e com seu próprio corpo, especialmente por meio da reprodução. Pensando em mulheres com práticas não heterossexuais, nas quais atividades reprodutivas adquirem outras proporções dentro do relacionamento, a ligação entre “saúde” e “mulher”, torna-se menos estreita. Não estamos desconsiderando o desejo e possibilidade de mulheres que se relacionam com mulheres terem filhos, seja por meio da adoção ou do uso de tecnologias de reprodução assistida. Ressaltamos que a lógica que localiza o trabalho de cuidado com a saúde como função feminina é articulada numa estrutura familiar heterossexista e expressa, principalmente, nas atividades relativas à reprodução.

A orientação sexual pontuada enquanto categoria que interferia no cuidado, surgiu nos relatos quando se tratava de mulheres lésbicas masculinizadas, pois nesse caso, por ser “equiparada” a um homem, era colocada no mesmo patamar de descuido com a saúde que ele usualmente tem. Como discutido no capítulo 2 “Construções sociais acerca do masculino e do feminino”, a mulher que apresenta trejeitos masculinos é identificada com características relacionadas aos padrões de masculinidade hegemônica: agressividade, disponibilidade para envolvimentos exclusivamente sexuais, traição, sexualidade impulsiva, etc.

As características referentes à masculinidade hegemônica não são, necessariamente, postas em ação por mulheres que apresentam trejeitos masculinos; são, antes disso, mais admiradas e tomadas como exemplo. Ao se identificarem com o universo masculino, mulheres lésbicas podem recorrer a esse estereótipo de masculinidade.

Estabelecendo articulações entre saúde e homens, VALDÉS e OLIVARRÍA (1998) refletem acerca das noções de invulnerabilidade ao adoecimento e a busca de comportamentos de risco como traços da estrutura identitária de masculinidade que podem implicar em barreiras no cuidado à saúde dos homens.

Nesta mesma direção, COURTENAY (2000) reconhece que práticas em saúde representam ocasiões em que os homens podem demonstrar padrões hegemônicos de masculinidade. A afirmação desses padrões pode ser feita, de acordo com ele, por meio da repressão das necessidades de saúde, da recusa em admitirem dor e sofrimento, da negação das fraquezas e vulnerabilidades, do controle físico e emocional, da disposição incessante para a prática sexual e comportamentos agressivos.

Ao considerarmos as práticas de saúde sendo exercidas com ênfase na autoridade e na submissão dos pacientes, a resistência dos homens a procurarem cuidados médicos, como observou COSTA (2003), pode ser encarada como uma recusa desses sujeitos a se colocarem na condição passiva exigida. Contraditória aos valores associados ao masculino, a passividade pode ser a representação acessada pelas mulheres lésbicas que se percebem “masculinizadas”, na situação de terem que se submeter, em atendimentos, aos profissionais da saúde. Assim, valores de masculinidade hegemônica, tradicionalmente privilegiados, funcionando como traços identitários a que algumas mulheres lésbicas recorrem, podem funcionar como entraves, de modo que, para cuidarem da saúde, é necessário, às vezes, contrariar as representações que sustentam o modelo.

As participantes não percebiam diferenças expressivas na qualidade e quantidade do cuidado dedicado à saúde sexual comparando-se mulheres lésbicas, heteros ou bissexuais. A ressalva feita foi apenas com relação à lésbica masculinizada, que se diferia das “demais”. Ela foi apontada como alguém que cuidava menos de si, procurava menos os serviços médicos e tinha maiores

dificuldade em perceber sinais de adoecimento. Frequentemente comparada aos homens, ela era apontada como alguém que reproduzia o padrão de descuidado que o homem tem:

> Homem está mais preocupado em "comer", sair com qualquer uma aí, entendeu? No mundo das meninas eu acho que é assim, as mais masculinizadas estão mais preocupadas em estar pegando as garotas, do que estar se cuidando e daí por isso que vem todo o fato "não vou [ao médico] porque estou com a saúde ótima, só saio com meninas". (Josi, falando sobre o cuidado com que mulheres lésbicas masculinizadas dedicam à saúde)

> Eu cuido bem das minhas coisas, da casa, mas não cuido bem de mim, da saúde sexual eu não cuido.
> [Você acha que tem a ver com o seu jeito masculino?]
> Acho que sim. Homem também é bem assim, né, acho que é gene, tenho um gene masculino dentro de mim que deve ser isso. (Mara, que se percebia masculinizada)

Direcionados pelo modelo hegemônico de masculinidade, os homens são instigados a comportamentos de risco, praticados, na vivência exacerbada e desprotegida da sexualidade, que é associada a uma postura de masculinidade viril e não vulnerável (SILVA, 2001). Recorrendo às reflexões sobre homens e masculinidade, inferimos que processo semelhante pode ser acionado entre lésbicas masculinizadas.

É interessante destacar a fala de Josi:

> (...) eu acho que saúde e mulher é uma coisa que tem que caminhar junto. Tem que ser por aí, não é porque você é lésbica que tem que deixar a saúde de lado, porque se veste fortão, masculinizada, que não tem que depilar a perna ou ir num ginecologista, ainda é mulher, não deixou de ser mulher, se fosse homem, era outra coisa.

O argumento que ela utiliza para discorrer sobre a importância das mulheres lésbicas masculinizadas se cuidarem (nota-se que ela parte da suposição de que lésbicas femininas *naturalmente* se cuidam) é porque elas também *são mulheres, se fossem homens, seria outra coisa*. Tal relato coloca o cuidado que mulher dedica a sua saúde como algo natural, decorrência do próprio fato de ser mulher; em contrapartida com o homem, que pela sua natureza, é pouco cuidadoso e menos atento a seu estado de saúde. De acordo com essa lógica, a mulher lésbica masculinizada deveria se cuidar porque *ela é mulher*, a despeito de sua orientação sexual. Esse argumento parte do pressuposto que as ações de cuidado com a saúde

são estabelecidas pela biologia e genética, portanto, são da natureza do indivíduo; noção também claramente observada no relato de Mara. Ela percebe-se masculinizada no jeito de ser e vestir-se; relatou-nos que não tinha nenhuma ação de cuidado com a sua saúde sexual, inclusive não ia às consultas ginecológicas com regularidade porque tal especialidade era para necessidades de mulheres femininas (sejam elas lésbicas ou não). Quando questionada se a falta de cuidado consigo mesmo tinha relação com o seu jeito masculino, ela respondeu que sim, explicando que devia ter um "*gene de homem*".

As falas de Josi e de Mara destacam o quanto que noções biologicistas são utilizadas para compreender certos comportamentos e modo de estar no mundo. A mulher é atenta ao estado de saúde e assim, mais disponível para buscar assistência médica, e o homem, por outro lado, é menos observador com a saúde e menos propenso a recorrer aos serviços médicos. Tais concepções são exemplos claros de como estereótipos de gênero dialogam com a saúde e passam a ser interpretados como *essência* do homem e da mulher e, portanto, características socialmente construídas que são naturalizadas.

O modelo hegemônico de masculinidade, a que algumas lésbicas recorrem como traço identitário, pode deixar a percepção do adoecimento, a verbalização de dores e sofrimento e a busca por serviços de saúde especialmente complicada. Contanto, a recorrência desses elementos não ocorre de forma linear, reproduzindo puramente a valorização das características desse modelo. Atributos masculinos foram associados por Anita como a parte de sua personalidade que a ajudava ter cuidado consigo própria:

> Eu tenho que ser meio macho na vida, eu tenho que ter o masculino presente porque eu tenho que tomar conta de mim, me sustentar. Eu tenho que ir atrás do cuidado comigo, se eu não for, quem vai?

Anita reconhecia que ser cuidadora era característica feminina, porém, diferentemente das demais participantes, não relacionava as ações que tinham consigo justificadas ao fato de ser mulher. Ela percebia que ser independente e responsável pelo seu sustento – características apontadas como masculinas – favoreciam o cuidado de si.

A associação entre masculinidade e cuidado foi sugerida por PINHEIRO (2010) no estudo que conduziu sobre a abordagem da sexualidade masculina nos Serviços de Atenção Primária. Ele observou que havia discursos de homens que criticavam ou problematizavam elementos articulados com a noção de masculinidade hegemônica. Ser homem, para alguns dos sujeitos entrevistados, assumia o sentido de valor(es) moral(is) e de "ter responsabilidades", "cumprir com as obrigações" e "cumprir com os deveres" (PINHEIRO, 2010). Essas obrigações ou responsabilidades estavam associadas a duas esferas que, com frequência, apresentavam-se atreladas: trabalho e família. Aqui, resgatavam-se a imagem do homem trabalhador, que é independente e digno, e do provedor, que trabalha para garantir o sustento da família. É exatamente essa ideia de provedor, responsável e independente a que Anita se referia como "atributos masculinos" ou "*ser meio macho na vida*" que favorecia com o cuidado desprendido consigo própria.

As vivências relatadas pelas participantes nos trouxeram outras valiosas reflexões. Apesar da noção *"mulher-cuidadosa"* versus *"homem pouco-cuidadoso"* se fazer presente nos discursos e nas percepções sobre seus comportamentos, por outro lado, não é possível tomar a categoria "mulher" e "cuidado" como universais, que necessariamente caminham junto de maneira linear.

O que estamos problematizando é que se o fato de serem mulheres traz uma série de expectativa de gênero, socialmente construídas, que podem funcionar colaborando para que elas estejam mais atentas a saúde, seria simplista demais supor que irão, necessariamente, obter níveis elevados de saúde porque são mulheres. Utilizaremos a consulta ginecológica para tecer a discussão de como os valores de gênero juntamente com a orientação sexual (e certamente outras esferas) operam no cuidado à saúde, deixando esse terreno especialmente complexo.

Oito das nove mulheres entrevistadas tiveram o início da ida ao ginecologista atrelado ao começo da vida sexual com homens. Entre as que mantiveram por determinado período relacionamentos heterossexuais, a preocupação central foi não engravidar, uma vez que isso além de gerar gastos, denunciaria vida sexual ativa e poderia denegrir a imagem da mulher. O relato de Anita resgata bem nitidamente essa preocupação:

> Naquela época [aproximadamente 25 anos atrás] não tinha aids. Tinha sífilis, mas tudo curável, lógico que dava uma dor de cabeça, alguém podia acabar descobrindo, mas eram outras questões. Você não estava colocando sua vida em risco, o problema ali era pegar barriga, era engravidar. Hoje mudou. Antes a gente usava o preservativo para não engravidar. O que os outros iam falar? (Anita)

A ideia de que *alguém podia acabar descobrindo* situa a atividade sexual feminina algo que precisava ser contido, controlado e evitado de outras pessoas ficarem sabendo. Neste discurso, a gravidez foi pontuada também a ser prevenida, pois *pegar barriga* era a consequência mais denunciante de que a mulher já tinha vida sexual ativa. No sentido oposto, a consumação do ato sexual entre homens, quando compartilhada, fortalece a imagem do homem viril (HEILBORN, 2003).

