



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Luciane Marques de Araujo

**Representações sociais de enfermeiras e médicos do campo da
saúde sexual e reprodutiva sobre as mulheres lésbicas**

Rio de Janeiro

2015

Luciane Marques de Araujo

Representações sociais de enfermeiras e médicos do campo da saúde sexual e reprodutiva sobre as mulheres lésbicas

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof.^a Dra. Lucia Helena Garcia Penna

Rio de Janeiro

2015

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

A663 Araujo, Luciane Marques de.
Representações sociais de enfermeiras e médicos do campo da
saúde sexual e reprodutiva sobre as mulheres lésbicas / Luciane
Marques de Araujo. - 2015.
286 f.

Orientadora: Lucia Helena Garcia Penna.

Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Faculdade de Enfermagem.

1. Enfermagem em saúde pública. 2. Representações sociais. 3.
Homossexualidade feminina. 4. Direitos sexuais e reprodutivos. 5
Gênero e saúde. 6. Identidade de gênero. 7. Violência contra a
mulher I. Penna, Lucia Helena Garcia. II. Universidade do Estado do
Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU
614.253.5

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial
desta tese, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Luciane Marques de Araujo

Representações sociais de enfermeiras e médicos do campo da saúde sexual e reprodutiva sobre as mulheres lésbicas

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 17 de dezembro de 2015.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Lucia Helena Garcia Penna (Orientadora)
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Prof. Dr. Antonio Marcos Tosoli Gomes
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Prof. Dr. Sergio Corrêa Marques
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Prof.^a Dra. Regina Helena Simões Barbosa
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof.^a Dra. Adriana Lemos Pereira
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2015

DEDICATÓRIA

À extensão universitária, por me proporcionar tudo, desde o início: as inquietações, o estímulo à pesquisa, a possibilidade de compartilhar com as mulheres, suas vivências, singularidades e sentimentos mais profundos, a constatação do potencial transformador da enfermagem e ainda, a convivência intensa com a energia transbordante das alunas, em especial, das bolsistas, fortalecendo o sonho e a crença em um cuidado mais justo e ético, cuja meta seja, de fato, a igualdade.

AGRADECIMENTOS

À minha família, em especial, à minha mãe, por seu amor incondicional e acolhedor.

Aos meus sobrinhos, Thiago e Clarinha, por me derreter de tanto amor e manter viva a esperança na construção de um mundo melhor.

À Jane, por seu companheirismo, humor incorrigível, pensamento brilhante e por compartilhar comigo tantas coisas.

À Lucia, minha amiga e orientadora, por compartilhar tão seriamente, saberes e sentimentos, na construção deste trabalho.

Ao Marcos Tosoli, por sua disponibilidade constante e apoio decisivo a este trabalho.

À Regina Henriques, pela amizade, confiança e oportunidade ímpar de aprendizado, ao compartilhar sua experiência, na extensão universitária e na administração central da universidade e ainda, por me apoiar e compreender minhas ausências, tão necessária à realização deste trabalho.

Ao Ricardo França, pela doce amizade, pelo carinho, apoio incondicional e alegria que transborda sempre e faz nosso cotidiano de trabalho muito mais feliz.

À Lina, pelo carinho e incentivo à construção deste trabalho.

Aos colegas e parceiros da Sub-Reitoria de Extensão e Cultura da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), pelo enorme prazer em me sentir parte deste grupo, por sua seriedade, envolvimento e comprometimento ético com a extensão e cultura, com a formação profissional e humana e com a sociedade.

Ao Márcio Tadeu, pelo carinho e preciso incentivo a este estudo.

Aos professores e membros da banca examinadora, pelas preciosas contribuições, presentes em todas as linhas deste texto.

Aos amigos do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da UERJ, pelo carinho e incentivo de sempre.

À querida Joana labrudi, por sua disponibilidade carregada de afeto, em me ajudar com o NVivo.

Aos colegas de turma, pelos momentos inesquecíveis que vivemos juntos.

Aos funcionários da Faculdade de Enfermagem da UERJ, pelo carinho e apoio constantes.

Aos profissionais de saúde que concordaram em participaram desse estudo cedendo seu precioso tempo para contribuir com essa pesquisa.

Ninguém é igual a ninguém. Todo ser humano é um estranho ímpar.

Carlos Drummond de Andrade

RESUMO

ARAUJO, Luciane Marques de. *Representações sociais de enfermeiras e médicos do campo da saúde sexual e reprodutiva sobre as mulheres lésbicas*. 2015. 286f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

Trata-se de um estudo que tem como objeto as representações sociais de enfermeiras e médicos do campo da saúde sexual e reprodutiva sobre a mulher lésbica. Os objetivos incluem: descrever o conteúdo das representações sociais de enfermeiras e médicos, do campo da saúde sexual e reprodutiva, sobre as mulheres lésbicas; identificar as especificidades de saúde sexual e reprodutiva reconhecidas, pelos profissionais, entre as lésbicas; descrever as dificuldades encontradas, por enfermeiras e médicos, no cotidiano das práticas de atenção à saúde sexual e reprodutiva das lésbicas; discutir a influência das representações sociais de enfermeiras e médicos sobre suas práticas de atenção à saúde sexual e reprodutiva de lésbicas. A pesquisa é de natureza qualitativa. O referencial teórico tem apoio na da Teoria do Poder Simbólico e o referencial teórico-metodológico na Teoria das Representações Sociais. O grupo social participante envolve 24 enfermeiras e 21 médicos atuantes na atenção primária, no município do Rio de Janeiro. Os dados foram coletados no período de março a setembro de 2014. O instrumento de coleta de dados foi a entrevista semiestruturada e os depoimentos analisados à luz da análise temático-categorial de conteúdo com auxílio do *software* NVivo. Os resultados indicam que a representação social do grupo sobre a mulher lésbica está permeada de elementos da representação sobre a homossexualidade, o que sugere tratar-se de uma representação não autônoma. Frente às constatações, análises e discussões tecidas ao longo do estudo, foi possível confirmar o pressuposto teórico e afirmar a tese de que as representações sociais de enfermeiras e médicos, do campo da saúde sexual e reprodutiva, sobre as lésbicas, apresentam um conteúdo fortemente normativo, com expressiva carga afetiva, que opera como substrato para a violência simbólica no cuidado, contribuindo com o processo de exclusão dessas mulheres, do campo da saúde. As lésbicas são classificadas, pelos profissionais de saúde, em masculinas ou femininas. A lésbica masculina é enraizada numa rede de significados com forte conotação negativa e as femininas, na medida em que rompem menos com as normas sociais, são melhor aceitas.

Palavras-chave: Enfermagem em saúde pública. Representações sociais. Homossexualidade feminina. Direitos sexuais e reprodutivos. Gênero e saúde. Identidade de gênero. Violência contra a mulher.

ABSTRACT

ARAUJO, Luciane Marques de. *Social representations of nurses and doctors in the field of sexual and reproductive health of lesbians*. 2015. 286f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

It is a study that has as object the social representations of nurses and doctors of the sexual and reproductive health field over the lesbian woman. The objectives include: describing the contents of the social representations of nurses and doctors of the sexual and reproductive health field, about lesbians; identify the specifics of the sexual and reproductive health recognized by professionals, among lesbians; describing the difficulties encountered by nurses and doctors, in the daily care practices to sexual and reproductive health of lesbians; discussing the influence of social representations of nurses and doctors about their care practices to sexual and reproductive health of lesbians. The research is of a qualitative nature. The theoretical framework is supported by the Theory of Symbolic Power and the theoretical and methodological framework in Social Representation Theory. The participant social group involved 24 nurses and 21 doctors acting in primary care, in the city of Rio de Janeiro. Data were collected from March to September 2014. The data collection instrument was the semi-structured interview and the statements analyzed in the light of thematic-categorical content analysis with the aid of NVivo software. The results indicate that the representation of the social group about the lesbian woman is permeated with elements of the representation of homosexuality, suggesting that this is a non-autonomous representation. Facing the findings, analyzes and discussions woven along the study allowed us to confirm the theoretical assumption and affirm the thesis that the social representations of nurses and doctors from the sexual and reproductive health field, about lesbians, have a strongly normative content with significant emotional charge, which operates as a substrate for symbolic violence in care, contributing to the process of exclusion of these women, the field of health. Lesbians are classified by health professionals as male or female. The male lesbian is rooted in a network of meanings with strong negative connotation and female lesbians are better accepted to the extent that less break with social norms.

Keywords: Public health nursing. Social representations. Female homosexuality. Sexual and reproductive rights. Gender and health. Gender identity. Violence against women.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 -	Sexo e categoria profissional dos participantes	133
Gráfico 2 -	Faixa etária dos participantes	134
Gráfico 3 -	Raça/ cor dos participantes	135
Gráfico 4 -	Orientação sexual dos participantes	135
Gráfico 5 -	Religião dos participantes	137
Gráfico 6 -	Tempo de formação profissional, em anos, dos participantes	138
Gráfico 7 -	Tempo de atuação, em anos, dos participantes no campo da saúde sexual e reprodutiva	139
Gráfico 8 -	Especialidade dos participantes	139
Gráfico 9 -	Vínculo empregatício dos participantes	140
Gráfico 10 -	Distribuição dos participantes de acordo com a área programática onde atuam	141
Quadro -	Categorias e subcategorias emergentes	152

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABGLT	Associação Brasileira de Gays, Lésbicas e Travestis
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
AP	Área Programática
CDC	Centro de Controle de Doenças
CF	Clínicas de Família
CFM	Conselho Federal de Medicina
CMS	Centro Municipal de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COEP	Comissão de Ética em Pesquisa
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DIP	Doença inflamatória pélvica
DST	Doenças sexualmente transmissíveis
FENF	Faculdade de Enfermagem
GLBT	Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transgêneros
GLS	Gays, Lésbicas e Simpatizantes
GLT	Gays, Lésbicas e Travestis
GLTB	Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais
HPV	Papiloma vírus humano
HSH	Homens que fazem sexo com Homens
IRA	Iniciação – Resposta – Avaliação
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
MGL	Movimento de Gays e Lésbicas
MH	Movimento Homossexual
MSM	Mulheres que fazem sexo com mulheres
NEPEN-MUSAS	Núcleo de Estudos e Pesquisas Enfermagem, Mulher, Saúde e Sociedade
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OS	Organização Social

PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PMPA	Prefeitura Municipal de Porto Alegre
PNAIRHA	Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNSILGBT	Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
PNDH III	Programa Nacional de Direitos Humanos
RS	Representações Sociais
SENALE	Seminário Nacional de Lésbicas
SUBPAV SMSRJ	Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
SUS	Sistema Único de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	14
1	CONTEXTUALIZAÇÃO TEMÁTICA DO OBJETO DE ESTUDO	27
1.1	Aspectos sócio-históricos acerca das concepções sobre o corpo, o sexo e as sexualidades	27
1.2	O movimento homossexual no Brasil e sua interface com o campo da saúde - a participação das lésbicas	40
1.3	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e a Política Nacional de Saúde Integral LGBT - influência dos movimentos sociais	48
1.4	Panorama das principais demandas de lésbicas no campo da saúde sexual e reprodutiva	63
1.5	A consulta em ginecologia e a medicalização do corpo	77
2	REFERENCIAL TEÓRICO	87
2.1	A teoria do poder simbólico, aplicada ao campo da saúde sexual e reprodutiva	87
2.2	Identidade e representações identitárias	98
3	REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO	105
3.1	A Teoria das Representações Sociais	105
3.2	As relações entre representações sociais e práticas	123
4	PERCURSO METODOLÓGICO	129
4.1	Participantes e cenário do estudo	130
4.2	Aspectos éticos	141
4.3	A coleta de dados	142
4.4	A análise de dados	150
5	AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ENFERMEIRAS E MÉDICOS, DO CAMPO DA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA, SOBRE A HOMOSSEXUALIDADE	153

6	AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ENFERMEIRAS E MÉDICOS, DO CAMPO DA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA, SOBRE A MULHER LÉSBICA E SUAS RELAÇÕES AFETIVO-SEXUAIS E FAMILIARES	175
6.1	A mulher lésbica – entre o feminino e o masculino	175
6.2	As relações afetivo-sexuais e familiares de lésbicas	188
7	A CONSULTA À MULHER LÉSBICA, NO CAMPO DA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA E SUAS ESPECIFICIDADES DE SAÚDE	196
7.1	A interação entre o profissional e a cliente e as percepções profissionais sobre a saúde sexual e reprodutiva da lésbica – a primeira etapa da consulta	197
7.2	As medidas de prevenção das DST, o exame preventivo do câncer do colo do útero e a maternidade lésbica – a segunda etapa da consulta	224
7.2.1	<u>As medidas de prevenção das DST</u>	224
7.2.2	<u>O exame preventivo do câncer do colo do útero</u>	243
7.2.3	<u>A maternidade lésbica</u>	244
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	249
	REFERÊNCIAS	256
	APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	271
	APÊNDICE B - Roteiro para aplicação da Técnica de Evocação Livre aos Profissionais de Saúde	274
	APÊNDICE C - Roteiro Temático de Entrevista com os Profissionais de Saúde	275
	APÊNDICE D - Ficha de Participante – Profissionais de Saúde	278
	ANEXO A - Termo de Autorização da Unidade/ SMS-RJ	280
	ANEXO B - Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa	281
	ANEXO C - Áreas Programáticas do Município do Rio de Janeiro	285

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Trata-se de um estudo que tem como objeto as representações sociais de enfermeiras¹ e médicos¹ do campo da saúde sexual e reprodutiva sobre a mulher lésbica².

A assistência à saúde da mulher é reconhecida como uma das prioridades das políticas públicas de saúde. Entretanto, esta preocupação com essa parcela da população teve seu impulso apenas no século XX, nas décadas de 70 e 80.

A mulher foi reconhecida pelo governo brasileiro como de caráter prioritário, em termos de políticas de saúde, no ano de 1975, quando foi criado o Programa de Saúde Materno-Infantil, que recomendava a atenção ao grupo materno-infantil e especificamente, no que se refere à saúde da mulher, esta atenção deveria ser oferecida durante o ciclo gravídico-puerperal.

A partir da mobilização das próprias mulheres, por meio do movimento feminista, inicia-se a reivindicação por uma democratização das decisões governamentais, com ampliação das discussões e participação mais ativa nos processos decisórios pertinentes à saúde, especialmente no que se refere às questões do planejamento familiar e no reconhecimento de que a procriação não poderia ser entendida como a função principal da vida sexual e de que a maternidade não poderia ser a única via de acesso à cidadania feminina e aos benefícios sociais. Dessa maneira, ocorreu a maior visibilidade de temas como políticas populacionais, planejamento familiar, assistência à saúde materna, direitos sexuais e reprodutivos, em especial, aborto e esterilização (ARAUJO, 2000). Neste período, o movimento de mulheres exerceu forte pressão sobre o Governo o que culminou com a elaboração do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), pelo Ministério da Saúde, cuja equipe contou com expressiva participação

¹ No texto deste estudo o termo enfermeira será sempre utilizado no feminino por tratar-se de uma profissão eminentemente feminina e devido ao quadro de disposições internas e atributos de mulher que é socialmente imputado aos agentes da enfermagem, tais como: paciência, autocontrole, boa vontade, docilidade, prontidão,... Quanto aos médicos, o termo será sempre apresentado no masculino em razão dos atributos do “ser homem” que são socialmente vinculados a estes profissionais (LOPES; MEYER; WALDOW, 1996).

² Neste estudo, optou-se pelo uso do termo “lésbicas”. Esta opção se deve ao reconhecimento de que, é em torno desta categoria, que os movimentos sociais deste variado grupo de mulheres, vem articulando suas demandas e ainda, pelo reconhecimento dessa identidade política na intenção de contribuir com sua visibilidade pública com vistas ao conhecimento de suas demandas de saúde.

de muitas feministas. Este programa, PAISM, teve sua elaboração e início de implantação em 1983, embora de maneira não homogênea no país. O PAISM recomendava a integralidade na atenção à saúde da mulher, em todas as fases de sua vida, sem privilegiar apenas a fase reprodutiva (BRASIL, 1984).

A noção de integralidade recomendada pressupõe uma atitude do profissional de saúde, de busca prudente do reconhecimento das necessidades de saúde dos cidadãos, para além das demandas explícitas. Deve incluir também a preocupação desse profissional com o uso das técnicas de prevenção, tentando não expandir o consumo de bens e serviços de saúde, nem dirigir a regulação dos corpos. A integralidade deve produzir transformações na vida das pessoas (PINHEIRO; MATTOS, 2005).

Foi ainda na década de 80 que se criaram as condições históricas, políticas e culturais para que a temática da sexualidade se consolidasse enquanto campo temático ligado às questões de saúde reprodutiva. Nesta década, o movimento feminista enfatizava a igualdade de direitos entre homens e mulheres, o que teve como desdobramento, estudos voltados para a família e saúde da mulher, campo que mais tarde passará a ser conhecido como o da saúde sexual e reprodutiva (GERK, 2007).

Apesar dos avanços programáticos na área da saúde da mulher, maior ênfase permaneceu ainda sendo direcionada à mulher no ciclo gravídico-puerperal, em detrimento à sua assistência na fase não reprodutiva da vida. Reconhece-se a importância da atenção à saúde da mulher gestante, no entanto, ao priorizar-se exclusivamente a mulher nesse período da vida, reproduz-se um processo secular de dominação feminina, atrelando seu reconhecimento social apenas à sua capacidade reprodutiva.

Ingressando no mercado de trabalho, em 1988, pude compartilhar de muitos cursos e treinamentos que eram oferecidos às enfermeiras e médicos para sua atuação nos serviços públicos de atenção à saúde das mulheres. Nestes cursos, o estratégico e maciço investimento pedagógico nas ações de pré-natal e contracepção, bem como o modelo de roteiro de consulta recomendado, pelo Ministério da Saúde, e adotado, pelos profissionais de saúde, sendo todo orientado para a heteronormatividade sexual, não deixavam dúvidas quanto à priorização da atenção à mulher em sua fase reprodutiva e ao descaso com as sexualidades diferentes do padrão reconhecido e aceito como normal.

Decorridos vinte anos, portanto, apenas em 2004, o Governo Federal lança a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) que, em acréscimo ao PAISM, pressupõe dentre outros, a atenção qualificada e humanizada aos grupos reconhecidamente discriminados, incluindo-se as mulheres lésbicas (BRASIL, 2004b).

Entretanto, cabe analisar que apesar desta medida política governamental, ainda persiste, no cotidiano das instituições de saúde, um descompasso entre as diretrizes e princípios propostos e recomendados, pelas políticas públicas, e as práticas cotidianas das enfermeiras e médicos na atenção à saúde das mulheres em geral e, em especial, das lésbicas, de modo que a atenção a este grupo permanece ainda muito distante do ideal de uma atenção “qualificada e humanizada”.

Esta situação tem respaldo em Moscovici (2012a) que afirma que as pessoas e os grupos, longe de serem receptores passivos, pensam por si mesmos, produzem e comunicam incessantemente suas próprias representações e soluções às questões que eles mesmos colocam. Portanto, a efetividade prática das recomendações de uma política de saúde, não é automaticamente assegurada por sua criação e implantação. As pessoas e, no caso deste estudo, os profissionais de saúde analisam, comentam, formulam suas próprias filosofias espontâneas, não oficiais, que têm um impacto decisivo em suas relações sociais, em suas escolhas e conseqüentemente, em suas práticas. Os acontecimentos, as ciências, as ideologias e as políticas apenas lhes fornecem o alimento para o pensamento. Portanto, são estas representações sociais que orientam e organizam as condutas.

Isto é claramente verificado no que diz respeito à Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), lançada em 2010 e instituída, no âmbito do SUS, em 2011. Esta política apresenta dentre suas diretrizes, o combate à discriminação e a promoção da humanização da atenção à saúde da população LGBT. Entretanto, é possível verificar no cotidiano das instituições de saúde, situações de desrespeito aos princípios enunciados por esta política e o desconhecimento dos profissionais acerca das especificidades de saúde deste grupo de pessoas, e no caso deste estudo, de mulheres lésbicas, o que reforça a necessidade de desenvolver estudos e pesquisas nesta área do conhecimento (BRASIL, 2010).

Sabe-se que as mulheres lésbicas no Brasil tendem a procurar os serviços de saúde com menor frequência do que as heterossexuais, sendo apontadas como

causas as experiências de discriminação no atendimento, dificuldades na abordagem da orientação sexual e das práticas sexuais, durante a consulta, o desconforto com a utilização de determinados instrumentos durante o exame ginecológico, como é o caso do espelho vaginal, e a negação do risco para contrair infecções sexualmente transmissíveis (FACCHINI; BARBOSA, 2006; KNAUTH, MEINERZ, 2010; PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, 2011).

Esta problemática se reveste de especial importância, uma vez que a consulta, seja individual ou coletiva, configura-se como um instrumento estratégico ao desenvolvimento de práticas educativas que venham favorecer o empoderamento das mulheres e a efetivação das ações propostas pelas políticas de saúde, de modo a assegurar sua eficácia, impactando nos indicadores de saúde. Além disto, é durante a consulta ginecológica que, muitas vezes, se tem a oportunidade de diagnosticar e orientar as mulheres sobre muitos agravos clínicos à saúde.

Portanto, o interesse em estudar as representações sociais de enfermeiras e médicos, que atuam no campo da saúde sexual e reprodutiva, acerca da mulher lésbica, deve-se ao reconhecimento de que o conhecimento sobre o construto simbólico e cognitivo, elaborado e compartilhado por este grupo de profissionais, acerca da mulher lésbica, poderá nos ajudar a compreender a orientação de seus comportamentos, suas práticas de atenção à saúde, explicando a relação profissional / mulher estabelecida no espaço terapêutico da consulta.

Imersa no campo da saúde sexual e reprodutiva, onde a maioria das enfermeiras e médicos é especialista em ginecologia e obstetrícia, atuando na rede básica de saúde, desenvolvendo a docência e a assistência, por meio da consulta de enfermagem ginecológica, tive oportunidades de vivenciar muitas experiências, no atendimento direto de mulheres lésbicas.

No decorrer de algumas destas consultas pude compartilhar vivências muito singulares de algumas mulheres: uma delas que mantinha suas mamas enfaixadas, se recusando a permitir o exame das mamas, o que parece indicar que, pela via de uma identidade de gênero masculina, mascarava ou negava a necessidade de cuidados corporais que poderiam aproximá-la do gênero feminino. Outras mulheres que nunca tinham tido relações sexuais, com penetração vaginal, o que foi difícil de ser contornado, por ocasião da coleta de material cervical para citologia oncótica, pela necessidade do uso do espelho.

Também pude constatar que muitas destas mulheres desconhecem o próprio corpo, no que se refere à sua vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis (DST) e às medidas de prevenção, pois acreditam firmemente que suas práticas sexuais, de alguma forma, as protegem da transmissão de microrganismos patogênicos. Este desconhecimento certamente contribui para o retardo ou mesmo, a não procura pelas unidades de saúde, para atendimento ginecológico e realização de exames, especialmente os que se destinam ao rastreamento de câncer cérvico-uterino e de mamas, patologias de grande incidência e mortalidade em nosso meio, bem como a falta de adesão às medidas de prevenção das DST/ HIV.

Esta situação certamente deve causar forte impacto negativo sobre os indicadores de saúde deste grupo populacional, especialmente porque um número crescente e significativo de neoplasias ginecológicas, tais como o carcinoma cérvico-uterino, da vagina e de vulva, tem sido atribuído, em grande parte, a fatores relacionados a enfermidades de transmissão sexual, como é o caso de alguns subtipos de papiloma vírus humano (HPV) (BRASIL, 2006c).

Em relação ao câncer de mama que se situa entre as primeiras causas de morte por câncer em mulheres brasileiras, em especial, na região sudeste, estudos realizados apontam que alguns dos fatores de risco estão fortemente presentes no grupo de lésbicas, sendo enumerados: maior consumo de álcool, sobrepeso, nuliparidade, tabagismo e a baixa procura pelo serviço de ginecologia, como rotina para a realização de exames preventivos (FACCHINI; BARBOSA, 2006).

Cabe comentar que muitos dos problemas de saúde das lésbicas, como sobrepeso, tabagismo, uso excessivo de álcool, podem ser motivados pelos níveis elevados de sofrimento psíquico e por experiências de violência física e/ou simbólica na família, no trabalho e em lugares públicos a que estas mulheres estão sujeitas, inclusive em instituições de saúde. Esta situação tem sido apontada como proporcionalmente alta em vários estudos sobre lésbicas, quando comparados à população heterossexual (ALMEIDA, G., 2009; FACCHINI; BARBOSA, 2006).

Ainda, no campo da ginecologia há uma desvalorização, por parte dos serviços públicos de saúde, em relação ao desejo de algumas mulheres em obter gravidez sem, contudo, ter relações sexuais com homens. Este tipo de atenção à saúde só está, de fato, disponível para uma pequena parcela de mulheres, com maior poder aquisitivo e, portanto, em condições de acessar a rede privada de

saúde. Estudos realizados por Corrêa (2012) apontam inclusive, para situações de violência vividas por estas mulheres, em clínicas da rede privada, para as quais muitas vezes, são exigidos desnecessariamente a realização de exames de investigação diagnóstica de infertilidade, muitos destes invasivos, dolorosos e onerosos, para atender aos protocolos de algumas clínicas, o que seria perfeitamente dispensável, caso fossem respeitados, e não ocultados, os reais motivos pelos quais estas mulheres buscam este tipo de cuidado à sua saúde reprodutiva.

Portanto, no que se refere às especificidades de saúde de lésbicas, o que mais chama atenção não são situações que dizem respeito necessariamente a possíveis características intrínsecas deste grupo, mas sim àquelas relativas às consequências das representações dos profissionais de saúde que recaem negativamente sobre as práticas sexuais e modos de viver destas mulheres.

A consulta ginecológica é um momento extremamente delicado que pode ser marcado por uma série de dificuldades de comunicação entre os profissionais de saúde e as mulheres e assim, se constituir em um espaço muito eficaz para o desenvolvimento da violência simbólica.

É inegável que enfermeiras e médicos dispõem de um capital relativo ao conhecimento, competência e habilidade, próprios de suas profissões, os quais lhes asseguram poder, institucionalmente atestado e reconhecido no campo da saúde, que os situam em posição privilegiada e, portanto, propensa a impor aos seus clientes, seu conjunto de valores, o que no entender de Bourdieu (1999) caracteriza a violência simbólica.

Em nossa sociedade a violência se manifesta desde o plano simbólico, por meio da discriminação, imposição de papéis sociais e sexuais, até violência física. No campo da saúde da mulher, no que se refere à abordagem da sexualidade, esta violência se manifesta através de uma atitude profissional que endossa a heterossexualidade como norma sexual hegemônica a permear todo o encaminhamento da consulta.

Para a maior parte das mulheres, a consulta é vista como um espaço de exposição da intimidade física e comportamental. Não é ao acaso que esta consulta é realizada obedecendo a um verdadeiro ritual, marcado por uma rotina que apresenta inúmeras etapas, a começar pela anamnese. Esta conversa inicial, geralmente está centrada no *screening* das situações consideradas com

potencialidade para o desenvolvimento de doenças, abordando as questões sexuais com enfoque exclusivo na preservação da saúde, desconsiderando a necessidade de abordar questões históricas, sociais e culturais, envolvidas na construção da sexualidade. Nesta etapa, em geral, pressupõe-se a heterossexualidade da mulher e as perguntas são formuladas e direcionadas para tal, quando o ideal seria investigar as trajetórias sexuais e reprodutivas, a fim de evitar pressuposições ligadas a estereótipos³ (ARAUJO; PROGIANTI; VARGENS, 2004; BOURDIEU, 1999).

A violência de gênero na consulta ginecológica também pode ser identificada através da rotina do exame, que contribui para reproduzir a hierarquia entre os gêneros. Em geral, os profissionais de saúde, médicos e enfermeiras, se submetem a um verdadeiro ritual visando manter a barreira, simbolizada pela cintura, entre a pessoa pública e a vagina. A utilização do lençol sobre a cintura constitui-se como um instrumento para separar a parte alta, o cérebro, o masculino, da parte baixa do corpo, a vagina, o feminino, construindo assim a barreira simbólica (BOURDIEU, 1999).

Nesta etapa da consulta, já com o lençol sobre a cintura da mulher, o profissional observa a vagina como algo dissociado da pessoa, reduzido à condição de coisa, e em presença de um auxiliar, a quem ele faz suas observações, fala da mulher em terceira pessoa.

Evidencia-se assim, a fronteira mágica entre os dominantes, representados pelos profissionais de saúde, gênero masculino, e os dominados, as clientes, gênero feminino, por meio dos atos de conhecimento/ dominador e reconhecimento prático desta fronteira/ dominado (BOURDIEU, 1999).

O momento do exame pélvico é carregado de gestos, procedimentos e atitudes que são a expressão mais evidente da violência de gênero. A introdução do espelho vaginal seria seu ponto culminante (BOURDIEU, 1996).

Para a mulher lésbica, cresce-se ainda a dúvida sobre a relação custo-benefício de informar ao profissional sua orientação ou práticas sexuais e, optando por informar, sobrevém a tensão e a ansiedade em relação ao acolhimento e à

³ Quanto aos estereótipos, considera-se que as pessoas que pertencem a uma mesma categoria, tendem a apresentar traços comuns e os indivíduos terão a tendência de perceber, nessas pessoas, esses traços, conhecidos como estereótipos. Os estereótipos são conjuntos de crenças relativas às características de um grupo e é muito comum que os traços constitutivos de um estereótipo tenham conotações negativas (DESCHAMPS; MOLINER, 2009).

conduta posterior do profissional. Por outro lado, para o profissional há, muitas vezes, a necessidade de se confrontar com seus preconceitos e pré-noções a respeito da homossexualidade e despreparo em lidar com a informação trazida pela mulher, por falta mesmo de conhecimento sobre como agir e orientá-la frente às suas demandas, já que a temática das sexualidades não costuma ser abordada pelos cursos de graduação na área de saúde.

Muitos estudos sinalizam que um contingente de mulheres lésbicas está excluído da assistência à saúde e estas percebem os serviços de saúde como inadequados em sua abordagem devido ao preconceito (FACCHINI; BARBOSA, 2006).

A heteronormatividade na organização dos serviços e nos estilos e conteúdos comunicacionais afetam negativamente a qualidade dos cuidados prestados às mulheres homossexuais e bissexuais, as quais se sentem incompreendidas, tratadas com desrespeito e receosas quanto às consequências da revelação de sua orientação sexual (MARQUES; OLIVEIRA; NOGUEIRA, 2013).

Cabe esclarecer que no cotidiano deste campo da saúde, no âmbito de seus agentes, enfermeiras e médicos, as questões relativas às sexualidades estão muito presentes em suas manifestações discursivas.

A sexualidade é um fenômeno multifacetado que envolve aspectos históricos, culturais, políticos, sociais, pessoais e na concepção de Louro (2000), compreende as diferentes formas através das quais homens e mulheres vivem seus desejos e seus prazeres corporais em sentido amplo, com parceiros/as do sexo oposto, com parceiros/as do mesmo sexo, com parceiros/as de ambos os sexos, sem parceiros/as, com parceiros/as virtuais, com parceiros/as inanimados, dentre outras possibilidades.

Em função da crescente diversidade de modelos possíveis, o termo “sexualidades” parece, de fato, ser a forma mais adequada de designar as variadas possibilidades (SANTOS, 2003).

Portanto, no campo da ginecologia há um grau de interesse intrínseco e uma necessidade premente de conhecimento acerca das sexualidades inclusive, para dar conta das inúmeras demandas trazidas, pelas mulheres.

Entretanto, em nossa sociedade, os saberes, os valores e a cultura estão impregnados pelo discurso heteronormativo, que desde a tenra idade, evita e reprime manifestações que estejam em desacordo com esta norma. Tais práticas e

discursos regulatórios atribuem valores negativos às manifestações sexuais e performances de gênero diferentes daquelas esperadas para os padrões heterossexuais. Logo, a pessoa que reconhece no outro ou em si mesmo a orientação sexual homo tende a interpretar esta diferença como anormalidade ou inadequação, o que no primeiro caso, pode causar discriminação e no segundo, quando em si mesmo, pode dificultar a integração a um grupo, acarretando sofrimento, dor e, muitas vezes, tentativas de suicídio (TEIXEIRA et al., 2012).

Embora muitas transformações tenham ocorrido nos últimos séculos, as sexualidades permanecem todas controladas, vigiadas e algumas punidas pela sociedade até os dias atuais (FOUCAULT, 2005).

O entendimento da heterossexualidade como o modelo da normalidade e ainda, a concepção de que fora desse modelo tudo o que se tem são anormalidades é um entendimento que, embora tenha nascido no séc. XVIII, ainda permanece atual (MÉLLO, 2012).

Esta exploração discursiva sobre a sexualidade está presente no campo da saúde, entre os profissionais de saúde, especialmente entre aqueles que atuam no campo da saúde sexual e reprodutiva. Por esta razão, a mulher de um modo geral e, especialmente, a mulher lésbica deve ser reconhecida como um objeto potencial de representação social entre enfermeiras e médicos.

A homossexualidade feminina é um fenômeno que de fato, gera discussões e conversas entre os profissionais de saúde e estes compartilham um conjunto de conhecimentos, crenças e atitudes que certamente acabam por orientar suas práticas em relação a este grupo de mulheres.

Compreende-se que a prática em saúde se concretiza nas ações e maneiras de fazer de determinados sujeitos, em determinados locais, e são construídos por meio dos saberes, valores e da cultura que as antecedem (FERREIRA; ACIOLI, 2010).

Acresce-se ao exposto, o fato de que no cotidiano da prática profissional tive inúmeras oportunidades de conversar informalmente com enfermeiras e médicos que atuam neste campo, da ginecologia/ obstetrícia, e compartilhar experiências de atendimento às mulheres no que se refere às vivências de múltiplas sexualidades.

Pude ouvir e conhecer muitas de suas crenças, compreensões, explicações, atitudes e sentimentos, em relação à homossexualidade e às mulheres lésbicas, e

constatei até mesmo certa insegurança profissional para lidar com algumas das questões demandadas por estas mulheres, o que parece ser devido ao desconhecimento acerca das especificidades deste grupo e da forma como deveria abordá-las. Muitas enfermeiras e médicos expressaram sentimentos de repúdio e, até mesmo, perplexidade frente aos casos de autodeclaração da homossexualidade pela mulher, por vezes, admitindo não saber mais como dar prosseguimento a conversa e ao atendimento. Também expressaram sentimentos de inquietação e até certa irritabilidade por se sentirem enganados diante das situações em que, diziam perceber na mulher traços físicos aparentes de pertencimento ao grupo de lésbicas, mas esta não a revelava explicitamente.

As dificuldades de comunicação, reforçadas pela desigualdade de posição entre os profissionais de saúde e as mulheres lésbicas, em muito motivadas por julgamentos de ordem moral e religiosa, por parte dos profissionais, impõem o questionamento quanto à qualidade da relação desenvolvida neste encontro e conseqüentemente, a qualidade da atenção à saúde.

Conhecer as representações sociais acerca das mulheres lésbicas entre as enfermeiras e médicos, atuantes no campo da saúde sexual e reprodutiva, constitui um importante ponto de partida para justificar a necessidade da inclusão da temática das sexualidades nos currículos de formação dos profissionais de saúde; nas capacitações em serviço; para incentivar a realização de estudos e pesquisas que contribuam com o conhecimento acerca das especificidades de saúde de mulheres lésbicas; o desenvolvimento de tecnologias de prevenção de DST adequadas às práticas sexuais de lésbicas; formulação de ações de combate à discriminação, por orientação sexual e identidade de gênero; e para, de fato, assegurar a efetividade das políticas públicas voltadas para a atenção à saúde deste grupo de mulheres.

No campo da saúde e da formação em saúde, torna-se cada vez mais premente o debate e efetivação de programas e políticas públicas numa perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos e da laicidade do Estado. A falta deste debate, mais aberto e amplo, acerca das demandas de saúde das lésbicas e suas singularidades, aliada às atitudes desfavoráveis de profissionais, motivadas por desconhecimento mesmo, ou ainda,

por preconceito⁴ e, no caso deste estudo, lesbofobia, por parte de alguns, acabam por contribuir para que a atenção à saúde destas mulheres seja negligenciada, o que se constitui uma situação de violação de direitos sexuais e, portanto, de violência.

Além disto, acrescenta-se que um dos objetivos do Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) é combater a discriminação por orientação sexual e identidade de gênero, homofobia, e para tal, apresenta como diretrizes o combate a discriminação no serviço público; inserção da temática LGBT no sistema de educação básica e superior; produção de conhecimento sobre esta temática; promoção da humanização da atenção à saúde de LGBT; dentre outros (BRASIL, 2009b).

Podemos seguramente afirmar que há necessidade de ampliarmos o desenvolvimento de pesquisas acerca de questões referentes à saúde desse grupo de mulheres, tais como: o rastreamento de câncer ginecológico; a vulnerabilidade às DST/ HIV e desenvolvimento de tecnologias para sua prevenção; o acesso à reprodução assistida; os recursos de relacionamento entre o profissional de saúde e as mulheres, especialmente, no que se refere a abordagem das sexualidades, dentre outros.

Por fim, para humanizar a atenção à saúde sexual e reprodutiva das lésbicas e assegurar os princípios da integralidade e equidade é necessário antes de tudo, conhecer, reconhecer e respeitar as diferenças, singularidades e, por conseguinte, as diferentes necessidades desses sujeitos sociais, para que possamos adequar nosso planejamento de cuidados de saúde e assim, garantir a efetividade de nossas ações.

Para qualificar e humanizar a atenção à saúde de lésbicas é preciso respeitar suas singularidades, sua sexualidade, o que implica contribuir com a transformação

⁴ Neste estudo, optou-se pelo uso do termo preconceito. Entretanto, reconhece-se que há um amplo debate acadêmico acerca do conceito de preconceito relacionado ao estigma e discriminação. Phelan, Link e Dovidio (2013) estudaram a aplicação destes termos, por reconhecidos pesquisadores, de diferentes campos de atuação, e concluíram que os modelos de preconceito e estigma definem um “único animal”. Estes autores constataram que a distinção no uso destes termos, está baseada na relação exploração/ dominação, na aplicação de normas e na prevenção de doenças. Assim, os trabalhos na tradição do preconceito vieram de preocupações com processos sociais alimentados pela exploração e dominação, como o racismo, ao passo que na tradição do estigma, se concentram mais em processos de imposição de normas e prevenção de doenças. Não obstante, na análise destes autores, os processos são muito semelhantes, como partes de “um só animal”.

das mentalidades dos profissionais, enfermeiras e médicos, e transformação das instituições de saúde que tendem a silenciar as sexualidades contranormativas.

Os programas de saúde ao reconhecerem as variadas possibilidades de vivência da sexualidade e viabilizarem socialmente essa preocupação, poderão contribuir para aumentar o grau de receptividade social, respeito à questão e promover debates em torno da sexualidade e dos direitos sexuais das mulheres.