A inserção do preservativo na cena sexual foi pontuada nos relatos, especialmente entre as mais velhas, como uma necessidade dos tempos atuais para a prevenção ao HIV. Essa informação nos mostra o quanto a questão geracional modifica os argumentos/justificativas para que a camisinha seja inserida nas cenas sexuais. A divulgação em massa da necessidade do uso de preservativos, decorrente da epidemia da aids que acometeu o país na década de 1980, gerou impactos e mudanças nos comportamentos sexuais, desenvolvendo discursos sobre sexo seguro.

A heterossexualização da epidemia verificada nos últimos anos tem fomentado discussões sobre os diferenciais de poder entre homens e mulheres e a concordância de que a perspectiva teórica das relações de gênero deve estar presente nas estratégias preventivas para a população heterossexual. Contanto, a prática tem privilegiado à mulher a responsabilidade pela sua auto-proteção. Isso, em partes, segundo VILLELA (1999), "pode ser compreendido como uma herança da tradição de delegar à mulher a prevenção da consequência mais visível da relação sexual – os filhos, dado que a gravidez se desenrola em seu corpo e o cuidado com o filho é um encargo feminino (...) – bem como da idéia de que é mais fácil regular a sexualidade das mulheres" (P.210).

De fato, preocupação em inserir o preservativo na cena sexual como estratégia de prevenir-se das DSTs/aids apareceu nos relatos das participantes[18] entre

[18] Cabe relembrar que, o uso de preservativos foi problematizado nos discursos das participantes no contexto de relações sexuais com homens.

as que já tinham tido relacionamentos com homens e/ou que percebiam possibilidades de vir a ter novamente, colocando tal comportamento como expressão de auto-cuidado. Porém, a atitude de inserir o preservativo (ou qualquer outro método de proteção) na relação sexual com mulheres, também como atitude de cuidado com a sua própria saúde, não foi pontuada na cena homossexual. Partindo das reflexões de VILLELA (1999), se o comportamento de auto-proteção pode ser compreendido como herança de delegar à mulher a prevenção em não engravidar, no contexto de parceria homossexual feminina, na qual não existe essa possibilidade, pode ficar mais difícil inserir qualquer método de proteção.

A inserção de métodos de prevenção fortemente associada à prevenção de gravidez, coloca as preocupações em torno das DSTs em segundo plano, ainda mais marcadamente numa relação sexual entre mulheres. A ida ao ginecologista também parece seguir a mesma significação: é atrelada à necessidade de contracepção e não a necessidade de acompanhamento médico. O início das idas às consultas, associadas à maternidade (ou prevenção desta) e a atividade sexual com homens pode fomentar a premissa de que a mulher com práticas homoeróticas necessita menos de acompanhamento médico dessa especialidade.

Neste estudo, verificamos que sete das nove participantes (exceção de Mara e Patrícia) iam às consultas ginecológicas com regularidade, porém, dentre essas, cinco tiveram a busca por esse serviço médico em decorrência de seus envolvimentos heterossexuais – por orientação de seus pais/responsáveis ou pela necessidade de administrar anticoncepcional. Mara e Patrícia, que na ocasião de nossa entrevista não tinham relacionamento com homens há vários anos, alegaram que não viam necessidade de ir às consultas com frequência, a menos que ocorresse algum agravo, como dor nas relações sexuais ou odor incomum. Esses dados são ilustrativos de que, se por um lado as mulheres são ensinadas a incluírem o acompanhamento ginecológico como uma ação de promoção a sua saúde sexual, por outro, ainda é atrelado à maternidade e à vida sexual com homens, e desse modo, constitui-se altamente recomendável para as que mantêm práticas heterossexuais. Assim, mulheres que se relacionam com mulheres podem não perceber necessidade desse cuidado, como nos relatou Mara e Patrícia, ou as que percebem, o fazem em

continuidade do acompanhamento que começaram quando se relacionaram com homens.

O acesso a esse serviço é marcadamente colocado como ação necessária às mulheres com práticas heterossexuais; as que mantêm outras práticas sexuais parece permanecerem de fora desses discursos. Faz sentido compreender tal diferença como um reflexo da associação dos homens com a sexualidade e das mulheres com a reprodução, confirmando o questionamento apontado por LEAL e BOFF (1996) a esse respeito. Maior preocupação com reprodução do que com a sexualidade reflete, de modo geral, a tradição do funcionamento de muitos serviços de saúde, reforçando assimetrias na oferta de cuidados igualmente importantes (COUTO et al, 2010).

Nesse sentido, ser mulher não necessariamente favorece a busca por atendimentos ginecológicos quando se trata de mulheres com práticas não heterossexuais. Portanto, a associação *mulher-cuidado*, pelo menos quanto à busca por essa especialidade, se mostrou frágil.

O contexto da homossexualidade feminina também traz outra importante problematização no campo do cuidado com a saúde. Por se tratar de prática sexual entre duas mulheres, há maior despreocupação com o estado de saúde da parceira, partindo-se do pressuposto que a companheira, por ser mulher, é *naturalmente* atenta ao processo de adoecimento e realiza os devidos cuidados com o corpo.

No sexo com homens, além da possibilidade de gravidez, os valores em torno da sexualidade masculina – voracidade, impulsividade, necessidade de múltiplas parceiras – acionavam maior preocupação com a possibilidade de transmissão de doenças. Os estereótipos de gênero de que homens não cuidam de si, nem de outras pessoas (COUTO et al, 2010), somado às representações de que as DSTs são provenientes do contato sexual com eles (BARBOSA e FACCHINI, 2009), contribuíam para que preocupações em torno da saúde sexual estivessem mais presentes na prática sexual com homens. O uso da camisinha, por exemplo, referido como um comportamento de prevenção e, portanto, de cuidado com a saúde, foi apontado como indispensável nos envolvimentos heterossexuais. Ao passo que, nas práticas homoeróticas o uso de quaisquer métodos de proteção não era utilizado (e para algumas mulheres, nem cogitado).

O imaginário “ser cuidadosa e atenta à saúde”, pontuado como característica de feminilidade, adquiriu uma dinâmica especialmente importante nas práticas sexuais entre mulheres: contribuía para que elas ficassem menos preocupadas em lançar mão de ações de cuidado com a saúde. Os valores associados à sexualidade feminina – número pequeno de parcerias, desfrute do sexo quando há afetividade, controle da atividade sexual, etc. – dispensavam uso de métodos de proteção, ou pelo menos, diminuíam a necessidade de inseri-lo na cena homossexual, devido a menor possibilidade de transmissão de doenças se comparada ao contato com homens. Assim, as representações de que as DSTs/aids se pegam no contato sexual com homens, somadas à suposição de que mulheres são mais atentas ao seu estado de saúde, e por isso, se cuidam mais, favorece a vivência de experiências sexuais desprotegidas na relação homossexual feminina.

Merece destaque outra associação entre feminilidade e saúde sexual, presente no relato de Patrícia. Para ela, saúde sexual é um estado de bem-estar que depende totalmente da qualidade e proximidade da relação com a parceira, condições essas possíveis somente nos relacionamentos estáveis.

Ao colocar a promoção de saúde sexual a ser conquistada invariavelmente a dois, elegendo-se relacionamentos estáveis como única estratégia possível, inviabiliza-se que pessoas em outras situações de relacionamento (como estar solteira) também desfrutem de saúde sexual.

Essa concepção nos levou a deduzir que menor número de parceiras é associada a maior desfrute de saúde sexual; na direção oposta, ter múltiplas parceiras opera como “delatador” de pouco cuidado e proximidade com comportamentos promíscuos. O que significa dizer que relações com mulheres “desse tipo” (solteiras e/ou que fazem sexo com freqüência) deveriam ser evitadas.

A atividade sexual da mulher contida, vigiada, atrelada à afetividade (ALVES e PITANGUY, 2007) ao mesmo tempo em que “condena” práticas sexuais casuais (sem o comprometimento da relação estável), coloca o sexo praticado entre mulheres fora do risco de contaminação. Número reduzido de parceiras sexuais ao longo da vida e concretização do sexo quando há afetividade operam como expectativas de gênero que reforçam a ideia de que é menos necessário proteger-se no sexo com mulheres. Assim, valores hegemônicos de feminilidade, ao exigir da mulher

contenção de sua sexualidade e envolvimentos sexuais esporádicos, favorece a ideia de que relacionar-se com uma outra mulher é “naturalmente” mais seguro.

As construções de gênero que associam de um lado, o feminino à afetividade, e de outro, o masculino à sexualidade (desempenho e disposição incessante para o sexo) interferem nas representações a respeito dos parceiros sexuais e geram impactos no cuidado desprendido à saúde. A mobilização e realização de comportamentos relativos à prevenção de DSTs nas práticas sexuais com homens é um exemplo verificado nos discursos das participantes. A mesma preocupação com as DSTs não foi verificada nos relatos sobre o sexo praticado entre mulheres. Outra situação, também relatada nas entrevistas que realizamos, diz respeito aos valores associados à bissexual e à lésbica masculinizada ou “caminhoneira”, como é usualmente chamada. A bissexual, relacionada à maior possibilidade de transmissão de doenças pelo contato sexual com homens (MEINERZ, 2005 e BARBOSA e FACCHINI, 2009), oferece maiores riscos de contaminação e, por isso, a consumação de relações sexuais com ela deveria ser evitada; a “caminhoneira”, na apropriação de valores referentes à masculinidade hegemônica, em especial a necessidade incessante de consumar o ato sexual, provoca rejeição pela reprodução de comportamentos que frequentemente desqualificam as mulheres (FRY e MACRAE, 1985) e expressam maiores dificuldades de buscarem atendimento médico, para não contradizer sua virilidade. Esses dados são exemplos de como estereótipos e expectativas de gênero constroem valores acerca dos sujeitos e interferem na tomada de decisão sobre comportamentos de sexo seguro.

Como último ponto a ser discutido, chamamos atenção para a relação percebida pelas participantes entre cuidado com a saúde sexual e a experiência homossexual, que possibilitou a vivência de relacionamento, realização de desejos e a concretização de sentimentos antes não possíveis de serem compartilhados.