Fora isto, a invisibilidade pública das mulheres lésbicas e de suas demandas implica desperdício de recursos com a atenção à saúde e uma baixa eficácia na abordagem e tratamento efetivo de suas demandas (FACCHINI; BARBOSA, 2006).

Cabe acrescentar que este estudo não pretende dissociar a produção do conhecimento teórico de sua ação política transformadora e pretende fazer isto dando visibilidade a um grupo social historicamente subordinado, discriminado e destituído de direitos.

Parafraseando Barbosa (2010), a gravidade dos problemas que hoje afetam nosso mundo e no caso deste estudo, a violência, a falta de acesso à saúde com qualidade e outros direitos básicos de cidadania a que estão sujeitas todas as mulheres e, especialmente, as lésbicas, porque para estas mulheres somam-se os determinantes sociais de saúde, de orientação sexual ou mesmo, de gênero, não deixa margem para omissões, acomodação ou alienação. Devemos retomar nosso ativismo, enquanto sujeitos na e da saúde, de forma que a saúde como direito de cidadania deixe de ser apenas uma retórica.

Com base no exposto, acredito que o desconhecimento profissional acerca das singularidades, das crenças, das práticas sexuais e necessidades de saúde de lésbicas e ainda, o não reconhecimento de sua sexualidade, contribui tanto para a inadequação dos cuidados à saúde, quanto para as dificuldades de operacionalização de uma política pública mais ajustada às suas necessidades, o que certamente garantiria uma maior efetividade das ações de saúde dirigidas a estas mulheres.

Assim, apresento como **pressuposto teórico** deste estudo:

As representações sociais de enfermeiras e médicos, do campo da saúde sexual e reprodutiva, sobre as mulheres lésbicas, apresentam um conteúdo fortemente normativo, que incorpora a categoria heterossexual como padrão de normalidade, operando como substrato para a violência simbólica, promovendo

atitude desfavorável no cuidado à saúde das lésbicas, contribuindo com o processo de exclusão do campo da saúde sexual e reprodutiva.

Diante do exposto, foram delimitadas as seguintes **questões norteadoras**:

- a) Qual o conteúdo das representações sociais de enfermeiras e médicos, do campo da saúde sexual e reprodutiva, sobre as mulheres lésbicas?
- b) Quais especificidades de saúde sexual e reprodutiva, enfermeiras e médicos reconhecem entre as mulheres lésbicas?
- c) Quais as dificuldades encontradas, por enfermeiras e médicos, no cotidiano das práticas de atenção à saúde sexual e reprodutiva de mulheres lésbicas?
- d) De que maneira as representações sociais podem influenciar as práticas de atenção à saúde sexual e reprodutiva de mulheres lésbicas?

Para dar conta do objeto de estudo foram traçados os seguintes **objetivos**:

- a) Descrever o conteúdo das representações sociais de enfermeiras e médicos, do campo da saúde sexual e reprodutiva, sobre as mulheres lésbicas;
- b) Identificar as especificidades de saúde sexual e reprodutiva reconhecidas, pelos profissionais, entre as mulheres lésbicas;
- c) Descrever as dificuldades encontradas, por enfermeiras e médicos, no cotidiano das práticas de atenção à saúde sexual e reprodutiva das lésbicas;
- d) Discutir a influência das representações sociais de enfermeiras e médicos sobre suas práticas de atenção à saúde sexual e reprodutiva de lésbicas;

Este estudo tem inserção na Linha de Pesquisa – Saberes, Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem – do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem (FENF) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e está vinculado ao Núcleo de Estudos e Pesquisas Enfermagem, Mulher, Saúde e Sociedade (NEPEN-MUSAS) da FENF da UERJ.

1 CONTEXTUALIZAÇÃO TEMÁTICA DO OBJETO DE ESTUDO

1.1 Aspectos sócio-históricos acerca das concepções sobre o corpo, o sexo e as sexualidades

Na Idade Média (período entre os séculos V a XV) era concebido como modelo único de corpo, o masculino, sem a padronização de uma terminologia para a genitália feminina que era entendida como uma genitália desenvolvida de modo inadequado e enrustido para dentro. A mulher era, portanto um homem invertido e por isso, imperfeita e inferior (MÉLLO, 2012).

Até o final do século XVII predominava nos círculos científicos o modelo grego do filósofo Galeno que Laqueur (2001) chamou de “sexo único”, ou seja, as desigualdades entre homens e mulheres não eram percebidas sob o ponto de vista das diferenças dos órgãos sexuais e sim, a partir de um olhar hierarquizado, através do qual a perfeição do homem lhe assegurava maior papel social e atuação política.

Assim, neste período, importava menos o sexo do parceiro e mais o papel social desempenhado por esse. Deste modo, a pouca consequência atribuída ao sexo entre duas mulheres advinha do mínimo poder social desempenhado por elas na sociedade da época. Consequências muito graves adviriam no caso de as mulheres desempenharem posição ativa na prática sexual com um homem, pois assim, estariam simbolicamente questionando relações de poder socialmente solidificadas (LAQUEUR, 2001).

Para King (1998), haveria quatro características importantes relativas ao sexo naquelas sociedades:

- a) a expressão do sexo centrava-se em estatutos sociais diferentes entre os parceiros, seja em relacionamentos entre homens e mulheres, seja também naqueles entre homens;
- b) a atividade homossexual masculina era, em certa medida, vista como normal se mantida dentro de hierarquias sociais claramente definidas e geralmente, caracterizadas pela diferença de idade e relação de tutor-aprendiz entre os parceiros;

- c) dava-se ênfase à penetração como característica da atividade sexual. A principal distinção em todos os encontros sexuais, heterossexuais ou homossexuais, era entre penetrador e penetrado. Essas posições seriam reflexos do papel social desempenhado por cada um deles;
- d) havia uma reificação das mulheres e seu corpo era tomado como objeto de prazer a serviço do homem.

Tais características podem ajudar a compreender como as relações entre duas mulheres eram invisíveis, naquela época, e esse tipo de relação, sem penetração, parecia não corresponder ao domínio do sexual.

Com a ajuda importante dos estudos de anatomia esboçou-se a diferença entre os sexos a partir do séc. XVIII, quando os órgãos reprodutores femininos passaram a ser vistos como perfeitos e adequados à maternidade e o sexo passou a ser pensado como permeando todo o corpo e não apenas como algo circunscrito aos genitais (MÉLLO, 2012).

Para Laqueur (2001), essas mudanças não foram decorrentes exclusivamente dos avanços da Anatomia, mas também das rupturas epistemológicas e políticas ocorridas a partir daquele período.

Cria-se então a perspectiva binária que vai além dos corpos até as almas. Se os corpos são binariamente heterossexuais as almas também. Se os corpos são diferentes e o feminino é perfeito à maternagem e o masculino à guerra, os corpos só devem se unir também de modo perfeitamente normal: um homem com uma mulher. A heterossexualidade é então entendida como o modelo da normalidade e fora desse modelo o que temos são patologias (MÉLLO, 2012).

Durante séculos nossas sociedades regularam a sexualidade, particularmente a feminina, por intermédio do casamento cuja função primordial seria a produção de filhos legítimos. Laço indissolúvel entre papéis sociais complementares e hierarquicamente ordenados, o casamento tinha sua estabilidade garantida por uma ordem social de caráter sagrado, que seria rompida somente a partir de finais do séc. XVIII (CARRARA, 2003).

Desde então, as marcadas distinções de papéis sociais e sexuais, masculinos e femininos, tiveram o efeito de provocar a estigmatização de homens e mulheres

que não se conformassem prontamente aos papéis sociais e sexuais deles esperado (WEEKS, 2000).

Todas as formas de atividade sexual que não fossem procriativas eram olhadas como pecaminosas, fossem elas solitárias, entre homens e mulheres, homens e homens, homens e animais.

Ainda neste período, a expansão de epidemias motivaram as tentativas de reformar a sociedade em questões de saúde e moralidade pessoal. A prostituição, as DST, a imoralidade pública e os vícios privados estavam no centro do debate. Havia, de fato, uma grande dose de hipocrisia moral, já que os indivíduos e a sociedade aparentavam respeitabilidade, mas praticavam algo bem diverso do que consideravam respeitoso. A sexualidade das mulheres era severamente regulada para assegurar a pureza, mas ao mesmo tempo, a prostituição era abundante. As DST representavam uma grande ameaça à saúde, mas eram enfrentadas através de tentativas de controlar e regular a sexualidade feminina ao invés da masculina. A sexualidade se tornava então, uma obsessão pública (WEEKS, 2000).

Carrara (2003) faz uma análise de que o capitalismo afetou drasticamente estas relações entre os sexos. Sob este modelo econômico, embora a reprodução permanecesse como a função primordial do casamento, o que passa a fundamentar o estabelecimento e a permanência dos laços conjugais é a existência do amor-paixão e do prazer sexual.

Assim, ao longo do séc. XIX e, sobretudo no séc. XX, os médicos passaram a defender a ideia de que o prazer sexual tinha importantes e benéficos efeitos sobre o organismo como um todo, dada a descarga do excesso de energia nervosa que implicava (CARRARA, 2003).

Estas questões relativas aos corpos e ao comportamento sexual sempre estiveram entre as preocupações ocidentais, e em especial, até o séc. XIX eram as preocupações centrais da religião e da filosofia moral. Nesta ocasião, o tema ganhou sua própria disciplina, a sexologia (WEEKS, 2000).

A sexologia emerge e estrutura a base epistemológica do prazer sexual constituindo a chamada saúde sexual. Esta disciplina causou enorme influência no debate sobre o comportamento sexual e teve uma expressiva participação na codificação do modo como pensamos o corpo e a sexualidade.

Krafft-Ebing (1931), o sexólogo pioneiro do final do séc. XIX descreveu o sexo como um “instinto natural”, com uma força e energia avassaladora, uma energia quase vulcânica que exigia satisfação (WEEKS, 2000).

Hoje as pessoas estão mais inclinadas a falar sobre a importância dos hormônios e genes na moldagem de nosso comportamento, mas a suposição de que a biologia está na raiz de todas as coisas persiste, suposição esta que é ainda mais forte quando se fala de sexualidade. Fala-se o tempo todo sobre o instinto ou impulso do sexo vendo-o como uma coisa natural.

O termo sexo significava, originalmente, o resultado da divisão da humanidade no segmento feminino e no segmento masculino. Os homens vistos como agentes sexuais ativos e as mulheres eram consideradas apenas reativas (WEEKS, 2000).

Os termos heterossexualidade e homossexualidade, ao que tudo indica, foram cunhados pela mesma pessoa, Karl Kertbeny, um escritor austro-húngaro, e foram usados pela primeira vez publicamente, por ele, em 1869. O contexto no qual estes termos surgiram remetem à ocasião em que houve a tentativa de colocar na pauta política da Alemanha a questão da reforma sexual, em particular, a revogação das leis anti-sodomitas⁵. Era, portanto, parte de uma campanha embrionária, assumida pela disciplina de sexologia, então em desenvolvimento, de definir a homossexualidade como uma forma distinta da sexualidade e como uma variante benigna desta, aos olhos dos reformadores. Até aqui, a atividade sexual entre pessoas do mesmo sexo biológico tinha sido tratada sob a categoria geral de sodomia (WEEKS, 2000).

O desenvolvimento destes termos deve ser visto como parte de um grande esforço, no final do séc. XIX e começo do séc. XX, para definir e classificar os tipos e formas de comportamento e identidades sexuais e foi nesse esforço que a homossexualidade e a heterossexualidade se tornaram termos cruciais e opostos. Durante esse processo, os sentidos das palavras mudaram radicalmente e de forma sutil. A homossexualidade, ao invés de descrever uma variante benigna da normalidade, como originalmente pretendia Karl Kertbeny, tornou-se, nas mãos de sexólogos pioneiros como Krafft-Ebing, uma descrição médico-moral (WEEKS, 2000).

⁵ A sodomia ou atividade sexual entre pessoas do mesmo sexo anatômico era compreendida como atividade indesejável ou pecaminosa, à qual qualquer um poderia sucumbir (LOURO, 2001).

O senso comum acabou por tomar como dado que os termos hetero e homossexualidade demarcavam uma divisão real entre as pessoas, havendo um outro termo para aqueles que não se ajustavam nesta divisão, os bissexuais (WEEKS, 2000).

Deste modo, a sexologia, ao catalogar a infinita variedade de práticas sexuais, produziu uma hierarquia na qual o normal e o anormal poderiam ser distinguidos.

Apesar da homossexualidade ter existido em todos os tempos e em todos os tipos de sociedade, e ter sido, sob diversas formas, aceita ou rejeitada, como parte dos costumes e dos hábitos sociais, somente a partir do séc. XIX, e nas sociedades industrializadas ocidentais, é que se desenvolveu uma categoria homossexual distintiva e uma identidade a ela associada. A sexologia tentava assinalar a descoberta ou o reconhecimento de um tipo distinto de pessoa, cuja essência sexual era significativamente diferente do heterossexual (WEEKS, 2000).

Embora a sexologia se apoiasse em argumentos essencialistas para explicar a homossexualidade, uma outra corrente de pensamento, a construcionista social, se desenvolvera e estas duas distintas e antagônicas correntes de abordagem das questões relativas à sexualidade, o essencialismo e o construcionismo social, causaram profundo impacto sobre a concepção acerca do corpo, do sexo e da sexualidade.

O essencialismo tenta explicar as propriedades de um todo complexo por referência a uma verdade ou essência interior. Essa abordagem procura explicar os indivíduos como produtos automáticos de impulsos internos, da biologia.

Já o construcionismo social argumenta 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, compreendendo as várias relações de poder que modelam o que vem a ser visto como um comportamento normal ou anormal, aceitável ou inaceitável (WEEKS, 2000).

O construtivismo social defende que a direção do desejo sexual, a escolha do objeto, a hetero ou a homossexualidade, não é intrínseca ou inerente ao indivíduo, mas é construída.

A forma mais radical da teoria construcionista está disposta a considerar a ideia de que não há nenhum impulso sexual que resida no corpo e que possa ser

simplesmente atribuído ao funcionamento e à sensação fisiológica. O próprio impulso sexual é construído pela cultura e pela história. Essa posição contrasta com a corrente mais moderada do construcionismo social que implicitamente aceita um impulso sexual inerente, o qual é então construído em termos de atos, identidade, comunidade e escolha do objeto (WEEKS, 2000).

Os movimentos feminista e *gay* compartilham do construcionismo social, pois tentam mostrar que a sexualidade é, em realidade, uma construção social, e que isso se aplica tanto à homossexualidade, quanto à heterossexualidade.

Foucault é considerado um dos mais influentes teóricos da abordagem do construcionismo social e critica os sexólogos insinuando que eles ajudaram a construir a sexualidade como um domínio privilegiado do conhecimento e a inventar a importância que atribuímos ao comportamento sexual. Critica ainda os essencialistas, por ignorar o fato que considerava central, de que a sexualidade é um aparato histórico, desenvolvido como parte de uma rede complexa de regulação social, que polícia os corpos e os comportamentos individuais (FOUCAULT, 2005).

Foucault (2005) afirma que a história da sexualidade é uma história de nossos discursos sobre a sexualidade, discursos através dos quais a sexualidade é construída como um corpo de conhecimento que modela as formas como pensamos e conhecemos o corpo. A experiência ocidental da sexualidade não é a da repressão do discurso, mas ao contrário, como um constante e histórico incitamento ao discurso sobre o sexo. Essa explosão discursiva sempre em expansão é parte de um complexo controle sobre os indivíduos.

Carole Vance (1995) chama atenção para o fato de que não podemos esquecer o corpo, pois é através dele que experimentamos o prazer e a dor. Além disso, há corpos masculinos e femininos e isso dá lugar a experiências diferentes.

A sexualidade é mediada por fatores históricos e culturais. A construção social abrange um campo teórico bastante diversificado das coisas que podem ser construídas, indo desde os atos sexuais, as identidades sexuais, as comunidades sexuais e a direção do desejo sexual até o impulso sexual ou à própria sexualidade (VANCE, 1995).

A sexualidade no séc. XX sofreu uma interferência crescente da medicina. Aliada a outros campos, como a sexologia e a epidemiologia, a medicina afetou as formas de relacionamento, os sistemas de reprodução, nosso modo de conceber o

corpo, entre outros, configurando um intenso processo de medicalização do social (LOYOLA, 2003).

A sexualidade tornou-se objeto privilegiado do olhar de cientistas, religiosos, psiquiatras, antropólogos, educadores, passando a se constituir, efetivamente, numa “questão”. Desde então, ela vem sendo descrita, compreendida, explicada, regulada, saneada, educada, normalizada, a partir das mais variadas perspectivas (LOURO, 2001).

O século XX foi assim, a época do surgimento de um saber médico sobre a homossexualidade, sobrepondo-se ao teológico e popular, pois daí em diante seriam os médicos que reivindicariam a autoridade de falar a verdade sobre a sexualidade e de serem os agentes da gradual transformação da homossexualidade, de crime, “sem-vergonhice” e pecado, para doença, ao longo dos anos seguintes. O crime exigiria a punição, mas a doença exigiria a cura e a correção (FRY; MACRAE, 1987).

Tem-se notícia de que o termo lésbia foi introduzido no Brasil, pelo menos desde 1894, pelo criminalista Viveiros de Castro, como sinônimo de “invertida sexual”, passando a partir daí a ter o atual significado (ALMEIDA, G., 2005).

Segundo Mott (1987), vários pesquisadores apontam o jurista Viveiros de Castro como o primeiro a divulgar, no Brasil, os termos lésbia, sáfico, tríbade e seus derivados. O então professor de Direito Criminal da Faculdade de Direito do Rio de Janeiro contribuiu para a história com um resumo da biografia de uma série de personalidades históricas que teriam praticado as assim chamadas “aberrações lésbias” classificando-as, à época, em três tipos: as loucas, as congênitas e as viciadas.

Esta interferência da medicina sobre a sexualidade se deu por intermédio do desenvolvimento das tecnologias reprodutivas e por uma imensa “vontade de saber” sobre ela, na psicanálise e em outras disciplinas (FOUCAULT, 2005).

Durante o séc. XX consolidou-se um modelo de controle social denominado por Foucault (2005) de biopoder. Este modelo é marcado por um forte investimento político na qualidade das populações e na reprodução.

O biopoder não atua reprimindo a sexualidade, mas ao contrário, controlando-a através da incitação aos prazeres, pela valorização dos desejos e das sensações, através de uma exploração discursiva sobre o sexo (FOUCAULT, 2005).

Para Foucault (2005), a sexualidade não é proibida, antes produzida por meio de discursos. Ao expor e analisar a invenção do homossexual, ele mostrou que

identidades sociais são efeitos da forma como o conhecimento é organizado e que tal produção social de identidades é naturalizada nos saberes dominantes. A sexualidade tornou-se objeto de sexólogos, psiquiatras, psicanalistas, educadores, de forma a ser descrita e, ao mesmo tempo, regulada, saneada, normalizada por meio da delimitação de suas formas em aceitáveis e perversas.

O controle da sociedade sobre os indivíduos não se dá simplesmente pela ideologia, mas começa no corpo e o sexo faz parte das disciplinas do corpo.

Nos anos 1940, esse controle se manifestou por meio de uma preocupação urgente com as vantagens do controle da natalidade, a fim de assegurar que as famílias fossem constituídas por um tipo certo de indivíduo, bem como uma preocupação com os papéis apropriados para homens e mulheres na família, especialmente as mulheres (WEEKS, 2000).

Ao redor dos anos 50, surge uma onda de caça aos degenerados sexuais, especialmente homossexuais, que não apenas viviam fora das famílias, mas eram também, considerados suscetíveis à traição (WEEKS, 2000).

Nos anos 60, um novo liberalismo parecia dividido entre um relaxamento dos velhos códigos sociais autoritários e a descoberta de novos modos de regulação social, baseados no que havia de mais moderno na psicologia social e numa redefinição da divisão público/ privado (WEEKS, 2000).

Ainda nesta década os discursos sobre a sexualidade que se apresentam, além da esfera da medicina, se multiplicam e se difundem tornando-se crucial para a independência do prazer sexual em relação à reprodução (CARRARA, 2003).

De acordo com Barbosa e Giffin (2007), apesar da consciência das mulheres sobre sua opressão ser antiga na história humana, foi somente neste período, década de 60, que se configura um movimento social de mulheres com a finalidade de lutar por relações igualitárias entre os sexos. Foi inclusive neste processo que nasceu a necessidade de uma formulação teórica que explicasse a opressão feminina. Assim, o conceito de gênero veio se contrapor à explicação que justifica o papel de inferioridade social da mulher em função de seu papel na reprodução biológica, denunciando que este lugar de submissão tem na verdade, raízes históricas, políticas, sociais, econômicas e culturais.

Já nos anos 70 e 80 teve início uma reação contra aquilo que era visto como o excesso da década anterior e a sexualidade se tornou uma verdadeira questão

política de primeira linha, tendo o feminismo e a militância homossexual como potentes símbolos (WEEKS, 2000).

Esta vontade de saber sobre a sexualidade no séc. XX a transforma em objeto de estudos, mas é somente com o advento da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS), na década de 80, que estes estudos se multiplicam significativamente, chamando a atenção para alguns determinantes sociais da sexualidade (LOYOLA, 2003).

A associação e dissociação entre sexualidade e reprodução são de fato uma construção social e estas duas dimensões da vida estão historicamente ligadas. É necessário reconhecer as razões históricas que levaram o feminismo a defender a liberdade sexual das mulheres como diretamente relacionada à sua autonomia de decisão na vida reprodutiva. A luta no campo ideológico para romper com a moral conservadora, que prescrevia às mulheres a submissão da sexualidade à reprodução, teve um significado muito forte na história da prática política e do pensamento feminista (ÁVILA, 2003).

Foi o feminismo que lançou as ideias que constituíram o conceito de saúde reprodutiva. Já no caso dos direitos sexuais, de acordo com Ávila (2003), há uma autoria compartilhada entre este movimento social e os movimentos de gays e de lésbicas.

Nesta perspectiva, direitos reprodutivos dizem respeito à igualdade e à liberdade na esfera da vida reprodutiva e direitos sexuais dizem respeito à igualdade e à liberdade no exercício da sexualidade. Deste modo, sexualidade e reprodução são tratados como dimensões da cidadania (ÁVILA, 2003).

No que se refere ao vínculo entre sexualidade e reprodução, Loyola (2003) considera que todas as sociedades distinguem os casos nos quais a reprodução é admitida ou mesmo exigida, e aqueles em que a sexualidade não deve levar à procriação. A sexualidade com reprodução para as esposas e a heterossexualidade não reprodutiva, como lugar de exercício de erotismo e prazer, para as cortesãs.

A antinomia entre procriação, de um lado, e desejo e conduta erótica, de outro, é nítida. O casamento não tem por objeto o prazer, mas a procriação de crianças legítimas. Esta distinção é válida apenas para os homens, pois as mulheres devem exercer um papel de submissão passiva ao prazer destes (LOYOLA, 2003).

No ocidente, isso se traduziu em mecanismos de naturalização da heterossexualidade e na reprodução como função principal das relações de

conjugalidade monogâmica que aí se legitimaram (MEYER; KLEIN; ANDRADE, 2007).

Outra forma de dissociação entre sexualidade e reprodução se deu de acordo com as fases etárias. Nesse contexto, a puberdade poderia ser dedicada à vivência de uma sexualidade mais livre e não procriativa, pressuposto válido apenas para os homens, uma vez que se esperava que as moças destinadas ao casamento permanecessem virgens. O período adulto caracterizaria uma sexualidade conjugal com fins reprodutivos, com possibilidade de exercício da sexualidade vinculada ao prazer apenas para os homens, nas relações extraconjugais (MEYER; KLEIN; ANDRADE, 2007).

É possível pensar em dois modelos históricos de reprodução e de controle da sexualidade: um mais antigo, ligado às sociedades patriarcais, tradicional, baseado no sistema de alianças e em normas estritas de homogamia, numa rígida divisão de trabalho entre os sexos e num rígido controle da sexualidade feminina; e em outro, historicamente mais recente ou moderno, baseado na escolha individual do cônjuge, em normas relativamente mais flexíveis de homogamia, na possibilidade de divórcios e separações, numa divisão de trabalho pouco rígida entre os sexos, na liberação, e mesmo valorização, da sexualidade feminina. Neste modelo, a interdição sexual para a mulher antes do casamento perde importância, mas permanece a divisão entre esposas e prostitutas (LOYOLA, 2003).

Os laços conjugais se fragilizam e sua continuidade é rompida, não obstante à vontade em contrário dos parceiros. A noção de tempo longo, necessária à continuidade dos laços conjugais é substituída pela de tempo fugaz ou pela noção de intensidade (LOYOLA, 2003).

Do ponto de vista tecnológico, poderíamos acrescentar ainda a verdadeira revolução representada pela pílula anticoncepcional, pela inseminação artificial e pela fecundação *in vitro*, permitindo desvincular tecnicamente não somente sexualidade e reprodução, mas o próprio sexo deste processo (LOYOLA, 2003).

A reprodução pode se realizar sem qualquer prazer, até mesmo sem qualquer ato sexual. A ruptura entre prazer e reprodução se acentua ao longo do séc. XX. Literalmente a reprodução passa a não ter mais nada a ver com o sexo e com o prazer (CARRARA, 2003).

A nova sexualidade emergente, cujo objeto primordial é a obtenção de prazer, torna independentes as variáveis sexualidade e reprodução, e transforma o plural

“sexualidades” na forma mais adequada de designar a crescente diversidade de modelos possíveis (SANTOS, 2003).

Passamos assim de uma sexualidade compulsivamente associada à reprodução para muitas sexualidades emancipadas e emancipatórias, mais dependentes da nossa capacidade criativa do que da nossa herança natural. Os reflexos destas transformações traduzem-se em nível da identidade pessoal. Assim, a orientação sexual assume-se central na formação de uma identidade pessoal (SANTOS, 2003).

A multiplicidade de caminhos, orientações sexuais, alternativos à norma exige uma redefinição de valores e princípios regentes da vida cotidiana.

Estas alterações ocorridas, de modo desigual, nas sociedades ocidentais, constituem as bases de uma sexualidade autonomizada e, em alguns casos, totalmente desvinculada da reprodução, isto é, uma sexualidade dirigida exclusivamente para o prazer, sob o controle cada vez maior e mais invasivo da medicina (LOYOLA, 2003).

Como a sexualidade masculina já era parcialmente desvinculada da reprodução, o trabalho ideológico de construção dessa autonomia se deu principalmente em torno da discussão sobre a sexualidade feminina (LOYOLA, 2003).

O orgasmo feminino até o séc. XIX era concebido como indispensável à reprodução e à concepção. A partir de então, o prazer feminino desaparece dos relatos médicos sobre a concepção, o que acontece na mesma época em que o corpo feminino veio a ser entendido, não mais como uma versão inferior do corpo masculino, mas como seu oposto. Os orgasmos, até então propriedade comum, foram diferenciados (LOYOLA, 2003).

O orgasmo passa a ser um indicador de saúde sexual e seu imperativo se estende também à mulher, aos homossexuais, aos jovens e às pessoas de mais idade. Sendo um indicador de saúde, a medicina, através dos sexólogos, controla a sexualidade.

Outra forma de controle da sexualidade, que adquiriu enorme impulso com o surgimento da Aids, é o que poderíamos chamar de controle estatístico: a norma moral do séc. XIX foi substituída no séc. XX, por uma norma estatística. Em tempos de Aids, falamos em sexualidade de risco e necessidades de prevenção que não

podem ser resolvidas a não ser pelo controle do desejo e do prazer sexual (LOYOLA, 2003).

Principalmente na segunda metade do séc. XX, nosso imaginário foi provocado por numerosas proezas da biomedicina, que até então julgávamos reservadas ao domínio divino e/ou da natureza: pílula anticoncepcional, transplante de órgãos, barriga de aluguel, bebês de proveta, cirurgias de mudança de sexo e tantas outras.

Até então, a única concepção de família restringia-se àquela cujo núcleo se apresentava como uma estrutura social rígida, com normas e regras estritas, exercendo um forte controle social sobre o comportamento dos indivíduos objetivando a preservação da espécie e a sociabilidade e reforçando o código dos padrões morais e sexuais da cultura (FRANÇA; BAPTISTA, 2007).

O novo direito de fundar famílias as mais variadas, inclusive de homossexuais, em realidade acabou estimulando o interesse de empresas biomédicas no desenvolvimento de tecnologias e procedimentos experimentais para construir necessidades nestas pessoas e atendê-las, e com isto, o desenvolvimento simultâneo de estratégias que assegurassem sua aceitabilidade social. Trata-se de fazer parecer, como emanado da liberdade dos indivíduos, as finalidades da experimentação biomédica. Segundo Santos (2003), a biomedicina faz coincidir os direitos sexuais e reprodutivos com seus interesses de experimentação.

De acordo com Knauth (2003), aquilo que aparentemente representa um avanço no sentido do reconhecimento da diversidade sexual e familiar e, portanto, do caráter eminentemente social destas, é, na verdade, um fortalecimento da perspectiva e do controle biomédico sobre a sexualidade e reprodução. Apesar de suas inúmeras possibilidades as novas tecnologias médicas continuam a serviço da ordem social tradicional e do capital.

Fato é que existe tantas configurações familiares que não faz mais sentido usar o conceito de família. É preciso torná-lo plural e falar de famílias (EGYPTO, 2003).

Nas culturas em que vivemos, o amor e a sexualidade tem sido significados como dimensões indissociáveis da vida humana. A realização prazerosa da sexualidade tem sido apresentada não apenas como um direito humano, mas como um imperativo ao qual todos estão submetidos e a partir do qual somos classificados

como mais bem-sucedidos e saudáveis. Portanto, ser feliz envolve entre outros, a vivência plena da sexualidade (MEYER; KLEIN; ANDRADE, 2007).

A sexualidade tem sido entendida e descrita de formas distintas e conflituosas. A sexualidade é uma produção da cultura e não um instinto e envolve mais do que sexo genital. Também é usual acreditar que o corpo expresse uma verdade sobre a sexualidade, mas embora o corpo seja o lugar da sexualidade, esta é muito mais complexa (WEEKS, 2000).

A crescente consciência quanto às enormes diferenças atribuídas à sexualidade de homens e mulheres nos ajuda a desvendar as relações íntimas entre a tradição de pensamento dualista mais geral na sociedade ocidental e as ideologias de gênero (GIFFIN, 1994).

A sexualidade diz respeito às diferentes formas através das quais homens e mulheres vivem seus desejos e seus prazeres corporais, em sentido amplo, com parceiros/as do sexo oposto, com parceiros/as do mesmo sexo, com parceiros/as de ambos os sexos, sem parceiros/as, com parceiros/as virtuais, com parceiros/as inanimados, dentre outras possibilidades (LOURO, 2000).

A sexualidade não é apenas uma questão pessoal, mas é social e política, é apreendida, ou melhor, é construída, ao longo de toda a vida, de muitos modos, por todos os sujeitos. A sexualidade envolve rituais, linguagens, fantasias, representações, símbolos, convenções, enfim, processos profundamente culturais e plurais (LOURO, 2000).

Quando as perguntas, as fantasias, as dúvidas e a experimentação do prazer são remetidas ao segredo e ao privado, acabamos acreditando que as questões da sexualidade são assuntos privados, deixando assim, de perceber sua dimensão social e política (LOURO, 2000).

Entretanto, a relação entre sexualidade, desejo, amor e reprodução não foi entendida sempre da mesma forma e se manifestou de diferentes modos em tempos e lugares diferentes. Cada cultura estabelece, em diferentes tempos, quais são as formas aceitáveis e permitidas de se obter prazer sexual (MEYER; KLEIN; ANDRADE, 2007).

Hoje, podemos pensar em uma sexualidade direcionada à reprodução e uma sexualidade direcionada ao prazer, tanto para homens e entre homens, quanto para mulheres e entre mulheres, mas podemos admitir também a possibilidade de formas

de reprodução humana que prescindem de sexo para serem levadas a termo (MEYER; KLEIN; ANDRADE, 2007).

Cabe acrescentar que a vivência das sexualidades não ajustadas à normatividade heterossexual impõe aos homossexuais uma condição de discriminação e exclusão de acesso a direitos básicos, muitas vezes de formas sutis. Tabus e preconceitos afetam a saúde física e mental das pessoas e as vulnerabilizam.

Por esta razão, esta preocupação que muitas pessoas sexualmente marginalizadas têm com a identidade não deve ser explicada como um efeito de uma possível e peculiar obsessão pessoal pelo sexo. Ao invés disto, como uma forte resistência ao princípio organizador de atitudes sexuais tradicionais. Admitir-se *gay* ou *lésbica* significa fazer uma declaração sobre pertencimento assumindo uma posição frente aos códigos sociais dominantes (WEEKS, 2000).

1.2 O movimento homossexual no Brasil e sua interface com o campo da saúde - a participação das lésbicas

No Brasil, a década de 70, representa o período em que avançou o processo de redemocratização, no decorrer do qual surgiram diversos movimentos sociais em defesa de grupos específicos e de liberdades sexuais (BRASIL, 2010).

Neste período, a homossexualidade começa a aparecer através das artes, na publicidade e no teatro. A partir de 1975, emerge o Movimento de Libertação Homossexual no Brasil, do qual participam, entre outros, intelectuais exilados durante a ditadura militar e que traziam, de sua experiência no exterior, inquietações políticas feministas, sexuais, ecológicas e raciais que à época, circulavam internacionalmente (LOURO, 2001).

Nessa ocasião, a homossexualidade deixa de ser vista como uma condição homogênea e universal e passa a ser compreendida como que atravessada por dimensões de classe, etnia, raça, nacionalidade (LOURO, 2001).

A ação política dos homossexuais assume um caráter libertador. Suas críticas se voltam contra a heterossexualização da sociedade. Pouco a pouco, constrói-se a ideia de uma comunidade homossexual.

Gays e lésbicas eram representados como um grupo minoritário que buscava alcançar igualdade de direitos no interior da ordem social existente. Afirmava-se uma identidade homossexual (LOURO, 2001).

Ainda na década de 70, imagens homofóbicas e personagens estereotipados eram exibidos na mídia e nos filmes, em contraposição com representações positivas de homossexuais. Reconhecer-se nessa identidade torna-se questão pessoal e política. O dilema entre “assumir-se” ou “permanecer enrustido” (no armário) passa a ser considerado um divisor fundamental e um elemento indispensável para a comunidade homossexual (LOURO, 2001).

Neste período, o movimento homossexual ganha mais força, surgem jornais ligados aos grupos organizados, promovem-se reuniões de discussão e de ativismo, buscando tomar consciência do seu próprio corpo, de sua sexualidade e construir uma identidade enquanto grupo social.

Em paralelo, cresce internacionalmente, o número de trabalhadores culturais e intelectuais que se assumem na mídia e alguns passam a fazer da homossexualidade objeto de suas pesquisas e teorias.

No Brasil, segundo Facchini (2004a), o movimento homossexual teve seu surgimento associado à fundação do Grupo SOMOS, em São Paulo, no ano de 1978. Para esta autora, a fundação deste grupo marcou o início do projeto de politização da questão da homossexualidade. Até então, existiam várias associações, mas tinham uma atuação não-politizada, estando exclusivamente voltadas para as questões relativas à sociabilidade.

A partir de 1980, a temática da homossexualidade também passa a se constituir como questão acadêmica, na medida em que, em algumas universidades e grupos de pesquisa, passam a estudá-la, especialmente, com apoio das teorias de Michel Foucault (LOURO, 2001).

O discurso político e teórico que produz a representação positiva da homossexualidade também exerce, é claro, um efeito regulador e disciplinador. Nesse discurso, é a escolha do objeto amoroso que define a identidade sexual e, sendo assim, a identidade *gay* ou *lésbica* assenta-se na preferência em manter relações sexuais com alguém do mesmo sexo. Contudo, essa definição de identidade sexual viria a ser posta em questão.

O livro de Michel Foucault, *A História da Sexualidade I*, escrito e publicado em 1976, havia mostrado que tal escolha do objeto amoroso nem sempre tinha se

constituído a base para uma identidade. Fora isto, este modelo fazia com que os bissexuais parecessem ter uma identidade menos segura ou menos desenvolvida.

A política de identidade buscava a aceitação e integração de homossexuais no sistema social. A maior visibilidade de *gays* e lésbicas sugeria que o movimento já não perturbava o *status quo* como antes. Entretanto, para algumas lésbicas o movimento repetia o privilegiamento masculino, evidente na sociedade mais ampla, o que fazia com que suas reivindicações e experiências continuassem secundárias face às dos homens *gays* (LOURO, 2001).

Sabe-se que no início dos anos 80 existiam cerca de 20 grupos do Movimento Homossexual (MH). Ao longo desta década, embora houvesse certo declínio quantitativo do MH, ocorreram importantes transformações e conquistas, especialmente, advindas do trabalho de grupos como o Grupo Gay da Bahia (GGB) e o Triângulo Rosa (FACCHINI, 2004a).

Em termos globais, multiplicam-se os movimentos e os seus propósitos: alguns permanecem lutando por reconhecimento e legitimação, enquanto outros estão preocupados em desafiar as fronteiras tradicionais de gênero e sexuais, e ainda, alguns outros não se contentam em atravessar as divisões, mas decidem viver na ambiguidade da própria fronteira.

Em fins da década de 80, emerge nos Estados Unidos a chamada Teoria Queer, em oposição à normalização e estabilidade, propostas pela política de identidade do movimento homossexual dominante. Trata-se de uma perspectiva teórica que aborda gênero e sexualidade dentro de uma política pós-identitária. Judith Butler é uma das mais destacadas teóricas queer. Queer pode ser traduzido por estranho, ridículo, excêntrico, anormal, desviante, e outros (MISKOLCI, 2009).

Esta corrente teórica compreende a sexualidade como uma construção social e histórica e sua crítica esta voltada para os estudos que mantêm e naturalizam a norma heterossexual.

Esta teoria busca romper as lógicas binárias, que resultam no estabelecimento de hierarquias e subalternizações, e se apoia no conceito de complementaridade e na perspectiva metodológica da desconstrução. A complementaridade mostra que significados são organizados por meio de diferenças, em uma dinâmica de presença e ausência, ou seja, o que parece estar fora de um sistema, já esta dentro dele, e o que parece natural é histórico. A heterossexualidade precisa da homossexualidade para sua própria definição. A

desconstrução implica em explicitar o jogo entre presença e ausência (MISKOLCI, 2009).

As práticas homossexuais, como formas legítimas e amplamente disseminadas de viver a sexualidade, ganham visibilidade, porém, sofrem grande impacto com a epidemia do HIV/Aids. Evidenciou-se que não dava para discutir prevenção de HIV sem conhecer, problematizar e interferir nas relações de gênero e sexuais vigentes nas diferentes culturas.

Embora tenha ocorrido um declínio quantitativo de grupos nos anos 80, houve um reflorescimento nos anos 90, em termos qualitativos, em função da introdução no MH de temas como a luta pela despatologização; por legislação anti-discriminatória, contra a discriminação religiosa; por tratamento respeitoso na mídia; pela inclusão da educação sexual nos currículos escolares; pela legalização do “casamento gay”; denúncia de casos de violência praticada contra homossexuais, além de um lugar privilegiado para a discussão a respeito da Aids (FACCHINI, 2004).

Os anos 90 foram marcados pela presença marcante do MH na mídia; ampla participação em movimentos de direitos humanos e de resposta à epidemia da Aids; vinculação a redes e associações internacionais de defesa de direitos humanos e direitos de gays e lésbicas; ação junto à parlamentares com proposição de projetos de lei nos níveis federal, estadual e municipal; atuação junto a agências estatais ligadas aos temas DST/ Aids e direitos humanos; formulação de diversas respostas frente à exclusão promovida por organizações religiosas; criação de associações, de grupos, organizações em nível nacional e regional, como a Associação Brasileira de Gays, Lésbicas e Travestis (ABGLT) ou o Fórum Paulista de Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transgêneros e os eventos de rua como as Paradas do Orgulho Gay iniciadas em São Paulo (FACCHINI, 2004a).

Não há como negar o impacto que a epidemia da Aids, conhecida como peste ou câncer gay, teve sobre o MH e sobre os próprios indivíduos com práticas ou identidades associáveis à homossexualidade.

Embora a Aids fosse encarada como fator de desmobilização por muitos militantes, ela resultou na ampliação da visibilidade da homossexualidade e do debate acerca desta temática.

Embora a classificação de “grupo de risco” fosse questionada por ser discriminatória, ela acabou contribuindo para que, em termos de políticas de saúde, fossem traçadas estratégias, respeitando-se as especificidades destes grupos de

peessoas. Fora isto, a organização em torno da questão da Aids favoreceu aos grupos de homossexuais um aprendizado acerca da elaboração e execução de projetos de intervenção financiáveis, significando uma inserção e uma adesão a um formato mais institucional e formal que comunitário, o das Organizações Não Governamentais (ONG). A Coordenação Nacional de DST/AIDS foi uma das principais fontes de recursos para o MH, nos anos 90 (FACCHINI, 2004a).

Proliferaram os grupos, as tensões e processos de autoidentificação e diferenciação, sendo elaboradas as identidades institucionais e dos sujeitos coletivos. Isto fez com que os militantes tivessem que se posicionar frente às diversas categorias coletivas existentes, como homens que fazem sexo com homens (HSH), gays, lésbicas e simpatizantes (GLS).

Segundo Facchini (2004a), ocorreram inúmeras alterações dentro do MH, o que foi igualmente acompanhado por modificações nos nomes e siglas, passando de MH a Movimento de Gays e Lésbicas (MGL), com a inclusão do termo lésbica, em 1993; passando depois, em 1995, para Gays, lésbicas e Travestis (GLT); seguido de Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transgêneros (GLBT), em 1999. Uma grande variedade de classificações, em muito motivada por conflitos no interior de grupos, que ao se dividirem passavam a adotar e defender formulações diferentes para definir o sujeito político do movimento. Daí, o movimento permanecia como um conjunto de entidades separadas que não possuíam qualquer coordenação central. Mesmo a tentativa de formação de uma Associação Nacional, que tivesse o papel de reunir todos esses grupos e ser um espaço de discussão coletiva, acabou por criar apenas mais uma entidade, com relação a qual os pares mantinham vínculos de aliança ou de conflito.

É importante destacar que no início do movimento homossexual brasileiro não havia muita distinção entre os grupos de gays e lésbicas. Essa distinção só começou a ocorrer quando houve a percepção, por parte de algumas lésbicas ativistas, de que havia demandas próprias e de que era necessária uma maior visibilidade e afirmação da identidade lésbica. Aliado a isso, a identificação com proposições feministas contribuiu para a crítica a posicionamentos considerados machistas, dentro do movimento homossexual, e para a criação dos primeiros grupos formados exclusivamente por lésbicas (FACCHINI, 2005).

Cabe esclarecer que vários termos como lésbicas, bissexuais, mulheres que fazem sexo com mulheres (MSM), mulheres homoeroticamente orientadas, foram e

tem sido utilizados para descrever ou fazer referência às mulheres que mantêm relações afetivo-sexuais não-heterossexuais. Isso pode estar relacionado à dificuldade de definir e delimitar essa população como objeto de estudo, uma vez que identidade sexual e prática sexual podem relacionar-se de maneiras distintas em função das experiências pessoais e construções culturais estabelecidas em torno delas. Os termos usualmente empregados parecem imprecisos, não conseguindo abarcar as múltiplas possibilidades das relações e identidades em jogo (MELO, 2010). Portanto, a orientação sexual é plural e embora se reconheça todas as possibilidades existentes e não se pretenda remeter a ideia de homogeneidade do grupo, há um reconhecimento de que foi em torno desta categoria, “lésbicas”, que os movimentos sociais, deste variado grupo de mulheres, articularam e vem articulando suas demandas.

Os grupos continuavam surgindo a partir de rachas em outros já existentes. No entender de Facchini (2004a), essa dinâmica parece ter sido necessária para que esses grupos constituíssem sua própria visão, a respeito de si mesmos, e construíssem seus estilos de atuação.

Já na segunda metade dos anos 90, o movimento homossexual brasileiro havia se tornado um campo misto, no qual conviviam ONGs, grupos setoriais de partidos políticos, organizações com inspiração religiosa, acadêmica, entre outros, e as disputas entre eles não se davam mais em torno de propostas de transformação social. As alterações na lista de categorias ou a renomeação de uma categoria implicaria inclusão ou exclusão de indivíduos concretos (FACCHINI, 2004a).

Havia grande temor em relação a uma associação direta entre AIDS e homossexualidade, pois a doença teve o efeito imediato de renovar a homofobia latente da sociedade, intensificando a discriminação já demonstrada por certos setores sociais.

O surgimento da Aids desencadeou a tentativa de entendimento acerca dos fatores de risco, o que levou, em 1982, à descrição pelo Centro de Controle de Doenças (CDC) dos Estados Unidos de quatro grupos de risco: homossexuais, hemofílicos, haitianos e usuários de heroína (AYRES et al., 2007).

No caso da Aids o risco identificado nessas populações passou a ser tratado como uma condição concreta, uma identidade, que as transformou em grupos de risco. O “isolamento sanitário” de tais grupos tornou-se, assim, a base das poucas e toscas estratégias de prevenção que conseguiram propor no início da epidemia,

como: abster-se de sexo, não usar drogas injetáveis, não doar sangue, etc. A mídia e a opinião pública se encarregaram de estender essa quarentena de tempo indeterminado a outros aspectos da vida social provocando uma verdadeira “morte social” (DANIEL, 1994).

Em 29 de agosto de 1996 ocorre o primeiro Seminário Nacional de Lésbicas (SENALE), no Rio de Janeiro, com o objetivo de debater questões específicas acerca da homossexualidade feminina e por esta razão, esta data é assumida, por boa parte desse movimento, como o Dia da Visibilidade Lésbica.

Ganhando identidade própria, os grupos organizados por lésbicas mantiveram diálogo e aproximação com o movimento gay e com o movimento feminista. A aproximação, no entanto, trazia tensões de ambos os lados. No interior do próprio movimento feminista havia conflito entre as lésbicas que defendiam a afirmação identitária, uma das principais bandeiras do movimento lésbico, e as mulheres que mantinham relações afetivo-sexuais com outras mulheres (MSM), mas que não assumiam uma identidade homossexual. Por outro lado, as mulheres heterossexuais do movimento feminista, que lutavam contra alguns dos estereótipos negativos que recaíam tradicionalmente sobre elas, não assumiam abertamente as demandas das mulheres lésbicas, contribuindo para a sua invisibilidade no seio do próprio movimento (ALMEIDA, G., 2005).

Para Melo (2010), este fato fica evidente ao se analisar o processo de construção do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que foi fruto das articulações do movimento feminista com o Estado, e que não incorporou, à época, as especificidades das mulheres lésbicas, o que só veio a ocorrer, já em 2004, por ocasião de sua reformulação no texto da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que incorpora um item voltado para a “saúde das mulheres lésbicas” (BRASIL, 2004b).

O deslocamento quase imediato de uma categoria para uma identidade de intervenção, alvo de preconceitos e estigmas, tem acompanhado historicamente as situações epidêmicas, em particular as doenças de transmissão sexual (AYRES et al., 2007).

O resultado prático das ações voltadas para a epidemia de Aids, ou seja, o isolamento dos grupos de risco, mostraram importantes limites no seu controle, acirraram o preconceito e a discriminação com relação aos grupos populacionais identificados como de risco, produziu pouca sensibilidade para transformar a

situação dos afetados e retardou a identificação da susceptibilidade das pessoas que não se incluíam nesses grupos (AYRES et al., 2007).

A intensa reação de alguns grupos rotulados como grupos de risco, em especial, os gays norte-americanos, foi fundamental para balizar novas propostas de ação e de conhecimento diante da Aids. Foram esses grupos que, em defesa de seu estilo de vida e de sua felicidade, propuseram a incorporação do uso dos preservativos, não como contraceptivos, mas visando evitar a troca de fluidos corporais que pudessem conter o HIV. Estratégias de abstinência e isolamento, destinados aos grupos de risco, foram substituídas pelas chamadas estratégias de redução de risco, que tinham por base a difusão universal de informações, o controle dos bancos de sangue, o estímulo ao uso de preservativos e de práticas de “sexo mais seguro”, testagem e aconselhamento, e ainda, estratégias de redução de danos para usuários de drogas injetáveis, com a introdução das práticas de distribuição ou troca de agulhas e seringas (AYRES et al., 2007).

Um novo conceito passa a instrumentalizar as práticas preventivas: o comportamento de risco. Esse conceito desloca o risco da ideia de pertencimento identitário em direção à identificação dos comportamentos que efetivamente expõem as pessoas ao HIV. Esse conceito apresentou como principal potencialidade a possibilidade de universalização da preocupação com a Aids (qualquer pessoa pode adotar um comportamento de risco e se expor ao vírus). Ao universalizar a preocupação com a epidemia, o conceito de comportamento de risco também buscou estimular o envolvimento ativo das pessoas com a prevenção. Sua principal limitação foi a potencialidade de culpabilização individual (AYRES et al., 2007).

Com o passar dos anos, o perfil da epidemia de Aids se modificou radicalmente, afetando predominantemente grupos sociais com menor poder social, o que foi caracterizado como processo de pauperização da epidemia. Essa situação motivou um grupo de pesquisadores da Escola de Saúde Pública da Universidade de Harvard a propor, no início da década de 90, um novo conceito, a análise de vulnerabilidade à infecção pelo HIV e à Aids.

É reconhecido que a doença também teve um impacto positivo no movimento homossexual, na medida em que provocou o surgimento de redes de solidariedade. O resultado foram alianças, não necessariamente baseadas na identidade, mas sim num sentimento de afinidade que uniu tanto os sujeitos atingidos, quanto seus familiares, amigos, trabalhadores da área de saúde, etc. As redes escaparam assim

dos contornos da comunidade homossexual e graças à Aids, foi ampliado o debate a respeito da homossexualidade (LOURO, 2001).

Por fim, foi o esforço de fazer frente à epidemia e de contestar os conceitos de risco e comportamento de risco, que o quadro referencial da vulnerabilidade adentrou o campo da saúde (MEYER; KLEIN; ANDRADE, 2007).

A vulnerabilidade está relacionada à capacidade de luta, de enfrentamento e de recuperação que o indivíduo pode apresentar. O nível sócio-econômico, a ocupação e a nacionalidade também se relacionam a este processo, pois repercutem sobre o acesso à informação, aos serviços e à disponibilidade de recursos para a recuperação, os quais potencializam ou diminuem a vulnerabilidade (SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2007).

Podemos inferir que as chamadas “minorias” sexuais, os/as homossexuais, em função do processo histórico de exclusão e discriminação a que estão sujeitos, ficam vulnerabilizadas em quase todas as suas dimensões e acresce-se a isto, o fato de por estarem muito mais visíveis, nos dias atuais, torna-se ainda, mais explícita e acirrada a luta entre elas e os grupos conservadores.

1.3 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e a Política Nacional de Saúde Integral LGBT - influência dos movimentos sociais

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde apenas nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação, e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares (BRASIL, 2004b).

Esses programas de saúde preconizavam as ações materno-infantis como estratégia de proteção aos grupos de risco e em situação de maior vulnerabilidade, como era o caso das crianças e gestantes. Outra característica desses programas era a verticalidade e a falta de integração com outros programas e ações propostos pelo governo federal. As metas eram definidas pelo nível central, sem qualquer

avaliação das necessidades de saúde das populações locais. Um dos resultados dessa prática foi a fragmentação da assistência e o baixo impacto nos indicadores de saúde da mulher (COSTA, 1999).

Na década de 60, questões relativas à sexualidade e reprodução passaram a ser discutidas no Congresso Nacional, motivadas pelo movimento feminista e pelo debate anticontrolismo versus antinatalismo, que circulava em torno da discussão da instituição de uma possível política de controle da natalidade (BARSTED, 1998).

Com forte atuação no campo da saúde, o movimento de mulheres contribuiu para introduzir na agenda política nacional, questões, até então, relegadas ao segundo plano. Naquele momento, tratava-se de revelar as desigualdades nas condições de vida e nas relações entre os homens e as mulheres, os problemas associados à sexualidade e à reprodução, as dificuldades relacionadas à anticoncepção, à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e a sobrecarga de trabalho das mulheres, responsáveis pelo trabalho doméstico e de criação dos filhos (BARSTED, 1998).

As mulheres organizadas argumentavam que as desigualdades nas relações sociais entre homens e mulheres se traduziam também em problemas de saúde que afetavam particularmente a população feminina. Reivindicaram, portanto, sua condição de sujeitos de direito, com necessidades que extrapolam o momento da gestação e parto, demandando ações que lhes proporcionassem a melhoria das condições de saúde em todos os ciclos de vida. Ações que contemplassem as particularidades dos diferentes grupos populacionais e suas condições sociais, econômicas, culturais e afetivas.

Assim, na década de 60 os direitos sexuais e reprodutivos transformam-se em temas que começam a ganhar força e grupos de mulheres, do mundo inteiro, junto à Organização Mundial de Saúde (OMS), empreendem esforços para legitimar esses conceitos (CORRÊA, 2012).

Ainda neste período, os direitos sexuais eram concebidos como parte e complemento dos direitos reprodutivos e, portanto, fortemente vinculado à reprodução (RIOS, 2007a).

Tratava-se de um momento em que ainda se colocava para o movimento feminista um grande desafio, como ator fundamental no debate legislativo sobre sexualidade e reprodução, de conseguir acionar o Congresso Nacional, em suas diferentes áreas de competência, para ampliação e efetivação da cidadania das

mulheres, mediante a garantia das escolhas e direitos individuais no campo da sexualidade e reprodução (BARSTED, 1998).

Ao final de 1983, sob forte pressão e participação do movimento de mulheres, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) marcando, sobretudo uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo (BRASIL, 1984).

O PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, num período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, se concebia o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O PAISM incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST/ IST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 1984).

Apesar do grande avanço que o PAISM representou para as mulheres, em termos de política pública de saúde, as demandas específicas de lésbicas não foram contempladas, o que segundo Almeida G. (2005), foi devido à sua invisibilidade dentro do movimento feminista.

Na década de 90, o PAISM foi influenciado, a partir da proposição do SUS, pelas características da nova política de saúde, pelo processo de municipalização e principalmente pela reorganização da atenção básica, por meio da estratégia do Programa Saúde da Família.

Neste mesmo período, houve um redirecionamento das políticas internacionais para ampliar o debate sobre políticas populacionais, a fim de também abranger questões do meio ambiente e desenvolvimento, culminando com a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento em 1994, no Cairo (CORRÊA, 2012).

A conferência realizada no Cairo, em 1994, representa um marco para a reflexão de direitos sexuais. Nessa conferência, além de questões relativas ao combate à violência sexual, bem como a saúde reprodutiva das mulheres, emerge a ideia de direitos sexuais, que representaria o alargamento do entendimento da

sexualidade, para além da reprodução, envolvendo as dimensões de prazer e bem estar dos indivíduos (LIONÇO, 2008).

No ano seguinte, em 1995, realiza-se em Pequim, em Beijing, a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, consolidando a relação entre direito e sexualidade. Nesta conferência, os resultados da Conferência do Cairo foram reafirmados, porém as metas de Beijing enfatizavam mais o enfoque de igualdade de gênero e a reformulação dos direitos sexuais, como parte dos direitos humanos, pondo em discussão a temática da discriminação (CORRÊA, 2012).

Apesar deste avanço Corrêa (2006) critica a relação entre direito e sexualidade estabelecida nesta conferência, chamando atenção para o fato de que neste processo não foram plenamente consideradas as pessoas LGBT e profissionais do sexo.

Para dar conta deste grupo de pessoas, Rios (2007b) considera fundamental o debate acerca da dissociação entre sexualidade e reprodução, bem como, refletir acerca da noção de saúde sexual, abrindo campo para a consideração de diferentes possibilidades de exercício da sexualidade, para além da naturalização da heterossexualidade.

Rios (2007a) comenta ainda que o grande desafio para o avanço dos direitos sexuais no Brasil e América Latina é a tendência problemática de associação entre direitos sexuais e saúde sexual, que provoca a justificação biomédica desses direitos. Os direitos sexuais abrangem uma perspectiva maior que a preservação e o cultivo da saúde. Para este autor, o discurso médico contribui para a patologização de identidades e práticas sexuais socialmente estigmatizadas, alimentando e legitimando processos discriminatórios.

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 além do viés médico-biológico (LIONÇO, 2008).

O reconhecimento de que a reprodução deixa de ser o motivo e o fundamento da relação sexual, concebida finalmente como prática humana imersa na lógica do prazer e da cultura, é fundamental para que se possam democratizar os direitos sexuais e reprodutivos, estendendo-os aos homossexuais (LIONÇO, 2008).

Na direção desse debate, em junho de 2003, é organizado o V Seminário Nacional de Lésbicas (SENALE)⁶, durante o qual são discutidas questões relativas à elaboração de políticas públicas, apontando para a necessidade de incorporar o entendimento de que as mulheres lésbicas também são mulheres e, portanto, devem ser contempladas no conjunto das ações de atenção à saúde da mulher. A agenda de necessidades de saúde desse grupo populacional diz respeito, dentre outras, ao atendimento na área da ginecologia, em que os profissionais partem do pressuposto de que a vida sexual ativa das mulheres é sempre de caráter heterossexual (CONSELHO NACIONAL DE COMBATE À DISCRIMINAÇÃO, 2004).

Constatou-se, no mesmo evento, que as mulheres lésbicas ainda consideram que o câncer de colo de útero, só afeta mulheres heterossexuais e, portanto, não se sentem mobilizadas para sua prevenção nem para a prevenção do câncer de mama. Para as mulheres lésbicas profissionais do sexo, um problema que se coloca é a vulnerabilidade pela exposição às DST/ IST e Aids. Fora isto, os textos e ações sobre violência contra a mulher não abordam as especificidades das mulheres lésbicas. Não se pode desconsiderar, no entanto, a violência intrafamiliar contra adolescentes lésbicas, quando são expulsas do lar ou quando são vítimas de outras formas de violência. A outra questão se refere ao acesso à reprodução assistida na rede do SUS, que deve incluir na clientela-alvo, as mulheres lésbicas que desejam exercer o direito à maternidade voluntária (CONSELHO NACIONAL DE COMBATE À DISCRIMINAÇÃO, 2004).

Nesse mesmo ano, 2003, a Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde identifica e reconhece a necessidade de articulação com outras áreas técnicas e da proposição de novas ações, quais sejam: atenção às mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas e ainda, a participação nas discussões e atividades sobre saúde da mulher e meio ambiente.

Assim, em 2004, o PAISM torna-se, de fato, uma Política de Saúde, a PNAISM que reconhece que a humanização e a qualidade da atenção em saúde são condições essenciais para que as ações de saúde se traduzam na resolução dos problemas identificados, na satisfação das usuárias, no fortalecimento da

⁶ SENALE são seminários para discussão de temas de interesse, sem finalidade deliberativa, que envolvem a participação de um número significativo de mulheres lésbicas e bissexuais, ativistas no movimento de lésbicas brasileiras. Os encontros são estruturados por representantes institucionais e de ONG de lésbicas e acontecem com periodicidade mínima de dois anos (ALMEIDA, G., 2005).

capacidade das mulheres, frente à identificação de suas demandas, no reconhecimento e reivindicação de seus direitos e na promoção do autocuidado (BRASIL, 2004b).

A delimitação das ações básicas mínimas para o âmbito municipal é resultante do reconhecimento das dificuldades para consolidação do SUS, e das lacunas que ainda existem na atenção à saúde da população. Porém, essa proposta não abrange todo o conjunto de ações previstas nos documentos que norteiam a PNAISM, que passa a contemplar a atenção aos segmentos da população feminina, ainda invisibilizados, e a problemas emergentes que afetam a saúde da mulher (BRASIL, 2004b).

No ano seguinte, em 2005, é lançada a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, do Ministério da Saúde. Vale ressaltar que as mulheres lésbicas não estão contempladas, dentre os sujeitos beneficiários, pondo em evidência a persistência da heteronormatividade em sua formulação (Portaria nº 426/GM, DOU 23/03/2005) (BRASIL, 2005).

É reconhecido que as reflexões apontadas pelo Movimento de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT) tem promovido importantes mudanças de valores na sociedade brasileira. Estas mudanças deram visibilidade política para os problemas, tanto da vida privada, como das relações sociais que envolvem as pessoas LGBT (BRASIL, 2010).

A maior visibilidade LGBT e organicidade do movimento provocaram repercussão nacional e internacional trazendo para o debate público a situação vivenciada por este grupo. Isto resultou na inclusão do tema nas agendas de representantes do legislativo e de diversas esferas governamentais sensíveis a estas questões sociais (BRASIL, 2008b).

O Brasil como signatário da Conferência Mundial de Beijing que, à época, apresentou a temática da discriminação como agenda política internacional, adotou posições positivas de inclusão do tema em suas políticas sociais e, em 2001, criou o Conselho Nacional de Combate a Discriminação. Como diretriz do Governo Brasileiro, desde 2004, foi inserida a temática da discriminação por orientação sexual na agenda política, por meio do Programa Brasil sem Homofobia (BRASIL, 2008a).

A necessidade de uma Política específica para a população LGBT, na perspectiva da integralidade da atenção e da equidade no Sistema de Saúde é um

desafio e, tal como prevista no programa de governo federal “Brasil sem Homofobia”, implica no aprofundamento e alargamento do que se entende por direitos sexuais e reprodutivos para a efetiva promoção da equidade e universalidade do acesso aos bens e serviços (BRASIL, 2004a; LIONÇO, 2008).

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Lei Federal nº 8080/90 (BRASIL, 1990), tem como princípios a universalidade do acesso e a integralidade da atenção. Por conta disso, a proposição de políticas para grupos específicos gera polêmica por ser, a princípio, antagônica à universalidade preconizada constitucionalmente aos direitos sociais, dentre os quais o direito à saúde.

A saúde, enquanto direito de todos e dever do Estado, é um ideal, sendo a realidade brasileira atravessada por iniquidades, que devem ser combatidas com ações que proponham reverter quadros de exclusão e de violação de direitos humanos fundamentais, na perspectiva da promoção da equidade para distintos grupos sociais. Portanto, a focalização de ações e políticas específicas é um recurso necessário, muitas vezes, para a própria efetivação da universalidade, mediante promoção da equidade entre grupos em situação desigual (LIONÇO, 2008).

A noção de equidade é um conceito chave para discutir os entraves que inviabilizam ou retardam o alcance da universalidade e da integralidade, visando superar desigualdades no acesso e no cuidado que, longe do ideal, configuram a realidade do sistema (LIONÇO, 2008).

O fundamento para uma Política de Saúde específica para a população LGBT é a necessidade de promoção de equidade, mediante o reconhecimento da condição de vulnerabilidade em que estas pessoas se encontram em relação a seus direitos humanos (LIONÇO, 2008).

O “Programa Federal Brasil sem Homofobia”, programa de combate à violência e à discriminação contra Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais (GLTB) e de promoção da cidadania homossexual”, foi elaborado pela Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República e contou com a participação da sociedade civil (CONSELHO NACIONAL DE COMBATE À DISCRIMINAÇÃO, 2004). O programa constitui-se de recomendações aos diversos setores públicos, no intuito de assegurar políticas, programas e ações contra a discriminação e que, sobretudo, promovam equidade de acesso a ações qualificadas aos serviços públicos (BRASIL, 2010).

Esse programa se apresenta como uma proposta intersetorial, abrangendo ações nos setores saúde, educação, cultura, trabalho e segurança pública, e se estrutura em torno do eixo da violência, enfatizando o combate à discriminação e à homofobia como estratégias fundamentais para a promoção da cidadania. Ainda, no que concerne ao setor saúde, instituiu-se em 2004, o Comitê Técnico de Saúde da População GLTB, no âmbito do Ministério da Saúde, através da Portaria nº 2227/GM-DOU 14/10/2004 (BRASIL, 2004a). A principal atribuição desse comitê é justamente sistematizar uma proposta de política nacional de saúde da população LGBT, com vistas a garantir equidade na atenção à saúde também para esses grupos (BRASIL, 2008a).

A conquista do assento como conselheiro no Conselho Nacional de Saúde (CNS), em 2006, evidencia para o movimento de LGBT a compreensão política a respeito dos espaços de participação social no SUS, estratégicos para que a orientação sexual e a identidade de gênero sejam pautadas em diversas políticas de saúde (BRASIL, 2008a).

A atenção à saúde da população LGBT não deve ser considerada apenas do ponto de vista da epidemiologia. Diante da escassez de dados de pesquisas em saúde dessa população, devem ser consideradas as condições e representações sociais associadas à população LGBT, compreendendo que os agravos à saúde desses segmentos populacionais estão, em grande parte, determinados socialmente (LIONÇO, 2008).

Cabe analisar que os desafios para a qualificação da atenção a essa população, dizem respeito às consequências dos sentidos e representações que recaem sobre suas práticas sexuais e modos de vida, considerados desviantes em relação a um suposto padrão de normalidade ou saúde, implicado na heteronormatividade moralmente vigente. A discriminação e a patologização são determinantes de sofrimento e de agravos à saúde (LIONÇO, 2008).

Nesta perspectiva, o SUS, desde 2006, por meio da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (Portaria nº 675/GM, DOU 31/03/2006) assegura o atendimento humanizado e livre de preconceito e discriminação por orientação sexual e identidade de gênero (BRASIL, 2006b).

Além disto, a orientação sexual e identidade de gênero já estão incluídas e contempladas em várias políticas e ações estratégicas em saúde, dentre as quais a Política de Atenção Integral à Saúde do Jovem e Adolescente; a Política Nacional de

Atenção Integral à Saúde da Mulher; a Política Nacional de Humanização; a Política de Promoção da Equidade na Saúde da População Negra, bem como nos planos de enfrentamento à epidemia de HIV/Aids e o de feminização da epidemia, e o projeto Saúde e Prevenção nas escolas, para citar algumas (LIONÇO, 2008).

Apesar de todas estas medidas de cunho político, as pessoas LGBT permanecem em situação de vulnerabilidade, sendo desrespeitadas em seus direitos humanos, em razão do preconceito, e esta situação tem contribuído para que a mobilização da sociedade civil, na reivindicação de direitos igualitários para a população LGBT, permaneça ascendendo fortemente no Brasil.

A homofobia tem caráter amplo e silencioso, pois atravessa campos do cotidiano de vivência das pessoas LGBT, como família, vizinhança, escola e o trabalho, fazendo com que agressor e vítima partilhem da mesma rede social, na maior parte das vezes. O enfrentamento da homofobia requer, dentre outros, a desnaturalização da família como fundada na heterossexualidade, implicando o questionamento do *modus vivendi* hegemônico (LIONÇO, 2008).

O direito a não discriminação, bem como o direito à dignidade, são direitos humanos fundamentais, sendo sua violação determinante para a exclusão ou comprometimento do acesso a outros direitos, dentre os quais o direito à saúde (LIONÇO, 2008).

O “Seminário Nacional Saúde da População GLBTT na Construção do SUS”, realizado em agosto de 2007, sinalizou importantes contribuições para a construção da Política LGBT (BRASIL, 2008a).

O tema dos direitos LGBT vinha sendo pautado, pelo SUS, desde a 12^a Conferência Nacional de Saúde realizada em 2003. Na 13^a Conferência Nacional de Saúde, em 2007, a orientação sexual e a identidade de gênero são incluídas na determinação social da saúde (BRASIL, 2010).

A compreensão da orientação sexual e da identidade de gênero como determinantes sociais no dinâmico processo saúde-doença das pessoas LGBT requer admitir que a exclusão social decorrente do preconceito afeta o acesso dessas pessoas à educação, saúde, lazer, cultura, trabalho e renda, causando sofrimento e interferindo diretamente na qualidade de vida e de saúde.

Compreende-se orientação sexual como uma referência à capacidade de cada pessoa de ter uma profunda atração emocional, afetiva ou sexual, por indivíduos de gênero diferente, do mesmo gênero ou de mais de um gênero, assim

como ter relações íntimas e sexuais com essas pessoas. A identidade de gênero diz respeito à experiência interna e individual do gênero de cada pessoa, que pode ou não corresponder ao sexo atribuído no nascimento, incluindo o senso pessoal do corpo (que pode envolver, por livre escolha, modificação da aparência ou função corporal, por meios médicos, cirúrgicos, ou outros) e outras expressões de gênero, inclusive vestimenta, modo de falar e maneirismos (BRASIL, 2009a).

A Política LGBT representa mais um passo na mudança da posição histórica a qual estas pessoas estão submetidas e sua principal diretriz é eliminar a discriminação e a marginalização, consoante com os Princípios de Yogyakarta (2006), que são os princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos, em relação à orientação sexual e a identidade de gênero.

Estes princípios foram propostos a partir da articulação entre a Comissão Internacional de Juristas e Serviço Internacional de Direitos Humanos, que agregou especialistas em direitos humanos de 25 países, na Indonésia, em 2006 (PRINCÍPIOS DE YOGYAKARTA, 2006).

O documento propõe a reafirmação dos direitos humanos universais, independente da orientação sexual e identidade de gênero, sinalizando desafios específicos para a promoção de direitos humanos LGBT. No que diz respeito à saúde, interessa especialmente o princípio 17, que afirma o direito ao padrão mais alto alcançável de saúde, com especial destaque para o combate às discriminações, ao acesso à assistência sexual e reprodutiva independente da orientação sexual e identidade de gênero, e o reconhecimento de parceiros e parceiras como parentes mais próximos, em configurações familiares não heterossexuais; e o princípio 18, que afirma a proteção contra abusos médicos, no qual se destaca a recomendação de que nenhum tratamento médico ou psicológico deva visar à cura de determinada orientação sexual e/ou identidade de gênero.

Em 2007, foi lançado no Rio de Janeiro a Câmara Técnica para elaboração do Programa Estadual Rio sem Homofobia, a partir do Decreto n° 40822, de 26 de junho de 2007, do então Governador do Estado do Rio de Janeiro, Sérgio de Oliveira Cabral Santos Filho, a fim de levantar diagnósticos e elaborar propostas para garantir a efetivação dos direitos da comunidade LGBT, tendo como resultado a elaboração do Programa Rio sem Homofobia (RIO DE JANEIRO, 2007).

A Câmara Técnica foi formada por 28 membros, representantes das 12 secretarias de governo, seis representantes do Movimento GLBT, dois

representantes de entidades de Direitos Humanos, um representante do Governo Federal, cinco representantes de universidades, um representante dos trabalhadores e um representante da Federação de empresários da indústria e comércio do Rio.

O relatório da Câmara Técnica foi concluído em maio de 2008, apresentando também as propostas deliberadas na 1ª Conferência Estadual de Políticas Públicas para LGBT do Rio de Janeiro, ocorrida nos dias 16, 17 e 18 de maio de 2008, na UERJ.

A 1ª Conferência Nacional GLBT ocorreu em Brasília, no período de 5 a 8 de junho de 2008 e no ano seguinte, em 2009, foi lançado o Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH III) que recomendou a criação de planos e programas específicos que busquem o enfrentamento e combate à discriminação e violência homofóbica, tornando-se imperativo o processo de aceleração de respostas políticas, técnicas e administrativas. Ainda em 2009, a Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República, na gestão do presidente Luis Inácio Lula da Silva, através de sua comissão técnica interministerial, elaborou e apresentou o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT (lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais) (BRASIL, 2010).

O Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos LGBT orientou-se pelos princípios de igualdade e respeito à diversidade, da equidade, da laicidade do Estado, da universalidade das políticas, da justiça social, da transparência dos atos públicos e da participação e controle social. Seu principal objetivo foi apresentar as diretrizes e ações para a formulação de políticas públicas de inclusão social e de combate às desigualdades para a população LGBT, primando pela intersetorialidade e transversalidade, na proposição e implementação dessas políticas, fortalecendo o Programa Brasil sem Homofobia, implantado desde 2004. Dentre seus objetivos específicos incluem-se: promover os direitos fundamentais da população LGBT brasileira, de inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade; promover os direitos sociais, especialmente das pessoas em situação de risco social e exposição à violência; combater o estigma e a discriminação por orientação sexual e identidade de gênero, edificando uma cultura de paz (BRASIL, 2009b).

A operacionalização deste plano previu a necessidade de uma ação coordenada e articulada de vários órgãos, secretarias e ministérios. Para tal, fez-se

necessário a criação de uma rede institucional entre Governo Federal, governos estaduais e municipais para a implementação da política (BRASIL, 2009b).

As diretrizes do Plano envolvem, dentre outras: o combate à discriminação por orientação sexual, identidade de gênero e raça no serviço público; diferenciação dos conceitos de homofobia, lesbofobia e transfobia; promoção de denúncia de toda e qualquer atitude de discriminação; combate à homofobia institucional; adoção de estratégias diferenciadas para grupos em situação de risco social e para grupos com histórico de estigma social, recorte étnico-racial da política LGBT; inserção da temática LGBT no sistema de educação básica e superior; produção de conhecimento sobre o tema LGBT; gerar e sistematizar informações sobre a situação de vida da população LGBT, a fim de subsidiar a implementação de políticas públicas em defesa de seus direitos sociais; promover a visibilidade dos direitos humanos; promover a humanização da atenção à saúde de LGBT em situação carcerária; disponibilização do acesso universal e integral de reprodução humana assistida às lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais em idade reprodutiva (BRASIL, 2009b).

Nessa perspectiva, o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT foi organizado em dois eixos estratégicos que se subdividem em um conjunto de estratégias de ação, da competência de diferentes setores.

Dentre as ações apresentadas como ações da competência do Ministério da Saúde, incluem-se: sensibilizar e capacitar as equipes profissionais do Programa de Saúde da Mulher para atenção às especificidades de lésbicas, mulheres bissexuais e transexuais, nos estados e municípios; garantir a inclusão dos quesitos orientação sexual e identidade de gênero, das pessoas com deficiência, visando sensibilizar e capacitar os profissionais de saúde no intuito de diminuir a discriminação em razão da homofobia; implementar nas instituições formadoras de recursos humanos iniciativas visando à inclusão de conteúdos relacionados à saúde de LGBT nos processos de educação permanente em saúde para os profissionais da área; promover e apoiar a inclusão do tema direitos sexuais e reprodutivos, doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS em oficinas e atividades de informação, formação e mobilização de instituições e espaços de atuação com os setores que trabalham com pessoas com deficiência e a população LGBT; incluir o tema da Saúde Integral de LGBT nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde; reconhecer e incluir nos sistemas de informação do SUS e

no planejamento familiar, todas as configurações familiares protagonizadas por LGBT, com base na desconstrução da heteronormatividade; estabelecer estratégias de enfrentamento dos usos indiscriminados e prolongados de hormônios feminilizantes e masculinizantes entre travestis e transexuais; incluir nas campanhas de saúde sexual e reprodutiva, prevenção de AIDS e outras doenças de transmissão sexual, imagens não estigmatizantes de pessoas com deficiência, pessoas vivendo com AIDS e da população LGBT; qualificar a atenção à saúde mental, em todas as fases de vida de LGBT, com o objetivo de prevenir os agravos decorrentes dos efeitos da discriminação e reduzir os danos decorrentes do uso abusivo do álcool e outras drogas; informar e sensibilizar profissionais de saúde acerca das especificidades de LGBT, a fim de promover a prevenção de DST/AIDS, câncer de colo uterino e de mamas, no caso das lésbicas e mulheres bissexuais, e outras mulheres que fazem sexo com mulheres; assegurar que o Programa Nacional de DST/ AIDS promova uma campanha nacional de testagem de HIV para mulheres lésbicas e bissexuais, concomitante a uma campanha de conscientização de sexo seguro para mulheres lésbicas, bissexuais e outras mulheres que fazem sexo com mulheres; garantir a criação e divulgação de uma cartilha sobre a saúde de LGBT, contendo informações sobre a rede de saúde do SUS; apoiar a realização de pesquisas e estudos para a produção de protocolos e diretrizes a respeito da hormonioterapia, implante de próteses de silicone e retirada de silicone industrial, para travestis e transexuais, bem como estudos sobre mastectomia e histerectomia em homens transexuais (BRASIL, 2009b).

No ano de 2010, o Ministério da Saúde apresentou a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) para ser implantada no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2010).

A Portaria nº 2.836 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), que institui, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Saúde Integral de LGBT foi publicada em 01/12/2011.

A Política está embasada nos princípios assegurados na Constituição Federal de 1988 (CF/88), que garantem a cidadania e dignidade da pessoa humana, reforçados no objetivo fundamental da República Federativa do Brasil de promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação (BRASIL, 1988).

Sua formulação seguiu as diretrizes de Governo expressas no Programa Brasil sem Homofobia. Contou ainda, com a participação de diversas lideranças, técnicos e pesquisadores, e foi submetida à consulta pública antes de ser apresentada e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2010).

A construção desta Política representa um novo momento, resguardando as especificidades de lésbicas, de gays, de bissexuais, de travestis e de transexuais no que diz respeito ao processo saúde-doença (BRASIL, 2010).

Sua implementação requer desafios e compromissos das instâncias de Governo, especialmente das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, dos Conselhos de Saúde e de todas as áreas do Ministério da Saúde. Da mesma forma, é imprescindível a ação da sociedade civil, nas suas mais variadas modalidades de organização, que tensionam os governos para a garantia do direito à saúde (BRASIL, 2010).

Esta política contempla ações voltadas para promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, além do incentivo à produção de conhecimentos e o fortalecimento da representação do segmento, nas instâncias de participação popular (BRASIL, 2010).