Estar em um relacionamento em que havia envolvimento afetivo proporcionava que sentimentos de querer bem e ações de cuidar de si próprio e do outro estivessem presentes. Para Josi e Cíntia o fato de ser lésbica estava intrinsecamente com o cuidado desprendido a si e ao outro na medida em que, o bem estar afetivo, possível numa parceria com outra mulher, favoreceria o cuidado e a promoção da saúde sexual de ambas:

> Se você está com uma pessoa que você ama muito, você vai querer fazer ou não, e vai procurar uma forma correta de fazer a coisa toda, uma forma de não prejudicar você, não prejudicar a outra pessoa, e ser uma coisa segura. É o que eu penso, se eu gosto, eu só vou fazer uma coisa que eu sei que não vai prejudicar a outra pessoa. (Josi)

> Eu ficava desconfortável com os homens, eu ficava com um comportamento agressivo comigo mesma, ficava agressiva comigo. Então na semana que eu ficava com um cara, eu abandonava projetos que estavam em andamento, eu descuidava da alimentação, descuidava dos estudos, interferia no meu impulso de vida mesmo, sabe? Parecia que ia me sugando. (Cíntia)

O relato acima é ilustrativo do quanto que cuidado envolve afetividade e, afetividade, por sua vez, implica em estar bem e feliz consigo mesmo. Para Cíntia o cuidado com a relação, incluindo-se especificamente ações de promoção de sua saúde sexual e da parceira, era favorecido em um envolvimento em que houvesse uma dimensão afetiva. A perspectiva de continuidade da relação, possível na parceria feminina, promovia cuidado com o outro e com si. Isso para Cíntia era a forma como sua feminilidade interferia diretamente no cuidado com a saúde.

A associação estabelecida entre estar feliz e ter cuidado sugere que a promoção de saúde, pensando-se primeiramente dentro de um relacionamento (esfera privada), depende da possibilidade de estar ao lado de alguém em que haja carinho, respeito mútuo, vontade de estabelecer uma relação estável. A vivência homossexual passa a ser situada como promotora de saúde, porque é promotora também de felicidade, de estar bem consigo próprio e com quem lhe partilha o cotidiano.

Levando a associação de “cuidado” com “afetividade” para o contexto da prática em saúde, supomos que orientações médicas serão mais eficientemente incorporadas na vida do sujeito quando os direcionamentos técnicos dialogarem com o modo de estar feliz do sujeito, como defende PAIVA (2007). Quando a vivência da lesbianidade é respeitada enquanto direito do sujeito sexual e também compreendida como situação que participa, viabiliza e, portanto, interfere diretamente no cuidado desprendido à saúde sexual, o atendimento médico dialoga com a condição da pessoa que buscou o serviço.

Como exposto por AYRES (2004), os horizontes propostos pela promoção de saúde, reclamam e requerem, para seu pleno sucesso, uma prática comprometida com a identificação e participação na construção de projetos de felicidade humana. É

necessário que o aspecto técnico seja ativa e consequentemente posto em contato com o não técnico em cada momento assistencial. Ele localiza toda ação terapêutica (AYRES, 2004):

> (...) em qualquer escala que se pense, um autêntico encontro entre sujeitos, no qual inalienáveis interesses de compreensão e simultânea compreensão do si mesmo e do outro estarão presentes. A depender do quanto se os considere e aceite no âmago das práticas de saúde, tais interesses estarão instruindo, com maior ou menor liberdade e efetividade, uma continua e mútua reconstrução de identidades, concepções, valores e, portanto, projetos positivos de felicidade e saúde no (e a partir do) encontro terapêutico. (p. 585)

A promoção de saúde compreendida como um conjunto de ações que, para seu sucesso, deve caminhar paralelamente com os projetos de felicidade do sujeito, coloca a vivência de relações homoafetivas para essas mulheres como um primeiro, e importante, passo para que o cuidado seja efetivado. A possibilidade de falar sobre as preferências eróticas nos espaços de cuidado à saúde, o respeito ao direito a não discriminação diante das escolhas afetivo-sexuais, o recebimento de informações pertinentes à prática sexual, a inclusão da parceira nas orientações recebidas são algumas ações nas práticas de saúde que permitem uma mútua construção de valores, de concepções e de projetos de saúde no encontro com o profissional.

Um atendimento médico que ainda opera com o pressuposto de que todas mulheres são heterossexuais, mostra-se pouco acolhedor e incoerente com a proposta de atendimento humanizado, em respeito à diversidade sexual.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para abrir este capítulo, apresentamos uma poesia escrita por Alice. Os motivos para colocar nesta dissertação um poema de uma participante são inúmeros. Além de ser uma forma de divulgar uma arte que consideramos tão bela, almejamos também fazer das palavras de Alice, a nossa. Enquanto recorremos à academia para denunciar lacunas, clamar pelos direitos das mulheres e levantar possibilidades na construção de uma sociedade menos desigual, Alice participa dessa mesma batalha, frequentemente tão difícil e solitária, por meio da arte. Tarefa igualmente árdua, mas não menos importante e notável.

GUERRA PELO DIREITO AO MEU CORPO

Os inimigos usam a comunicação
de massa e a educação
pra atirar machismo na mente da população

Jogam bombas de moral
seu efeito é a manipulação do comportamento social

Disseminam por ai
que as mulheres entre si
são inimigas
que entre nossa conversa só existe intrigas
por causa da disputa pelo macho e por causa da vaidade
ideia propagada que no gênero feminino gera hostilidade

Quando criança boneca para a menina brincar
brincar também de coser, lavar, assar e passar
pra em seu subjetivo grudar
o que, como "menina" na fase adulta ela deverá realizar

O patriarcado nos ensina a ser meigas, cor-de-rosa, caladas
sinônimo de bem-comportadas

O eterno feminino é uma heteroconstrução
instrumento de dominação

Por isso contra o sexismo sou fardada
pra derrubar essa postura machista blindada
O meu armamento
é o conhecimento
Minha munição
é a liberdade de expressão...

(Alice)

Na última parte deste trabalho, gostaríamos de discutir de forma mais reflexiva algumas vivências cotidianas das participantes. Apontaremos os principais resultados levantados quanto aos cuidados com saúde sexual a partir de associações com as concepções de masculinidades e feminilidades, articulando com a perspectiva de gênero, no oferecimento de um cuidado integral e comprometido com os direitos humanos dessas mulheres. Aproveitamos este espaço para também expor algumas dificuldades e limitações encontradas na execução e escrita do trabalho.

A descoberta do desejo e a vivência da experiência homossexual foram descritas por todas participantes como um intenso processo no qual foi exigido contornar inúmeras dificuldades (algumas nem sempre contornáveis) para externar essa vontade e viabilizar o encontro com uma mulher. O receio da reação de familiares, o medo de ser colocada para fora de casa ou de sofrer punições (especialmente entre as mais novas que ainda dependiam financeiramente de seus responsáveis), não conhecer ambientes de socialização em que tivessem mulheres "com essa vontade também", não saber como abordar garotas, não saber "reconhecer" quem eram mulheres lésbicas, medo da retaliação de amigos antigos, majoritariamente heterossexuais, foram algumas das dificuldades vivenciadas, acompanhadas de grande sofrimento.

Sete participantes não eram paulistanas, mudaram-se para a cidade de São Paulo por diferentes motivos, em épocas também diferentes, mas a maioria em busca de melhores opções de empregos e salários. Após se estabelecerem na capital, todas afirmaram que não pretendiam mudar de cidade, pelo fato de que aqui, num grande centro urbano, percebiam maiores possibilidades em viver a homossexualidade.

A diversidade e quantidade de opções que uma metrópole oferece, especialmente com relação às oportunidades de empregos, se constituem num importante atrativo para mudanças de novos habitantes para essas localidades. Nesta pesquisa, verificamos que a existência de lugares de socialização homossexual – bares, boates, restaurantes – e a maior visibilidade dos grupos de LGBT, têm se constituído como motivos para migrações e estabelecimento desses grupos em grandes centros urbanos.

Algumas mulheres pontuaram dificuldades em residir em São Paulo em decorrência de ser uma metrópole: trânsito congestionado, alto custo de vida, índices

de violência maiores que os das cidades interioranas, dentre outras. Anita e Cíntia referiram sentir saudades dos antigos amigos e dos familiares que permaneceram em suas cidades natais; Mara e Josi, ambas pernambucanas, tinham poucas oportunidades de rever pessoalmente pessoas queridas e o contato com elas se dava, geralmente, por telefone ou e-mails. Mas, mesmo com essas adversidades, nenhuma delas se prontificava a voltar para as cidades de onde vieram, pois não viam possibilidades (ou se percebiam, eram mínimas) de viverem relacionamentos com mulheres nessas localidades.

A cidade de São Paulo, especificamente, foi referida como a melhor opção para que sujeitos com orientações sexuais não hegemônicas encontrem diversidade de lugares e pessoas para viver experiências homossexuais e assim, encontrarem seus pares.

Ouvir o discurso das mulheres sobre suas experiências foi permeado por grande emoção para elas próprias quanto para nós: a insistência em poder vivenciar a homossexualidade, mesmo encontrando inúmeras adversidades, o silêncio e a solidão que marcaram um caminho, que para algumas, durou anos, em busca de relacionamentos e formas de existir no mundo mais coerente com seus projetos de felicidade. A entrevista remeteu à lembrança de sofrimentos para lidar com o preconceito, especialmente de familiares e parentes próximos, e por isso, possibilitou (re)olhar para suas histórias pessoais e o compartilhar trechos de suas vidas marcados por intensa carga emocional. A oportunidade de contar sobre suas vidas, incluindo aspectos sexuais, é vista como uma forma de dar sentido a essa trajetória e de colocar-se como sujeito dessa trajetória (ALVES, 2010).

A vivência homossexual mobilizou veementemente um processo de ressignificação sobre muitos aspectos, aqui chamamos atenção para um deles em especial: em torno do ser mulher. A sensação de “ser diferente” em relação às outras meninas de idades próximas esteve presente na fala de todas as participantes, seja na época da infância porque gostavam das brincadeiras típicas dos garotos, ou porque não se encaixavam nos padrões de feminilidade ensinados ou ainda porque, na adolescência, já reconheciam proximidade exagerada por algumas amigas, descrita como uma amizade na qual elas mesmas não entendiam o motivo de ser tão íntima. Desejos e sentimentos confusos por amigas (ou professoras), dificuldade em

compreender tais sentimentos, medo de conversar com quaisquer pessoas sobre esses questionamentos e inúmeras tentativas de encontrar uma maneira menos sofrida de estar no mundo, em que pudessem sentir-se bem com o reconhecimento das preferências homoeróticas, marcaram todo o processo da experiência homossexual.