O respeito sem preconceito e sem discriminação é valorizado nesta Política como fundamento para humanização na promoção, proteção, atenção e no cuidado à saúde.

Sabe-se que a exclusão social decorrente de desemprego, de falta de acesso à moradia e alimentação digna, bem como dificuldade de acesso à saúde, lazer, cultura, liberdade de expressão sexual, e outros, interferem diretamente na qualidade de vida e de saúde. Cabe também reconhecer que todas as formas de discriminação, como no caso das homofobias que compreende lesbofobia, gayfobia, bifobia, travestifobia e transfobia, devem ser consideradas na determinação social de sofrimento e doença, ou seja, impõem vulnerabilidade à saúde (BRASIL, 2010).

O Dossiê Saúde das Mulheres Lésbicas – Promoção da Equidade e da Integralidade (2006) publicado pela Rede Feminista de Saúde apresenta dados que evidenciam as desigualdades de acesso aos serviços de saúde pelas lésbicas e mulheres bissexuais. Com relação às mulheres que procuram atendimento de saúde, cerca de 40% não revelam sua orientação sexual, por temerem discriminação. Entre as que revelaram, 28% referem a percepção de maior rapidez/ pressão no atendimento do médico e 17% afirmam que estes deixaram de solicitar

exames considerados, por elas, como necessários (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2006).

Com relação ao exame preventivo do câncer cérvico-uterino, exame de Papanicolaou, o referido dossiê cita dados da pesquisa realizada, em 2002, pela Coordenação DST/AIDS do Ministério da Saúde, que demonstram que entre as mulheres heterossexuais a cobertura de realização deste exame nos últimos três anos é de 89,7%. Já entre as lésbicas e mulheres bissexuais a cobertura cai para 66,7%, mesmo entre pessoas com maior escolaridade e renda (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2006).

Quanto aos travestis e transexuais, embora a epidemia da AIDS tenha feito com que o sistema de saúde focasse suas prioridades nestas pessoas, conferindo certa visibilidade ao grupo, atualmente é reconhecido que os problemas de saúde deste grupo são bem mais complexos e suas demandas são numerosas (BRASIL, 2010).

Dentre os diversos problemas e demandas deste grupo, destaca-se a restrita experiência dos serviços de saúde em lidar com a transexualidade e com o intenso sofrimento dessas pessoas, que não se reconhecem no corpo biológico; com o uso indiscriminado e sem orientação de hormônios; dificuldades em lidar com as demandas dos homens transexuais para o acesso aos procedimentos de mastectomia e histerectomia; a falta de respeito ao nome social escolhido pelas pessoas travestis e transexuais. Todas essas situações se configuram como uma violência que acontece diariamente nas vidas sociais dessas pessoas (BRASIL, 2010).

A impossibilidade de manifestar sua orientação sexual no interior da família e nos locais públicos define para as pessoas LGBT, o destino do exercício clandestino de sua sexualidade. Essa situação leva a frequentar lugares e situações desprovidos de condições favoráveis à prevenção de doenças.

Portanto, a condição de ser LGBT pode guardar alguma relação com o grau de vulnerabilidade destas pessoas (BRASIL, 2010).

É necessário reconhecer que os processos discriminatórios e de violência contra LGBT decorrem em agravos à saúde, tais como sofrimento psíquico, vulnerabilidade ao uso abusivo de álcool, cigarro e outras drogas e ainda, que o preconceito de profissionais sobre as práticas sexuais e sociais das pessoas LGBT,

acarreta a violação de direitos sexuais e reprodutivos, a desqualificação da atenção à saúde, alcançando o próprio sistema de saúde (LIONÇO, 2008).

As repercussões e as consequências destes preconceitos compõem o principal objeto da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT. Assim, para dar conta desta política, é preciso que os serviços de saúde disponham de profissionais capacitados para o atendimento de todas as pessoas e, no caso das mulheres, é necessário que considerem a possibilidade de parte da clientela, ser composta por mulheres que fazem sexo com mulheres. Isso é fundamental para que saibam atender às lésbicas no que tange às suas especificidades, respeitando seus direitos de cidadania.

1.4 Panorama das principais demandas de lésbicas no campo da saúde sexual e reprodutiva

De acordo com o último censo realizado, pelo IBGE (2010), no ano de 2010, a população brasileira é de 190.732.694 habitantes, sendo que as mulheres representam mais da metade desta população (51,03%).

No que se refere à orientação sexual, este censo abriu a possibilidade de registro nas situações de cônjuge ou companheiro de mesmo sexo do responsável pela unidade doméstica (entendida como o conjunto de pessoas que vivem no mesmo domicílio) com o intuito de identificar e enumerar as relações homoafetivas. Essas relações corresponderam a apenas 0,1% do total, algo em torno de 60 000 unidades domésticas no País (IBGE, 2010).

Portanto, permanece desconhecido o número estimado de mulheres lésbicas no Brasil, embora algumas tentativas já tenham sido realizadas, sem sucesso. Barbosa e Koyama (2006) buscaram alcançar esta estimativa, mas diante das inúmeras e variadas dificuldades encontradas, as autoras apontam a necessidade da incorporação de questões sobre comportamentos homossexuais e bissexuais em inquéritos de base populacional.

Esta constatação também é reforçada por pesquisa realizada, pela Prefeitura Municipal de Porto Alegre (PMPA), que concluiu não existirem estatísticas precisas sobre o número de mulheres lésbicas no Brasil. Isso se deve, em grande medida, às

diferenças nas trajetórias afetivo-sexuais dessas mulheres e a expectativa de discriminação, relacionada à declaração da orientação sexual, o que faz com que muitas dessas mulheres ocultem esta identidade, dificultando sua apreensão quantitativa, podendo inclusive, explicar a escassez de pesquisas brasileiras direcionadas ao tema (PMPA, 2011).

Dentre as consequências da invisibilidade lésbica, tem-se o desconhecimento sobre seu perfil, suas demandas e dificuldades de acesso aos serviços de saúde (ALMEIDA, G., 2009). Assim, esse silêncio sobre a orientação sexual pode contribuir tanto para a vulnerabilidade da mulher lésbica, quanto para a sua invisibilidade social, trazendo dificuldades para que as políticas públicas possam melhor contemplá-la (FACCHINI; BARBOSA, 2006).

Portanto, a condição de ser LGBT guarda forte relação com o grau de vulnerabilidade destas pessoas, em especial, no tocante à sua saúde.

Alguns pesquisadores e o próprio movimento de lésbicas reconhecem a existência de um silêncio em torno da homossexualidade feminina. Talvez nesse silêncio haja uma pista para o entendimento da pouca visibilidade que a homossexualidade feminina ainda tem, nos diversos discursos contemporâneos, em especial, nas ciências médicas (MUNIZ, 1992).

Por esta razão, a quebra deste silêncio é pretendida e recomendada por muitas ativistas lésbicas, como uma das formas de melhorar a qualidade do atendimento ginecológico, recomendando inclusive, que as lésbicas deveriam se declarar, logo no começo da consulta. O que o movimento de lésbicas parece querer denunciar é que, em tempos de afirmação das diferenças, o silêncio e a incognoscibilidade significam invisibilidade pública e desproteção frente a um mundo globalizado e individualizante (ALMEIDA, G., 2005).

Os homossexuais além de receberem informação devem também informar à comunidade médica, que parece entender tão pouco da questão, e também a própria comunidade que produz informação, que parece tudo desconhecer sobre as condições e circunstâncias das homossexualidades (DANIEL, 1983, p.126).

De acordo com as análises realizadas por Melo (2010) em sua pesquisa, os depoimentos das mulheres lésbicas apontam para a necessidade de compreender as concepções, modelos de formação e valores que podem estar relacionados ao

modo como o atendimento é realizado e como as políticas de saúde são direcionadas.

O Dossiê Saúde das Mulheres Lésbicas – Promoção da Equidade e da Integralidade publicado pela Rede Feminista de Saúde (2006) apresenta dados que evidenciam as desigualdades de acesso aos serviços de saúde pelas lésbicas e mulheres bissexuais. Com relação às mulheres que procuram atendimento de saúde, cerca de 40% não revelam sua orientação sexual por temerem discriminação. Entre as que revelam, 28% referem percepção de maior rapidez/ pressão no atendimento por parte do médico e 17% afirmam que estes deixaram de solicitar exames considerados, por elas, como necessários (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2006).

Este Dossiê representa um posicionamento político da Rede Feminista de Saúde de contribuir para retirar da invisibilidade as necessidades e dificuldades das lésbicas, diante dos serviços e profissionais de saúde, evidenciando a vulnerabilidade que o saber médico clássico e o poder dos serviços de saúde impõem às mulheres que exercem a sexualidade fora do modelo “hetero” e que se traduz em prática discriminatória contra mulheres lésbicas (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2006).

Fato é que as mulheres vivem mais do que os homens, porém adoecem mais frequentemente. Em 2010, a esperança de vida das mulheres era de 77,32 anos, enquanto a dos homens era de 69,73 anos. Sua vulnerabilidade diante de certas doenças e causas de morte está mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que com as situações relativas a fatores biológicos (BRASIL, 2013a).

Os tabus e os preconceitos sobre a vida sexual e reprodutiva, ao longo da história, tem se constituído em um impedimento para uma atenção integral de qualidade no campo da saúde. Por esta razão, no entender de Ávila (2003), a transformação das mentalidades é um processo incontornável para a vivência desses direitos.

A relação entre saúde e direitos reprodutivos e sexuais nos leva a pensar sobre essa relação com base nas necessidades geradas pela vivência reprodutiva e pelo exercício da sexualidade.

O direito à saúde, conforme a concepção presente na VIII Conferência Nacional de Saúde implica na garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e

de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade (BRASIL, 1986).

A saúde é dependente de um complexo processo condicionado por fatores tais como alimentação, justiça social, liberdade, ecossistema, renda e educação.

Não basta fundamentar a necessidade de se atender às demandas de saúde das diferentes orientações sexuais que não sejam de caráter heterossexual. É preciso que se desconstruam a eternização e a des-historicização da subordinação das mulheres, nos mais diversos grupos societários, bem como na perspectiva da exclusão das lésbicas e de mulheres bissexuais, combatendo as invisibilidades institucionais que as acometem e as vulnerabilizam (VALADÃO; GOMES, 2011).

Neste sentido, no que se refere à homossexualidade feminina, G. Almeida (2009) acrescenta que a falta de ambiente favorável à especificidade lésbica, na assistência à saúde, pode fazer com que as informações sejam negligenciadas bilateralmente, uma vez que as usuárias do serviço não se sintam à vontade para declarar sua sexualidade e falar sobre suas vivências. Isso tanto pode acirrar as vulnerabilidades, como fazer com que os profissionais de saúde não prestem a essas mulheres uma assistência qualificada.

Existem evidências epidemiológicas das desigualdades em saúde e elas podem estar relacionadas ao nível de renda, à questão de gênero, à orientação sexual, etnia, ou à ocupação territorial. Não apenas a exclusão social, mas o preconceito e a discriminação são fatores responsáveis pelas iniquidades em saúde. Por isso o Ministério da Saúde, convocado pelos respectivos movimentos sociais, vem trabalhando com as populações negra, do campo e da floresta, em situação de rua, LGBT, ciganos, dentre outras (BRASIL, 2013d).

Seja qual for o problema de saúde, sua detecção precoce é fundamental e recomendada, sendo a maior parte destas ações desenvolvidas na atenção básica e realizadas por profissionais de saúde, enfermeiras e médicos. O Ministério da Saúde recomenda que tanto as ações de rastreamento, que consistem em realizar sistematicamente testes ou exames em pessoas sadias, quanto as ações de diagnóstico precoce, que consistem em captar precocemente alguém que já tem sintomas ou alterações no exame físico, devem ser realizadas no cotidiano das equipes de saúde (BRASIL, 2013a).

Para tal, os profissionais de saúde precisam ser dotados de atitudes proativas estimulando a adesão, pela mulher, desde as ações preventivas até o tratamento das doenças. O Ministério da Saúde recomenda ainda, que todas as oportunidades da presença da mulher nas unidades básicas de saúde devam ser aproveitadas, em todos os atendimentos, e não somente naqueles realizados por profissionais especialistas na área de saúde sexual e reprodutiva (BRASIL, 2013a).

De acordo com levantamento realizado pelo Ministério da Saúde, os postos e centros de saúde (atenção básica ou primária) foram os serviços mais procurados pela população em geral (52%) (BRASIL, 2006d).

Embora se reconheça uma importante ampliação do acesso às ações e serviços de saúde, especialmente da atenção básica, há ainda uma forte desigualdade regional e intrarregional na oferta de serviços, bem como toda uma série de iniquidades de gênero e de classe social (BRASIL, 2006d).

É reconhecido que as mulheres lésbicas no Brasil tendem a procurar os serviços de saúde com menor frequência do que as pacientes heterossexuais. Dados coletados em Porto Alegre (PMPA, 2011) apontam como causas as experiências de discriminação no atendimento, seja na recepção ou na consulta médica, dificuldades na abordagem da orientação sexual durante a consulta, e principalmente desconforto com a utilização de determinados instrumentos durante o exame ginecológico, como é o caso do espelho vaginal (KNAUTH; MEINERZ, 2010).

Quanto aos motivos apontados para a menor procura de serviços de saúde por estas mulheres, Facchini e Barbosa (2006) afirmam que se relacionam a existência de discriminação; despreparo dos profissionais para lidar com as especificidades desse grupo; dificuldades das próprias mulheres em assumirem a homo ou bissexualidade e a negação do risco para determinadas doenças.

Barbosa e Facchini (2009), ao avaliarem o acesso a cuidados de saúde entre mulheres que fazem sexo com mulheres, de diferentes segmentos sociais, trajetórias e identidades sexuais, residentes em São Paulo, identificaram que a frequência ao ginecologista é menor para mulheres cuja trajetória sexual é caracterizada por pouco ou nenhum contato com o sexo oposto. Aquelas que, em algum momento da vida, buscaram atendimento ginecológico foram motivadas, na primeira consulta, por situações semelhantes às relatadas por pesquisas direcionadas para mulheres em geral, quais sejam: primeira menstruação ou relação sexual (hetero) ou por suspeita

de gravidez. Entre aquelas cuja frequência ao ginecologista é inexistente ou esporádica é comum a compreensão da ausência de necessidade, em decorrência do pouco ou nenhum contato com homens, suposto transmissor de Aids e outras doenças ligadas ao sexo.

Esta questão assume especial importância, uma vez que é durante a consulta ginecológica que, muitas vezes, se tem a oportunidade de diagnosticar e orientar a mulher sobre agravos clínicos à saúde.

Conforme dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA), entre as principais causas de mortalidade entre adultos de ambos os sexos, permanecem as causas externas e as doenças crônicas não transmissíveis. Ao se examinar a faixa etária dos 20 aos 59 anos, observa-se que as doenças cerebrovasculares foram a primeira causa de morte para o sexo feminino, seguido das doenças isquêmicas do coração e neoplasias (INCA, 2011).

Dentre os tipos de neoplasias mais frequentes entre as mulheres brasileiras, incluem-se o câncer de pele não melanoma, ocupando o primeiro lugar, em todas as regiões do país, seguido do câncer de mama; cólon e reto; colo do útero; tireoide; traqueia, brônquio e pulmão; estômago; ovário; linfoma não Hodgkin; cavidade oral e corpo do útero (INCA, 2011).

Considerando-se a alta incidência e a mortalidade relacionadas ao câncer de mamas e do colo do útero, é responsabilidade dos gestores e dos profissionais de saúde realizar ações que visem o controle da doença e que possibilitem a integralidade do cuidado, aliando as ações de detecção precoce com a garantia de acesso a procedimentos diagnósticos e terapêuticos, em tempo oportuno e com qualidade (BRASIL, 2013a).

O câncer de mama é o mais frequente nas regiões Sudeste (69/100 mil), Sul (65/100 mil), Centro-Oeste (48/100 mil) e Nordeste (32/100 mil). Na região Norte é o segundo tumor mais incidente (19/100 mil), sendo o câncer do colo do útero o ocupante da primeira posição (24/100 mil). Nas regiões Centro-Oeste (28/100 mil) e Nordeste (18/100 mil) o câncer de colo de útero ocupa a segunda posição mais frequente, na região Sudeste (15/100 mil), a terceira, e na região Sul (14/100 mil), a quarta posição (INCA, 2011).

Sendo o câncer de mama o mais incidente entre as mulheres, representando 23% do total de casos de câncer no mundo; a quinta causa de morte por câncer em geral (458 mil óbitos) e a causa mais frequente de morte por câncer em mulheres

(INCA, 2011) fica evidente que as ações de detecção precoce merecem especial atenção, por parte de enfermeiras e médicos, em especial, os que atuam no campo da saúde sexual e reprodutiva.

A taxa de mortalidade por câncer de mama, ajustada pela população mundial, apresenta uma curva ascendente e representa a primeira causa de morte por câncer na população feminina brasileira, com 11,28 óbitos por 100 mil mulheres em 2009. As regiões Sul e Sudeste são as que apresentam as maiores taxas, com 12,70 e 12,62 óbitos por 100 mil mulheres em 2009, respectivamente (INCA, 2012).

Embora não existam informações específicas disponíveis sobre câncer de mama em mulheres lésbicas, devem-se considerar os estudos epidemiológicos que sugerem risco aumentado para câncer de mama em mulheres nulíparas e que nunca amamentaram, bem como naquelas que tiveram seu primeiro filho em idade mais tardia. Uma vez que essas circunstâncias possam estar presentes entre lésbicas, é preciso considerar que elas sejam vulneráveis a esta patologia (PMPA, 2011).

Esta situação pode ainda ser agravada, caso sejam negligenciados, pelos profissionais de saúde, os protocolos relativos aos exames de rastreio de câncer, recomendados pelo Ministério da Saúde. Os poucos estudos brasileiros sobre as mulheres lésbicas indicam reações negativas/ discriminatórias, por parte dos profissionais de saúde, quando estas revelam sua orientação sexual. Estes estudos mostraram que após a revelação, os médicos começaram a atender mais rápido, deixando de pedir exames que as pacientes entendiam ser necessários (FACCHINI; BARBOSA, 2006).

No campo da saúde, por serem vistas como “não mulheres”, lésbicas ainda são excluídas do acesso a exames papanicolaou e de mama, que são parte do protocolo de exames comuns às mulheres, o que deveria independer de sua identidade sexual (ALMEIDA, G., 2009).

Acresce-se ainda, o fato de que algumas mulheres homossexuais utilizam bandagem ou outros recursos para disfarçar as mamas, rejeitam exames, apresentam demandas em relação à mastectomia ou utilizam hormônios para modificação corporal. Nesse sentido, é importante observar a existência de alguma motivação relacionada a comportamentos sociais e culturais, que possam favorecer o descuido pessoal com a prevenção e detecção precoce de doenças relacionadas às mamas e ao corpo feminino.

É importante ressaltar que o papel do profissional de saúde, nestas situações, não é reprimir essas demandas e sim, apontar para o fato de que a doença não é um caminho seguro para este fim (PMPA, 2011).

Quanto ao câncer do colo do útero, sabe-se que a infecção pelo HPV é um fator necessário, embora não suficiente para o seu desenvolvimento. Considera-se que até 80% das mulheres sexualmente ativas irão adquiri-la ao longo de suas vidas. Aproximadamente 100 tipos de HPVs foram identificados e tiveram seu genoma mapeado, 40 tipos podem infectar o trato genital inferior e 12 a 18 tipos são considerados oncogênicos para o colo uterino. Entre os HPVs de alto risco oncogênico, os tipos 16 e 18 estão presentes em 70% dos casos de câncer do colo do útero (BRASIL, 2013a).

Sendo a infecção pelo HPV uma infecção sexualmente transmissível e muito comum, também é recomendado que os profissionais de saúde, enfermeiras e médicos, realizem ações voltadas para a sua prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e interrupção da cadeia de transmissão de doenças (BRASIL, 2013b).

Cabe destacar que o Ministério da Saúde, através da publicação intitulada Cadernos de Atenção Básica, controle dos cânceres do colo do útero e da mama, lançada em 2013, recomenda considerar as especificidades das mulheres e relacioná-las à situação ginecológica, em especial, aos cânceres do colo do útero e da mama, fazendo referência às lésbicas, sem, contudo, pormenorizar a discussão acerca das especificidades deste grupo (BRASIL, 2013b).

Já a Prefeitura Municipal de Porto Alegre publicou, em 2011, as diretrizes para a assistência à saúde de lésbicas, mulheres bissexuais e que fazem sexo com outras mulheres, na qual aponta algumas especificidades deste grupo. Assim, no que diz respeito ao câncer de colo de útero e infecções sexualmente transmissíveis, a PMPA (2011) descreve que pesquisas realizadas no Brasil identificam situações de transmissão de infecções sexualmente transmissíveis, considerando não apenas as práticas homoeróticas, mas também no que se refere à possibilidade de relações com homens. Alguns autores alertam para o compartilhamento de dildos e vibradores e para as práticas de sexo oral, durante o período de menstruação, ambos sem proteção, como fatores de risco nas práticas entre mulheres (MORA, 2009; PINTO, 2005).

Portanto, o atendimento ginecológico deve ser norteado pela declaração das práticas sexuais, mais do que na maneira como a mulher se autodeclara em relação

à sua orientação sexual, considerando as possibilidades de prevenção para cada uma das práticas sexuais informadas.

Esta recomendação também encontra respaldo em Marques, Oliveira e Nogueira (2013) que apontam para a grande heterogeneidade de autotaxonomia de mulheres, em estudos acerca da sexualidade e orientação sexual, reforçando assim a importância acerca da abordagem das práticas sexuais.

Há evidências de que mulheres que se relacionam exclusivamente com outras mulheres apresentam taxas de displasia cervical semelhantes às das mulheres heterossexuais. Isto reforça a necessidade de manter-se o rastreamento das lesões precursoras do câncer uterino também para as mulheres lésbicas, observando-se as recomendações das diretrizes existentes, sob pena, de postergar o diagnóstico e o tratamento das lesões de alto grau (PMPA, 2011).

Segundo a PMPA (2011), embora a prevalência das DST pareça ser similar entre mulheres lésbicas e heterossexuais, o que varia são as taxas. Entre as lésbicas seriam mais frequentes a vaginose bacteriana e a candidíase, ao passo que Chlamydia, gonorréia e doença inflamatória pélvica (DIP) não seriam muito comuns.

Há evidências de que HPV, herpes e vaginose bacteriana são transmitidos sexualmente entre mulheres. A infecção por HPV pode ser transmitida de mulher para mulher por contato pele-pele e pele mucosa (McNAIR, 2003).

No que se refere à infecção pelo HIV e Aids, em 1985, para cada 15 casos novos em homens, contava-se uma mulher. Em 2005, eram 10 mulheres para cada 15 homens. A epidemia torna-se cada vez mais feminina, expressando a maior vulnerabilidade a que estão sujeitas as mulheres e ainda, a necessidade de maior atenção às ações de prevenção voltadas para este grupo (BRASIL, 2013c).

A transmissão do HIV entre lésbicas sempre foi cercada de muitas dúvidas, pelo fato de que nas investigações realizadas com as mulheres, que pensavam ter se contaminado por suas parceiras, havia sempre referência de alguma situação, como passado de relações heterossexuais ou outras atividades, como transfusão de sangue, uso de drogas injetáveis, que poderiam justificar a infecção, não havendo como afirmar que a transmissão teria sido sexual.

Entretanto, o primeiro caso de transmissão de HIV entre lésbicas foi confirmado e anunciado pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos EUA (CDC) em 15/03/2014, pelo New York Times. Testes genéticos, nunca feitos antes, indicaram que os vírus presentes, no casal de lésbicas, eram mais de 98% idênticos,

o que provava que uma tinha infectado a outra. As mulheres eram moradoras na cidade de Houston, no Texas, em 2012, ano da transmissão. Uma das mulheres era portadora do HIV e havia interrompido o tratamento realizado, nos anos de 2009 e 2010. As mulheres referiram ter tido relações sexuais menstruadas e usar brinquedos eróticos. A mulher infectada afirmou não ter tido outras parcerias sexuais, nos seis meses anteriores à contaminação, e tinha ainda, um laudo negativo de um teste de HIV. Exames que medem os anticorpos contra o HIV podem ter uma janela imunológica que varia de um a três meses, em que a pessoa pode já ser portadora do vírus e ainda não ter produzido os anticorpos para serem detectados pelo exame.

O CDC diz que o uso de filme plástico, em relações sexuais sem penetração peniana, é recomendado, mas impopular entre lésbicas americanas (FOLHA DE SÃO PAULO, 2015).

No Brasil, os estudos realizados já constataram que a maioria das mulheres lésbicas se considera de baixo risco para transmissão do HIV. Fora isto, níveis elevados de sofrimento psíquico e de experiência de violência na família, no trabalho e em lugares públicos, tem sido apontados como proporcionalmente altos, quando comparados à população heterossexual, o que as vulnerabilizam para outros inúmeros problemas de saúde (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2006).

A evolução da taxa de fecundidade da mulher brasileira revela que o número de filhos por mulher vem diminuindo acentuadamente e em 2004, as mulheres passaram a ter, em média, dois filhos (BRASIL, 2013b).

Em 2008, a taxa de fecundidade total - número médio de filhos que uma mulher teria ao final do seu período fértil - foi de 1,89 filhos, valor inferior ao chamado nível de reposição que é de 2,1 filhos por mulher. Tal valor traduz o resultado de um processo intenso e acelerado de declínio da fecundidade, ocorrido na sociedade brasileira nas últimas décadas. Os níveis mais baixos da taxa de fecundidade se encontram nos estados da região Sudeste, sobretudo no Rio de Janeiro e São Paulo, com valores um pouco acima de 1,5 filhos por mulher. O índice mais elevado foi registrado no Acre, 2,91 filhos por mulher (BRASIL, 2013d).

A cesariana permanece sendo o tipo de parto mais frequente e ainda, o mais realizado entre as mulheres com maior escolaridade (BRASIL, 2013b).

A realização de parto cesáreo aumentou no país de 38,0% em 2000, para 52,3% em 2010. Este aumento ocorreu em todas as regiões, mantendo-se as

diferenças regionais, com Sudeste, Sul e Centro-Oeste apresentando proporções próximas a 60% em 2010. As regiões Norte e Nordeste, apesar de apresentarem as mais baixas proporções, tiveram os maiores percentuais de aumento na década (52,0% e 73,2%, respectivamente) (BRASIL, 2012).

No que diz respeito às lésbicas que decidem gestar e ter filhos, sabe-se que estas mulheres possuem algumas necessidades similares às dos casais heterossexuais e outras bastante particulares, especialmente relacionadas à vivência da homofobia, à possibilidade de rejeição pela família e ao acesso dificultado aos serviços de saúde especializados e bancos de esperma (PMPA, 2011).

Os agravos à saúde na fase reprodutiva da vida, idades entre 10 e 49 anos, levaram à morte 63.504 mulheres brasileiras no ano de 2005. Destas, 1.619, por problemas relacionados à gravidez, parto, puerpério e aborto. Os problemas relacionados com pressão alta foram os maiores responsáveis pelas mortes maternas, sendo as mulheres negras, suas maiores vítimas. Destaca-se nestes casos, que a maioria das mortes poderia ser evitada (BRASIL, 2013b).

Destaca-se que os agravos à saúde reprodutiva e sexual feminina tem na identidade de gênero um influenciador. No que tange à identidade de gênero, antes dicotômica (masculino-feminino), o Ministério da Saúde reconhece sua “ampliação” para abranger homossexuais, lésbicas, transexuais, travestis, etc., que não se identificam como homens ou mulheres, no sentido comum de gênero (BRASIL, 2008a). Hoje, reconhece-se que o suposto sexo biológico e a identidade subjetiva nem sempre coincidem.

De modo geral, os estudos de gênero têm contribuído para mostrar e denunciar as injustiças sociais que muitas mulheres enfrentam no seu dia-a-dia. Algumas pesquisas indicam que as mulheres são alvo de todo tipo de violência, seja ela física, simbólica ou sexual, violência doméstica ou abuso sexual, geralmente provocada por parentes ou pessoas próximas à vítima (BRASIL, 2008b).

Fora isto, no que diz respeito às lésbicas, soma-se o encobrimento de desejos e práticas o que privaria essas mulheres de suportes sociais importantes, como de familiares, amigos ou mesmo suporte religioso, especialmente em momentos de dificuldades relacionadas à vida afetiva, como em casos de separação, morte da companheira ou situações de abuso ou violência na relação afetivo-sexual (FACCHINI; BARBOSA, 2006).

Problemas de ordem afetiva, entre as lésbicas, são apontados como relacionados a um sentimento de vazio e a distúrbios de imagem corporal, como a bulimia, anorexia e a obesidade. Deste modo a invisibilidade individual contribuiria para a vulnerabilidade dessas mulheres e para sua invisibilidade social, que por sua vez dificultaria o atendimento de suas necessidades, por parte de programas e políticas públicas, reforçando a vulnerabilidade social e individual (FACCHINI; BARBOSA, 2006).

A violência assume grande importância para a Saúde Pública em função de sua magnitude, gravidade, vulnerabilidade e impacto social sobre a saúde individual e coletiva. As violências e os acidentes têm induzido um grande incremento na morbimortalidade. Sua presença, cada vez maior, tem contribuído para a diminuição da expectativa e qualidade de vida, principalmente dos adolescentes e jovens, além do aumento dos cuidados e custos decorrentes para a Saúde e a Previdência, o absenteísmo no trabalho e na escola e a desestruturação familiar e pessoal (BRASIL, 2008b).

Quanto à violência doméstica e sexual, sabe-se que esta permanece “camuflada” no interior dos lares de milhões de pessoas. Analisar as desigualdades de gênero é, portanto, importante para compreender como se constituem as relações entre homens e mulheres, bem como entre duas mulheres, face à distribuição de poder nas relações.

As mulheres lésbicas estão tão suscetíveis à violência conjugal quanto às mulheres heterossexuais. Mais de um terço das lésbicas entre 22 e 52 anos de idade já sofreu agressão por parte de suas parceiras, e o uso de álcool ou de outras drogas esteve envolvido na maior parte destes incidentes. Outro aspecto a ser ressaltado é a violência a que são submetidas socialmente, pelo preconceito em relação a sua orientação e práticas sexuais (PMPA, 2011).

Do total de 8.918 notificações de atendimentos de violências doméstica, sexual e outras violências registradas, entre agosto de 2006 e julho de 2007, 6.636, ou seja, 74% das vítimas eram do sexo feminino. As mulheres adultas (20 a 59 anos) foram as que mais sofreram violência: 3.235 atendimentos, representando 79,9% do total de agressões. Em segundo lugar, estão as adolescentes (10 a 19 anos), vítimas de 1.847 agressões, o que corresponde a 77,9% do total de atendimentos realizados na rede do SUS (BRASIL, 2008b).

No que se refere à violência motivada por homofobia, lesbofobia e transfobia, o Ministério da Saúde reconhece que há subnotificação. Reconhece ainda, que a orientação sexual e a identidade de gênero são situações complexas e constituem importantes fatores de vulnerabilidade para a saúde. Elas implicam práticas sexuais e sociais específicas que expõem a população LGBT a agravos decorrentes do estigma, dos processos discriminatórios e de exclusão social que violam os direitos humanos, entre eles, o direito à saúde, à dignidade, a não-discriminação, à autonomia e ao livre desenvolvimento (BRASIL, 2008a).

No período de 1980 a 2005, foram assassinados 2.511 homossexuais no Brasil, em sua maior parte vítimas de crimes homofóbicos: 72% eram *gays*, 25% travestis e 3% lésbicas. Observe-se o fato de que, no Brasil, transgêneros (travestis e transexuais) são proporcionalmente mais agredidas que lésbicas e *gays* (BRASIL, 2008b).

No *ranking* dos Estados com registros de crimes homofóbicos a partir de 2000, São Paulo, mais populoso, apresenta o maior número de assassinatos de homossexuais: 21 por ano. Mais preocupante, entretanto, é Pernambuco, com uma população cinco vezes menor, contabilizou, no mesmo período, 16 crimes homofóbicos anuais. Na Bahia, em Goiás e no Rio de Janeiro, acontece, em média, um crime homofóbico ao mês. Essas estatísticas, contudo, apresentam enorme oscilação: o Distrito Federal, que em 2001, registrou 11 homossexuais assassinatos, em 2004 teve apenas um; e em 2005, nenhum. Inexiste informação sobre crimes homofóbicos em sete Estados, principalmente no extremo norte, o que aponta para o fato de que o número de crimes contra a população LGBT é muito maior que os dados aqui apresentados (BRASIL, 2008b).

Os direitos sexuais e os direitos reprodutivos transcorrem por muitos aspectos da vida; entre eles a saúde, o poder sobre o próprio corpo, a liberdade para a vivência da sexualidade, a maternidade e a paternidade. No entanto, antes de tudo, é possível afirmar que os direitos sexuais e reprodutivos dizem respeito à cidadania e aos acordos para a vida em sociedade (BRASIL, 2013d).

Segundo G. Almeida (2009), os reconhecidos avanços ocorridos nas últimas décadas, na área da saúde das mulheres são pouco estudados no que se refere ao seu real impacto na especificidade das mulheres lésbicas.

Há que se considerar ainda, a possibilidade legítima de qualquer tipo de correspondência entre identidade de gênero, orientação do desejo e comportamento

sexual; mas também, a real possibilidade na fluidez da identidade sexual ao longo da vida (MARQUES; OLIVEIRA; NOGUEIRA, 2013).

A heteronormatividade na organização dos serviços e nos estilos e conteúdos comunicacionais afetam negativamente a qualidade dos cuidados prestados às mulheres homossexuais, as quais se sentem incompreendidas, tratadas com desrespeito e receosas quanto às consequências da assunção de sua orientação sexual. Estas mulheres creem que os atendimentos, baseados na heteronormatividade, ocasionam equívocos no raciocínio clínico, os quais são sustentados por premissas que não correspondem à realidade, aos estilos de vida, aos fatores protetores e de risco e às suas próprias expectativas. As mulheres dizem ainda, receber informações e aconselhamento profissional que não lhes são úteis, nem adequados (MARQUES; OLIVEIRA; NOGUEIRA, 2013).

Salienta-se assim, a importância do momento e da forma de se questionar acerca da identidade e práticas sexuais e, se justificado, dos seus comportamentos sexuais. As mulheres precisam sentir que suas necessidades, preocupações e hesitações são compreendidas e integradas pelos profissionais com os quais se relacionam. Estes são elementos básicos para o estabelecimento de relações colaborativas e de confiança (MARQUES; OLIVEIRA; NOGUEIRA, 2013).

De acordo com a avaliação da Rede Nacional Feminista de Saúde (2006), faltam ainda estudos sobre a relação entre o preconceito e os agravos à saúde ou seu impacto nos cuidados à saúde.

A violência simbólica, marcada pela desvalorização pública do patrimônio afetivo e das práticas corporais dessas mulheres, também é apontada como um forte componente passível de afetar seu “conforto mental” (FACCHINI; BARBOSA, 2006).

Entendemos que a abordagem utilizada, pelo profissional, é um instrumento eficaz para proporcionar um ambiente tranquilo, respeitoso e sem preconceitos que leve a revelação das reais necessidades de saúde, para uma avaliação, diagnóstico e encaminhamento adequados e singulares para cada mulher.

1.5 A consulta em ginecologia e a medicalização do corpo

Ao analisar dados atuais relativos ao atendimento à saúde de mulheres, por meio de consultas individuais em ginecologia, Ostermann e Rosa (2012) concluem que há inúmeras instâncias que se constituem em momentos delicados. Assim, estas autoras definem estes “momentos delicados”, como aqueles nos quais ocorrem mudanças na orientação dos participantes, ou seja, do profissional de saúde e da mulher. Essas mudanças de orientação se manifestam por meio de hesitação, atraso na produção da fala, evitação ou camuflagem de alguns termos, tais como sexo e relação sexual, substituição de outros, como vagina por perereca, entre outras questões que envolvam sexualidade e estilos de vida das pessoas.

Apesar dos profissionais de saúde serem investidos de autoridade institucional e outorgados do direito de conhecer aspectos privados e detalhados sobre a saúde e a vida das pacientes, nem sempre estes colaboram com as mulheres na coprodução de termos que elas tem dificuldades em produzir/expressar, o que aponta para o despreparo do profissional e escassa sensibilidade para questões desta natureza (OSTERMANN; ROSA, 2012).

No decorrer da consulta, se um assunto apresenta-se como gerador destes desconfortos, o atendimento como um todo pode ser prejudicado, pois a exposição deficiente ou inconclusa da questão problemática acarretará a não atenção plena das necessidades que motivaram a busca pelo atendimento, causando prejuízos, dentre outros, à prescrição de tratamentos, à adesão da mulher a eles e à própria relação profissional de saúde-paciente (OSTERMANN; ROSA, 2012).

Caminhando nesta mesma linha de análise, Ostermann e Ruy (2012) discutem o fenômeno do exercício do poder durante as consultas às mulheres. As autoras descrevem uma sequência muito comum nos atendimentos, no que se refere à interação entre o profissional de saúde e a mulher, na qual se processam a Iniciação – Resposta – Avaliação (IRA). Nesta sequência, é explícita a assimetria entre o profissional e a mulher, cabendo aos médicos direitos e às mulheres, obrigações, o que pode ser assim traduzido: o profissional detém o controle dos assuntos a serem tratados, o poder de interromper a fala da mulher e o domínio das perguntas que formulam, restando às mulheres, o dever de responder, sabendo ainda, que estão sendo avaliadas.

Aproximando esta questão à temática deste estudo, pode-se inferir o quanto esta relação se torna ainda mais complicada quando está envolvida uma mulher lésbica.

Há que se considerar que qualquer pergunta pode ser resistida e não respondida. Entretanto, nas 144 consultas médicas analisadas, por Ostermann e Ruy (2012), em nenhuma delas a mulher se negou a responder algo perguntado pelo profissional.

Refletindo acerca das práticas médicas durante a consulta ginecológica, Ostermann e Jaeger (2012) afirmam que muitas práticas assumem algumas identidades das pacientes como fixas e naturais, não contemplando as múltiplas possibilidades identitárias que estão postas em cada encontro interacional. Estas práticas são identificadas, por estas autoras, como um “fazer heteronormativo”, no qual uma ideologia esta materializada.

Este retrato do que se passa hoje teve sua construção iniciada no final do século XIX e começo do século XX, quando ao tempo em que se deu o nascimento de especialidades dedicadas à reprodução e à sexualidade, como a ginecologia/obstetrícia, houve também a apropriação do corpo feminino pelo médico.

Através da análise das teses produzidas na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, no século XIX, Rohden (2001) demonstra que os médicos direcionavam o comportamento das mulheres e sua suposta instabilidade emocional e sexual, para o caminho dos propósitos naturais, a reprodução.