As características ensinadas pelas diversas instituições sociais, cotidianamente, como ser dócil, delicada, usar determinadas roupas, preocupar-se em estar bonita, não tomar demasiadamente a iniciativa nas paqueras com os garotos, colocar-se disponível para ser alvo de investimentos dos meninos, não se lançar em experiências sexuais e outros diversos valores culturalmente associados à feminilidade, nem sempre se "encaixavam" no modo como se percebiam enquanto meninas ou mulheres e tais características eram confrontadas com outros desejos e sentimentos. Não afirmamos que tal processo seja exclusivo às lésbicas ou bissexuais. A formação de personalidades e a consolidação de subjetividades certamente é um complexo caminho pelos quais todos os sujeitos, homens, mulheres, crianças, adultos, idosos, atravessam, uma vez que as demandas e problemas enfrentados são o tempo todo modificados, de acordo com a fase da vida e de outras variáveis contextuais. Para o propósito desta pesquisa, percebemos que quando mulheres, que foram meninas, se percebiam "diferentes" por conta do desejo homossexual, a forma de ser mulher, pautada na heterossexualidade, tornava-se questionável, desajustada e instável. E por conta disso, não raro, sentiam-se igualmente desajustadas e deslocadas.

A divisão binária de classificação dos seres humanos em homens e mulheres estabelece uma série de características desejáveis a esses dois seres distintamente, que operam de maneira excludente. Certamente sabemos que isso não se traduz e não opera como regra inviolável, mas os efeitos dessa rigidez são muito bem conhecidos por aqueles sujeitos que ousam sair demasiadamente dos padrões culturais. Construções sociais de feminilidade (BARBOSA, 1999; HEILBORN, 2003; SCAVONE, 2005 e ALVES-PITANGUY, 2007) não dizem necessariamente sobre comportamentos que serão postos em práticas, antes disso, elas dizem a respeito de valores que orientam desejos, práticas e comportamentos em relação à parceira, a si própria e à saúde.

A não compatibilidade de algumas mulheres lésbicas com os padrões de feminino aciona incômodos a algumas pessoas, por vezes, até ataques homofóbicos, que se fazem presente em frases "*como pode ser mulher e se vestir assim? Que ela goste de outra mulher eu até aceito... mas precisa se comportar como homem?*".

A rigidez da divisão binária da sexualidade somada à premissa da heterossexualidade como forma "correta" de relacionamento, incitaram questionamentos, revisão e dúvidas quando adultas, a respeito de como "conciliar" o fato de ser mulher e ter desejo afetivo-sexual por outra mulher. Perguntas como "*será que teria que agir e me comportar como homem porque gostava de mulheres?*" foram citadas pelas participantes localizando a heterossexualidade não só como modelo-referência de comportamentos na relação com o outro (homem), como também um forte pilar sobre as quais se constroem as significações em torno do ser mulher.

Aquelas mulheres lésbicas que, no processo de construção de suas identidades se distanciaram dos preceitos culturais de feminilidade, foram as que referiram sofrer ações discriminatórias mais frequentes. Coincidentemente ou não, foram as mesmas que descreveram diversas situações vividas na infância e adolescência em que se sentiam "deslocadas" ou pouco ajustadas à categoria referente ao feminino e ao masculino. A criação de categorias é uma tarefa perigosa, e mais lastimável ainda é a imposição dos sujeitos a tais classificações. Ao determinar o que é "normal" corremos um grande risco de reiterar redes de poderes, que enaltecem alguns e esmagam outros, ignorando que cada ser humano é único e igual diante do direito à vida. Como afirma Oscar Wilde "*vendo loucos e santos, bobos e sérios, crianças e velhos, nunca me esquecerei que "normalidade" é uma ilusão imbecil e estéril*".

Relatos carregados de sofrimentos que se fizeram tão vivos nas entrevistas, são exemplos do quanto o preconceito, ainda presente em nossa sociedade, se constitui barreira ao respeito dessas pessoas vivenciarem sua sexualidade. Tolerância com diversos modos de estar no mundo nos pareceu maior quando coerente com a determinação biológica. A conotação de anormalidade que o relacionamento homossexual adquiri parece ser menos decorrente do fato de serem duas pessoas do mesmo sexo juntas, mas de uma delas (ou ambas) se apropriarem de trejeitos masculinos, negando ou recusando a feminilidade que lhe é "natural". Desse modo,

localizamos que o preconceito não é direcionado estritamente a mulher que se relaciona com outra mulher, mas também, no fato de apresentar-se masculinizada e, portanto, de rejeitar características que lhe são adequadas e "inerentes". Nesse sentido, argumentamos que o binarismo traduzido na feminilidade *versus* masculinidade atua na vida das pessoas, exigindo que elas se encaixem invariavelmente a uma dessas classificações, de acordo de seus corpos biológicos.

A rigidez da divisão binária da sexualidade e os valores acerca do feminino e do masculino não só estipulam modos de comportamento as quais os sujeitos devem se enquadrar ou recusar, como também estabelecem critérios mais ou menos aceitáveis para as formas de relacionamento. A erotização em torno do corpo feminino oferece maior aceitabilidade para casais lésbicos formados por duas mulheres que se apresentam femininas em relação aos casais nas quais as duas são masculinizadas, ou uma delas. Duas mulheres femininas não só reiteram expectativas de gênero (trejeitos corporais em consonância com o corpo biológico), como podem acentuar a sedução para com os homens. A nosso ver, a erotização em torno do casal lésbico feminino é decorrência de uma sociedade que elege a heterossexualidade como forma única de relacionamento com privilégios notoriamente demarcados ao prazer masculino. Assim, duas mulheres femininas que se relacionam estariam "a serviço" do homem, enquanto objetos de sedução e provocação. O respeito em relação a escolha homoafetiva não parece ser o que sustenta aceitabilidade para o lesbianismo.

A aquisição e manifestação de características mais ou menos femininas estão em diálogo constante com outros aspectos, como classe social. Na análise dos discursos de nossas participantes observamos que maior adesão às características femininas coincidiu com as mulheres de maior poder aquisitivo. Por outro lado, características referentes ao masculino foram mais marcantes entre as participantes que residiam na periferia da cidade de São Paulo. Longe de produzir generalizações, visto o caráter qualitativo desta pesquisa, os relatos obtidos indicaram flexibilidade na apropriação de características masculinas e femininas incidindo com poder aquisitivo maior. Mulheres que residiam na periferia, por sua vez, apontavam a forte demarcação dos papéis masculino e feminino entre o casal lésbico.

ANDREA MORAES ALVES (2010), a partir do relato das participantes que entrevistou, faz uma discussão sobre a apropriação de características femininas e masculinas por lésbicas, pautando-se na temporalidade: há quatro décadas atrás, a mulher deveria escolher um lado para ser homossexual, um lado que mimetizava o masculino, tanto externamente na aparência, quanto na postura sexual. O presente é localizado como um tempo em que a imagem feminina e as relações sexuais ganham um estatuto de terreno de trocas entre as parceiras, onde a regra é fazer o que se sente.

A possibilidade de conciliar feminilidade (ou eleger algumas características) com a homossexualidade, e não ter que necessariamente assumir postura masculina na aparência e sexualmente, foi descrito também pelas nossas participantes como uma conquista recente. Soma-se a este dado que a combinação do "ser lésbica" com as características de feminilidade pareceu-nos mais possíveis entre as mulheres que residiam em regiões centrais (bem localizadas e dispendiosas financeiramente). Assim, a experiência das mulheres de classes sociais mais populares é tratada aqui como contrastante em relação à experiência das de maior poder aquisitivo.

Da mesma maneira que é impossível estabelecer resposta única sobre o que é ser mulher – e tal classificação pouco ajuda e pode (re)criar e acionar processos discriminatórios – também não foi possível estabelecer de maneira unívoca, como supúnhamos, o que significa "ser lésbica". Trata-se de um sentimento por outra mulher? De uma prática sexual? Como pode alguém ser resumido a uma prática sexual? O que percebemos claramente ao longo da realização das entrevistas e da escrita deste trabalho é que os valores de feminilidade e masculinidade dialogam com o ser lésbica, postos em prática nas mais diversas situações do dia-a-dia, ora servindo para "escolher" parceiras sexuais que apresentem menor risco de contaminação de DSTs, ora para realizar desejos sexuais na cama, ou ainda como traços identitários. Assim, estereótipos de gênero são adotados ou rejeitados de acordo, dentre outras coisas, com o momento da vida do sujeito (depende da fase, idade, geração) e poder econômico, possibilitando que poderes, possibilidades sejam negociadas de acordo com o contexto vivenciado, evidenciando o caráter dinâmico e mutável na apropriação de tais construções.

Basta relembrar características de algumas participantes. Diana, por exemplo, apresentava-se masculinizada no jeito de se vestir, optava por usar bermudas, camisetas e bonés. Porém, se reconhecia feminina no contexto de um relacionamento, identificava comportamentos de passividade, doçura, cuidado no seu modo de ser, quebrando a linearidade de que a "*caminhoneira*" (mulher masculinizada) assume funções masculinas. Apesar da aparência masculina, Diana referiu ir às consultas do ginecologista com regularidade, compreendendo essa especialidade médica necessária também às mulheres que fazem sexo com mulheres. Dado este também na contramão de alguns achados na literatura.

Gisele preocupava-se em estar bonita, e por isso, fazia parte do sentir-se mulher para ela usar maquiagem, manter os cabelos escovados e cortados, ir à manicure, e outra ações de beleza consigo próprio. De fato, no dia da entrevista ela apresentou-se bem feminina. No entanto, disse-nos textualmente o quanto não gostava de *ser a mulherzinha* na cama, tampouco de práticas penetrativas. Enquanto recorre a um modelo feminino no modo de apresentar-se ao mundo (construção de sua subjetividade), o que certamente estabelece algumas possibilidades e poderes a ela, na consumação do sexo com mulheres é exatamente desse modelo que se afasta. Não *ser mulherzinha* na cama aciona outros jogos de poderes, por exemplo, usufruir de privilégios masculinos "consumindo" os corpos de suas parceiras.

A apropriação de valores referentes à feminilidade e à masculinidade ao mesmo tempo em que gera alguns possibilidades, fecha outras, e por isso, vai depender do que está sendo negociado; é a essa dinâmica que chamamos atenção.

Poderíamos seguir com exemplos de cada participante, situando que "identidade" e "orientação sexual" são duas esferas que acionam uma lista de valores e construções de gênero complexas, na qual a única afirmação segura que podemos fazer é que não caminham necessariamente juntas e nem de maneira linear. As características de feminilidade e/ou masculinidade que são postas em ação criam, delimitam e oferecem possibilidades, jogos de poderes, que são escolhidas e negociadas dependendo do contexto vivenciado.

Para as pesquisas na área da saúde, ao invés de buscar categorizações, pareceu-nos útil compreender como os estereótipos de gênero atuam como entraves ou facilitadores na busca de cuidados de mulheres lésbicas e bissexuais. Uma

característica de feminilidade, ligada à sexualidade a qual gostaríamos de chamar atenção foi a preocupação em não apresentar comportamentos promíscuos ou que dessem margem para qualquer julgamento próximo disso (*"não ser vadia"* nas palavras de Josi). A experimentação sexual na perspectiva feminina, revestida pela expectativa do estabelecimento de um vínculo amoroso (HEILBORN, 2003) e o grande perigo a qual as mulheres devem se proteger representado pela figura da prostituta (FRY e MAcRAE, 1984) são importantes valores presentes nos discursos de feminilidade, que se fizeram marcantes nas falas.

Se desempenho e atividade sexual frequente denotam virilidade para os homens, é na direção oposta que se seguem valores referentes à feminilidade. Vida sexual ativa e prazerosa foi apontada como um importante tema a ser considerado nas relações, porém os significados em torno do ser mulher não parece eleger "ato sexual" como indicador de feminilidade. Ou seja, "sexo" (quantidade, frequência, elevado número de parceiras, etc.) é revestido de julgamentos morais que desqualificam a mulher na medida em que vão na direção oposta das expectativas do que venha a ser uma mulher "correta" e "direita".

O atrelamento do sexo ao afeto, que se desdobra no fato de a relação sexual estar fundada num compromisso ou na ligação afetiva ou conjugal, continua fazendo parte e alimentando uma narrativa romântica da sexualidade feminina (BOZON, 2004 e BARBOSA, 1999). A atividade sexual atrelada a um vínculo amoroso, favorece para que relações sexuais sejam realizadas em contexto de parceria fixa, afetividade ou ainda permeado por confiança na companheira. Esses contextos configuram-se aumentando a possibilidade de se abrir mão de quaisquer recursos de proteção às DSTs.

Assim, discussões oriundas dos nossos dados apontam para uma importante relação entre feminilidade e exposição às DSTs: prática sexual associada à expressão do afeto, na sexualidade feminina, opera vulnerabilizando as mulheres lésbicas, na medida em que, ao se propor o uso de quaisquer métodos de proteção, tal atitude pode ser interpretada como questionamento sobre o sentimento da parceira ou insinuar desconfiança quanto à possibilidade de múltiplas parcerias (o que não chega necessariamente a ser promiscuidade, mas é claramente um comportamento que não atende expectativas de gênero).

Se por um lado a vinculação do sexo ao afeto pode fornecer um ambiente de maior igualdade na esfera sexual e erótica, questionamos o quanto isso, de fato acontece. Recorremos à pergunta elaborada por BARBOSA (1999) para fazê-la também no contexto de parceria homossexual: "estariam as mulheres correndo algum tipo de risco, se abrissem mão de uma ética amorosa que atrela sexo ao afeto em troca da defesa do prazer em si?" (p.83). De qualquer forma, tal ética repercute-se na negociação de práticas de sexo mais seguro, pois a dimensão romântica ou o compromisso que subjaz a concretização do sexo entre mulheres coloca limites para a comunicação em torno desse tema.

Num contexto de ligação afetiva ou conjugal, os riscos de infecção às DSTs decorrentes da prática sexual desprotegida, dificilmente são incluídos como tema a ser discutido pelas parceiras sexuais. Se a transmissão de doenças pela via sexual pode sugerir múltiplas parcerias, trazer essa possibilidade para o contexto da homossexualidade feminina, é também atingir, provocar, incitar a feminilidade da companheira. É como se a proposta de inserir algum método de proteção às DSTs, pudesse soar como insulto em relação à feminilidade da companheira, advertindo que têm múltiplas parceiras e, portanto, se aproxima da imagem de mulher *vadia* ou promíscua.

Também nos chamou atenção a relação de cuidado com a saúde sexual que mulheres que se reconheciam masculinizadas referiram; algumas lésbicas podem recorrer a certos comportamentos associados à masculinidade como força, poder e virilidade. A afirmação desses padrões interfere no cuidado com a saúde, deixando a percepção da necessidade de assistência, bem como a busca por serviços médicos, especialmente complicadas.

Além disso, podem identificar o serviço de ginecologia uma especialidade para demandas de mulheres que se reconhecem femininas, o que não lhes dizem respeito. A reprodução como prioridade dessa especialidade médica pode afastar as mulheres que não tem demandas específicas sobre esse tema, já que a sexualidade não é igualmente abordada. Outra dificuldade pode estar relacionada à percepção dos serviços em geral (para além da assistência ginecológica) como um espaço feminilizado, e neste caso, como elas não se identificam com esses valores, mostram-se pouco acolhedores.

As discussões sobre homossexualidade feminina e saúde, ainda incipiente, podem se beneficiar de contribuições dos estudos sobre masculinidade e saúde. A escassez de pesquisas que discutam valores de feminilidade, lesbianidade e cuidado com a saúde, impulsionou-nos a buscar dados e informações sobre esse tema, porém com outras populações, como foi o caso dos estudos sobre masculinidades e saúde do homem. Não estamos sugerindo que lésbicas sejam tomadas por homens, mas compreendemos que o universo de valores a qual homens recorrem ou descartaram na construção de suas masculinidades são semelhantes aos que permeiam as mulheres.

Se homens podem se sentir sem pertencimento num ambiente voltado prioritariamente para o cuidado de mulheres (COUTO et al, 2010), podemos supor que as mulheres que não se percebem femininas e apresentam trejeitos corporais masculinos também poderão se sentir desconfortáveis. No caso de lésbicas, o desconforto seja ainda intensificado pelo fato de que são mulheres "desviantes"; a não compatibilidade das marcas biológicas de seus corpos com o modo como se apresentam, pode acionar preconceitos e fazerem-nas ser alvos de ações discriminatórias.

As relações entre masculinidade, feminilidade e cuidado em saúde analisadas com base na perspectiva de gênero, focaliza as dificuldades de mulheres lésbicas que se reconhecem masculinizadas na busca por assistência, relacionadas às formas como os serviços de saúde lidam com as demandas específicas das mulheres. Assim, a assistência ginecológica organizada prioritariamente para necessidades reprodutivas e o serviço caracterizado como um espaço feminilizado pode constituir-se barreiras importantes no acesso aos serviços para mulheres lésbicas masculinizadas.

Consideramos que as próprias mulheres reproduzem representações de que a assistência ginecológica não é necessária para as que têm práticas homoeróticas, sendo também responsáveis pelos impasses na relação com os serviços. Contanto, como discute COUTO et al (2010) a respeito dos homens, é incomum que os profissionais atentem para aspectos da configuração ou funcionamento dos serviços que dificultam ou até impedem seu acesso e uso. Concordamos com tal proposição, e partir de tal argumentação, inferimos que dificuldades semelhantes podem ser

encontradas por lésbicas, quanto à organização dos serviços que dificultam o acolhimento às suas demandas.

A concretização da experiência homoafetiva foi descrita nas falas das participantes por expressões como "*me encontrei*", "*conseguir ser eu mesma*", "*senti que era aquilo mesmo que me fazia feliz*", indicando claramente o quanto tais experiências as mobilizavam para encontrar formas e parceiras que possibilitassem estarem felizes. Contanto, as inúmeras dificuldades presentes na experiência homossexual foram marcadas por sentimentos de solidão, culpa e confusão localizados na subjetividade de cada mulher.

A trajetória de vida de cada participante, bem como o recurso pessoal para lidar com o sofrimento, aliados a ausência de pessoas, inclusive profissionais da saúde, configuraram um contexto onde o sofrimento e as dificuldades dessas mulheres tiveram pouco ou nenhum espaço para ser trabalhado.

As participantes apontaram categoricamente o quanto a promoção de saúde sexual estava intrinsecamente relacionada ao bem estar emocional, mais difícil de ser obtido que o bem estar físico. Onde essas mulheres (e quaisquer outros sujeitos sexuais) estão levando suas questões sobre saúde emocional? Em quais espaços de assistência à saúde aspectos referentes a medos, dúvidas, culpas, receios (esfera psíquica do sujeito), igualmente importantes na promoção integral de saúde, estão sendo discutidos? Certamente, na consulta ginecológica tais temas não estão sendo incluídos. Até mesmo em espaços tradicionais para a discussão desses temas, como em atendimentos psicológicos, inúmeras barreiras são encontradas, lembrando que Anita fazia parte de um grupo de psicoterapia na UBS de sua referência e por medo de ser recriminada, permanecia calada diante de quaisquer assuntos que envolvessem homossexualidade.

Apesar de o sofrimento estar localizado na subjetividade do sujeito e o modo como cada pessoa lida com ele depende de seus recursos pessoais, obviamente, não podemos ignorar que, a análise dos aspectos individuais reclama por avaliações dos processos sociais (AYRES et al, 2006), que não podem ser respondidas somente neste plano individual. A noção de vulnerabilidade pretende reduzir o peso da responsabilização individual, assegurando que os indivíduos possam ser vistos não como vítimas ou culpados, e sim pessoas dentro de um contexto maior, colocando a

sociedade e o Estado também como responsáveis em lançar medidas mais amplas e eficazes pela prevenção e cuidado em saúde (VILLELA, 1999).

Desse modo, não estamos sugerindo que sentimentos de culpa e medo sejam tratados como responsabilidade do indivíduo. Ao contrário, partimos do pressuposto de que os significados que as experiências homossexuais adquirem ante os valores e interesses das pessoas, vivenciados na subjetividade, remetem a aspectos materiais, culturais, políticos e morais que dizem respeito à vida em sociedade. Como questionamento, perguntamos de que forma a saúde emocional, igualmente importante para vivência sadia da sexualidade pode ser abarcada, visto que se constitui importante lacuna na promoção integral de saúde.