Definindo a função reprodutiva como principal finalidade das práticas sexuais, a conduta sexual torna-se então, objeto de observação, análise e intervenção da medicina. Diversas orientações sobre o modo correto de conduzir a vida sexual e afetiva tornam-se normas e o conhecimento médico uma das principais fontes de conhecimento a respeito da sexualidade (ROHDEN, 2001).

A vinculação do sexo estritamente à reprodução trouxe como consequência o deslocamento do sentido do prazer sexual feminino.

A origem deste deslocamento é apresentada por Crawford (1998) a partir da análise acerca do conhecimento sexual na Inglaterra entre os anos 1500 e 1750. O autor destaca que, até o final do século XVII, as ideias sobre o processo de concepção estavam baseadas na formação do corpo da criança, a partir da ligação do sêmen do homem com o sêmen da mulher no ato sexual. Para que a concepção ocorresse, o orgasmo feminino era imprescindível, pois apenas a partir dele seria

possível a retenção rápida do sêmen masculino e o fechamento do útero para a formação do feto. A ligação entre prazer sexual/ orgasmo feminino e concepção era tão forte, nesse período, que os casos de estupro resultantes em gestação não eram condenados por lei, pois a gestação seria a prova que teria havido o orgasmo feminino e, portanto, a atração da mulher pelo estuprador. Da mesma maneira, as mulheres poderiam recusar um candidato a casamento caso, não se sentissem atraídas por ele, pois assim não haveria prazer no ato sexual e, conseqüentemente, gestação.

Entretanto, quando nos fins do século XVII descobriu-se que o orgasmo feminino não estava necessariamente ligado a reprodução, o prazer feminino deixou de ter uma função na procriação e tornou-se um desvio. O próprio prazer, ou necessidade de orgasmo para a reprodução, foi tomado como mais uma das diferenças fisiológicas entre os sexos, sendo caracterizado como exclusivamente masculino. Reforçava-se assim a noção de que a biologia da mulher estaria exclusivamente voltada para a reprodução. O corpo feminino passa a ser visto então como assexuado e qualquer demonstração explícita de desejo é tomada como desvio ou sintoma de alguma doença. A mulher que faz sexo apenas para exercer a função da maternidade passa a ser a norma ou o ideal a ser atingido (CRAWFORD, 1998).

Melo (2010) afirma que as mulheres desta época, cujo comportamento, atitudes, práticas e desejos se assemelhassem ao que hoje concebemos como homossexuais, eram vistas como desviantes dos desígnios da natureza.

Assim, a homossexualidade como um problema social, também surge nesse contexto e o termo passa a representar o erotismo entre pessoas do mesmo sexo como patologia/perversão, sendo considerado não apenas como uma prática, mas como algo antinatural e patológico.

A homossexualidade foi então apropriada pela medicina, especialmente pela psiquiatria, que se encarregou de elaborar conceituações que definiram as relações sexuais entre pessoas do mesmo sexo no âmbito das perversões e patologias. Estabeleceu-se, a partir do discurso científico da época, um tipo de sujeito que deveria ser olhado e medicalizado por quem possuía legitimidade para fazê-lo, o médico (MELO, 2010).

Através da medicina, a reprodução e a sexualidade se transformaram em um tema de estudos e intervenção, particularmente entre o final do século XIX e o

começo do século XX, quando ocorreu a criação e o desenvolvimento de especialidades dedicadas à reprodução e a sexualidade como a ginecologia/obstetrícia. O corpo feminino foi pensado em termos de suas implicações mais amplas, como o casamento, a família, a sociedade e, acima de tudo, a nação e ocupou o centro de muitos escritos e debates médicos (ALMEIDA, G., 2005). Os médicos prescreviam as normas mais adequadas, no que se refere ao comportamento sexual e reprodutivo dos indivíduos (ROHDEN, 2003).

Nesse processo, o ginecologista/obstetra passou a contribuir de maneira singular para a transformação do sexo e da reprodução em assunto de Estado. O corpo da mulher foi transformado em “peão” nos conflitos entre Estados, religiões, homens chefes de família e corporações privadas (SEN; GROWN, 1988).

A ginecologia afirmou-se então, desde seus primórdios, como a “ciência da mulher”. A medicalização do corpo feminino apoiava-se no pressuposto da existência de uma assimetria entre homens e mulheres, definida pelos papéis diferenciados que estes assumem na reprodução. Os homens seriam mais apropriados para as atividades do mundo público (o trabalho, a política e o comércio) e às mulheres caberiam as atividades na esfera privada da família, como mães e esposas (ROHDEN, 2003).

No trabalho de conformação de um corpo feminino, tido como frágil para o trabalho industrial, a ginecologia foi particularmente eficaz, evocando o “fato científico” de que não se pode conjugar o trabalho com a função primeira das mulheres, a reprodução. O período menstrual, a gestação e a lactação deixariam evidentes que o corpo feminino está sempre sujeito à “máxima atividade fisiológica” e sobrecarregá-lo com esforços físicos obrigatórios como o trabalho seria um grande crime (ROHDEN, 2003).

Desta forma, o trabalho fora de casa representava um problema de saúde, apenas por reduzir o número de nascimentos e prejudicar o cuidado com a saúde das crianças, e não em função da preocupação médica com o desgaste físico e a saúde da mulher em si. Sendo assim, podemos dizer que a ginecologia brasileira não nasceu preocupada com a garantia da saúde feminina em si, mas com a conservação do corpo feminino, entendido de forma eminentemente instrumental (ROHDEN, 2003).

De acordo com Rohden (2003), os ginecologistas da primeira metade do século XX tinham como objetivos o combate a males venéreos, campanhas contra o

câncer, a terapêutica da esterilidade, a solução dos problemas genitais, problemas endócrino-metabólicos da patologia feminina e a proteção da mulher grávida. Mas estes objetivos compunham apenas o aspecto mais objetivo de suas atividades que incluíam outras tantas atribuições, de cunho absolutamente moralizador, tais como: o combate à “patologia do trabalho feminino”, a repressão ao aborto criminoso, a higiene psíquica ou mental do sexo feminino, a difusão de princípios eugênicos, como a restrição ao casamento dos infectados por doenças venéreas, e tudo o que se relacione com qualquer problema, mesmo extragenital, da patologia feminina, no campo psicológico, psiquiátrico, biológico, genético e eugênico.

Dessa forma, a ginecologia constituiu-se em aliada do Estado, o que ficou patente, em 1940, durante a realização do Primeiro Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia, um momento de suprema aproximação dessas especialidades médicas com os Programas do Estado e de um relativo aumento do seu prestígio (ROHDEN, 2003).

A medicalização é então, entendida como este processo de transformação de aspectos da vida cotidiana em objetos da medicina de forma a assegurar conformidade às normas sociais. Illich foi provavelmente o autor mais importante na discussão acerca da medicalização da sociedade ocidental (VIEIRA, 2003).

Conforme destacam Corrêa e Guilam (2006), embora a medicalização seja um fenômeno social difuso, há uma maior concentração de intervenção médica sobre o corpo da mulher, sendo a gravidez um dos momentos mais medicalizados da vida.

Para Foucault (2005), a medicina utilizou estrategicamente o controle do corpo para exercer o controle social. No que se refere especificamente ao controle da sexualidade e da reprodução, este acarretou importantes implicações sociais para assegurar o controle populacional, a reprodução da força de trabalho e a manutenção de uma sexualidade socialmente útil e politicamente conservadora.

A medicalização do corpo feminino particularizou-se em função das implicações específicas da reprodução humana. Vieira (2003) afirma que o processo histórico de medicalização do corpo feminino passa pela ideia de que existe uma natureza biológica determinante e dominante da condição da mulher.

A ideia de “natureza” baseia-se em fatos biológicos que ocorrem no corpo tais como, a capacidade de gestar, parir e amamentar. Na medida em que esta determinação biológica parece justificar plenamente as questões sociais que

envolvem este corpo, é que ela passa a ser dominante, como explicação legítima e única sobre estes fenômenos. Daí decorre ideias sobre a maternidade, instinto maternal e divisão sexual do trabalho, como atributos naturais e essenciais à divisão de gênero na sociedade e desenvolve-se um discurso que desloca a assimetria sexual, do plano das relações sociais para o plano da natureza.

Sendo assim, da natureza maternal decorreria uma série de atributos de personalidade e conduta da mulher que seriam consideradas “naturais”, negando-se as intermediações da cultura.

Costa (2004) comenta que a família era identificada como a célula da sociedade e, portanto, deveria ser civilizada, regenerada e higienizada. O compromisso essencial do casal era com os filhos, pois a criança passou a ser pensada como futuro cidadão e trabalhador. O objetivo do casal higiênico deveria ser a defesa da raça e do Estado, através da proteção das crianças. Neste processo, a mulher assumia o papel de mãe e agente estratégico da higiene social, e o homem o papel de pai e provedor. A mãe era o manequim higiênico da mulher, amante dos filhos e aliada dos médicos, agente familiar da higiene social. A mãe higiênica deveria amamentar, pois o aleitamento era um momento de estreitamento de laços familiares e de manifestação do amor materno. Os médicos apoiavam a possibilidade das amas de leite infectarem as crianças, especialmente com tuberculose e sífilis. Sendo assim, utilizavam estes argumentos para fazer da amamentação um instrumento útil para ocupar o tempo da mulher, confinando-a ao ambiente doméstico.

A higiene ao livrar a mulher do patriarca, gerou uma entusiástica onda de independência feminina que foi insuflada pela urbanização. Mas, a independência da mulher não podia extravasar os limites da casa e das ideias que reforçassem a imagem da mulher-mãe. O discurso higiênico, em favor da amamentação, contribuiu para o confinamento da mulher em casa, e também foi utilizado o argumento de que o homem era incompetente e inferior para cumprir funções sociais, como a nobre função de amamentar, convencendo a mulher a abandonar ocupações intelectuais e profissionais, assegurando a exclusividade deste espaço aos homens (COSTA, 2004).

Assim, em meio aos discursos de exaltação da maternidade, a medicalização do corpo feminino se estabeleceu firmemente no séc. XIX. Anos depois deste processo teve início a institucionalização do parto, como evento hospitalar, e a

consolidação da obstetrícia como disciplina médica. Até então, a arte de partejar era uma tradição exclusiva das mulheres (VIEIRA, 2003).

A caça às bruxas e a extinção das curandeiras e parteiras fazem parte da história da exclusão das mulheres da prática médica, como estratégia do Estado e da Igreja para monopolizar o saber acerca da cura das doenças, e legitimá-lo, por meio das universidades criadas. Ao tornar-se uma profissão alicerçada pela autoridade universitária, a medicina transformou-se em atividade reservada aos homens, pois nessa época, apenas eles poderiam ter acesso à educação (VIEIRA, 2003).

As instituições hospitalares incorporaram características diferentes daquelas que até então faziam delas um abrigo para pobres, doentes e desvalidos (FOUCAULT, 2005). A medicina ao longo do séc. XIX desenvolveu técnicas cirúrgicas, anestésicos e o uso da assepsia para dominar a prática obstétrica. O processo de hospitalização do parto foi fundamental para a apropriação do saber nesta área e para o desenvolvimento do ensino médico.

A medicalização da maternidade surgiu baseada no estereótipo da “natureza feminina” em uma época em que ser mãe transformou-se de destino em dever patriótico, e mais tarde, justificado pelas preocupações eugênicas.

Do exposto, fica claro que neste período a “natureza feminina” foi utilizada para domesticar e medicalizar o corpo da mulher.

A partir da década de 20, o grupo materno-infantil seria alvo de ações sistemáticas, por parte do Estado, e até a década de 60 a visão da atenção médica à mulher, por parte das políticas públicas, privilegiava o ciclo gravídico-puerperal, justificando-se pela mortalidade infantil (VIEIRA, 2003).

Na década de 60, tem-se o renascimento da teoria neomalthusiana que vincula as altas taxas de mortalidade e baixa qualidade de vida, ao aumento do tamanho populacional, conseqüente às altas taxas de natalidade. Ainda nos anos 60, agências internacionais começam a investir maciçamente no desenvolvimento das pesquisas de contraceptivos, muitos destes, testados nas mulheres brasileiras.

Cabe ressaltar que foi a partir desta década que teve início o progressivo decréscimo das taxas de fecundidade da população brasileira, às custas da fecunda atuação de entidades, que sob o rótulo de planejamento familiar, exerciam ações claramente vinculadas ao atendimento de interesses, especialmente norte-americanos, no controle da natalidade nos países subdesenvolvidos.

Neste contexto, o parto deu lugar a um evento cirúrgico, especialmente difundido pela aliança entre os argumentos relativos à possibilidade de procriar sem dor e a realização, às escondidas, da esterilização.

Na década de 80, a efetiva participação do movimento feminista assegurou a elaboração e início de implantação, em 1983, do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). O PAISM foi o primeiro programa de saúde oficial norteado por princípios como de integralidade e equidade da atenção à saúde da mulher, em todas as fases de sua vida. O Programa recomendava ainda, o desenvolvimento de atividades educativas, com caráter participativo, que pudessem assegurar a emancipação das mulheres, o que permanece utópico entre nós, até os dias de hoje (BRASIL, 1984).

Paralelamente, a década de 80 viu surgir a biomedicalização, a partir das transformações tecnocientíficas da ginecologia e obstetrícia. McCallum (2005) aponta como principais marcadores deste processo, a estratificação do acesso à saúde, a transformação da saúde em mercadoria e do paciente em consumidor.

A biomedicina põe em evidência a distinção entre os cidadãos e os sub cidadãos, os que têm acesso às tecnologias e os que não têm, o público e o privado, o paciente e o consumidor, a saúde como direito e como mercadoria. A biomedicalização radicalizou a intervenção da tecnologia pesada sobre a vida das pessoas, ao apresentá-la como medida necessária para assegurar a “saúde”, distanciando o profissional do paciente, situando o paciente como cliente, a saúde como mercadoria, privilegiando o privado em detrimento do público, o individual ao coletivo (CLARKE et al., 2003).

Neste contexto, Corrêa e Guilam (2006) destacam também o papel do pré-natal, como um lócus privilegiado do discurso de risco. Desenvolve-se a tecnologia ligada à prática do aconselhamento genético. Este aconselhamento é valorizado no discurso médico, principalmente em relação a dois aspectos: a antecipação do diagnóstico, que segundo eles, permite o preparo das mulheres e da instituição médica, para a recepção de uma criança com malformação; a amenização ou a prevenção de riscos genéticos em uma futura gestação, a partir do estudo detalhado do feto da gestação atual e do diagnóstico, o mais preciso possível, daquela malformação.

Segundo esta lógica, os partos ou interrupções de gravidez devem ocorrer exclusivamente no hospital, onde será realizada a investigação médico-diagnóstica.

Acresce-se a isto, a interdição jurídica ao aborto que nega à mulher o direito pleno da autonomia reprodutiva.

Neste processo, quanto ao uso de produtos farmacêuticos, Sanabria (2010) destaca a disponibilidade de uma enorme variedade de métodos hormonais e de modos de administrá-los, e chama atenção para seu uso como estratégia de intervenção sobre a população, no contexto nacional das políticas de planejamento familiar. Assim, supressão menstrual, implantes hormonais e anticoncepcionais orais são amplamente apresentados como forma de regular as emoções associadas à menstruação, como a irritabilidade, tristeza, raiva ou preguiça, medicalizando sentimentos.

Este paradigma científico-ideológico, da medicina ocidental, que orienta o modelo de atenção à saúde, conhecido como “modelo biomédico”, destitui o corpo de seus determinantes sociais, culturais, raciais e de gênero, assim como destitui a população de direitos historicamente conquistados. Assim, o corpo feminino torna-se emblemático deste modelo, pois nele se exerceram diretamente mecanismos de controle sobre a reprodução social. Por esta razão, este o corpo da mulher foi alvo prioritário da intervenção médica, ao longo dos últimos dois séculos (BARBOSA, 2010).

Em oposição, o feminismo elaborou uma rica vertente de crítica a este modelo de atenção à saúde, denunciando os mecanismos através dos quais se exerce o poder sobre o corpo feminino. Barbosa (2010) acrescenta ainda, que a usurpação e posterior institucionalização de saberes populares sobre a saúde, especialmente aqueles produzidos e utilizados pelas mulheres, foi parte estratégica desse processo.

O corpo feminino foi, e permanece sendo, produto de uma intensa bio/medicalização que ora privilegia a reprodução, ora sua negação. Estar grávida, parir, aleitar, menstruar, cessar a menstruação e tantas outras fases e situações da vida, são todas condições bio/medicalizáveis.

Do exposto, cabe reforçar a necessidade urgente de desconstruir este processo, por meio da desmedicalização do corpo e do seu cuidado, conforme recomendam Progianti e Vargens (2004).

Mandú (2004) comenta que todo profissional de saúde, independente de sua área de atuação, defronta-se com processos mais gerais de vida e sofrimento, de várias ordens, que envolvem necessidades relativas à esfera da intersubjetividade e

demandam a adoção de tecnologias que as observem e absorvam em alguma medida. O autor aponta ainda, a intersubjetividade como alvo de investimento e transformação do cuidado.

O encontro entre a clientela e profissionais disponibiliza um espaço peculiar ao resgate da intersubjetividade, em sua relação com a construção da saúde, que tem sido negligenciado nas atuais práticas de saúde.

Valorizar a intersubjetividade na atenção à saúde pode produzir a emancipação humana. Sendo assim, podemos inferir que a intersubjetividade constitui-se em uma tecnologia de cuidado, muito útil à enfermeira, para que esta possa planejar suas ações cuidadoras e cuidar com equidade, efetividade, ética e justiça.

Abrir, de fato, espaço às expressões dos sujeitos, alvos do cuidado, significa incorporar a diversidade do existir, do saber-viver, de acordo com os padrões culturais de cada sujeito, sem julgamento, classificação prévia e controle. As relações precisam deslocar-se no sentido da horizontalização, de modo que hierarquias, discriminações, preconceitos e controles sejam substituídos o mais cabalmente possível (MANDÚ, 2004).

Ao invés de realizar atendimentos estruturados por rotinas pouco flexíveis, há que se exercitar, no atendimento individual, a sua organização através do processo de escuta comprometida com a acolhida e amparo das pessoas.

Soma-se a isto, o fato de que a consulta representa um espaço muito favorável às interações entre o profissional de saúde e a mulher, para o desenvolvimento de atividades educativas que visem descortinar os argumentos que justificam sua inferioridade social e todo o conjunto de normas e prescrições sociais impostas aos sexos, aos corpos e às sexualidades, revelando suas verdadeiras raízes, contribuindo com a sua emancipação e empoderamento.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Entendendo que a situação foco desta pesquisa situa-se no campo da saúde sexual e reprodutiva e precisa ser analisada e discutida a partir das relações assimétricas estabelecidas entre os agentes envolvidos neste campo, profissionais de saúde e mulheres lésbicas; considerando ainda, o objeto deste estudo que envolve a análise dos processos de elaboração de conhecimentos e crenças acerca das lésbicas, compartilhados pelos profissionais de saúde, a natureza das cognições nas quais estes processos se apoiam e as relações entre as representações identitárias e as práticas de cuidado dirigidas às lésbicas, a discussão dos achados tem apoio na perspectiva teórica do Poder Simbólico, de autoria de Pierre Bourdieu (1998), e no fenômeno de identidade e representações identitárias, à luz da psicologia social.

2.1 A teoria do poder simbólico aplicada ao campo da saúde sexual e reprodutiva

Para Bourdieu (1998), a noção de campo compreende um espaço multidimensional que possui objetivos específicos e é hierarquizado de acordo com a distribuição desigual dos diversos tipos de capital entre seus agentes, o que confere a estes diferentes posições, níveis de poder e força.

O capital econômico remete aos recursos materiais de que dispõem os indivíduos, e o cultural aos conhecimentos e competências, institucionalmente atestados e reconhecidos. A partir dessas dimensões torna-se possível definir diferentes posições no espaço social. Essas posições são hierarquizadas porque conferem poder aos indivíduos que as ocupam. Se esses mesmos indivíduos compartilham efetivamente representações intergrupos, eles também dispõem de conhecimentos e de crenças relativos ao posicionamento social dos diferentes grupos face a face (DESCHAMPS; MOLINER, 2009).

É evidente que o gênero dos sujeitos e o capital econômico ou cultural de que dispõem, são critérios que estruturam hierarquicamente o espaço social,

simplesmente porque eles remetem a recursos que conferem poder àqueles que os possuem (DESCHAMPS; MOLINER, 2009).

A ocupação de uma posição (a pertença a uma classe) se traduz pela adoção de modos operatórios próprios a esta posição. Os grupos elaboram representações conformes à sua posição social e à hierarquia desta posição na estrutura social (DESCHAMPS; MOLINER, 2009).

Os ocupantes de posições dominantes e os ocupantes de posições dominadas estão ininterruptamente envolvidos em lutas de diferentes formas sem, contudo, se constituírem em grupos antagônicos (BOURDIEU, 1998).

Os agentes, ocupantes de posições semelhantes e que, colocados em condições semelhantes estão sujeitos a condicionamentos semelhantes, e tem com toda probabilidade, atitudes e interesses semelhantes, logo, representações, práticas e tomadas de posição semelhantes (BOURDIEU, 1998).

A representação que os agentes fazem de sua própria posição e da dos outros no espaço social é o produto de um sistema de esquemas de percepção e de apreciação que é ele mesmo o produto incorporado de uma condição. As condições objetivas de existência determinam os processos pelos quais se elaboram e se interiorizam as representações do social (DESCHAMPS; MOLINER, 2009).

Pode-se supor que a mobilidade social dos indivíduos possa levá-los a adotar as representações dos novos grupos nos quais eles se inserem (DESCHAMPS; MOLINER, 2009).

O campo da saúde corresponde ao universo no qual estão inseridos os agentes e as instituições de saúde que produzem, reproduzem ou difundem a arte, a literatura e a ciência. Esse universo é um mundo social como os outros, mas que obedece a leis sociais mais ou menos específicas. A noção de campo esta aí para designar esse espaço relativamente autônomo, esse microcosmo dotado de suas leis próprias. Se, como o macrocosmo, ele é submetido a leis sociais, essas não são as mesmas. Se jamais escapa às imposições do macrocosmo, ele dispõe, com relação a este, de uma autonomia parcial mais ou menos acentuada. Uma grande questão é justamente o grau de autonomia que eles usufruem (BOURDIEU, 2004).

A natureza das pressões externas, a forma sob a qual elas se exercem, as formas como se manifestam as resistências que caracterizam a autonomia, os mecanismos que o microcosmo aciona para se libertar dessas imposições externas

e ter condições de reconhecer apenas suas próprias determinações internas, são as questões que devemos buscar compreender (BOURDIEU, 2004).

Quanto mais autônomo for um campo específico, maior será o seu poder de refração, de retradução, e mais as imposições externas serão transfiguradas, a ponto, frequentemente, de se tornarem perfeitamente irreconhecíveis. Todo campo é um campo de forças e um campo de lutas para conservar ou transformar esse campo de forças (BOURDIEU, 2004).

É a estrutura das relações objetivas entre os diferentes agentes do campo que determina o que eles podem e o que eles não podem fazer. Ou, mais precisamente, é a posição que eles ocupam nessa estrutura hierarquizada, que determina ou orienta suas tomadas de posição. Isso significa que só compreendemos, verdadeiramente, o que diz ou faz um agente engajado num campo, se estamos em condições de nos referirmos à posição que ele ocupa nesse campo, se sabemos de onde ele fala (BOURDIEU, 2004).

A estrutura do campo é, grosso modo, determinada pela distribuição do capital científico, ou qualquer outro tipo de capital que seja valorizado naquele campo específico, num dado momento. Assim, os agentes, indivíduos ou instituições, caracterizados pelo volume de seu capital, determinam a estrutura do campo em proporção ao seu peso, que depende do peso de todos os outros agentes, isto é, de todo o espaço. Cada agente age sob a pressão da estrutura do espaço que se impõe a ele tanto mais brutalmente quanto seu peso relativo seja mais frágil. Essa pressão estrutural não assume, necessariamente, a forma de uma imposição direta (BOURDIEU, 2004).

A posição do agente no campo, na estrutura de distribuição de capital, define suas possibilidades e impossibilidades. Cada campo é o lugar de constituição de uma forma específica de capital. O capital pode assumir diferentes formas e ele proporciona poderes aos seus detentores. O capital repousa sobre o reconhecimento de uma competência que, proporciona autoridade e contribui para definir não somente as regras do jogo, mas também suas regularidades, as leis segundo as quais vão se distribuir os lucros nesse jogo. Os campos são lugares de relações de forças (BOURDIEU, 2004).

Os agentes não são partículas passivas conduzidas pelas forças do campo. Eles possuem disposições adquiridas, *habitus*, maneiras de ser permanentes, duráveis, que podem, em particular, levá-los a resistir, opor-se às forças do campo.

Eles podem lutar com as forças do campo, resistir-lhes e, em vez de submeter suas disposições às estruturas, tentar modificar as estruturas em razão de suas disposições, para conformá-las às suas disposições. O campo é, portanto, um jogo no qual as regras do jogo estão elas próprias em jogo (BOURDIEU, 2004).

Os conhecimentos e disposições incorporados pelos agentes, ao longo do processo de aprendizado, resultante do contato com as diversas estruturas sociais, são o que Bourdieu e Passeron (1992) chamam de *habitus*.

O *habitus* é então, um conhecimento adquirido, uma disposição incorporada, duradoura e transferível, que resulta de um longo processo de aprendizado, produto do contato com as diversas estruturas sociais. O *habitus* primário é aquele que é produzido e adquirido nas relações familiares. Este *habitus* é atualizado, em consequência da inserção em outros espaços sociais e resulta da percepção, apreciação e da ação realizada em determinadas condições sociais. Assim, através do *habitus*, o passado do indivíduo sobrevive de forma atualizada (BOURDIEU, 1998).

Os agentes sociais estão inseridos na estrutura e em posições que dependem do seu capital e desenvolvem estratégias que dependem, elas próprias, em grande parte, dessas posições, nos limites de suas disposições. Essas estratégias orientam-se seja para a conservação da estrutura seja para a sua transformação, e pode-se genericamente verificar que quanto mais as pessoas ocupam uma posição favorecida na estrutura, mais elas tendem a conservar ao mesmo tempo a estrutura e sua posição, nos limites, no entanto, de suas disposições (isto é, de sua trajetória social, de sua origem social) que são mais ou menos apropriadas à sua posição. Quanto mais o campo for autônomo mais ele irá escapar às leis sociais externas (BOURDIEU, 2004).

As estratégias utilizadas pelos agentes, sempre tem, de algum modo, dupla face, ambíguas, interessadas e desinteressadas, pois são inspiradas por uma espécie de interesse, pelo desinteresse, e que se pode fazer delas duas descrições opostas, mas igualmente falsas, que faz, por exemplo, do capitalista cientista um capitalista como os outros. Esse interesse desinteressado, “puro”, convém a todas as economias de bens simbólicos, pois é o desinteresse que “compensa” (BOURDIEU, 2004).

No campo, os adversários lutam para impor seus princípios de visão e de divisão do mundo social, sistemas de classificações, em classes, regiões, nações,

etnias, etc, e não cessam de tomar por testemunho, de algum modo, o mundo social, de convocá-lo a depor, para pedir-lhe que confirme ou negue seus diagnósticos ou seus prognósticos, suas visões e suas previsões (BOURDIEU, 2004).

O poder simbólico é este poder invisível, quase mágico, o qual só pode ser exercido com a cumplicidade daqueles que não querem saber que lhe estão sujeitos ou mesmo que o exercem. Tal poder se define numa relação determinada e por meio desta, permite alcançar o equivalente daquilo que é obtido pela força física ou econômica. Portanto, é necessário saber descobri-lo onde ele se deixa ver menos, onde ele é mais completamente ignorado e, portanto, reconhecido. O poder simbólico é o poder de impor significações, de confirmar ou transformar a visão de mundo e, deste modo, a ação sobre o mundo, produzindo efeitos reais e dissimulando a violência que ele encerra. O autor afirma ainda, que as relações de comunicação são sempre relações de poder que podem permitir acumular poder simbólico (BOURDIEU, 1998).

A violência simbólica é a dominação de uma classe sobre outra, mediante o uso de instrumentos de comunicação e conhecimento para imposição ou legitimação da dominação levando à domesticação dos dominados. É o poder de impor e mesmo de inculcar (BOURDIEU, 1998).

Assim, a imposição silenciosa e contínua de papéis sociais, homólogos e opostos, aos sexos masculino e feminino, ao ser incorporada pelos agentes, acaba por transformar este arbitrário cultural em natural, constituindo-se em uma forma de violência simbólica, a violência de gênero.

De acordo com Bourdieu (1999), o mundo social constrói e impõe uma representação acerca dos órgãos sexuais masculino e feminino e essa representação, sendo incorporada nas mentes, se torna o fundamento da diferença social entre homens e mulheres. Portanto, a diferença biológica entre os sexos passa a ser vista como justificativa natural da diferença socialmente construída entre os gêneros. Para construir essa oposição entre o masculino e o feminino, são utilizados esquemas de pensamento, de aplicação universal, que determinam que as mulheres sejam constituídas como uma entidade negativa, definida apenas pelo que lhes falta em relação ao homem, cabendo a ele a melhor parte.

Por meio dessas categorias historicamente construídas dentro da ordem masculina, fica assegurado o primado da masculinidade, no qual o princípio masculino é tomado como medida de todas as coisas, pois ao homem

correspondem as categorias reconhecidas como positivas, restando às mulheres uma representação bastante negativa do próprio sexo.

Ao incorporarmos essas estruturas históricas da ordem masculina, atualizamos nosso *habitus*. Assim, a constituição do *habitus* sexuado emerge de um profundo processo de inculcação cultural e simbólica, de sujeição da mulher à dominação masculina, cuja inversão passa a ser considerada um sacrilégio. Pensando por essa ótica, pode-se considerar então que a aprendizagem de gênero é uma forma de violência simbólica, e é por meio do trabalho de educação que essas construções sociais são incorporadas, inscritas nos corpos (BOURDIEU, 1999).

De acordo com Bourdieu e Passeron (1992), o poder de violência simbólica é todo poder que chega a impor significações e a impô-las como legítimas, dissimulando as relações de força que estão na base de sua força. As imposições continuadas, silenciosas e invisíveis, feitas aos agentes dominados, no campo hierarquizado, os preparam a aceitar como evidentes, naturais e inquestionáveis as prescrições e proscricções que, inscritas na ordem das coisas, imprimem-se na ordem dos corpos e assim, se perpetuam através da ação destes agentes que acabam por reproduzir sobre o receptor de seus cuidados, a violência a que foram sujeitos. É por intermédio daquele que detém o monopólio da violência simbólica dentro do campo que se exerce a ação psicossomática que leva a somatização da lei (BOURDIEU, 1999).

A ordem estabelecida, com suas relações de dominação, seus direitos e suas imunidades, seus privilégios e suas injustiças, salvo uns poucos acidentes históricos, acaba por se perpetuar, apesar de tudo, tão facilmente. É inaceitável que condições de existência das mais intoleráveis possam permanentemente ser vistas como aceitáveis ou até mesmo naturais (BOURDIEU, 1999).

Assim, a dominação masculina e o modo como esta ordem social é imposta e vivenciada constitui-se em uma violência simbólica, violência suave, insensível, invisível às suas próprias vítimas, e se exerce essencialmente pelas vias puramente simbólicas da comunicação e do conhecimento, ou, mais precisamente, do desconhecimento, do reconhecimento ou, em última instância, do sentimento. Por esta razão o trabalho de combate a esta forma de violência deve constituir-se em demonstrar os processos que são responsáveis pela transformação da história em natureza, do arbitrário cultural em natural (BOURDIEU, 1999).

As aparências biológicas e os efeitos, bem reais, que um longo trabalho coletivo de socialização do biológico e de biologização do social produziu nos corpos e nas mentes, conjugam-se para inverter a relação entre as causas e os efeitos de fazer ver uma construção social naturalizada (os gêneros como *habitus* sexuado), como o fundamento in natura da arbitrária divisão que está no princípio não só da realidade como também da representação da realidade (BOURDIEU, 1996).

Incorporamos, sob a forma de esquemas inconscientes de percepção e de apreciação, as estruturas históricas da ordem masculina. A divisão das coisas e das atividades, sexuais e outras, segundo a oposição entre o masculino e o feminino, se apoia em um sistema de oposições homólogas e interconectadas, alto/ baixo, frente/ atrás, reto/ curvo, duro/ mole, claro/ escuro, público/ privado, etc., no qual a melhor parte sempre cabe ao masculino (BOURDIEU, 1999).

Esses esquemas de pensamento, de aplicação universal, registram como que diferenças da natureza, inscritas na objetividade, das variações e traços distintivos que eles contribuem para fazer existir, ao mesmo tempo em que as naturalizam, inscrevendo-as num sistema de diferenciação, de modo que as previsões que elas engendram são incessantemente confirmadas pelo curso de mundo, sobretudo por todos os ciclos biológicos. Assim, não vemos como poderia emergir na consciência a relação social de dominação que está em sua base e que faz parecer que o sistema de relações independe das relações de força (BOURDIEU, 2011).

A divisão entre os sexos e entre as sexualidades esta na ordem das coisas, ela está presente, ao mesmo tempo, em estado objetivado nas coisas, em todo o mundo social e, em estado incorporado, nos corpos e nos *habitus* dos agentes, funcionando como esquemas de percepção, de pensamento e de ação (BOURDIEU, 1999).

A força da ordem masculina se evidencia no fato de que ela dispensa justificção (BOURDIEU, 1999).

O mundo social constrói o corpo como realidade sexuada e como depositário de princípios de visão e de divisão sexualizantes. É ele que constrói a diferença entre os sexos biológicos. Esta diferença entre os corpos e, especificamente, a diferença anatômica entre os órgãos sexuais, pode assim ser vista como justificativa natural da diferença socialmente construída entre os gêneros e, principalmente, da divisão social do trabalho. Quando os dominados aplicam àquilo que os domina, esquemas de pensamento que são produto da dominação ou, em outros termos,

quando seus pensamentos e percepções estão estruturados em conformidade com as estruturas mesmas da relação de dominação que lhes é imposta, seus atos de conhecimento são, inevitavelmente, atos de reconhecimento, atos de submissão (BOURDIEU, 1999).

As mulheres ao se alicerçarem em esquemas de percepção dominantes passam a ter uma representação bastante negativa do próprio sexo. Assim, o gênero, a definição social dos órgãos sexuais, é produto de uma construção efetuada à custa de uma série de escolhas orientadas, ou melhor, através da acentuação de certas diferenças e obscurecimento de certas semelhanças (BOURDIEU, 1999).

Assim, as mulheres aplicam a toda à realidade e, particularmente, às relações de poder em que se veem envolvidas, esquemas de pensamento que são produto da incorporação dessas relações de poder e que se expressam nas oposições fundantes da ordem simbólica. Por conseguinte, seus atos de conhecimento são, exatamente por isso, atos de reconhecimento prático, de adesão dóxica, crença que não tem que se pensar e se afirmar como tal e que faz, de certo modo, a violência simbólica que ela sofre (BOURDIEU, 1998).

O princípio masculino é tomado como medida de todas as coisas e como sempre se dá em uma relação de dominação, as práticas e as representações dos dois sexos não são, de maneira alguma, simétricas (BOURDIEU, 1999).

À diferença das mulheres, que estão socialmente preparadas para viver a sexualidade como uma experiência íntima e fortemente carregada de afetividade, que não inclui necessariamente a penetração, mas que pode incluir um amplo leque de atividades (falar, tocar, acariciar, abraçar, etc), os rapazes tendem a compartimentar a sexualidade, concebida como um ato agressivo e, sobretudo, físico, de conquista orientada para a penetração e o orgasmo (BOURDIEU, 1999).

Se a relação sexual se mostra como uma relação social de dominação, é porque ela está construída através do princípio de divisão fundamental entre o masculino, ativo, e o feminino, passivo. Nas relações homossexuais, os laços entre a sexualidade e o poder podem se desvelar de maneira particularmente clara, e as posições e os papéis assumidos nas relações sexuais, ativos ou passivos, mostram-se indissociáveis das relações entre as condições sociais que determinam, ao mesmo tempo, sua possibilidade e sua significação (BOURDIEU, 1999).

Os homossexuais ao serem educados como heterossexuais, podem interiorizar o ponto de vista dominante e neste caso, assumir este ponto de vista, a respeito de si mesmos, bem como compreender o ponto de vista dos dominantes melhor do que eles podem compreender o seu (BOURDIEU, 1999).

O mundo social através de sua ordem, que impõe ao sexo masculino uma expressão de gênero masculina e ao sexo feminino uma expressão de gênero feminina, exerce uma dominação simbólica sobre os homossexuais, sejam do sexo biológico masculino ou feminino, que se expressa por meio da opressão, de sua invisibilização, ou seja, uma recusa a sua existência legítima, pública e ainda, por uma estigmatização. Alega-se então, a discrição ou a dissimulação que o homossexual é ordinariamente obrigado a se impor. Assim, o homossexual é levado a aplicar a si mesmo e a aceitar, constrangido e forçado, as categorias de percepção consideradas corretas, “direitas” e a viver envergonhadamente a experiência sexual que, do ponto de vista dos dominantes, o define, equilibrando-se entre o medo de ser visto, desmascarado, e o desejo de ser reconhecido pelos demais homossexuais (BOURDIEU, 1999).

Portanto, a faceta simbólica da violência homofóbica, que também pode ser física ou estrutural, está fortemente articulada à violência de gênero, pois é motivada pela intolerância ao que se entende ou reconhece como descumprimento da ordem homem/ masculino, mulher/ feminino.

Ao tomar “simbólico” em um de seus sentidos mais correntes, supõe-se, por vezes, que enfatizar a violência simbólica é minimizar o papel da violência física e estrutural e, fazer esquecer que há mulheres e homossexuais espancadas, violentadas, exploradas, ou, o que é ainda pior, tentar desculpar os agressores por essa forma de violência.

As estruturas de dominação são produtos de um trabalho incessante e, como tal, histórico, de reprodução, para o qual contribuem agentes específicos e instituições, famílias, Igreja, Escola, Estado (BOURDIEU, 1998, 1999).

Os dominados aplicam categorias construídas do ponto de vista dos dominantes às relações de dominação, fazendo-as assim, ser vistas como naturais (BOURDIEU, 1999).

As disposições incorporadas (*habitus*) são inseparáveis das estruturas que as produzem, tanto nos homens como nas mulheres, e em particular de toda a estrutura das atividades técnico-rituais, que encontra seu fundamento último na estrutura do

mercado de bens simbólicos. O princípio da inferioridade e da exclusão da mulher não é mais que a dissimetria fundamental, a do sujeito e do objeto, do agente e do instrumento, instaurada entre o homem e a mulher no terreno das trocas simbólicas, das relações de produção e reprodução do capital simbólico (BOURDIEU, 1999).