Numa cultura que elege a heterossexualidade como modo "correto" de relacionar-se, assumir preferência homoerótica implica em lidar com o preconceito difundido em diversas esferas sociais, exemplificados nos discursos das participantes desde o sentir-se "desajustada" na infância com relação aos pares, o medo de ser expulsa de casa, até no cuidado com a saúde especificamente.

O preconceito disseminado socialmente, como salientado por FACCHINI e BARBOSA (2006), pode "produzir agravos à saúde, na medida em que, a manutenção de estratégias de ocultação social de suas práticas e desejos, quanto o constante enfrentamento social pela estratégia de "sair do armário", poderiam se ver associados ao estresse e ao isolamento" (p.24).

Nesta pesquisa, na qual buscamos compreender os comportamentos de cuidado desprendido à saúde sexual encontramos que, na mesma direção apontada por FACCHINI e BARBOSA (2006), a maior dificuldade foi com relação ao enfrentamento do preconceito, presente nas mais diversas formas e situações, desde chistes, piadas, risos de deboches feitos por profissionais ou trabalhadores do serviço, até o receio em revelar a preferência homoerótica na consulta ginecológica.

A importância de reconhecer a história sexual do sujeito e não simplesmente enquadrá-lo numa classificação normativa (homossexual, bissexual ou heterossexual) para oferecer um atendimento de qualidade, que inclua diagnósticos e tratamentos apropriados, ainda não é a realidade de todas as consultas na área da ginecologia. A possibilidade de as mulheres transitarem pelas diferentes experiências sexuais, como

já salientado por BARBOSA e KOYAMA (2006), também não é levada em consideração na assistência médica ginecológica.

Percebemos por meio dos relatos obtidos, que a dificuldade não se centra no fato de ir ou não às consultas (com exceção das mulheres que se referem masculinizadas), mas sim, no embaraço para falar sobre as preferências homoeróticas para o médico. Apropriando-se da perspectiva da vulnerabilidade (AYRES et al, 2006), analisamos a dificuldade em falar sobre as práticas homossexuais não simplesmente como problema ou deficiência do sujeito. O medo que permeia o contato com o médico é consequência de efeitos de múltiplas ordens – individuais, sociais, políticos e programáticos.

A heterossexualidade como referência cultural de expressão correta da sexualidade, insistimos, cria, delimita e estabelece um manto de preconceito para todas as demais formas de expressão sexual que não seja esta. O estigma e a discriminação a que mulheres lésbicas e bissexuais podem estar suscetíveis, é vivenciado no dia-a-dia desses sujeitos sexuais e se traduzem em prejuízos significativos para a promoção de saúde. Assim, entendemos que o preconceito diante de práticas não heterossexuais favorece para que elas estejam mais vulneráveis a terem pior qualidade de vida.

No que se refere à prevenção de DST no sexo entre mulheres, percebemos que prevalece um silêncio em torno do tema. Todas as participantes expressaram desconhecimento ou dúvidas quanto à eficácia dos recursos disponíveis, onde adquiri-los, como também se eram, de fato, necessários na prática sexual, mesmo reconhecendo a possibilidade de transmissão de doenças.

A falta de informações na mídia, nos atendimentos ginecológicos, nos programas de Saúde da Mulher, em outras instituições (educação, cultura, etc.) sobre quaisquer aspectos preventivos na prática homossexual feminina denuncia a vulnerabilidade programática a que este tema está submetido.

Serviços de saúde organizados, prioritariamente, para necessidades reprodutivas, divulgação precária de materiais informativos sobre os riscos de doenças no sexo entre mulheres, políticas públicas na qual a necessidade de lésbicas e bissexuais não aparece de maneira específica, despreparo tecnocientífico dos profissionais e equipes e não promoção dos direitos humanos aumentam a

vulnerabilidade de mulheres lésbicas e bissexuais à infecção de doenças pela via sexual.

Discussões sobre transmissão de doenças no sexo entre mulheres, desenvolvido por algumas ONGs, constituem-se importante trabalho de divulgação de informações sobre prevenção de DSTs/aids. Reconhecemos os esforços dessas organizações na visibilidade do tema, contanto, frequentemente atuam de maneira local, e por falta de verbas e profissionais, os materiais produzidos não atingem abrangência nacional.

O processo de feminilização da aids (HEILBORN, 2003 e BARBOSA, 2003) juntamente com o reconhecimento de que mulheres lésbicas ou bissexuais podem transitar por diversas práticas sexuais (BARBOSA e KOYAMA, 2006) são dados suficientes para que a problematização em torno da transmissão de doenças entre mulheres seja alvo de preocupações, debates e estudos. Mesmo sendo baixa a transmissão do HIV entre mulheres (PINTO, 2005), práticas sexuais desprotegidas continuam expondo-as às demais DSTs e informações sobre métodos de proteção são, ainda, praticamente inexistentes.

Discussões a respeito de saúde sexual restritas à esfera privada, geralmente com a própria parceira, dificulta que maiores esclarecimentos sobre o tema seja discutido e ganhe visibilidade, incorporado também na esfera pública.

Intervenções na área da saúde a respeito da homossexualidade feminina reclamam por, pelo menos, duas medidas: primeiro, que a possibilidade de transmissão de doenças via sexual seja incluída como preocupação nas políticas públicas nacionais, assim como é em outros grupos populacionais, divulgando material informativo sobre os riscos de doenças e maneiras seguras de prevenir-se. Como as lésbicas não são vistas como estando em risco, salienta MATEBENI et al (2009), elas não são alvo de campanhas de prevenção do HIV na África do Sul, realidade muito parecida com a do Brasil. Isso implica num impacto nas práticas de testagem, no acesso à informação e adesão aos comportamentos de sexo seguro. Segundo, a produção de novos sentidos para as ideias de masculinidades e feminilidades, que certamente não depende apenas da produção de discursos e práticas de saúde, mas não pode prescindir deles (VILLELA, 1999).

A postura com que os profissionais – maiores atores na efetivação do cuidado em saúde – adotam em relação às construções de gênero, por vezes, reiteram discursos sobre a sexualidade feminina e masculina "normais". Embora a maneira como homens e mulheres vivenciam e exercem sua sexualidade, seja, de fato, o que acaba expondo-os à possibilidade de transmissão de DSTs/aids, concordamos com o argumento de VILLELA (1999) que o não reconhecimento, por parte dos operadores da saúde, da sua participação na construção desse imaginário social da sexualidade, que acaba por expor as pessoas às DSTs/aids, e o seu não comprometimento com a sua desconstrução, de modo a possibilitar que as pessoas possam se proteger melhor.

Estamos sugerindo que a prevenção às DSTs/aids, bem como a visibilidade de mulheres que se relacionam com mulheres ganhem espaços nas discussões e intervenções em saúde, para isto, caberia num primeiro momento, recusar os estereótipos de masculino e de feminino que subjazem as práticas dos profissionais de saúde no seu cotidiano, "para deixar emergir no usuário, a fragmentação e a multiplicidade com que cada um vive sua sexualidade e sua identidade de gênero e, no profissional, a possibilidade de interação com essa realidade humana" (VILLELA, 1999, p.206).

As características de feminilidade e masculinidade acionadas no processo de cuidado com a saúde indicam o quanto prática sexual atrelada à expressão do afeto, na sexualidade feminina, deve ser problematizada nas discussões sobre sexo seguro, uma vez que, parece-nos que a dimensão romântica do sexo faz parte da experiência sexual da mulher. Os valores de masculinidade hegemônica, como traços identitários a que algumas lésbicas recorrem, também merecem reflexões enquanto entraves no cuidado com a saúde. Se estudos sobre masculinidades e saúde do homem apontam para algumas possibilidades de como inserir tais sujeitos de maneira mais efetiva nos serviços e oferecer escuta para suas demandas, ações de saúde para mulheres lésbicas podem se beneficiar de tais contribuições.

Os atendimentos na área da saúde, em quaisquer especialidades, estarão de fato oferecendo assistência e promovendo melhoras na qualidade de vida quando construírem, junto com o sujeito, seus projetos de felicidade. A normatividade técnica do profissional, resultado de pesquisas e conhecimentos biomédicos, enquanto agir de maneira prescritiva, sem dialogar com as necessidades e com o

cotidiano do sujeito sexual, pouco estará fazendo. Para a efetivação da promoção de saúde não se podem ignorar que as desigualdades de gênero, a homofobia, o machismo, a discriminação são esferas que constituem o cotidiano do sujeito sexual, e reclamam por intervenções que não se limitam à esfera individual.

Finalmente, políticas de saúde comprometidas com os Direitos Humanos exigem trabalhos para além do campo da saúde. O preconceito e a discriminação, ainda se constituem fortemente presente no cotidiano de pessoas com práticas sexuais não hegemônicas, e são barreiras na promoção integral à saúde, como também em outros setores de suas vidas.

Apesar de trabalhos com a temática da homossexualidade feminina e saúde serem desenvolvidos, encontramos poucos estudos que dialogassem com as construções de feminilidade e masculinidade, deixando esse tema especialmente difícil de ser discutido com a literatura nacional. Reconhecemos as raízes históricas para tal escassez e a partir de estudos que denunciem silêncios e lacunas que poderemos avançar na construção de políticas públicas de saúde que dêem visibilidade a mulheres que fazem sexo com mulheres.

Obviamente, a visibilidade a ser conquistada não se limita ao campo acadêmico. A construção de uma sociedade menos desigual também se faz no cotidiano das comunidades, dentro dos muros de cada casa e por meio dos movimentos sociais e culturais. Por isso, finalizamos a dissertação repetindo um trecho da poesia de Alice e convocando cidadãos, também artistas, para que sejam atores na denúncia do que ressalta desigualdades e distancia um ser humano do outro.

> (...)
> O patriarcado nos ensina a ser meigas, cor-de-rosa, caladas
> sinônimo de bem-comportadas
>
> O eterno feminino é uma heteroconstrução
> instrumento de dominação
>
> Por isso contra o sexismo sou fardada
> pra derrubar essa postura machista blindada
> O meu armamento
> é o conhecimento
> Minha munição
> é a liberdade de expressão...
>
> (Alice)

REREFÊNCIAS 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.

Adorno, RCF e Jimenez, L. Alianças invisíveis, Identidades visíveis, Direitos e negociação cotidiana através do discurso LGBT nos serviços de saúde. In: Ferreira, J e Schuch, P, organizadores. Direitos e ajuda humanitária. Perspectivas sobre famílias, gênero e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010, p.227-243.

Almeida GES. Argumentos em torno da possibilidade de infecção por DST e AIDS entre mulheres que se autodefinem como lésbicas. Physis Rev Saúde Coletiva. 2009; 19 (2):301-331.