A dissimetria é, pois, radical entre o homem, sujeito, e a mulher, objeto de troca; entre o homem, responsável pela produção e reprodução e seu senhor, e a mulher, produto transformado desse trabalho (BOURDIEU, 1999).

Se as mulheres submetidas a um trabalho de socialização que tende a diminuí-las, a negá-las, fazem a aprendizagem das virtudes negativas da abnegação, da resignação e do silêncio, os homens também estão prisioneiros e, sem se aperceberem, vítimas da representação dominante. Tal como as disposições à submissão, as que levam a reivindicar e a exercer a dominação não estão inscritas em sua natureza e tem que ser construídas ao longo da história, de todo um processo de socialização (BOURDIEU, 1999).

As disposições, os *habitus*, dirigem seus pensamentos e suas práticas, tal como uma força; ela guia sua ação tal qual uma necessidade lógica. Essa força superior, que pode fazê-lo aceitar como inevitáveis, ou óbvios, é a transcendência social que nele tomou corpo e que funciona como uma inclinação corporal a realizar uma identidade constituída em essência social e assim transformada em destino (BOURDIEU, 1999).

O trabalho de inculcação de uma ordem faz com que ao seu término, uma identidade social seja instituída e se inscreva em uma natureza biológica e se torna um *habitus*, lei social incorporada. É através do adestramento dos corpos que se impõem as disposições mais fundamentais (BOURDIEU, 1996, 1999).

A masculinização do corpo masculino e a feminização do corpo feminino são tarefas enormes e, em certo sentido, intermináveis que, sem dúvida, exigem quase sempre um gasto considerável de tempo e esforços, determinam a somatização da relação de dominação e é assim naturalizada (BOURDIEU, 1999).

Os signos não se dirigem a um agente qualquer. Os signos se apresentam como coisas a serem feitas, ou que não podem ser feitas, naturais ou impensáveis, normais ou extraordinárias, para tal ou qual categoria, isto é, para um homem ou para uma mulher (BOURDIEU, 1999).

As mesmas tarefas podem ser consideradas nobres e difíceis quando são realizadas por homens, ou insignificantes e imperceptíveis, fáceis e fúteis, quando são realizadas por uma mulher (BOURDIEU, 1999).

Em contrapartida, as mulheres que ocupam posições hierarquicamente superiores se atribuem nitidamente mais traços masculinos do que as outras (DESCHAMPS; MOLINER, 2009).

Existe certo consenso para atribuir traços masculinos aos indivíduos que ocupam os escalões mais altos e traços femininos aos indivíduos que ocupam posições subordinadas (DESCHAMPS; MOLINER, 2009).

As expectativas coletivas quanto aos papéis que devem ser exercidos por homens e mulheres, positivos ou negativos, tendem a se inscrever nos corpos sob a forma de disposições permanentes (BOURDIEU, 1999).

Segundo o caráter competitivo ou cooperativo da interação entre grupos, os grupos elaboram estereótipos negativos ou positivos recíprocos (DESCHAMPS; MOLINER, 2009).

A dominação masculina, que constitui as mulheres como objetos simbólicos, tem por efeito colocá-las em permanente estado de insegurança corporal: elas existem primeiro pelo e para, o olhar dos outros. Incessantemente sob o olhar dos outros, elas se veem obrigadas a experimentar constantemente a distância entre o corpo real, a que estão presas, e o corpo ideal, do qual procuram infatigavelmente se aproximar (BOURDIEU, 1999).

Ao deixar de existir para o outro, deixando de ser apenas uma coisa feita para ser olhada, ela se converte de corpo-para-o-outro em corpo-para-si-mesma, de corpo passivo em corpo ativo e agente. No entanto, aos olhos dos homens, aquelas mulheres que rompendo a relação tácita de disponibilidade, reapropriam-se, de certa forma, de sua imagem corporal e, no mesmo ato, são vistas como não femininas ou até como lésbicas. A afirmação de independência intelectual, que se traduz também em manifestações corporais, produz efeitos semelhantes (BOURDIEU, 1999).

Os progressos das mulheres não devem dissimular os avanços correspondentes dos homens, que fazem com que a estrutura das distâncias se mantenha. O exemplo mais flagrante dessa permanência dentro da mudança é o fato de que as posições que se feminizam estejam ou desvalorizadas ou declinantes (BOURDIEU, 1996, 1999).

As mulheres continuam separadas umas das outras por suas diferenças econômicas e culturais, que afetam, entre outras coisas, sua maneira de sentir e vivenciar a dominação masculina (BOURDIEU, 1999).

As meninas incorporam, sob forma de esquemas de percepção e avaliação dificilmente acessíveis à consciência, os princípios da visão dominante que as levam a achar normal, ou mesmo natural, a ordem social tal como é e a prever o próprio destino, recusando as posições e carreiras de que são sistematicamente excluídas e encaminhando-se para as que lhes são sistematicamente destinadas. Daí resulta a constância do *habitus* (BOURDIEU, 1999, 2011).

As estruturas estão profundamente enraizadas nas coisas e nos corpos, e não podem ser abolidas como um ato de magia. É o inconsciente governando as relações sexuais e as relações entre os sexos. Os gêneros, longe de serem simples papéis, estão inscritos nos corpos e em todo um universo do qual extraem sua força. É a ordem dos gêneros que fundamenta a eficácia performativa das palavras (BOURDIEU, 1999).

A sexualidade é efetivamente uma invenção histórica que se desenvolveu progressivamente, à medida que se realizava o processo de diferenciação dos diferentes campos e suas lógicas específicas (BOURDIEU, 1999).

Há uma cumplicidade entre as estruturas incorporadas e as estruturas das grandes instituições em que se realizam e se produzem não só a ordem masculina, mas também toda a ordem social. Por esta razão o corte com a ordem não se realiza de um só golpe e de uma vez por todas (BOURDIEU, 1999).

2.2 Identidade e representações identitárias

Os processos identitários permitem aos indivíduos elaborar e manter conhecimentos sobre si mesmo, sobre o outro, os grupos de pertença e os outros grupos com os quais interage, constituindo as chamadas representações identitárias. Essas representações autorizam ao mesmo tempo em que cristalizam as comparações, as semelhanças e as diferenças, constituindo o fundamento do sentimento de identidade (DESCHAMPS; MOLINER, 2009).

Assim, a identidade é concebida como um sentimento dinâmico de semelhanças e diferenças. A identidade social refere-se a um sentimento de semelhança com alguns outros, ou seja, com pessoas de mesma pertença categorial, enquanto a identidade pessoal se refere a um sentimento de diferença em relação a esses mesmos outros. Então, o sentimento de identidade é a resultante de um conjunto de características, tanto pessoais, como sociais, que longe de opor-se, complementam-se numa combinação particular para cada indivíduo (DESCHAMPS; MOLINER, 2009).

O reconhecimento de um pertencimento a um grupo refere-se à integração dos agentes sociais num espaço social, mas ao mesmo tempo, esses agentes tentam encontrar um lugar específico neste mesmo espaço social, eles buscam diferenciar-se, singularizar-se. A identidade pessoal corresponde ao que é percebido como que exclusivamente seu e, portanto, distinto do grupo (DESCHAMPS; MOLINER, 2009).

Os diferentes grupos ou comunidades às quais o indivíduo pertence e que, contribuem para a constituição do si mesmo, podem ter atitudes, normas contraditórias e até antagônicas. Portanto, também será necessário considerar como essas pertenças são negociadas ao nível dos indivíduos (DESCHAMPS; MOLINER, 2009).

De acordo com Sawaia (2013), há uma acentuação das semelhanças no interior de uma categoria e de suas diferenças com uma outra. Este fato pode ter consequências dramáticas no plano da percepção e dos comportamentos, dando lugar a discriminações, na medida em que é acompanhada de vieses favoráveis ao grupo do qual somos membros, com uma tendência a desfavorecer os grupos dos quais nos distinguimos.

A explicação desses vieses refere-se à força da necessidade do pertencimento social, o engajamento e a implicação emocional com relação ao grupo ao qual pertencemos conduzem a nele investir sua própria identidade. A imagem que temos de nós próprios encontra-se assim, ligada àquela que temos de nosso grupo, o que nos conduz a defender os valores dele. A proteção do nosso próprio grupo incitaria a excluir quem não está nele (SAWAIA, 2013).

Os quadros identitários podem ser múltiplos (identidade sexual, étnica, cultural, nacional, profissional), mas parece possível distinguir pertenças mais estáveis às quais os indivíduos só conseguem escapar com muita dificuldade e

pertenças mais instáveis. Também é possível pensar que esses diferentes quadros identitários se imbricam uns nos outros, a fim de contribuir para o sentimento de identidade (DESCHAMPS; MOLINER, 2009).

Do ponto de vista da psicologia social, a pertença mais ou menos marcante a um endogrupo e a diferenciação entre este endogrupo e um exogrupo vão exercer um papel fundamental no sentimento de identidade. É provável que alguns grupos, que algumas pertenças tenham um peso mais importante do que outras. Diversas pesquisas sugerem que as pertenças fundadas em caracteres físicos, diretamente perceptíveis, são realmente quadros identitários privilegiados (DESCHAMPS; MOLINER, 2009).

É comum que os indivíduos tendam a perceber características, traços comuns em pessoas que pertencem a uma mesma categoria. São esses traços comuns que são chamados de estereótipos. Classicamente os estereótipos são definidos como conjunto de crenças relativas às características de um grupo. Os estereótipos são, portanto, simplificações. Eles permitem definir e caracterizar um grupo, descrever seus membros de forma rápida e econômica no plano cognitivo (DESCHAMPS; MOLINER, 2009).

É muito comum que os traços constitutivos de um estereótipo tenham conotações negativas. Esses traços podem levar os indivíduos a fazer um julgamento negativo sobre uma pessoa não em razão das especificidades desta pessoa, mas simplesmente em razão de sua pertença a um grupo. Este fenômeno corresponde ao preconceito, que designa o julgamento a priori e, geralmente negativo, de que são vítimas os membros de certos grupos, como é o caso das mulheres lésbicas (DESCHAMPS; MOLINER, 2009).

Cabe esclarecer que tanto o preconceito, como o estigma, foram inicialmente definidos como atitudes negativas adotadas por alguns em relação a valores específicos de outros. Já a discriminação tem sido vista como uma resposta prática, comportamental, causada por essas atitudes negativas. Preconceito, estigma e discriminação estão, portanto, relacionados e ligados a uma gama de forças estruturais mais amplas e exercem um papel no complexo aparato de exclusão social. Constituem-se como processos sociais ligados a estruturas mais amplas de poder e dominação (PARKER, 2013).

A distinção de grupos diferentes vem geralmente acompanhada de uma valorização do endogrupo e de uma desvalorização do exogrupo. Assim, os

estereótipos também cumprem uma função avaliativa. Os estereótipos são o substrato cognitivo dos preconceitos. Eles estão na base do que se pode chamar de discriminação avaliativa (DESCHAMPS; MOLINER, 2009).

O motor desta discriminação entre grupos é, portanto, a tentativa de manter uma imagem positiva de si mesmo e que favoreça seu próprio grupo. Frequentemente, as pessoas tendem a estereotipar mais os membros dos grupos de não pertença do que os membros dos grupos aos quais elas pertencem. Observa-se a tendência dos indivíduos de perceber seus grupos de pertença como mais heterogêneos ou mais diferenciados, portanto, menos estereotipados (DESCHAMPS; MOLINER, 2009).

Deschamps e Moliner (2009) acrescentam que a discriminação, na maioria das vezes, envolve comportamentos perniciosos que seus autores disfarçam ou tentam mascarar.

Se entre os dois grupos houver uma relação de cooperação, as representações mútuas, os estereótipos serão positivos. Se ao contrário, estiverem em uma relação de competição, os estereótipos, as imagens, as representações mútuas serão desfavoráveis (DESCHAMPS; MOLINER, 2009).

Assim, o processo de categorização social que leva os indivíduos a dicotomizar o espaço social, segundo a dimensão nós e eles, constitui a origem fundamental da discriminação, porque ele sugere uma norma de interação competitiva (DESCHAMPS; MOLINER, 2009).

Desta forma, a percepção que os profissionais de saúde poderão ter de uma mulher lésbica, poderá ser consideravelmente influenciada pela visão consensual de que dispõem a propósito do grupo de lésbicas.

Fora isto, as práticas de cuidado dirigidas a essas mulheres também poderão sofrer as influências de suas representações, pois, como afirma Jodelet (2001), as representações sociais funcionam como um guia para as ações e trocas cotidianas. Portanto, cada um pensa e age como representante e defensor do seu grupo.

Os processos identitários, aplicados ao campo da sexualidade, acabam por classificar as pessoas em dois grupos de identidade sexual, rigidamente distintos, os heterossexuais e os homossexuais. Categorizada e nomeada como modelo de sexualidade anormal, a homossexualidade e conseqüentemente, as lésbicas, são objetos de estereótipos negativos e representações identitárias desfavoráveis.

Assim, caso as representações identitárias dos profissionais de saúde, acerca das mulheres lésbicas, no campo da saúde sexual e reprodutiva, sejam desfavoráveis, se constituirão em importante substrato para a discriminação na atenção à saúde dessas mulheres, caracterizando-se como uma violência simbólica que contribui com o processo de exclusão dessas mulheres do serviço de saúde.

A heteronormatividade estrutura um conjunto de disposições que ao serem incorporadas, levam o agente, no caso, os profissionais de saúde, a ver e pensar a sexualidade como única e exclusivamente de ordem heterossexual, o que pode fazer com que, de um lado, haja um despreparo para lidar com a pluralidade da orientação sexual e, de outro, produzam-se dificuldades para as mulheres revelarem sua sexualidade não heterossexual a esses profissionais e aderirem ao serviço de saúde.

O *habitus* modelado, pela heteronormatividade, determina um estilo cognitivo que utiliza estereótipos de maneira rígida, generalizando-os a todas as pessoas de uma mesma categoria, sem levar em conta as diferenças individuais e favorecendo disposição para punir de alguma forma, aqueles que contrariam valores convencionais.

A categorização social, a divisão do espaço social, promove entre os grupos dominantes as condições de sugerir e até de impor normas. Graças a sua visibilidade e em razão do poder de que dispõem, em função dos variados e valorizados tipos de capital que acumulam, seus julgamentos podem servir de ponto de referência. Em muitos casos, os grupos dominantes parecem capazes de impor aos grupos dominados uma falsa consciência que os leva a perceberem-se como responsáveis por sua situação de dominados (DESCHAMPS; MOLINER, 2009).

Sawaia (2013) chama atenção para a necessidade de refletir criticamente a respeito da interação competitiva entre as múltiplas identidades e destaca o fato de que a convivência entre grupos diferentes, em nossa sociedade, nem sempre é pacífica. Portanto, pensar na diversidade, na pluralidade, consiste em compreender as diferenças sem discriminação. A autora afirma ainda, que quando a reflexão acerca das múltiplas identidades é frágil, pode motivar mecanismos defensivos, fundamentalistas e *apartheid*, sendo um dos mais comuns, a busca de parâmetros fixos de identidade.

Portanto, não podemos trabalhar com a ideia de uma identidade una, estável e coerente que explique o sujeito e sua história. É preciso admitir que o sujeito é

simultaneamente muitas coisas, ou melhor, é constituído de muitas identidades. Transitórias e contingentes, inacabadas e históricas, as identidades são vividas, frequentemente, com tensões e conflitos (LOURO, 2004).

A identidade não é volátil ou cristalizada. A identidade não é um conjunto de atributos permanentes. Considerá-la dessa forma dá margem ao preconceito e ao fundamentalismo, cujos horizontes são a solidão e a violência (SAWAIA, 2013).

Sob essa perspectiva, no campo da saúde sexual e reprodutiva, no que se refere à identidade sexual das mulheres atendidas, torna-se cada vez mais problemático operar dentro da ótica dicotômica que supõe uma identidade normal e as demais, desviantes.

Sawaia (2013) apresenta duas concepções antagônicas de identidade: a identidade transformação e a identidade permanência e a concepção de que uma representa o modelo de normalidade e a outra o modelo patológico.

A autora reflete que, na verdade, uma concepção não anula a outra, uma não é melhor do que a outra e é a tensão entre ambas que nos permite conceber identidade como identificações em curso, isto é, identidade que ao mesmo tempo em que se transforma, afirma um modo de ser (SAWAIA, 2013).

Melucci (1992 apud SAWAIA, 2013) fala em identidade fundamentalista para se referir a qualidade discriminadora da referência identitária, que transforma a luta pelo direito à diferença em condenação ou obsessão. Nessa perspectiva a defesa pelo direito à diferença transforma-se em luta contra o outro. Impõe-se um modelo rígido de pensar, sentir e agir e transforma o outro, o vizinho, em inimigo.

Melucci (1992 apud SAWAIA, 2013) compartilha da concepção de identidade, não como uma substância que se mantém ao longo da existência, imutável e idêntica a si mesma, que separa e aprisiona o indivíduo na sua interioridade, mas como um processo de construção de um modo de ser e estar no devir do confronto entre igualdade e diferença, que nega o individualismo, abrindo o sujeito ao coletivo.

A identidade não pode ser utilizada para transformar o outro em inimigo ou exótico. Identidade envolve negociações de sentido, choques de interesses, processos de diferenciação e hierarquização, relações de poder, resistência à dominação ou seu reforço. A identidade é um conceito político ligado ao processo de inserção social em sociedades complexas, hierarquizadas e excludentes (SAWAIA, 2013).

É preciso manter a tensão entre os dois sentidos da identidade, o de permanência e o de transformação, concebendo-a como processo de identificações em curso, de construção de um modo de ser, através do qual um modo de ser e de se relacionar se repõe, se transforma.

Na perspectiva defendida por Sawaia (2013) e proposta neste estudo, a identidade, sem abrir mão de seu modo de ser, acolhe a multiplicidade em encontros afetivos, que geram prazer, alimentados pela diversidade e sem temer o estranho.

A exclusão se traduz no nível das interações entre as pessoas e grupos, que delas são agentes ou vítimas. A exclusão ocorre por meio de segregação, de marginalização, discriminação ou fechamento diferencial/ negativo (JODELET, 2013).

3 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

A maior visibilidade pública das inúmeras possibilidades de transgredir as categorias sexuais e de gênero, socialmente concebidas como normais, as novas tecnologias de reprodução assistida, as cirurgias para redesignação sexual, promovem especialmente, no campo da saúde sexual e reprodutiva, entre os profissionais de saúde, o questionamento de antigas certezas e o acolhimento ou ainda, a resistência às novas concepções acerca do amor, do sexo, das sexualidades, do corpo, do casamento, da maternidade e das variadas possibilidades de famílias.

Assim, estas questões e no caso deste estudo, especialmente, a mulher lésbica e a homossexualidade feminina, estão com frequência, envolvidas nas conversas informais entre enfermeiras e médicos, contribuindo desta forma, para a elaboração de um pensamento social que compartilham e que certamente, acaba por orientar suas práticas de cuidado dirigidas a este grupo.

Para compreender o pensamento consensual elaborado e compartilhado, pelo grupo de profissionais, acerca da mulher lésbica, bem como, a natureza das cognições na qual se apoia, a dinâmica envolvida no cotidiano, entre os fatores contextuais e individuais, e ainda, a orientação das tomadas de posição e condutas frente a essas mulheres, a perspectiva teórico-metodológica das representações sociais se apresenta como referencial adequado, não somente à compreensão deste fenômeno, mas, também no suporte ao rigor metodológico exigido para tal.

Essa perspectiva teórica considera que o conhecimento do grupo social é produzido a partir, tanto do conteúdo mental privado dos agentes sociais (desejos e crenças), quanto da sua socialização em um dado grupo social (SPINK, 1993).

3.1 A Teoria das Representações Sociais

As representações sociais (RS) estão situadas no campo dos estudos psicossociológicos e a inauguração deste campo deve-se ao psicólogo social francês Serge Moscovici.

Moscovici (2012a) teve como referência o sociólogo Durkheim que apresentou inicialmente o conceito de Representações Coletivas. Durkheim considerava um erro grosseiro as tentativas de explicação psicológica dos fatos sociais. Durkheim chegava a afirmar que sempre que um fenômeno social era explicado por um fenômeno psicológico, podia-se estar seguro de que tratava-se de uma explicação falsa. Queria designar a especificidade do pensamento social, em relação ao pensamento individual, revelando a primazia do social sobre o individual, da invasão deste por aquele (MOSCOVICI, 2012b).

Tratava-se do conceito de representações coletivas, pelo qual este sociólogo procurava dar conta de fenômenos muito amplos como a religião, os mitos, a ciência, as categorias de espaço e tempo. Daí, as características básicas das representações coletivas de Durkheim serem abrangentes, permanentes, de origem remota, autônomas, exteriores, coercitivas e, portanto, hegemônicas (SÁ, 1998).

Embora apoiado em Durkheim, Moscovici defendia que o referencial explanatório exigido para tornar os fenômenos sociais inteligíveis deveria incluir tanto os conceitos psicológicos, quanto os sociológicos. Assim, se ocupou de outros tipos de fenômenos, que considerou serem mais atraentes e necessários à atenção da psicologia social, como os específicos da vida cotidiana, que são mutáveis, apresentam plasticidade e mobilidade, e são produzidos pela interação social, chamados representações sociais, inaugurando um campo de construção teórico-conceitual de um espaço psicossociológico próprio (MOSCOVICI, 2012a; SÁ, 1998).

Com Moscovici, a psicologia social europeia começa a surgir contra a hegemonia americana, dominante até a década de 50. Moscovici buscou uma psicologia social mais sociologicamente orientada, contra o individualismo da psicologia social americana, considerando tanto os comportamentos individuais, quanto os fatos sociais em sua materialidade e singularidade histórica. O que importa nessa nova psicologia social não é apenas a influência unidirecional dos contextos sociais que agem sobre os comportamentos individuais, mas a participação destes na construção das próprias realidades sociais (SÁ, 2002).

No Brasil, assistiu-se a um longo período de latência entre a publicação da obra seminal de Moscovici, em 1961, *La psychanalyse, son image et son public* e a expansão da Teoria das Representações Sociais (TRS) nos meios acadêmicos. Sua chegada aos ambientes acadêmicos brasileiros deu-se no início da década de 80 e coincide com um período de crise da Psicologia Social (ALMEIDA, A., 2009).

De acordo com Moscovici (2012b), a realidade das representações é fácil de ser compreendida, mas o conceito não o é, em função de sua posição “mista”, no cruzamento entre uma série de conceitos sociológicos e uma série de conceitos psicológicos. Tanto é que o conceito de representações sociais teve uma história problemática dentro da psicologia social que rejeitava toda associação com o social, como se ela fosse comprometer o *status* científico da psicologia, uma ameaça de poluição à pureza da psicologia científica.

Assim, nas décadas de 80 e 90, com a busca e incorporação de diferentes paradigmas, a teoria das representações sociais encontrou espaço fecundo nas áreas da saúde coletiva, enfermagem, nutrição, fisioterapia, medicina e outras (OLIVEIRA, 2011).

Oliveira (2011) refere que o campo de saber da saúde vem se estruturando em função de uma reflexão permanente sobre as suas práticas e sobre a construção dos seus objetos de interesse, de forma a explicitar a sua faceta social e psicossocial na construção de um saber interdisciplinar.

A psicologia social apresenta duas vertentes: a psicologia social mais psicologicamente orientada, que se ocupa basicamente dos processos psicológicos individuais, e aquela mais sociologicamente orientada, da qual Moscovici participa (SÁ, 1993).

Na psicologia social mais socialmente orientada, considera-se importante tanto os comportamentos individuais, quanto os fatos sociais em sua concretude e singularidade histórica. Importam ainda os conteúdos dos fenômenos psicossociais (SÁ, 1993).

Para Moscovici (1984), as representações sociais são uma modalidade específica de conhecimento que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos, no quadro da vida cotidiana.

As representações sociais são conjuntos de conceitos, afirmações e explicações sobre fenômenos da vida cotidiana que constroem as realidades sociais e que devem ser considerados como verdadeiras “teorias” do senso comum. Por seu poder convencional e prescritivo sobre a realidade, as representações sociais terminam por constituir o pensamento em um verdadeiro ambiente onde se desenvolve a vida cotidiana (MOSCOVICI, 1976 apud SÁ, 1993).

A teoria das representações sociais, inaugurada por Moscovici, atraiu o interesse de inúmeros pesquisadores, que se tornaram seus discípulos e

contribuíram para o avanço da teoria, destacando-se Denise Jodelet, Jean-Claude Abric e Willem Doise (MOSCOVICI, 2012c).

Para Jodelet (2001), as representações sociais são uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, tendo uma visão prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social. Trata-se, com certeza, de uma compreensão alcançada por indivíduos que pensam. Mas, não sozinhos. A semelhança de seus pronunciamentos demonstra que terão pensado juntos sobre os mesmos assuntos.

Jodelet (2001) acrescenta que as representações sociais contêm elementos informativos, cognitivos, ideológicos, normativos, crenças, valores, atitudes, opiniões, imagens e outros elementos. Estes elementos são sempre organizados sob a aparência de um saber que diz algo sobre o estado da realidade.

A definição elaborada por Jean-Claude Abric apresenta a representação social como produto e processo de uma atividade mental pela qual um indivíduo reconstitui o real com que se confronta e lhe atribui uma significação específica (SÁ, 2002). Segundo Abric (2000), toda representação é, portanto, uma forma de visão global e unitária de um objeto, mas também de um sujeito. É constituída por um conjunto de informações, de crenças, de opiniões e de atitudes a propósito de um dado objeto social. Esse conjunto de elementos, organizado, estrutura-se num sistema sociocognitivo específico. A organização de uma representação social apresenta uma característica específica de ser organizada em torno de um núcleo central (ABRIC, 2000).

O conceito apresentado por Doise (2002) considera as representações sociais (RS) como princípios organizadores das relações simbólicas entre indivíduos e grupos. A definição de RS de Doise, como princípio organizador de tomada de posições, corrobora a ideia de que o que falam e pensam enfermeiras e médicos sobre as mulheres lésbicas, afetam suas inter-relações e as práticas de atenção à saúde.

Entretanto, um grupo de pessoas não forma RS sobre todo e qualquer objeto ou fenômeno. Além disto, um dado objeto pode ser representado por alguns grupos e não por outros. Podem ainda, ter uma representação em um grupo e outra, até mesmo de sentido oposto, em outro grupo (SÁ, 1998).

Para que um objeto seja reconhecido como objeto de representação social ele deve reunir algumas características, tais como: gerar discussões e conversas no

grupo; ter relevância social; deve gerar conhecimento, posicionamento e julgamento; deve estar ligado às práticas; diferenciar grupos e gerar um conhecimento estruturado (SÁ, 1998).

No campo da saúde sexual e reprodutiva, a sexualidade é um objeto privilegiado de debate entre seus agentes, enfermeiras e médicos, pois há uma exigência intrínseca em lidar com as demandas trazidas, explicitadas verbalmente ou não, pelas mulheres usuárias do serviço de saúde. Assim, nos casos das sexualidades contranormativas, o profissional, muitas vezes, precisa se confrontar com seus próprios preconceitos e isto, certamente afetará sua relação com estas mulheres.

A sexualidade é um tema de grande circulação nas conversações cotidianas entre os agentes do campo da saúde sexual e reprodutiva, pois além de ter uma relevância bastante imediata para este campo, tem uma atualidade tal que a torna um objeto socialmente importante sobre o qual os profissionais se sentem exigidos a estar por dentro em um grupo engajado na conversação.

Para que uma RS seja elaborada é necessário haver a dispersão da informação sobre o assunto que é objeto da RS, a focalização da atenção em um aspecto específico deste objeto e a pressão à inferência, ou seja, a pressão a um posicionamento frente ao assunto (SÁ, 1993).

Os grupos de pessoas envolvidos na conversação podem variar bastante quanto ao grau e consistência de informação que detenham sobre um determinado assunto, quanto à imagem que possuem, e ainda, quanto à atitude, favorável ou desfavorável, frente ao objeto da representação (SÁ, 1993).

Neste sentido, Moscovici (2012c) afirma que as RS possuem três dimensões que nos fornecem uma visão de seu conteúdo e sentido: a informação, o campo de representação ou imagem e a atitude. A dimensão cognitiva envolve a informação e tem relação com a organização dos conhecimentos, em termos de extensão e consistência, que o grupo possui com respeito ao objeto social da representação. A dimensão estrutural trata do campo de representação e remete à imagem constituída pelo sujeito, na qual existe uma unidade ou estrutura hierarquizada dos elementos, proposições acerca do objeto. A dimensão afetivo-valorativa diz respeito à atitude que explicita a posição do sujeito em relação ao objeto representado, diz respeito à orientação global, podendo ser favorável, desfavorável ou intermediária.

Moscovici (2012b) destaca o papel da comunicação no processo de formação das representações sociais, fazendo-as se tornarem senso comum. Através da comunicação as RS entram para o mundo comum e cotidiano em que nós habitamos e discutimos com nossos colegas e circulam na mídia que lemos e olhamos. As RS constituem então, a realidade de nossas vidas cotidianas.

De acordo com Sá (2002), Moscovici distingue três sistemas de comunicação, através dos quais uma informação pode ser dispersa e que podem estar envolvidos no processo de formação das RS: a difusão, típica da imprensa de grande circulação, caracterizada pela ausência de diferenciação entre a fonte e os receptores da comunicação e cujo objetivo principal seria o de criar um interesse comum sobre um determinado assunto, bem como adaptar-se aos interesses de seus leitores; a propagação, identificada, p.ex., na imprensa ligada a Igreja Católica, visaria expandir sua visão de mundo, acomodando seletivamente os conteúdos de outras doutrinas ao seu próprio sistema; a propaganda, localizada na imprensa comunista, cujo objetivo seria o de fazer diferenciação, por oposição, entre conhecimentos opostos, representando como melhor, as suas próprias perspectivas.

Em função de seus efeitos no processo de formação das RS, Moscovici associa aos diferentes sistemas de comunicação, diferentes instâncias de organização cognitiva e tipos de RS: a difusão estando associada à formação de opinião e às RS emancipadas; a propagação à atitude e às RS hegemônicas; a propaganda ao estereótipo e às RS polêmicas (SÁ, 1998, 2002).

No que se refere à classificação das RS em hegemônicas, Moscovici (2012c) diz que este tipo de RS é aquele que é partilhado por todos os membros de um grupo estruturado, como uma nação, sem, contudo, terem sido produzidas por este grupo, pois são anteriores a ele e inquestionáveis por este. As representações emancipadas são consequentes à circulação do conhecimento e das ideias pertencentes a subgrupos que se encontram em contato mais ou menos estreito. Elas têm certo grau de autonomia e uma função complementar, na medida em que resultam do intercâmbio e partilha de um conjunto de interpretações ou símbolos, podendo ser apropriadas por outros grupos. Já as representações polêmicas são determinadas por relações de oposição entre seus membros e orientadas para serem mutuamente exclusivas. São elaboradas por dois grupos em conflito e não necessariamente compartilhadas pela sociedade como um todo (SÁ, 2002).

Moscovici (2012b), no que diz respeito à recepção de uma informação, analisa que os indivíduos não são apenas processadores destas, nem meros portadores de ideologias ou crenças coletivas, mas pensadores ativos que, mediante inúmeros episódios cotidianos de interação social, produzem e comunicam incessantemente suas próprias representações e soluções específicas, para as questões que se colocam a si mesmos.

As RS são formadas através das influências recíprocas, de negociações implícitas durante as conversações, onde as pessoas se orientam para modelos simbólicos, imagens e valores específicos compartilhados (MOSCOVICI, 2012b).

Na conversação cada pessoa está impregnada, tanto individualmente, quanto coletivamente, por palavras, ideias e imagens que lhe penetram os ouvidos, as mentes e os olhos, quer se queira quer não, e que as atingem, mesmo que não o saibam.

Neste sentido, Vala (2000) comenta que as representações sociais (RS) são um produto das interações e dos fenômenos de comunicação no interior de um grupo social, refletindo a situação desse grupo, os seus projetos, problemas e estratégias e as suas relações com outros grupos. É, portanto, o resultado da atividade cognitiva e simbólica de um grupo social. As RS são teorias sociais práticas, é um saber prático. As representações sociais alimentam-se não só das teorias científicas, mas também dos grandes eixos culturais, das ideologias formalizadas, das experiências e das comunicações cotidianas (VALA, 2000).

As RS são construídas de maneiras diferentes conforme as classes, as culturas e os grupos. Os indivíduos ao trocarem suas maneiras de ver, tendem a se influenciar e a se remodelar reciprocamente (MOSCOVICI, 2012a).

Quanto às funções das representações sociais, inclui-se a função de orientação, pois é prescritiva de comportamentos ou práticas e define o que é lícito, tolerável ou inaceitável em um dado contexto social; identitária ao definir a identidade do grupo que a elaborou; e justificatória, pois justificam as tomadas de posição e os comportamentos prévios (ABRIC, 2000).

Assim, o modo como enfermeiras e médicos, que atuam no campo da saúde sexual e reprodutiva, entendem, explicam e compartilham entre si, seus pensamentos a respeito da mulher lésbica, acabam por construir um pensamento próprio deste grupo, um pensamento social, o qual exercerá influência sobre seus

comportamentos, atitudes e práticas de atenção à saúde dirigidas às mulheres lésbicas, no cotidiano dos serviços de saúde.

O motivo de se criar as representações é, segundo Moscovici (2012b) o desejo de nos familiarizarmos com o não-familiar, com aquilo que é estranho. Toda violação das regras existentes, como no caso deste estudo, a violação da heteronormatividade, assim como os eventos considerados anormais e que perturbem ou pareçam não ser o curso normal e estável das coisas, fascina ao mesmo tempo em que alarma a sociedade. Tudo o que for considerado desvio, estranho ou qualquer coisa que não possua uma explicação óbvia, torna-se razão e estímulo para que se coloque em ação uma procura pelo sentido e explicação daquilo que nos afeta como estranho e perturbador (MOSCOVICI, 2012b).

A representação consiste, portanto, em um ato de pensamento no qual um sujeito reporta-se a um objeto novo e desconhecido, que pode ser uma pessoa, uma coisa, um acontecimento material, psíquico ou social, um fenômeno natural, uma ideia, uma teoria (JODELET, 2001).

Todas as interações humanas sejam entre duas, várias pessoas ou entre dois grupos, pressupõem representações. Sempre quando encontramos pessoas ou coisas e nos familiarizamos com elas, representações sociais estão presentes (MOSCOVICI, 2012b).

Nas sociedades modernas, o novo é comumente trazido à luz por meio dos universos reificados da ciência e a exposição a esse novo é que introduz a não familiaridade ou a estranheza na sociedade mais ampla. Quando o novo, não familiar, é incorporado aos universos consensuais, é criada uma realidade social. Aí, operam os processos pelos quais ele se torna familiar, tornando-se socialmente conhecido e real (SÁ, 1993).

Ao discutir a participação da conversação diária, das trocas verbais, na construção da RS, Moscovici (2012a) afirma que não só as informações são transmitidas, mas cada um adquire uma competência “enciclopédica” sobre o tema que é o objeto de discussão, pois uma frase nova, um enigma, uma teoria apreendida no ar, aguçam a curiosidade e fixam a atenção. Cada um se torna ávido por transmitir o seu saber e manter um lugar no círculo de atenção em torno daqueles que “estão por dentro” do tema discutido.

Moscovici (2012a), fazendo analogia a um clínico e mesmo, a um arquivista, diz que a pessoa ou o grupo ao ter contato com temas ou objetos de seu mundo,

assim como um clínico, acumula indícios, comunica e verifica com o doente para, em seguida, opinar sobre a doença, e como um arquivista, recorta, reúne, e agrupa textos, em função de um código de análise e de classificação, não julgando a pertinência quanto ao valor do seu conteúdo (MOSCOVICI, 2012a).

Assim, cada um de nós, como pessoa comum, se comporta da mesma maneira, diante de um fenômeno ou objeto: resume, recorta, classifica e sofre as tentações de agrupar coisas diferentes em um mesmo universo. Nada impõe a prudência de um especialista. Nada nos impede de juntar diferentes elementos que nos foram transmitidos, de incluí-los ou excluí-los, desrespeitando uma classe lógica, conforme as regras sociais, científicas e práticas de que dispomos. O objetivo no caso, não é desenvolver o conhecimento científico, mas sim, estar informado, não ser ignorante ou ficar fora do círculo coletivo, é estar informado sobre as ideias que estão no ar e responder às perguntas que nos atormentam (MOSCOVICI, 2012a).

Moscovici (2012a) acrescenta que nós habitamos o mundo da conversação e não somos máquinas passivas, registrando mensagens e reagindo a estímulos, possuímos o frescor da imaginação e o desejo de dar sentido à sociedade e ao universo.

Portanto, mesmo detendo conhecimentos científicos acerca de um objeto e, no caso deste estudo, da homossexualidade feminina, o conhecimento científico, a ciência sempre sofrerá transformações para se tornar parte da vida cotidiana. Esta passagem do plano da ciência para as RS implica uma descontinuidade, um salto de um universo de pensamento e ação para outro, e não uma continuidade, uma variação do mais para o menos (MOSCOVICI, 2012a).

De acordo com Moscovici (2012a), a passagem de uma teoria científica para a representação social correspondente, satisfaz a necessidade de provocar comportamentos ou visões socialmente adaptadas ao estado do conhecimento sobre o real.

Moscovici (1976 apud SÁ, 1993) considera então a existência de duas classes distintas de universos de pensamento: os universos consensuais que correspondem às atividades intelectuais da interação social cotidiana, o senso comum, pelas quais são produzidas as RS e os universos reificados, que são bastante circunscritos e onde se produzem e circulam as ciências e o pensamento erudito.

Os universos reificados caracterizam-se por objetividade, rigor lógico e metodológico, teorização abstrata, fragmentação em especialidades e estratificação hierárquica. Aos universos consensuais correspondem as atividades intelectuais da interação social cotidiana através das quais são produzidas as representações sociais. Neste universo não existem limites especializados, se obedece à chamada lógica natural, utilizam mecanismos diferentes de “verificação” e se mostram menos sensíveis aos requisitos de objetividade do que a sentimentos compartilhados de verossimilhança ou plausibilidade (SÁ, 1993).

No campo da saúde sexual e reprodutiva, seus agentes, os profissionais de saúde, possuem não somente os conhecimentos eruditos, científicos, exigidos como atributos por suas profissões, mas também um conjunto de conhecimentos pouco sensível à objetividade e muito sensível aos sentimentos compartilhados de verossimilhança ou plausibilidade, a arte da conversação (SÁ, 1993).

Ambos os universos de pensamento, consensual e reificado, atuam simultaneamente para moldar nossa realidade e fornecem matéria-prima um para o outro (SÁ, 1993).

Para Vala (2000), a ideia de que os indivíduos e os grupos pensam, e de que as instituições e as sociedades são ambientes pensantes, representa uma forma nova de olhar para a constituição das instituições sociais e para os comportamentos individuais e coletivos. Os indivíduos não se limitam, de fato, a receber e processar informação, são também construtores de significados e teorizam a realidade social.

Assim, os profissionais de saúde constroem suas teorias sobre a homossexualidade feminina e a mulher lésbica e organizam seus comportamentos e suas práticas nas instituições de saúde.

Quando nos deparamos com fenômenos, objetos, situações que nos parecem estranhas e instigam a nossa curiosidade, no interior do organismo psíquico há então um processo de construção da percepção acerca deste objeto, que conduz a algum acontecimento que corresponde à tomada de consciência do objeto, da realidade enquanto percebida (MOSCOVICI, 2012a).

A psicologia clássica, de início, concebeu a representação como a mediação entre o conceito e a percepção, ou seja, com propriedades mistas, intelectual e sensorial. No entender de Moscovici (2012b), a RS torna o conceito e a percepção intercambiáveis, pelo fato de se engendram reciprocamente. Fazer a representação de alguma coisa e ter consciência de alguma coisa é quase o mesmo.

A transferência do objeto estranho do exterior para o interior, o transporte do local longínquo para o próximo, são operações essenciais desse trabalho cognitivo específico. Quando um objeto estranho entra em nosso campo de atenção, o desequilíbrio cresce. Para reduzir esta tensão, é necessário que o conteúdo estranho se desloque para o interior de um conteúdo pré-existente do nosso universo. É preciso torná-lo familiar, mudar o universo mantendo-o como nosso universo, o que só será possível, se fizermos passar linguagens e saberes dos locais onde abundam para regiões onde são raros e vice-versa (MOSCOVICI, 2012a).

Desta forma, os conceitos sem percepção e as percepções sem conceito se procuram, se deslocam e se trocam. Aí agem as representações e disso resultam. O estranho penetra nas fissuras do familiar e o familiar nas fissuras do estranho (MOSCOVICI, 2012a).

O processo psíquico capaz de tornar familiar o objeto estranho produz uma impressão deste, uma imagem, uma figura, ao que chamamos objetivação. Para penetrar no universo de um indivíduo ou de um grupo, o objeto, o estranho, entra numa série de relacionamentos e articulações com outros objetos que já estão lá, e dos quais ele toma emprestado algumas propriedades e acrescenta as suas próprias, o que chamamos ancoragem (MOSCOVICI, 2012a).

Portanto, estes processos não são sequenciais, são simultâneos e estão intrinsecamente ligados (MOSCOVICI, 1984 apud SÁ, 1993).

Para Moscovici (2012b), esses são os mecanismos atuantes no processo de formação das representações sociais, a ancoragem e a objetivação. O primeiro tenta ancorar ideias estranhas, reduzi-las a categorias e a imagens comuns, colocando-as em um contexto familiar. O segundo mecanismo tenta transformar algo abstrato em algo quase concreto, transferir o que está na mente para o mundo físico. Assim, esses mecanismos transformam o não-familiar em familiar, transferindo-o para nossa própria esfera particular, onde somos capazes de compará-lo, interpretá-lo, e depois, colocando-o entre as coisas que podemos ver e tocar, controlá-lo.

A ancoragem é um processo de classificação em que as ideias estranhas ou não familiares são relacionadas a algo já familiar, que está presente em um sistema de categorias pré-existentes. Neste sentido, se relaciona com o passado, pois traz consigo uma carga de significações e imagens já existentes na memória coletiva, podendo ser considerada como uma rede de significações a respeito de um objeto determinado. Este é um trabalho que corresponde a uma função cognitiva essencial

da representação e capaz também de se referir a todo elemento estranho ou desconhecido no ambiente social ou ideal (JODELET, 2001).

Segundo Jodelet (2001), o fato de a representação ser uma reconstrução do objeto, expressão do sujeito, pode haver uma defasagem em relação a este. Assim, essa defasagem pode produzir três tipos de efeitos, ao nível dos conteúdos representativos: as distorções, suplementações e subtrações. Na distorção, todos os atributos do objeto representado estão presentes, porém acentuados ou atenuados. A suplementação consiste em atribuir, ao objeto, características, conotações que não lhe são próprias. Já a subtração corresponde à supressão de alguns atributos do objeto e geralmente, resulta do efeito repressivo das normas sociais (JODELET, 2001).

A ancoragem é, portanto, o processo que transforma o estranho, perturbador e intrigante em um sistema particular de categorias e o compara com um paradigma de uma categoria que se pensa ser apropriada. No momento em que determinado objeto ou ideia é comparado ao paradigma de uma categoria já existente, adquire características dessa categoria e é reajustado para que se enquadre nela. Se a classificação, assim obtida, é aceita, qualquer opinião que se relacione com a categoria irá se relacionar também com o objeto ou ideia (MOSCOVICI, 2012b).

Sendo assim, ancorar é classificar e dar nome a alguma coisa, já que as coisas que não são classificadas e que não possuem nome são estranhas, não existentes e ameaçadoras. Quando se é capaz de colocar o objeto de RS em uma determinada categoria, pode-se falar sobre ele, avaliá-lo e comunicá-lo e então, pode-se representar o não-usual em nosso mundo familiar. A partir da classificação e nomeação, torna-se possível imaginar o objeto, representá-lo. Assim, conclui-se que representação é um sistema de classificação e de alocação de categorias e nomes (MOSCOVICI, 2012b).

Todos os sistemas de classificação, todas as imagens e todas as descrições que circulam dentro de uma sociedade, mesmo as científicas, implicam um elo com sistemas e imagens anteriores, já existentes, uma estratificação na memória coletiva e uma reprodução na linguagem que, invariavelmente, reflete um conhecimento anterior e que quebra as amarras da informação presente (MOSCOVICI, 2012b).

Desta forma, a ideia de classificar remete à necessidade de referir-se a critérios pré-estabelecidos. Esses critérios presentes na memória, através de valores, normas ou convenções são socialmente construídos no processo histórico

do grupo. Com isso, as representações sociais, trazem consigo um passado coletivo e um individual. Isso evidencia a importância do passado na estrutura das representações sociais, como elemento do processo de ancoragem.

Moscovici (2012b) afirma que a classificação pode ocorrer de duas maneiras: generalizando ou particularizando. Generalizando, nós reduzimos as distâncias. Nós selecionamos uma característica aleatoriamente e a usamos como uma categoria. A característica é extensa a todos os membros dessa categoria. Quando a característica é positiva, aceitamos; quando é negativa, rejeitamos. Particularizando, nós mantemos a distância e mantemos o objeto sob análise, como algo divergente do protótipo. Ao mesmo tempo, tentamos descobrir que característica, motivação ou atitude o torna distinto dos demais. Classificar, pela generalização ou particularização, não é uma escolha puramente intelectual, mas reflete uma atitude específica para com o objeto, um desejo de defini-lo como normal ou aberrante.

Já o processo de nomeação envolve três consequências. Uma vez nomeada, a coisa pode ser descrita e adquire certas características; ela torna-se distinta das demais, através dessas características e tendências; ela torna-se o objeto de uma convenção entre os que adotam e partilham da mesma convenção.

A classificação e nomeação não são meros processos para rotular pessoas ou objetos. Seu objetivo principal consiste em facilitar a interpretação de suas características, a compreensão de intenções e motivos subjacentes às ações das pessoas, na realidade, formar opiniões. Ainda com relação à operação de denominação, Moscovici (2012b) afirma que ao denominar alguma coisa, nós a tiramos de um anonimato perturbador.

Conforme afirma Moscovici (1978), tudo o que não é classificado, rotulado por nós, é estranho e ameaçador, e por esta razão, a representação pode ser entendida como um processo de classificação e nomeação, através do qual será estabelecido uma classificação imagética de um fato ou fenômeno, gerando assim um julgamento, uma relação entre o positivo e o negativo.

Moscovici (1976 apud SÁ, 1993) afirma que todo objeto tem um valor positivo ou negativo e assume um lugar numa hierarquia claramente graduada, não havendo neutralidade. O autor considera que a operação de classificação se dá mediante a escolha de um dos paradigmas ou protótipos estocados na nossa memória.

Assim, as sexualidades também impõem uma classificação e nomeação, um valor positivo ou negativo, e em nossa sociedade, por ser a heterossexualidade,

reconhecida como o protótipo da normalidade, é frequente a atribuição de valor negativo às pessoas que exercem expressões de sexualidades diferentes desta norma.

A ancoragem articula-se à objetivação, para assegurar a incorporação do estranho ou do novo, a interpretação da realidade e a orientação dos comportamentos.

Na análise do processo de ancoragem, Jodelet (2001) distingue três aspectos: a atribuição de sentido, que corresponde à criação de uma rede de significações em torno do objeto, onde ele é inserido e avaliado como fato social; como instrumentalização do saber, considerando que o sistema de interpretação constituído pelo sujeito funciona como um código comum que permite classificar indivíduos e acontecimentos; e como enraizamento no sistema de pensamento, o que significa que a incorporação da novidade se faz sempre sobre um “já pensado” e, nesse processo, tanto podem prevalecer esquemas resistentes que impedem a assimilação da novidade, como pode haver modificação de modelos de pensamento arcaicos. Portanto, a ancoragem se refere ao enraizamento social da representação e de seu objeto.

A ancoragem enraíza a representação e seu objeto numa rede de significações que permite situá-los em relação aos valores sociais e dar-lhes coerência. Por um trabalho da memória, o pensamento constituinte apoia-se sobre o pensamento constituído para enquadrar a novidade a esquemas antigos, ao já conhecido (JODELET, 2001).

De acordo com Vala (2000), a ancoragem é dar sentido, significação, classificar, denominar, construir uma face simbólica. Envolve então, os processos através dos quais o não-familiar se torna familiar, e os processos através dos quais uma representação, uma vez constituída, se torna um organizador das relações sociais.

Quando um sujeito pensa um objeto, o seu universo mental não é, por definição, tábua rasa. Pelo contrário, é por referência às experiências e esquemas de pensamento já estabelecidos, que um objeto novo pode ser pensado (VALA, 2000).

Uma RS é um código de interpretação no qual ancora o não-familiar, o desconhecido, o imprevisto. Uma RS antiga serve de âncora à elaboração de uma

nova RS. Quando isto ocorre, nasce uma nova RS e a antiga é reformulada (VALA, 2000).

A ancoragem leva, portanto, à produção de transformações nas representações já constituídas. Neste sentido, Vala (2000) considera que o processo de ancoragem é, ao mesmo tempo, um processo de redução do novo ao velho e de reelaboração do velho, tornando-o novo. Refere-se à assimilação de um objeto novo por objetos já presentes no sistema cognitivo. Estes objetos são as âncoras que vão permitir construir a representação do novo objeto. A seleção destas âncoras, porém, não é neutra.

A objetivação, por outro lado, faz um conceito tornar-se realidade, conferindo-lhe materialidade. Objetivar é reproduzir um conceito em uma imagem. A objetivação tenta tecer as palavras que circulam em nosso cotidiano com algo que até então se desconhece; é o processo de acoplar a palavra à coisa. Dito de outra forma, o “estranho” será associado ao conhecido, mas para que isso ocorra, ele precisa ser objetivado, o que acontece por meio da materialização do mesmo. Nesse sentido, o grupo apropria-se de uma forma específica das informações e saberes sobre um objeto, organiza os elementos em imagens expressáveis, elaborando, finalmente, um componente real, com sentido cotidiano.

A objetivação consiste em dar materialidade a um objeto, constrói-se uma imagem sobre o objeto, uma face figurativa, concebida como um reflexo interno da realidade externa, cópia conforme no pensamento daquilo que se encontra fora dele. São espécies de sensações mentais, impressões que as pessoas ou objetos deixam em nosso cérebro e que permite compreender como, no senso comum, as palavras e os conceitos são transformados em coisas (MOSCOVICI, 2012a).

Jodelet (1989 apud SÁ, 1993) tomando o caso da representação, enquanto apropriação popular de uma teoria científica descreve três fases no processo de objetivação: a seleção e descontextualização de elementos da teoria; formação de um núcleo figurativo/ esquematização e a naturalização dos elementos do núcleo figurativo.

Vala (2000) diz que as informações, crenças e ideias acerca do objeto da representação sofrem um processo de seleção e descontextualização, ou seja, os elementos de uma mensagem são objeto de redução, por forma a torná-la mais breve e aparentemente mais precisa, ou seja, mais comunicável e útil. Contudo, essa redução é acompanhada de uma acentuação, ou seja, se certos elementos são

esquecidos, outros são desenvolvidos, majorados e tornados nucleares na nova mensagem. A redução e a acentuação são processos de seleção.

Já a esquematização corresponde à organização dos elementos. A cada elemento de sentido corresponde uma imagem, o que permite a materialização de um conceito ou de uma palavra (VALA, 2000).

Na naturalização, não só o abstrato se torna concreto através da sua expressão em imagens e metáforas, como o que era percepção se torna realidade, tornando equivalentes a realidade e os conceitos.

Analisar o processo de objetivação consiste, segundo Vala (2000), em identificar os elementos que dão sentido a um objeto, a sua seleção dentre um conjunto mais vasto de conceitos, as relações entre esses conceitos, a sua figuração e as modalidades que assume sua naturalização.

No que se refere às diferentes formas de focar e investigar as representações sociais, a Escola Brasileira de RS se estrutura, principalmente, em torno de três abordagens teóricas complementares, que se desenvolvem a partir da Teoria Geral das Representações Sociais: a abordagem processual, liderada por Denise Jodelet, desenvolvida em Paris, e considerada a abordagem mais fiel à teoria original; a abordagem societal, liderada por Willem Doise, em Genebra, a qual procurou articulá-la com uma perspectiva mais sociológica, e a abordagem estrutural, liderada por Jean-Claude Abric, em Aix-em-Provence, que enfatiza a dimensão cognitivo-estrutural das representações e resultou na teoria do núcleo central (ALMEIDA, A., 2009; SÁ, 1998).

Sá (1998) reconhece como legítimo combinar as diferentes perspectivas nas pesquisas, pois elas complementam a teoria geral em diferentes direções.

A abordagem processual, liderada por Denise Jodelet, apresenta-se como a mais fiel à grande teoria, pois promove uma sistematização mais objetiva da teoria original, enfatizando a descrição dos fenômenos de representação social da forma mais ampla e compreensível possível, permitindo a compreensão de sua complexidade. Para tal, prioriza os discursos das pessoas e grupos que mantêm as representações, bem como seus comportamentos e práticas sociais nas quais se manifestam (SÁ, 1998).

A abordagem processual centra-se mais no aspecto constituinte, no processo de formação das RS, que no aspecto constituído, o conteúdo, das representações (ALMEIDA, A., 2009). Seu foco da análise reside nas produções simbólicas, nos

significados, na linguagem, no objeto de estudo e suas vinculações sócio-históricas e culturais.

Esta abordagem destaca a forma pela qual as representações sociais são vinculadas à vida cotidiana. De acordo com Sá (1998), Denise Jodelet considera que os discursos das pessoas e dos grupos, os comportamentos e as práticas sociais onde as representações se manifestam, são os suportes para a veiculação das mesmas. Sendo assim, busca dar conta da representação de um determinado objeto para um determinado grupo social de uma maneira compreensiva.

Já a abordagem relacional ou societal, desenvolvida por Doise, em articulação com a perspectiva sociológica de Pierre Bourdieu, dá ênfase às relações sociais que estão na origem das representações sociais, bem como às suas condições de produção e circulação. Centra-se mais sobre o aspecto sócio-contextual das representações sociais e privilegia uma orientação metodológica estatística e correlacional. Essa abordagem também se apresenta como uma perspectiva sociologicamente orientada e se ocupa da dimensão das condições de produção e circulação das representações sociais, uma vez que a posição ou a inserção social dos indivíduos nos grupos é o principal determinante de suas representações (SÁ, 1998).

Um dos seus objetivos foi sempre o de articular explicações de ordem individual, com explicações de ordem societal; de mostrar como o indivíduo dispõe de processos que lhe permitem funcionar em sociedade e, como as dinâmicas sociais orientam o funcionamento desses processos (DOISE, 2002).

Nesta abordagem, contempla-se quatro níveis de análise, sendo o primeiro caracterizado pela focalização no estudo dos processos intra-individuais. Tratam da maneira pela qual os indivíduos organizam suas experiências com o meio ambiente.

No segundo nível, são descritos os processos inter-individuais e situacionais. Os indivíduos são aqui considerados como intercambiáveis e são seus sistemas de interação que fornecem os princípios explicativos típicos das dinâmicas desse nível.

No terceiro nível de análise, são consideradas as diferentes posições que os atores sociais ocupam no tecido das relações sociais, características de uma sociedade, e analisadas como suas posições modulam os processos do primeiro e segundo níveis. Incluem, sobretudo, as pesquisas com grupos de status diferentes, dominantes e dominados, majoritários e minoritários.

Já no quarto nível de análise, são estudados os sistemas de crenças, representações, avaliações e normas sociais.

A abordagem estrutural, também conhecida como teoria do núcleo central (TNC) foi proposta pela primeira vez, dentro do quadro de pesquisa experimental, através da tese de doutorado de Jean-Claude Abric, 1976, sob a forma de uma hipótese a respeito da organização interna das representações sociais. Esta teoria foi complementada por Flament, em 1989, com a discussão do sistema periférico das representações sociais (SÁ, 2002).

Esta abordagem procura identificar a estrutura das representações sociais, quais os elementos que as constituem e como estes se articulam e se organizam. Assim, se ocupa do conteúdo cognitivo das representações e o concebe como um conjunto estruturado, e não como uma simples coleção de ideias e valores. Sua principal contribuição está centrada na organização do conteúdo da representação em um sistema central e um sistema periférico, que possuem características e funções distintas. Outra contribuição relevante desta perspectiva é a possibilidade de comparação entre representações, uma vez que elas serão distintas apenas se o núcleo central tiver composição significativamente diferente (SÁ, 1998).

A abordagem estrutural permite apreender os elementos presentes no conteúdo das RS, bem como sua organização interna, descortinando assim, a estrutura das RS.

Nesta perspectiva as RS incluem dois sistemas de significados: o sistema ou núcleo central, que é rígido, coerente e estável, é consensual, define a homogeneidade do grupo e está ligado à sua história coletiva; o sistema periférico, cujos elementos são mais flexíveis, sensíveis ao contexto, integram as experiências individuais e é neles que se manifesta a heterogeneidade do grupo. As RS podem, desta forma, incluir divergências individuais (VALA, 2000).

Considerando-se que as representações sociais se constituem em estratégias para tornar familiar o que parecia estranho e, portanto, perturbador, busca-se neste estudo conhecer a teoria construída conjuntamente, pelos profissionais de saúde, acerca das mulheres lésbicas, para compreender suas interrelações, seus modos de interpretá-las, tomar decisões e se posicionar frente a elas, durante a interação de cuidado.

Neste sentido, Jodelet (2001) afirma que as representações sociais (RS) nos guiam no modo de nomear e definir conjuntamente os diferentes aspectos da

realidade diária, no modo de interpretar esses aspectos, tomar decisões e, eventualmente, posicionar-se frente a eles de forma defensiva. Elas circulam nos discursos, são trazidas pelas palavras e veiculadas em mensagens e imagens midiáticas, cristalizadas em condutas e em organizações materiais e espaciais. Portanto, orientam e organizam as condutas e as comunicações sociais. São ao mesmo tempo produto e processo de uma atividade de apropriação da realidade exterior ao pensamento e de elaboração psicológica e social dessa realidade. Elas regem nossa relação com o mundo e com os outros.

Para dar conta do objeto de estudo, o presente trabalho utilizou a abordagem processual.

3.2 As relações entre representações sociais e práticas

Em relação às práticas, Jodelet e Moscovici (1990) afirmam que são sistemas de ação socialmente estruturados e instituídos em relação a papéis.

Neste estudo, as práticas dizem respeito às práticas de atenção à saúde, realizadas pelos profissionais, enfermeiras e médicos, às mulheres lésbicas. Assim, estas práticas incluem todos os cuidados que são reconhecidos e, respectivamente, instituídos como atribuições próprias de suas profissões, no campo da saúde sexual e reprodutiva.

No que diz respeito à relação entre representações sociais e práticas, Rouquette (2000) afirma que o que pensamos depende daquilo que já fizemos e aquilo que fazemos, em um dado momento, depende daquilo que pensamos. Se as representações se modificam, as práticas também se transformam reciprocamente. Na verdade, as práticas e as representações sociais estão em correlação, e não em dependência causal, uma em relação à outra, restando, portanto, determinar seus fatores comuns.

As práticas são geralmente coerentes com as RS. Entretanto, existem situações em que se registra uma contradição entre a RS e as práticas, ou seja, a ação pode não corresponder ou estar em conflito com o pensamento (VALA, 2000).

Certos aspectos das práticas são mais decisivos do que outros, para a construção e transformação das representações. A relação entre práticas e

representações sociais é, portanto, bastante complexa e a mudança das práticas e/ou das representações se refere, em última instância, à história. A influência das representações sobre as práticas é considerada uma condição de coerção variável, pois se entende que o indivíduo possui certa autonomia e liberdade para decidir e agir, a partir de uma espécie de mapa de escolhas e possibilidades. Em contrapartida, a influência das práticas sobre as representações é uma determinação objetiva, pois existem pressões sociais conjunturais, que obrigam o indivíduo a agir de forma diferente da que escolhera, resultando no redirecionamento da representação. Portanto, não se trata de uma influência recíproca, mas de entender as representações sociais como uma condição das práticas e as práticas como um agente transformador das representações (ROUQUETTE, 2000).

A influência recíproca das representações e das práticas deve ser compreendida tanto como condição, quanto como determinação: condição uma vez que se trata do papel das representações no desenvolvimento da conduta; determinação, uma vez que se trata da ação das práticas sobre as modalidades do conhecimento (ROUQUETTE, 2000).

Abric (2000) defende a ideia de que a RS funciona como um sistema de representação da realidade. Ela vai determinar seus comportamentos e suas práticas. A RS é um guia para a ação, ela orienta as ações e as relações sociais.

O mesmo autor acrescenta ainda, a ideia de que a identificação da representação que os indivíduos ou os grupos têm e utilizam para agir e para tomar posição, é indispensável para compreender a dinâmica das interações sociais e clarificar os determinantes das práticas sociais (ABRIC, 2000).

Abric (2001a) considera a natureza da situação na determinação da relação entre representações e práticas. A autonomia de que o sujeito dispõe na situação e a presença de elementos, ligados aos afetos e à memória coletiva, exercerão forte influência nesta relação. A partir desta concepção, o autor, formula três hipóteses: a primeira é de que as representações determinam as práticas sociais, nas situações onde a carga afetiva é forte e onde a referência à memória coletiva é necessária para manter ou justificar a identidade, a existência ou as práticas do grupo. Neste caso, trata-se de práticas significantes, que constituem um conjunto de condutas regulares sem contradição com as normas, realizadas com o consentimento do grupo e que corresponde às crenças comuns, mas não verbalizadas e que justificam os comportamentos de proteção.

A segunda hipótese, proposta por Abric (2001a), refere-se às representações que tem, igualmente, um papel determinante sobre as práticas nas situações onde o ator dispõe de autonomia, mesmo que relativa, em relação às pressões da situação ou resultantes das relações de poder. Assim, pode-se dizer que existem práticas não coativas, pois há as situações não-constrangedoras, nas quais nenhum dos mecanismos de pressão social torna obrigatória a emissão de uma conduta. Contudo, com base em estudos experimentais, o autor aponta a limitação desta hipótese.

A terceira hipótese, formulada por Abric (2001a), é de que nas situações com forte constrangimento, as práticas sociais e as representações estão em interação, logo, a implantação de certas práticas sociais pode provocar a transformação completa das representações. Essas coerções fortes podem resultar tanto da presença, quanto da emergência de novos dados, da transformação do ambiente físico, do aparecimento de um evento essencial relativo à população, da transformação do ambiente socioeconômico, da modificação de uma política, enfim, de uma mudança sócio-política radical.

A partir da discussão das situações em que os atores sociais são levados a desenvolver práticas sociais que contrariam seu sistema de representação, Flament (1987 apud ABRIC, 2001) desenvolveu a noção de reversibilidade da situação.

De acordo com Abric (2001b) as práticas novas e contraditórias às RS vão acarretar consequências muito importantes e distintas, que poderão variar de ajustes na RS, sem, contudo, mudar-lhe o significado, até a mudança radical da RS. Este processo de transformação da RS vai depender da avaliação da situação, pelos atores engajados no caso, se uma situação é considerada reversível ou não.

As situações consideradas reversíveis/ transitórias são aquelas em que as práticas exercem pouca influência na mudança de uma representação. Elementos novos e discordantes vão ser integrados na RS, no seu sistema periférico. O núcleo central permanece estável e insensível às modificações. Trata-se de uma transformação real, mas superficial da RS.

As situações entendidas como irreversíveis são aquelas que reduzem a autonomia do ator e suas possibilidades de manter seu sistema anterior de representações. Em situações onde as práticas são irreversíveis, o restabelecimento do equilíbrio cognitivo, necessário ao indivíduo, levará a uma transformação da representação, o que implica em mudança no núcleo central.

Assim, as transformações nas RS podem ser classificadas em três tipos: as transformações resistentes, progressivas e brutal.

A transformação resistente implica uma mudança da RS muito lenta. Nestes casos, as novas práticas, em contradição com o núcleo central, permitem que operem mecanismos de defesa contra a transformação. Assim, a RS se caracterizará pelo aparecimento no sistema periférico, de “esquemas estranhos” que vão evitar o questionamento do núcleo central. A multiplicação desses “esquemas estranhos” acabará por induzir a transformação do núcleo central e conseqüentemente, da RS no seu conjunto.

A transformação progressiva implica em mudança lenta; acontece sem ruptura, sem fragmentação do núcleo central. As práticas novas não são totalmente contraditórias ao núcleo central. A transformação vai ocorrer sem ruptura. Os esquemas ativados pelas práticas novas vão sendo incorporados aos poucos ao núcleo central, até constituir um novo núcleo, uma nova representação.

Já a transformação brutal pressupõe uma mudança abrupta, pois as práticas questionam o núcleo central, sem possibilidade de acionar mecanismos de defesa. As novas práticas atacam diretamente o significado central da representação. Neste caso, a importância das novas práticas, sua permanência e seu caráter irreversível provocam uma transformação direta e completa do núcleo central (ABRIC 2000 e 2001b).

Há ainda, as representações que os indivíduos não conseguem verbalizar, o que, para Vala (2000), indica tratar-se de uma RS não consciente, mas que orienta comportamentos. Da mesma forma existem RS que os próprios sujeitos controlam e na base das quais selecionam as respostas que julgam mais adequadas (VALA, 2000).

Abric (2005) refere-se à problemática das diversas defasagens entre o que as pessoas dizem e o que elas fazem, quer dizer, entre as representações colhidas pelos pesquisadores e as representações que estão na cabeça das pessoas. Isto leva a crer que a representação possui dois componentes: uma representação explícita, verbalizada e uma representação não verbalizada, não expressa, a zona muda.

Ainda em relação a esta questão, Sá (1998) diz que a espontaneidade não é uma garantia de ampla revelação das representações, podendo mesmo ter, ao contrário, o efeito de encobri-las.

Por definição, a zona muda não é a parte inconsciente das representações, pois ela é conhecida pelo indivíduo, mas não pode ser expressa, porque ele ou o grupo não quer expressá-la publicamente, devendo permanecer escondida (ABRIC, 2005).

Jodelet (1984 apud SÁ, 1998) afirma que com freqüência o não dito, a premissa implícita que se omite, constitui um conteúdo principal da representação.

Reconhece-se que o objeto de RS estudado nesta pesquisa, a mulher lésbica, por envolver uma expressão de sexualidade não hegemônica e, portanto, contranormativa, e ainda, forte carga afetiva, pode levar os participantes do estudo, as enfermeiras e médicos, a emitirem respostas que julgam ser as mais adequadas à sua posição e ao seu campo social, expressando ideias que não correspondem às suas reais representações.

Nuttin (1972 apud VALA, 2000) propõe a distinção entre dois tipos de comportamentos: os comportamentos situacionais, onde o papel de mediação das RS é mínimo e o papel relativo aos fatores situacionais se encontra maximizado, de modo que o sujeito atua em conformidade com a exigência da situação e não em conformidade com sua RS; e os comportamentos representacionais, que revelam as atitudes e representações reais.

As RS permitem explicar as escolhas efetuadas pelos indivíduos, o tipo de relações que eles estabelecem com os parceiros, a natureza de seu engajamento em uma situação ou suas práticas cotidianas. As RS e as práticas se engendram mutuamente (ABRIC, 2001b apud SÁ, 2002).

Fora isto, cada grupo já dispõe de um sistema de representações que lhe permite antecipar os comportamentos do outro e programar a sua própria estratégia de ação (VALA, 2000).

A forma como as mulheres lésbicas são representadas pelos profissionais de saúde ou, aquilo que se diz ou se pensa sobre elas, influirá diretamente nas práticas de atenção à saúde, dirigidas a este grupo, pois, de acordo com Doise (2002), as representações sociais são princípios organizadores de tomada de posições e ações.

Nos estudos das representações sociais, no que se refere à apreensão de seu conteúdo e sua organização, Oliveira (2001) afirma que não se deve prescindir da consideração das práticas sociais, pois alguns aspectos das representações são explicitados nos discursos e outros se misturam com as práticas.

Do exposto, fica claro que conhecer os aspectos relacionados às crenças, imagens, atitudes, conceitos acerca das mulheres lésbicas entre enfermeiras e médicos e, suas práticas de atenção à saúde destas mulheres, constitui um ponto de partida para contribuir com a adequação entre as estratégias utilizadas na atenção à saúde e as especificidades de saúde das lésbicas e ainda, contribuir com a formação dos profissionais de saúde e efetividade das políticas públicas voltadas para este grupo.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

A complexidade da vivência das sexualidades contranormativas e, portanto, da atenção à saúde sexual e reprodutiva das lésbicas impõe a necessidade de conhecer as representações sociais que enfermeiras e médicos, que atuam no campo da saúde sexual e reprodutiva, compartilham e utilizam para tomar posição e cuidar dessas mulheres. Esse conhecimento sobre as RS é indispensável para a compreensão da dinâmica de suas interações sociais e para evidenciar os determinantes das práticas de saúde realizadas (ABRIC, 2000).

Essa compreensão, certamente é fundamental ao planejamento de metodologias de práticas educativas, tanto no processo de formação, quanto nos cursos de atualização, pós-graduação e treinamentos em serviço de profissionais de saúde, que favoreçam problematizar com estes agentes, a associação entre o pensar e o cuidar, de modo a desconstruir antigas concepções e transformar as mentalidades, no sentido de promover o respeito às variadas possibilidades de vivência das sexualidades e assim, qualificar e humanizar a atenção à saúde de todas as pessoas e, em especial, das mulheres lésbicas.

Neste caminho, considerando-se o objeto deste estudo, essa pesquisa se configura como descritivo-exploratória, de natureza qualitativa, consonante com a Teoria das Representações Sociais (TRS), que fundamenta este estudo, por permitir apreender as construções simbólicas e sociocognitivas de enfermeiras e médicos, do campo da saúde sexual e reprodutiva, acerca das mulheres lésbicas, e ainda, articulá-las ao modo como guiam as tomadas de posição, as decisões e as práticas de cuidado destes profissionais dirigidas às lésbicas. Este percurso metodológico também se ajusta à concepção teórica da abordagem sociológica de Pierre Bourdieu.

Esta pesquisa delinea-se como de natureza qualitativa com uma abordagem descritiva, por ser entendida como aquela capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais (MINAYO, 2004a).

A pesquisa qualitativa se apoia na premissa de que o agir humano, visa um sentido ou um valor que não pode ser captado por uma explicação tecnicista (LEOPARDI, 2002).

Sua abordagem é classificada como descritiva por objetivar levantar as opiniões, as crenças e atitudes do grupo de enfermeiras e médicos, acerca das mulheres lésbicas, e seu caráter exploratório, deve-se a análise pretendida acerca das dimensões do fenômeno, o modo como se manifesta e as relações estabelecidas (GIL, 1999).

4.1 Participantes e cenário do estudo

Considerando-se o objeto deste estudo, os participantes eleitos foram os profissionais de saúde, enfermeiras e médicos, atuantes nas unidades de Atenção Primária da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ), no campo da saúde sexual e reprodutiva, através da realização de consultas às mulheres, especialistas ou não em gineco-obstetrícia, e que concordaram voluntariamente em participar da pesquisa, autorizando o uso de seus depoimentos nos relatórios de pesquisa, na comunidade acadêmica e científica.

A opção pelas unidades de atenção primária de saúde como cenário do estudo encontrou respaldo no levantamento realizado pelo Ministério da Saúde, no ano de 2006, que apontou os centros de saúde, como as unidades de saúde mais procuradas, pela população, conforme se segue: postos e centros de saúde (52%), seguidos pelos consultórios particulares (18%), ambulatórios hospitalares (17%), prontos-socorros (5,8%) e farmácias (1,4%) (BRASIL, 2006d).

Tendo a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro como co-participante deste estudo, o ponto de partida para o acesso aos cenários e aos profissionais de saúde foi através de uma reunião entre a pesquisadora e a Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SUBPAV – SMSRJ) que, através de seu Superintendente, à época, Dr. José Carlos Prado Junior, após esclarecidos todos os aspectos envolvidos na pesquisa, assinou o instrumento de autorização para coleta de dados nas unidades de atenção primária de saúde (ANEXO A), que era um dos documentos exigidos e portanto, pré-requisito para que o projeto pudesse ser submetido à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), através da Plataforma Brasil, para sua apreciação e avaliação.

Após a aprovação da pesquisa (ANEXO B), foi feito contato direto com as Coordenações das Áreas Programáticas⁷ (AP) do Município do RJ, de modo que das 10 APs do RJ (ANEXO C), 07 concordaram em participar, indicando as unidades de saúde, sob sua jurisdição, para contato do pesquisador com as direções das unidades de saúde e posterior acesso aos profissionais de saúde, para agendamento da coleta de dados.

Convém esclarecer que a Atenção Primária no Município do Rio de Janeiro iniciou um processo de reconfiguração de sua estrutura na primeira gestão do Prefeito Eduardo Paes, 2009 a 2012, a partir da adoção do modelo político de contrato de gestão com Organizações Sociais (OS), apoiado na Lei Orgânica do Município do Rio de Janeiro e através do Decreto nº 30780, de 02 de junho de 2009, regulamentou a Lei Municipal nº 5026, de 19 de maio de 2009, que dispõe sobre a qualificação de entidades como OS e sua contratação no âmbito da Administração Direta e Indireta no Município do Rio de Janeiro, o que garantiu a implantação de equipes de Saúde da Família e a inauguração de Clínicas da Família (CF) (RIO DE JANEIRO, 2011).

As Clínicas de Família (CF) são administrativamente dirigidas por um Gerente, que assim como todos os demais profissionais, mantém vínculo empregatício com uma Organização Social (OS) e muitas destas CF estão instaladas dentro dos próprios Centros Municipais de Saúde (CMS), compartilhando do mesmo espaço físico, embora estes últimos sejam administrativamente dirigidos por um Diretor, que como todos os demais profissionais, são estatutários.

Assim, foram feitos contatos respectivamente, com os diretores dos CMS e com os gerentes das CF indicadas, para agendamento da visita à unidade, para esclarecimentos acerca da pesquisa e, possivelmente, ter o primeiro contato com os profissionais de saúde, para início da coleta de dados ou, na impossibilidade, realizar este agendamento.

Algumas das unidades de saúde contatadas não retornaram ao pedido de agendamento da visita. Por conseguinte, o cenário do estudo incluiu 16 unidades, sendo 13 Centros Municipais de Saúde (CMS), todos compartilhando seu espaço com equipes de Saúde da Família, e 03 Clínicas de Família.

⁷ O município do Rio de Janeiro é dividido em 10 áreas programáticas assim numeradas: AP 1.0, AP 2.1, AP 2.2, AP 3.1, AP 3.2, AP 3.3, AP 4.0, AP 5.1, AP 5.2 e AP 5.3.

Para delimitar o grupo de participantes definiu-se como critério de inclusão na amostra, a exigência quanto ao ano de início da atuação no campo da saúde sexual e reprodutiva, sendo considerado obrigatório seu início igual ou anterior a 2011, ano em que foi instituído, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) (BRASIL, 2011), de modo a assegurar que todos tivessem vivenciado este processo.

Inicialmente, pretendia-se envolver uma população de 160 participantes, sendo 80 enfermeiras e 80 médicos, respeitando a proporcionalidade entre os sexos, ou seja, 40 do sexo masculino e 40 do sexo feminino, de cada uma das duas categorias profissionais, bem como a simetria de sua distribuição e representatividade por cada uma das APs, objetivando constituir grupos numericamente iguais. Esse cuidado foi adotado seguindo as recomendações de Oliveira et al. (2007), no sentido de atender as exigências da abordagem estrutural, pretendida à época, para o caso da necessidade de realizar comparações entre os grupos de profissionais.

Entretanto, as dificuldades no acesso aos profissionais foram inúmeras e muitas até inusitadas, pois muitos dos profissionais convidados a participar voluntariamente da pesquisa e que, num primeiro momento, se colocaram disponíveis e até muito interessados, após tomarem conhecimento da temática da pesquisa, envolvendo a homossexualidade, se recusaram. A recusa foi feita por alguns de forma explícita, por outros, de formas mais sutis, alegando falta de tempo ou outros compromissos, e alguns outros, literalmente, se esconderam na unidade de saúde.

A análise desta situação nos remete a Bourdieu (1998) que afirma existirem exigências inscritas na posição ocupada. Assim, acredito que a posição ocupada no campo, como enfermeira ou médico, e o próprio campo, no caso, a unidade de saúde, acaba por gerar sobre os agentes, profissionais de saúde, certo grau de coerção que pesa sobre a produção do discurso, impondo aos que tem atitude desfavorável à homossexualidade, o silêncio ou uma linguagem hipercontrolada, enquanto faculta aos de atitude favorável, as liberdades de uma linguagem desenvolva.