Alves AM. Envelhecimento, trajetórias e homossexualidade feminina. Horizontes Antropológicos (Porto Alegre).2010;16,(34):213-233.

Alves BM e Pitanguy J. O que é feminismo. São Paulo: Brasiliense; 2007.

Anselm-Strauss e Juliet C. Pesquisa Qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. Tradução: Luciane de Oliveira da Rocha. 2 ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.

Aquino LOR. Discurso lésbico e construção de gêneros. Horizontes Antropológicos. 1995; 1(1):79-94.

Aquino EML, Barbosa, R, Heilborn, ML e Berquó, E. Gênero, sexualidade e saúde reprodutiva: a constituição de um novo campo na Saúde Coletiva. Cadernos de Saúde Pública. 2003; 19(sup. 2):S198-99.

Ayres JRCM et al. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de aids. In: Barbosa, RM e Parker, R, editores. Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder. São Paulo: Ed 34/Rio de Janeiro: IMS, UERJ; 1999, p.49-72.

Ayres JRCM. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto de promoção de saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2004; 9,(3):583-592.

Ayres JRCM et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos, GWS, Minayo, MCS, Akerman, M, Júnior, MD e Carvalho, YM de. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Huciec/Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006, p.375-418.

Ávila MB. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. Cadernos de Saúde Pública. 2003; 19(sup.2):465-69.

Bandeira L. Relações de gênero, corpo e sexualidade. In: Galvão, L e Díaz, J., organizadores. Saúde sexual e reprodutiva no Brasil. São Paulo: Hucitec/Population Council; 1999, p.180-197.

Barata RB. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.

Barbiere T. Sobre a categoria gênero: uma introdução teórico metodológica. In: Azevedo, S. e StolcKe, V, organizadoras. Direitos Reprodutivos. São Paulo: Fundação Carlos Chagas; 1993.

Barbosa RM. Negociação sexual ou sexo negociado? Poder, gênero e sexualidade em tempos de aids. In: Barbosa, RM e Parker, R, organizadores. Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder. São Paulo: Ed 34/Rio de Janeiro: IMS, UERJ; 1999, p.73-88.

Barbosa RM. Um olhar de gênero sobre a epidemia de AIDS. In: Berquó, E, organizadora. Sexo & Vida. Panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas (SP): Unicamp; 2003, p.339-383.

Barbosa RM e Koyama MAH. Mulheres que fazem sexo com mulheres: algumas estimativas para o Brasil. Cadernos de Saúde Pública. 2006; 22,(7):1511-1514.

Barbosa RM e Facchini R. Acesso a cuidados relativos à saúde entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. Cadernos Saúde Pública. 2009; 25(Sup 2):S291-S300.

Barbosa RM, Aquino EML, Heilborn ML e Berquó E., organizadoras. Interfaces: gênero, sexualidade e saúde reprodutiva. Campinas (SP): Unicamp; 2002.

Berquó E., organizadora. Comportamento sexual da população brasileira e percepção do HIV/aids. Brasília (DF): Ministério da Saúde/São Paulo: CEBRAP; 2000.

Berquó E. Sexo e vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas (SP): Unicamp; 2003.

Bozon, M. Sociologia da sexualidade. Tradução de M de L Menezes. Rio de Janeiro: Ed. FGV; 2004.

Brasil, Coordenação Nacional de DST/AIDS, 2002. Pesquisa de opinião pública _ Mulheres que fazem sexo com mulheres. Disponível em: <http://www.aids.gov.br /final /novidades /Mulheres.ppt>. Acesso em: 20 jun. 2009.

Brasil, Ministério da Saúde. Política nacional de Atenção à Saúde Integral da Mulher – Princípios e Diretrizes. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas estratégicas. Brasília, 2004. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

Cáceres C. masculinidades negociadas: identidades e espaços de possibilidades sexual em um grupo de michês em Lima. In: Barbosa RM e Parker R, organizadores. Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder. São Paulo: Ed 34/Rio de Janeiro: IMS, UERJ; 1999, p.137-152.

Carraca S, Ramos S. Política, Direito, Violência e homossexualidade. Pesquisa 9ª Parada do Orgulho GLBT- Rio. 2004. Rio de Janeiro: CEPECS; 2005.

Carreno I e Costa JSD da. Uso de preservativos nas relações sexuais: estudo de base populacional. Rev. Saúde Pública. 2006; 40, (4): 720-726. ISSN 0034-8910.

Coelho LM. Representação social da homossexualidade feminina nos ginecologistas do ponto de vista das mulheres lésbicas e bissexuais. Tesseract. 2001; 4. Disponível em: http://tesseract.sites.uol.com.br/textoleilacoelho.htm. Acesso em 19/10/2009.

Correia M. Sexualidade e antropologia: comentários sobre a exposição de Maria Andréa Loyolla. In: Loyolla, MA, organizadora. A sexualidade nas ciências sociais. Rio de Janeiro: EDUERJ; 1998, p. 253-8.

Corrêa S e Petchesky R. Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista. Physis, Rev Saúde Coletiva. 1996; 6(1/2):147-77.

Costa JF. A construção cultural da diferença entre os sexos. In: Coletânea dos trabalhos desenvolvidos no VII Encontro de Orientação Sexual. Campinas (SP): GEISH, UNICAMP; 1995, p.3-12.

Costa RG. Saúde e masculinidade: reflexões de uma perspectiva de gênero. Revista Brasileira de Estudos de População. 2003; 20,(1):79-92.

Courtenay WH. Construction of masculinity and their influence on men`s well-being: a theory of gender and health. Social Science & Medicine. 2000; 50, (10),1385- 401.

Couto MT, Pinheiro TF, Valença O, Machin R, Silva GSN da, Gomes R, et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. Interface – Comunic., Saúde e Educ. 2010; 14, (33):257-70.

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 et al. Health behaviours, health status, and access to and use of health care: a population-based study of lesbian, bisexual and heterosexual women. Arch Fam Méd. 2000b; 9(10):1043-1051.

Facchini R, Barbosa RM. Dossiê Saúde das mulheres lésbicas: promoção da equidade e da integralidade. Belo Horizonte: Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; 2006.

Figueiredo W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. Ciência & Saúde Coletiva. 2005;10 (1):105-9.

Figueiredo W. Masculinidades e cuidado: diversidade e necessidade de saúde dos homens na atenção primária [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP; 2008.

Fry P e MacRae E. O que é homossexualidade. São Paulo: Abril Cultural: Brasiliense; 1984.

Giffin K. Homens, heterossexualidades e reprodução no Brasil. Rio de Janeiro: ENSP; 1997.

Goffman E. Estigma: notas sobre manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1982.

Gogna M. Contribuições para repensar a prevenção das DST. In: 2o Seminário, Saúde Reprodutiva em Tempos de Aids; realizado em mar 13-15. Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: ABIA/IMS/UERJ; 1997, p. 55-60.

Gogna R e Ramos S. Crenças leigas, estereótipos de gênero e prevenção de DSTs. In: Barbosa, RM e Parker, R, organizadores. Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder. São Paulo: Ed 34/Rio de Janeiro: IMS, UERJ; 1999, p.229-248.

Gomes R, Nascimento EF do, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. Cad Saúde Pública. 2007; 23, (3):565-74.

Gomes R, Moreira MCN, Nascimento EF, Rebello LEF de S, Couto MT e Schraiber LB. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na Atenção Primária. Ciência & Saúde Coletiva. 2011;16,(supl1):983-992.

Granado L. Mitos sobre a relação entre mulheres, e a transmissão de DST/HIV. Ousar viver. 1998; 4, (6).

Gruskin S e Tarantola D. Health and Human Rights. In: Oxford Textbook of Public Health, Detels, R, Beaglehole, R, editors. Oxford University Press. 2001;1(4):311-335.

Gubert D, Madureira VSF. Iniciação de homens adolescentes. Ciência e Saúde Coletiva. 2008;13, (2): 2247-2256.

Guerriero I, Ayres JRCM e Hearst N. Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais , São Paulo, SP. Rev. Saúde Pública. 2002; 36, (4): 50-60.

Guimarães CD. Mulheres, homens e Aids: o visível e o invisível. In: Parker et al, organizadores. Aids no Brasil (1982-1992). Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1994. (História Social da Aids, 2)

Guimarães CD. Mas eu conheço ele! Um método de prevenção do HIV/AIDS. In: Parker R, Galvão J, organizadores. Quebrando o silêncio: mulheres. Aids no Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1996. (História Social da Aids, 7)

Guimarães CD. O homossexual visto por entendidos. Rio de Janeiro: Garamond; 2004.

Habermas J. Direito e Democracia: entre facticidade e validade. Volume I. Tradução: Flávio Beno Siebeneichler. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1997.

Heilborn ML. Articulando Gênero, Sexo e Sexualidade: diferenças na saúde. In: O clássico e o Novo. Giffoni R, Goldenberg P e Gomes MH, organizadores. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.

Heilborn ML. Dois é par. Gênero e Identidade sexual no contexto igualitário. Rio de Janeiro: Garamond; 2004.

Heilborn ML, Gouveia PF. "Marido é tudo igual": mulheres populares e sexualidade no contexto da Aids. In: Barbosa RM e Parker R, organizadores. Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder. São Paulo: Ed 34/Rio de Janeiro: IMS, UERJ; 1999, p.175-198.

Higgins JA, Hirsch JS. Pleasure, Power, and Inequality: Incorporating Sexuality Into Research on Contraceptive Use**.** Am J Public Health. 2008; 98, (10):1803-1813.

Laqueur T. Making sex: body and gender from the Greeks to Freud. New York: Harvard Univesity Press; 1992.

Laurenti R. Perfil epidemiológico da saúde masculina na região das Américas: uma contribuição para o enfoque de gênero. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1998.

Laurenti R, Mello JMHP e Gotlieb SLD. Perfil epidemiológico morbi-mortalidade masculina. Ciências & Saúde Coletiva. 2005;10,(1):35-46.

Leal OF, Boff AM. Insultos, queixas, sedução e sexualidade: fragmentos de identidade masculina em uma perspectiva relacional. In: Parker, R e Barbosa, R, organizadores. Sexualidades Brasileiras. Rio de Janeiro: Relumé-Dumará/ABIA-IMS-UERJ; 1996, p.119-35.

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 LG. Pedagogias da Sexualidade. In: Louro GL., organizadora. O corpo educado. 3 ed. Belo Horizonte: Autêntica; 2010, p.07-34.

Meinerz NE. Entre mulheres – estudo etnográfico sobre a constituição da parceria homoerótica na cidade de Porto Alegre [dissertação de mestrado]. Porto Alegre: Universidade do Rio Grande do Sul; 2005.

Matebeni Z, Camargo TMCR de, Camargo Jr KR de e Dias LF. All Sexed Up: a resposta de mulheres lésbicas negras jovens ao sexo (mais) seguro em Johannesburg, África do Sul. Physis Revista de Saúde Coletiva. 2009; 19, (2): 333-348.

Minayo MC de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8º ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

Ministério da Saúde. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Saúde da População de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Rev de Saúde Pública. 2008;42(3):570-3.

Navarro-Swain T. O que é lesbianismo. São Paulo: Brasiliense; 2004.

Moore H. Compreendendo Sexo e Gênero. Tradução de Julio Assis Simões para uso didático. Do original "Understanging Sex and Gender". In: Tim Ingold (ed). Companion Encyclopedia of Anthropology. London (UK): Routledge; 1997.

Paiva V. Prevenção PositHIVa: abordagem psicossocial, emancipação e vulnerabilidade. Texto apresentado no seminário "Prevenção PositHIVa: estado da arte". ABIA, Rio de Janeiro, 25-26 outubro de 2007.

Paiva V, Ayres JR & França Jr I. Expanding the flexibility of normative patterns in youth sexuality and prevention programs. Sexuality Research & Social Policy (Journal of NSRC). 2004; 1,(1):83-97.

Paiva V. A Psicologia redescobrirá a sexualidade? Psicologia em Estudo (Maringá). 2008; 13, (4):641-651.

Parker R. Corpos, prazeres e paixões: a cultura sexual no Brasil contemporâneo. São Paulo: Best Seller; 1991.

Parker R. Beneath the Equator: cultures of desires, male homosexuality, and emerging gay communites in Brazil. Nova York: Routledge; 1999.

Parker R e Barbosa, R. Apresentação. In: Barbosa RM e Parker R, organizadores. Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder. São Paulo: Ed 34/Rio de Janeiro: IMS, UERJ; 1999, p.08-14.

Patton MQ. Qualitative Research e Evaluation Methods. 3 ed. Sage: 2002.

Pinheiro TF. A abordagem à sexualidade masculina na atenção primária à saúde: possibilidades e limites [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP; 2010.

Pinto VM. Aspectos epidemiológicos das doenças sexualmente transmissíveis em mulheres que fazem sexo com mulheres [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2004.

Pinto VM. et al. Sexually transmitted disease / HIV risk behaviour among women who have sex with women. AIDS. 2005; 19, (Suppl 4):S64-S69.

Rubin GS. The traffic in women: notes on the political economy of sex. In: Reiter R, editora, Toward an Anthropological of Women. New York: Monthly Review. 1975, p. 157-210.

Rubin GS. Thinking Sex: Notes for a Radical Theory of the Politics of Sexuality. In: Vance C, editora. Pleasure and Danger: Exploring Female Sexuality. New York: Routledge e Kegan, Paul; 1985, p.267-319.

Saillant F. Les soins em péril: entre la necessite et l'exclusion. Recherches Féministes. 1991; 1,(14).

Schraiber LB. Saúde de Homens... e Mulheres: Questões de gênero na saúde coletiva. In: Gomes, R, Sexualidade masculina, gênero e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p.7-18.

Secchi K, Camargo BV e Bertoldo RB. Percepção da imagem corporal e representações sociais do corpo. Psicologia: Teoria e Pesquisa. 2009;25,(2):229-236.

Silva CGM. O significado da fidelidade e as estratégias para prevenção da Aids entre homens casados. Rev Saúde Pública. 2002;36,(4 Supl):40-9.

Silva GSN. A construção do adoecer masculino e o uso de preservativo [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2001.

Scavone L. O trabalho das mulheres pela saúde: cuidar, curar, agir. In: Villela W e Monteiro S, organizadoras. Gênero e Saúde. Programa Saúde da Família em questão. Rio de Janeiro: Abrasco/Brasília (DF): UNFPA – Fundo de População das Nações Unidas; 2005, p. 99-110.

Scott, JW. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. In: Lopes EMT, Louro GL, organizadoras. Educação e Realidade. 1990; 16, (2 jul-dez):5-22.

Simões JA e Facchini R. Na trilha do arco-íris. Do movimento homossexual ao LGBT. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2009.

Stillion JM. Premature death among males. In: Sabo D, Gordon DF, editors. Men`s health and illness: gender, power and the body. Thousand Oaks, CA: Sage Publication; 1995, p.46-67.

Valdes T, Olivarría J, editores. Masculinidades y equidad de género en América Latina. Santiago, Chile: FLACSO; 1998.

Vance C. A antropologia redescobre a sexualidade: um comentário teórico. Physis Revista de Saúde Coletiva. 1991; 5, (1):7-31. Traduzido em 1995.

Villela WV. Prevenção do HIV/Aids, gênero e sexualidade: um desafio para os serviços de saúde. In: Barbosa RM e Parker R, organizadores. Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder. São Paulo: Ed 34/Rio de Janeiro: IMS, UERJ; 1999, p.199-214.

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 (SP): Unicamp; 2003, p. 85-150.

Weeks J. O corpo e a sexualidade. In: Louro, GL, organizadora. O corpo educado: pedagogias das sexualidades. Belo Horizonte: Autêntica; 2000, p.35-82.

White A, Cash K. The state of men's Health and Gender inWestern Europe. The Journal of Men's Health & Gender. 2004;1,(1):60-6.

White A, Holmes M. Patterns of mortality across 44 countries among men and women aged 15-44 years. The Journal of Men's Health & Gender. 2006;3,(2):139-51.

WHO (World Health Organization). Constitution of the World Health Organization. Basic Documents. WHO. Genebra. 1946

ANEXOS

ANEXO 1

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Apresentação e trajetória afetivo-sexual (nome, idade, com que trabalha, escolaridade, há quanto tempo reside na cidade de São Paulo, cidade natal, o porquê veio para a capital paulista, onde reside, com quem mora, situação afetiva-sexual, quais serviços médicos que utiliza, relacionamentos anteriores com homens, se houver).

2. Como foi o início de seu envolvimento com uma mulher?

3. Sobre o ser mulher e a relação homossexual:

O que é ser mulher para você?

Que características tuas te fazem se sentir mulher?

Que comportamentos você tem que te fazem se sentir mulher?

Que comportamentos você tem na relação com uma mulher que você identifica com o feminino? E com o masculino?

4. Sobre saúde sexual:

O que você entende por saúde sexual?

O que você faz para promover sua saúde sexual?

Com quem você conversa sobre saúde sexual?

5. Sobre práticas sexuais:

Como é sua vida sexual com as mulheres que você se relaciona?

O que você gosta de fazer na cama?

Você usou algum método de proteção às DST no sexo com mulheres? Por que?

6. Relação estereótipos de gênero e saúde sexual:

Você consegue traçar alguma relação entre a sua forma de ser mulher e suas ações de saúde sexual?

ANEXO 2

ANEXO 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar voluntariamente da pesquisa "**Saúde sexual e reprodutiva de mulheres lésbicas e bissexuais**", que está sendo realizada por uma aluna da pós-graduação da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Por favor, leia com atenção este documento, pois pode conter palavras que você não entenda, e que cabe a mim elucidar.

Esta pesquisa tem por objetivo estudar mulheres que têm relações afetivas-sexuais com outras mulheres, compreendendo como aspectos de poder, autonomia, decisões e cuidados com a saúde sexual e reprodutiva acontecem dentro dessas relações. Entendendo quais atitudes e práticas são feitas em relação à sexualidade e à saúde, torna-se possível pensar na formulação de um atendimento de qualidade, que leve em consideração as características deste grupo estudado.

Sua contribuição consistirá em participar de uma entrevista, que será realizada em um local de sua preferência, onde você possa se sentir confortável e segura para falar de sua vida amorosa, fornecendo informações pessoais relativas ao seu relacionamento afetivo, incluindo-se aspectos sexuais. 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 pelo telefone: (11) 3061-7773 ou por e-mail julliana@usp.br. Caso você se sinta prejudicada em algum momento da pesquisa, o Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública estará disponível através dos telefones (11) 3061-7779/ 7742, do e-mail: coep@fsp.usp.br e endereço Av. Dr.Arnaldo, 715 – Cerqueira César – São Paulo – SP.

Recebi uma cópia desse termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas. Eu entendi que a pesquisa não acarretará danos ou custos para mim e que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem que esta decisão acarrete-me problemas.

Eu concordo voluntariamente a participar dessa pesquisa.

Data: __/__/__

Participante: _____ Pesquisadora: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

ANEXO 4

Quadro com informações sobre as participantes.

Nome fictício	idade	Cidade de onde veio	Há quanto tempo reside em São Paulo	Estado civil auto-referido	Reside com a parceira(o)?	Profissão e renda mensal (em reais)	Escolaridade	Orientação sexual auto-referida
Anita	46	Interior de SP	20 anos	Namorando (homem)	Não	Empregada doméstica. 1 mil	Ensino Médio completo	Bissexual
Alice	19	São Paulo	Sempre residiu	Solteira	Não	Trabalha para o CENSO. Não informou a renda.	Ensino Médio completo	Lésbica
Diana	46	Região metropolitana de São Paulo	20 anos	Solteira	Não	Para o 3 setor, com vendas. 2 mil, aprox.	Superior completo	Lésbica
Cíntia	30	Interior de SP	5 anos	Namorando	Sim, há 4 meses	Educadora física. 4 a 5 mil – renda total de C mais o salário da parceira	Superior completo	Lésbica
Patrícia	39	São Paulo	31 anos	União estável	Sim, há 18 anos	Naturóloga Não informou a renda.	Superior completo	Lésbica
Gisele	25	Interior de SP	7 anos	Solteira	Não	Faz graduação em Letras, não trabalha.	Superior incompleto, está cursando a faculdade.	Lésbica
Mara	37	Interior de Pernambuco	20 anos	Solteira	Não	Atendente de bar. 700 a 800 reais.	Ensino Médio incompleto	Lésbica
Flora	34	Rio de Janeiro	12 anos	Namorando	Sim, há 5 meses	Pastora de igreja e trabalha com vendas. 2800 (renda total de F mais o salário da parceira)	Superior completo	Não se referiu.
Josi	27	Interior de Pernambuco	6 anos	Solteira	Não	Atendente numa cafeteria. 700 reais.	Ensino Médio incompleto.	Lésbica