Esta situação corrobora o pressuposto de que as representações sociais das enfermeiras e médicos, do campo da saúde sexual e reprodutiva, acerca das

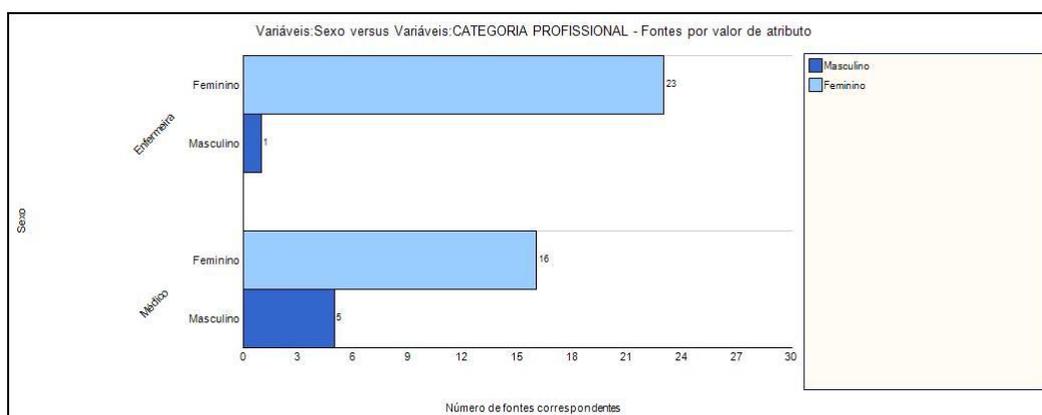
lésbicas, tem uma dimensão fortemente normativa, que envolve julgamentos de ordem moral. Neste sentido, Abric (2005) faz referência ao componente não verbalizado de uma representação, que é conhecido e reconhecido, pelo indivíduo, mas, que não pode ser expresso publicamente, devendo por esta razão, permanecer escondido ou disfarçado.

Sendo assim, por conta de todas as circunstâncias apresentadas participaram deste estudo, compondo o grupo social pesquisado, contribuindo com seus depoimentos, 45 profissionais de saúde, 24 enfermeiras e 21 médicos.

A caracterização dos profissionais de saúde participantes do estudo envolveu atributos de ordem pessoal, como sexo, faixa etária, raça/cor, orientação sexual, religião e atributos de ordem profissional, tais como: categoria profissional, tempo de formação, tempo de atuação no campo da saúde sexual e reprodutiva, especialidade, vínculo empregatício e distribuição por área programática do município do Rio de Janeiro.

Quanto ao sexo dos participantes do grupo social estudado, 39 (86,67%) profissionais são mulheres e apenas 06 (13,33%) são homens. Em ambas as categorias profissionais, enfermeiras e médicos, predominou o sexo feminino, sendo 23 enfermeiras, 16 médicas e, dentre aqueles do sexo masculino, apenas 01 enfermeiro e 05 médicos (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Sexo e categoria profissional dos participantes



Fonte: A autora, 2015.

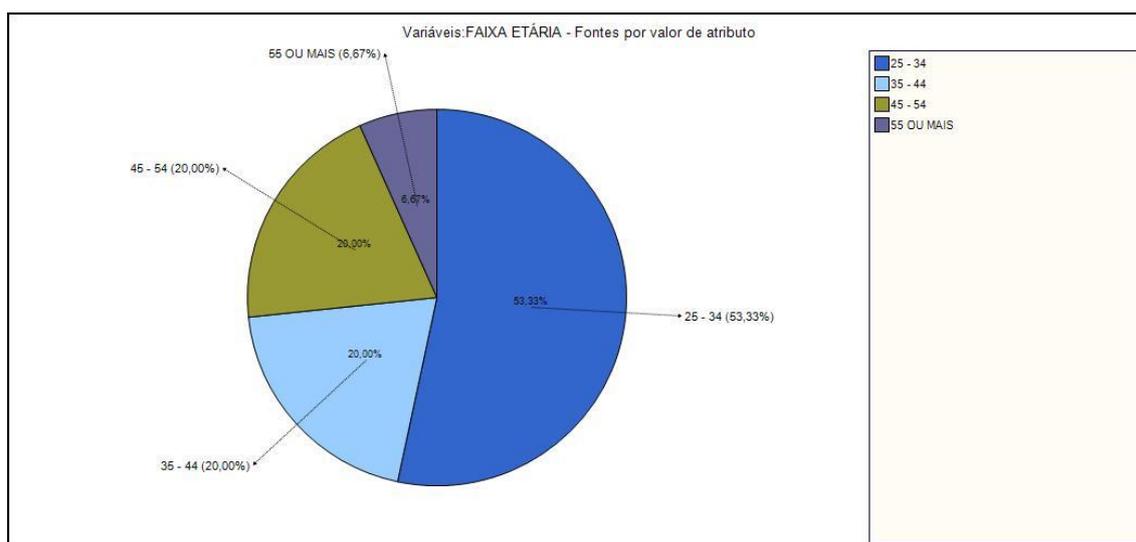
Esta situação aponta a feminização do campo da saúde, no que se refere à dimensão biológica do sexo, pois no que tange à sua dimensão social, ou seja, os

gêneros, aos agentes da enfermagem são imputadas as disposições internas e atributos socialmente considerados femininos, enquanto que aos agentes da medicina são vinculados os atributos masculinos.

Esta percepção das profissões, apoiada na divisão entre gêneros relacionais, complementares e hierarquizados, masculino e feminino, contribui para imprimir entre as duas profissões e seus agentes, uma forma de relação igualmente hierarquizada e marcada por relações de dominação e violência.

No que diz respeito à faixa etária, os participantes do estudo apresentaram idade entre 25 e 63 anos, com a maior concentração entre 25 e 34 anos (53,33%), configurando-se como um grupo jovem (Gráfico 2).

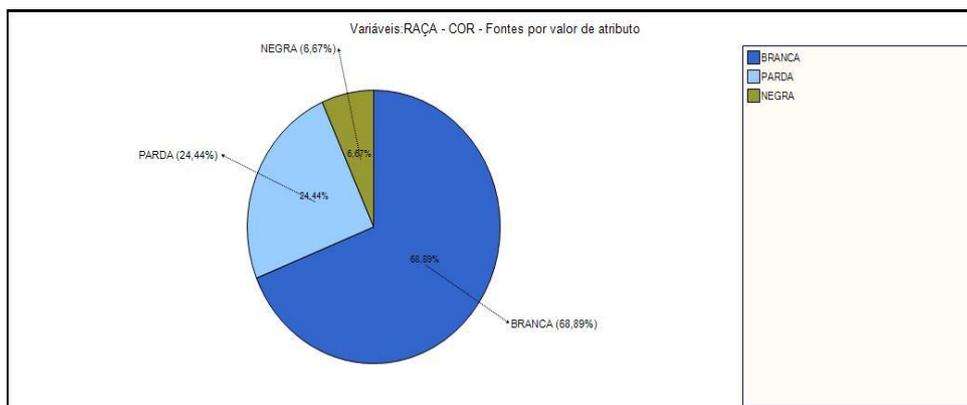
Gráfico 2 – Faixa etária dos participantes



Fonte: A autora, 2015.

Quanto à raça/ cor da pele, a maioria dos participantes declarou-se branca, 31 (68,89%), seguidos da cor parda, 11 (24,44%) e negra, 3 (6,67%) (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Raça/ cor dos participantes

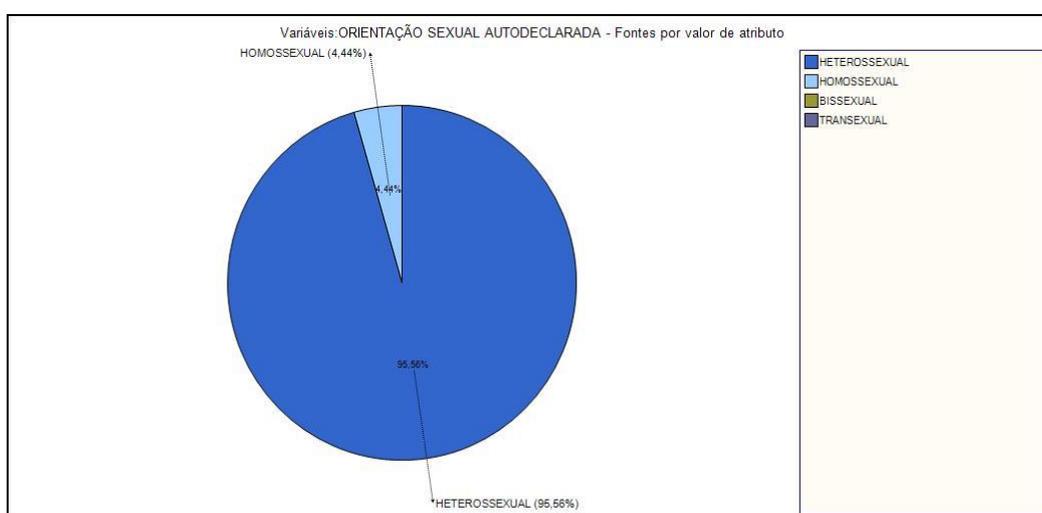


Fonte: A autora, 2015.

Essa constatação reflete que apesar dos esforços já empreendidos com vistas à reversão do racismo histórico, por meio do estabelecimento de políticas afirmativas, através das cotas raciais nas universidades públicas, instituída pela lei estadual de 04 de setembro de 2003, ainda não se identifica impacto social em nosso meio, persistindo o menor acesso dos negros às profissões de nível superior, comparativamente aos brancos.

Em relação à orientação sexual, a heterossexualidade foi a identidade sexual autodeclarada por quase todos os participantes, 43 (95,56%). Apenas 2 participantes (4,44%), ambos do sexo masculino, 1 médico e 1 enfermeiro se autodeclararam gays (Gráfico 4).

Gráfico 4 – Orientação sexual dos participantes



Fonte: A autora, 2015.

Cabe comentar que a identidade sexual envolve tanto o modo como a pessoa se percebe em termos de sua orientação sexual, quanto o modo como ela torna pública, ou não, essa percepção de si, especialmente, ao levar em consideração o ambiente e a situação.

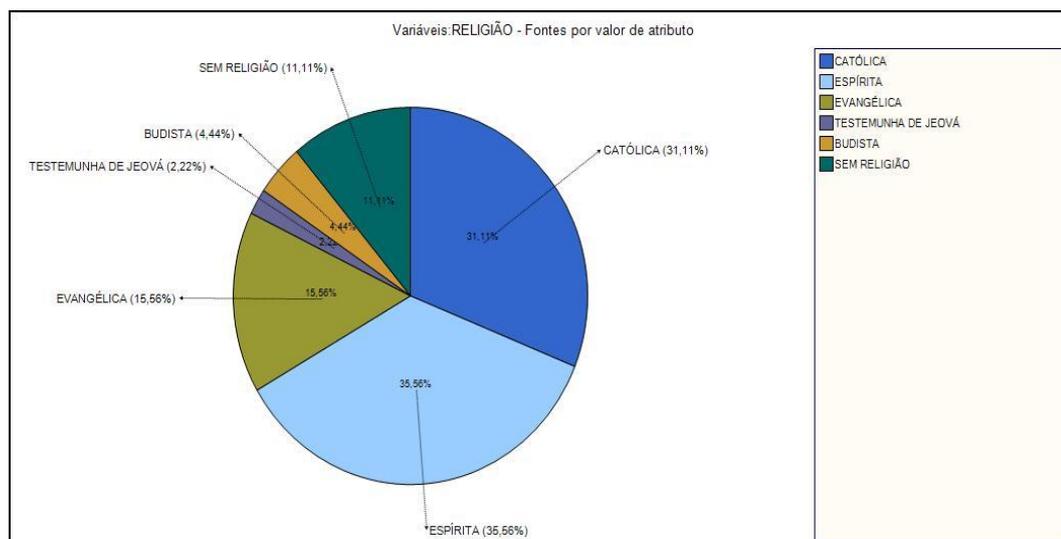
Considerando-se o contexto envolvido na autodeclaração da orientação sexual, pelos profissionais de saúde investigados, ou seja, o ambiente de trabalho, a unidade de saúde, e uma situação de interação com pessoa estranha e ainda, com fins de pesquisa, é possível inferir que alguns profissionais possam não ter ficado à vontade para revelar a sua orientação sexual.

De acordo com Louro (2004), o caráter clandestino que frequentemente acompanha a homossexualidade ou a bissexualidade deve-se ao fato de que essa visibilidade possa ter efeitos contraditórios: por um lado, alguns setores sociais passam a demonstrar uma crescente aceitação da pluralidade sexual; por outro lado, setores mais conservadores renovam seus ataques, incluindo até manifestações de extrema violência física.

Desta forma, é plenamente compreensível a insegurança de muitas pessoas em revelar sua orientação sexual, quando estas contrariam as normas sociais aceitas.

No que se refere à religião autodeclarada pelos participantes do estudo, observou-se a predominância das religiões espírita 16 (35,56%) e católica 14 (31,11%), seguidas das religiões, evangélica 7 (15,56%), budista 2 (4,44%) e testemunha de Jeová 1 (2,22%). Dentre os profissionais investigados, 5 (11,11%) se autodeclararam ateus (Gráfico 5).

Gráfico 5 – Religião dos participantes



Fonte: A autora, 2015.

Além disto, excluindo-se os 5 ateus (11,11%), a maioria dos participantes 29 (64,44%) declarou ser praticante da religião, frequentando com assiduidade os espaços destinados aos rituais religiosos específicos de suas religiões, o que nos permite inferir que os ensinamentos e fundamentos religiosos exerçam forte influência sobre sua visão de mundo, possivelmente sobre as sexualidades, sobre as mulheres e, especialmente, sobre as lésbicas.

A igreja e/ou os espaços onde se praticam os rituais religiosos são instituições que geralmente participam ativamente do processo de doutrinação dos corpos, da manutenção das estruturas da ordem masculina e da norma heterossexual que são continuamente reproduzidos através dos tempos.

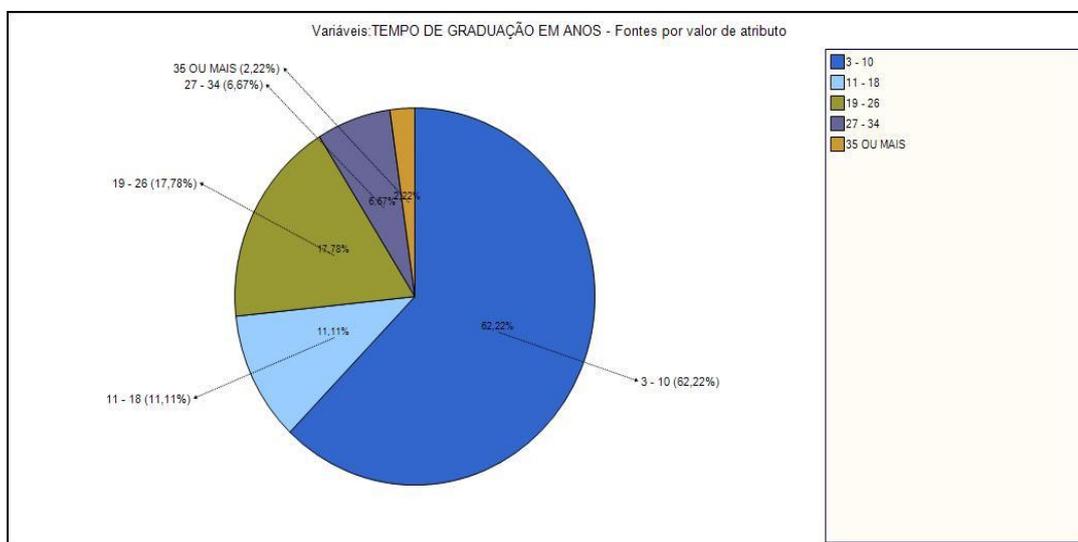
Os princípios de visão, de divisão e hierarquização geradores dos gêneros e, das categorias sexuais, sobretudo, heterossexuais e homossexuais, tem seu trabalho de reprodução garantido por três instâncias principais, a família, a igreja e a escola, que objetivamente orquestradas, tem em comum o fato de agirem sobre as estruturas inconscientes (BOURDIEU, 1999).

Bourdieu (1999) refere-se à igreja, afirmando ser um espaço marcado pelo antifeminismo profundo de um clero pronto a condenar todas as faltas femininas à decência, sobretudo em matéria de trajes, e a reproduzir uma visão pessimista das mulheres e da feminilidade, inculcando explicitamente uma moral dominada por valores patriarcais e principalmente, pelo dogma da inata inferioridade das mulheres.

A igreja age indiretamente sobre as estruturas históricas do inconsciente por meio dos textos sagrados, da liturgia e até do espaço e do tempo religioso.

Quanto ao tempo de formação profissional, a maior parte do grupo social estudado, 28 pessoas (62,22%), tem entre 3 e 10 anos de formado, seguidos de 8 profissionais (17,78%) situados entre 19 e 26 anos de formado; 5 (11,11%) entre 11 e 18 anos de formado; 3 (6,67%) entre 27 e 34 anos de formado e apenas 1 (2,22%) tem mais de 35 anos de formado (Gráfico 6).

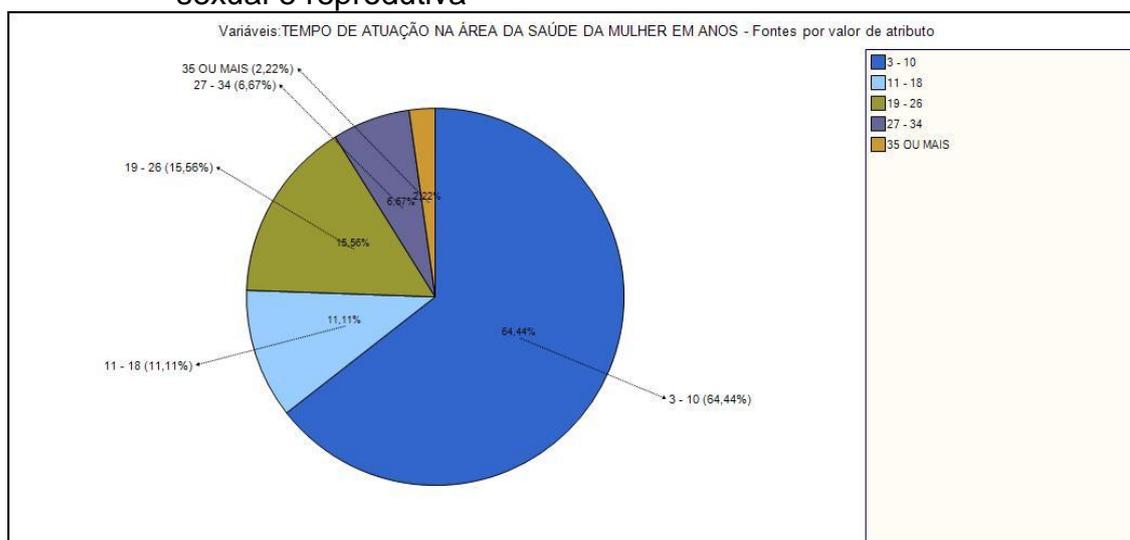
Gráfico 6 – Tempo de formação profissional, em anos, dos participantes



Fonte: A autora, 2015.

No que se refere ao tempo de atuação, em anos, no campo da saúde sexual e reprodutiva, a maioria dos participantes do estudo, 29 (64,44%) atua neste campo entre 3 e 10 anos, 7 profissionais (15,56%) atuam entre 19 e 26 anos, 05 participantes (11,11%) atuam entre 11 e 18 anos, 3 profissionais (6,67%) entre 27 e 34 anos e apenas 1 (2,22%) atua a mais de 35 anos (Gráfico 7).

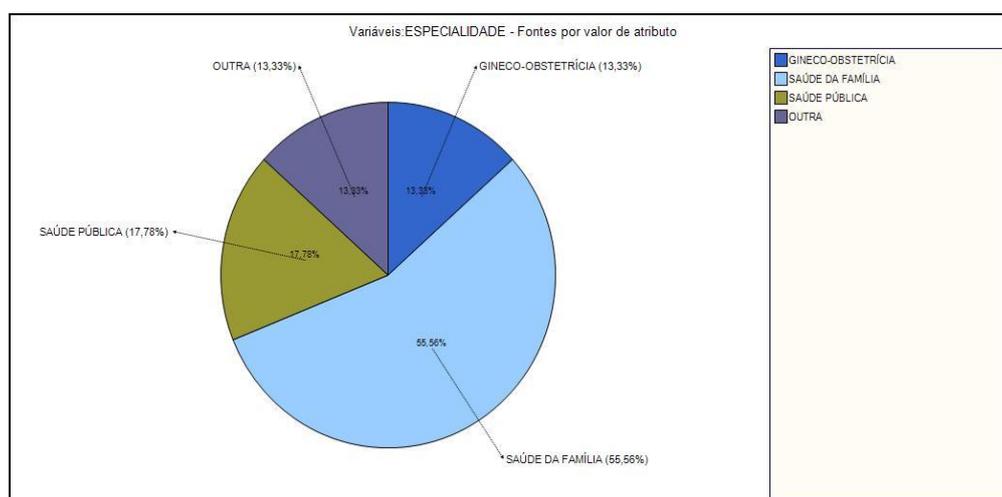
Gráfico 7 – Tempo de atuação, em anos, dos participantes no campo da saúde sexual e reprodutiva



Fonte: A autora, 2015.

No que diz respeito à especialidade cursada ou em curso, a maior parte dos profissionais, 25 (55,56%), é da área da saúde da família, seguidos de saúde pública, 8 (17,78%), gineco-obstetrícia, 6 (13,33%) e outras especialidades (oncologia, endocrinologia, saúde do trabalhador), 6 (13,33%) (Gráfico 8).

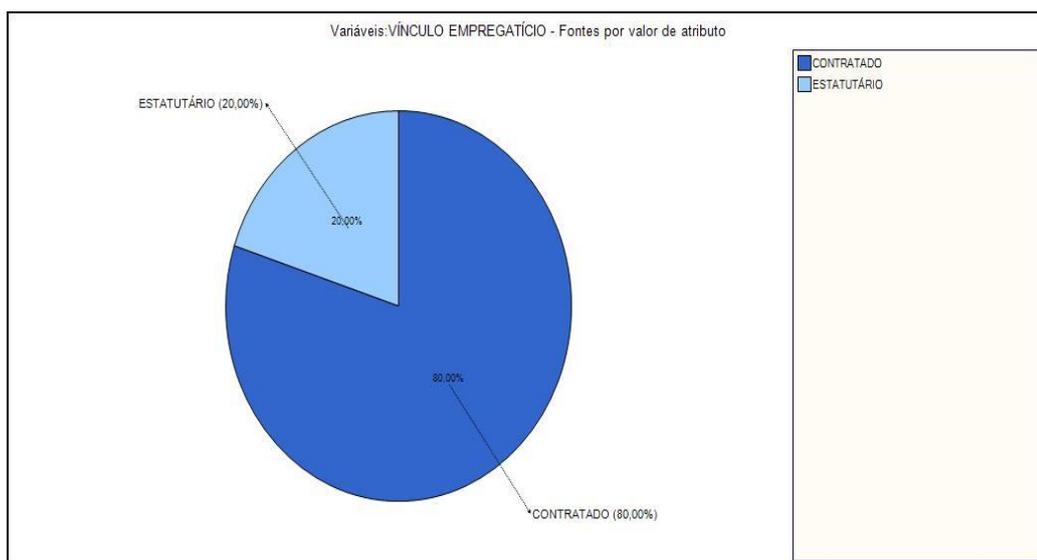
Gráfico 8 – Especialidade dos participantes



Fonte: A autora, 2015.

Quanto ao vínculo empregatício dos profissionais de saúde, chama atenção a instabilidade a que a maior parte do grupo está sujeito, pois 36 profissionais (80%) mantêm vínculo de trabalho, por meio de contrato temporário, passível ou não de renovação, e apenas 9 profissionais (20%) são estatutários (Gráfico 9).

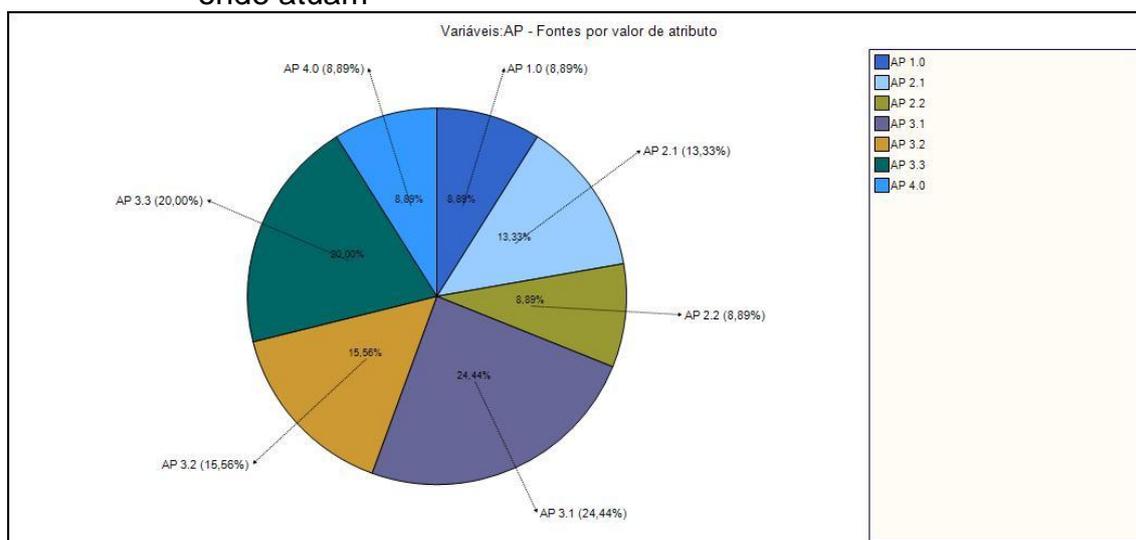
Gráfico 9 – Vínculo empregatício dos participantes



Fonte: A autora, 2015.

No que se refere à distribuição destes profissionais, de acordo com a área programática do município do Rio de Janeiro onde atuam, dentre as 7 APs envolvidas no estudo, 11 profissionais (24,44%) estão lotados na AP 3.1, 09 (20%) na AP 3.3, 7 participantes (15,56%) na AP 3.2, 06 (13,33%) na AP 2.1, 4 profissionais (8,89%) na AP 1.0, 4 (8,89%) na AP 4.0 e 4 (8,89%) na AP 2.2 (Gráfico 10).

Gráfico 10 – Distribuição dos participantes de acordo com a área programática onde atuam



Fonte: A autora, 2015.

Cabe esclarecer que embora a igualdade numérica de participantes, por área programática, não tenha sido alcançada, não houve comprometimento ao estudo, pois, além das áreas serem muito heterogêneas em termos de extensão territorial e número de unidades de saúde, não foi objetivo deste estudo realizar comparações entre as categorias profissionais ou mesmo, entre as áreas programáticas.

De acordo com Oliveira et al. (2007), a constituição de grupos numericamente iguais é exigida para as comparações, nos estudos das representações sociais com abordagem estrutural.

Os atributos do grupo de profissionais, ora apresentado, visa caracterizá-los e desta forma, tornar compreensível a posição de quem fala e as condições de emergência do pensamento social (MOSCOVICI, 2012c).

4.2 Aspectos éticos

Atendendo à Resolução 466/12⁸ do Ministério da Saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2013), que trata das normas sobre pesquisa envolvendo

⁸ A Resolução 196/96 do CNS (1998) foi revogada pela Resolução 466 de dezembro de 2012 e entrou em vigor com sua publicação em junho de 2013.

seres humanos, o projeto de pesquisa foi encaminhado para avaliação, pelo Comitê de Ética em Pesquisa, através da Plataforma Brasil, em 21/11/2013. O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ (COEP) sob o protocolo nº 531.660/ 2014 (ANEXO B).

Todos os participantes do estudo foram devidamente esclarecidos acerca da pesquisa, sobre sua voluntariedade, a possibilidade de interrupção da participação, o anonimato e o caráter confidencial dos seus depoimentos. Os 45 participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) que explica os objetivos da pesquisa, se compromete com o anonimato, garante a possibilidade de interromper a participação na pesquisa em qualquer momento, sem nenhuma penalização ou prejuízo pessoal, e assegura a possibilidade de se recusar a responder qualquer pergunta que considere causar qualquer constrangimento.

O anonimato de todos os participantes foi assegurado por meio do uso de códigos identificadores na publicação dos resultados da pesquisa (E1, E2, E3,..., E24, para as enfermeiras e M1, M2, M3,..., M21, para os médicos). As áreas programáticas e unidades de saúde participantes, como cenário deste estudo, também tiveram sua identificação mantida em sigilo.

4.3 A coleta de dados

Por tratar-se de pesquisa situada no campo dos estudos psicossociológicos, que busca apreender o conteúdo e a organização das representações sociais que enfermeiras e médicos compartilham, acerca das mulheres lésbicas, suas práticas de atenção à saúde, dirigidas a essas mulheres, e o contexto histórico-social em que suas representações e suas práticas se relacionam, optou-se pelo uso de técnicas interrogativas aos participantes, para posterior análise do conteúdo de suas falas.

A coleta de dados foi realizada no período de março a setembro de 2014.

A importância das falas dos profissionais deve-se ao fato de que elas funcionam como veículos das RS. De acordo com Jodelet (2001), as RS circulam nos discursos, são trazidas pelas palavras e por mensagens e imagens midiáticas, cristalizadas em condutas e em organizações materiais e espaciais. Portanto, orientam e organizam as condutas e as comunicações sociais. São ao mesmo

tempo produto e processo de uma atividade de apropriação da realidade exterior ao pensamento e de elaboração psicológica e social dessa realidade. Elas regem nossa relação com o mundo e com os outros.

É reconhecido que através da fala a relação da pessoa com o seu mundo social e com o objeto do qual se fala, é expressa. Assim, a linguagem dos participantes se manifesta no corpo inteiro e se constitui em uma dimensão da hexis corporal (BOURDIEU, 1998).

As técnicas interrogativas incluíram entrevista semiestruturada, técnicas associativas, a partir da evocação livre e técnica de substituição.

O instrumento de coleta de dados (APÊNDICES B, C e D) foi constituído de três partes: solicitação de associação de palavras; roteiro temático da entrevista semiestruturada; e questionário de caracterização dos participantes.

A primeira técnica aplicada aos participantes foi a associação de palavras ou evocação livre, seguida da entrevista semiestruturada, no decorrer da qual foi aplicada a técnica de substituição, para reduzir a pressão normativa, e, por fim, o questionário de caracterização dos participantes.

Ao término de todo o processo de coleta de dados com cada um dos participantes foi realizado o registro das impressões do pesquisador, no que se refere ao contexto e a situação da produção dos dados, bem como o próprio participante foi solicitado a manifestar qualquer interesse quanto ao registro de impressões acerca da pesquisa e da própria coleta de dados, o que no caso deste último, não ocorreu.

A razão desta ordem de aplicação das técnicas de coleta de dados deve-se às recomendações de Oliveira et al. (2005) que defendem que ao realizar a técnica de evocação, juntamente com outras técnicas de coleta de dados, convém realizá-la primeiro para que o seu conteúdo não seja influenciado pelos outros conteúdos abordados, que também dizem respeito ao objeto de estudo.

Os autores destacam ainda, a vantagem de permitir ao pesquisador em uma única abordagem com cada sujeito, expor os objetivos da pesquisa e orientar os procedimentos das técnicas de coleta de dados envolvidas. Os sujeitos também tem a vantagem de dispor de apenas um único momento para participar da pesquisa (OLIVEIRA et al., 2005).

Cabe destacar que as perguntas relativas à caracterização dos participantes, ou seja, o questionário envolvendo questões de ordem pessoal e profissional foi

aplicado apenas ao término da entrevista, constituindo a terceira parte do instrumento de coleta de dados, para evitar que sentimentos acionados por estas questões, de ordem pessoal e profissional, pudessem afetar o conteúdo das respostas acerca da temática do estudo, tanto na evocação livre, quanto na entrevista.

A técnica de evocação livre tem por objetivo ajudar a localizar as zonas de bloqueamento e de recalçamento de uma pessoa, isto é, a exclusão do campo da consciência, de certas ideias, sentimentos e desejos, que o indivíduo não quer admitir, e que, no entanto, continuam a fazer parte da vida psíquica (BARDIN, 2011).

Oliveira et al. (2005) recomendam que por ser uma técnica que exige concentração, o local de sua realização deva ser tranquilo, livre de ruídos e de trânsito de pessoas, de forma que favoreça a reflexão e que haja o mínimo de interferência externa.

A razão da opção pela evocação de cinco palavras deve-se à recomendação dos autores, que afirmam que a partir de seis palavras há um declínio na rapidez das respostas, descaracterizando o aspecto natural e espontâneo das evocações livres (OLIVEIRA et al., 2005).

Cabe esclarecer que até o início da coleta de dados pretendia-se aplicar simultaneamente, a este estudo, as abordagens estrutural e processual, ambas complementares à TRS. Assim, para dar conta da abordagem estrutural, apreendendo o conteúdo e a estrutura das RS, previa-se aplicar a técnica de evocação livre a 160 participantes, dos quais, apenas 40 seriam entrevistados.

Entretanto, diante da recusa de muitos profissionais, em participar desta pesquisa, e da avaliação de que o número de participantes, necessário à aplicação da abordagem estrutural, não seria alcançado, optou-se pela aplicação exclusiva da abordagem processual e, deste modo, a técnica de evocação livre foi aplicada apenas àqueles que, concordaram em participar voluntariamente da pesquisa, sendo também entrevistados, totalizando 45 profissionais, dos quais 24 enfermeiras e 21 médicos.

Devido a estas circunstâncias, a associação de palavras foi utilizada apenas como estratégia de aproximação do participante ao objeto de representação social, sendo incorporada e aprofundada nas entrevistas, realizadas imediatamente após sua aplicação.

Conforme mencionado, muitas enfermeiras e médicos que inicialmente se prontificaram a participar da pesquisa declinaram da decisão ao tomar conhecimento de que a pesquisa envolvia a temática da homossexualidade.

Refletindo acerca das reações expressas por estes profissionais de saúde, acredito que o fato de estarem dentro da unidade de saúde e investidos da posição de profissional, contribuiu para que se exigissem cumprir certos comportamentos e discursos, mais ajustados a tal posição e campo, o que os obrigariam a fornecer respostas em conformidade com a norma social, mas, possivelmente divergentes do real pensamento que orienta suas práticas (ABRIC, 2001b; BOURDIEU, 1998). Assim, admite-se que a situação de conflito e desconforto deflagrados pelo convite para participar da pesquisa, e a autoavaliação quanto ao risco de involuntariamente colocar-se em contradição à posição ocupada, contribuiu para que censurassem a própria participação na pesquisa.

Essa inferência tem respaldo em Bourdieu (1998) que afirma que a instituição de uma identidade, no caso, a identidade profissional, é a imposição de um nome, de uma essência social. É ao mesmo tempo um direito de ser e um dever de ser. É fazer ver a alguém o que ele é e ao mesmo tempo lhe fazer ver que tem que se comportar de acordo com tal identidade.

Sendo assim, diante da impossibilidade de se comportar e falar de acordo com o que é esperado para a sua identidade profissional, a censura se manifesta e alcança seu mais alto grau de perfeição e invisibilidade quando o agente não tem mais nada a dizer, além daquilo que está objetivamente autorizado a dizer (BOURDIEU, 1998).

Aos 45 participantes deste estudo, primeiramente, foi solicitado que expressassem espontaneamente cinco palavras ou expressões que lhes viessem imediatamente à lembrança quando lhes fosse oralmente apresentado o termo indutor "mulher lésbica". Os participantes também foram solicitados a fazer comentários acerca das palavras evocadas, no decorrer das entrevistas.

Cabe comentar que mesmo entre os profissionais que concordaram e participaram da pesquisa, as dificuldades apresentadas, por ocasião da evocação livre das palavras ou expressões, associadas ao termo "mulher lésbica", foram inúmeras e manifestas de variadas formas: por meio da expressão corporal de desconforto; do longo silêncio inicial; da ironia; do excesso de polidez; da evocação

de palavras em número inferior ao solicitado; e dos pedidos para iniciar, pela entrevista, deixando o teste de palavras para o fim.

Neste sentido, a recomendação de Oliveira et al. (2005) quanto à priorização da tarefa de evocação por servir como *rapport*, ou seja, de estímulo ou elemento motivador para introduzir o sujeito na técnica de entrevista, no caso deste estudo, possivelmente pelo caráter normativo da temática, não se confirmou.

Embora este estudo não se proponha a uma análise de discurso, cabe referir Fairclough (2001) que menciona que certas perguntas podem ser ameaçadoras, por serem possivelmente embaraçosas e que sinais não-verbais sempre são emitidos, quando as pessoas se sentem incapazes para falar explicitamente sobre eles.

A perspectiva crítica adotada nesta pesquisa pressupõe que a linguagem dos agentes sofre a influência de seu capital e de sua posição no sistema social e assim, estes agentes, no caso, os participantes do estudo, fazem seleções, segundo as circunstâncias sociais, pois a linguagem torna pública sua visão de mundo e as ideologias envolvidas, elementos de suas representações sociais (BOURDIEU, 1998; JODELET, 2001).

A segunda parte do instrumento de coleta de dados, a entrevista em profundidade ou semiestruturada constitui-se em um método indispensável a todos os estudos sobre as representações, permitindo o acesso ao conteúdo de uma representação e às atitudes assumidas pelo indivíduo (ABRIC, 1994).

Oliveira (1996) destaca que a entrevista semiestruturada reserva um espaço para a expressão livre do entrevistado, uma vez que é desejável que as representações sociais não sejam analisadas apenas a partir do conteúdo objetivo das falas, mas também a partir da contradição intrínseca aos discursos. Estes, em certa medida, revelam as próprias contradições intrínsecas à práxis cotidiana.

Considerando-se o pressuposto de que as representações sociais das enfermeiras e médicos da área de saúde sexual e reprodutiva acerca das lésbicas tem uma dimensão fortemente normativa, por envolver julgamentos de ordem moral, já que o objeto trata da homossexualidade feminina, reconhece-se a possibilidade dos profissionais expressarem apenas atitudes que lhes pareçam ser mais conformantes às normas, produzindo o que Abric (2005) nomeia de “zona muda”.

Abric (2005) refere-se à problemática das diversas defasagens entre o que as pessoas dizem e o que elas fazem, quer dizer, entre as representações colhidas pelos pesquisadores e as representações que estão na cabeça das pessoas. Isto

leva a crer que a representação possui dois componentes: uma representação explícita, verbalizada e uma representação não verbalizada, não expressa, a zona muda.

Ainda em relação a esta questão, Sá (1998) diz que a espontaneidade não é uma garantia de ampla revelação das representações, podendo mesmo ter, ao contrário, o efeito de encobri-las.

Por definição, a zona muda não é a parte inconsciente das representações, pois ela é conhecida pelo indivíduo, mas não pode ser expressa, porque ele ou o grupo não quer expressá-la publicamente, devendo permanecer escondida (ABRIC, 2005).

Jodelet (1984) afirma que com frequência o não dito, a premissa implícita que se omite, constitui um conteúdo principal da representação.

Para favorecer a expressão da zona muda, fez-se necessário utilizar técnicas para reduzir a pressão normativa que se exerce sobre o indivíduo, em outras palavras, foi preciso tornar possível certas posições ilegítimas. Esta redução pode ser feita de dois modos: agindo sobre o sujeito, através técnica da substituição, ou agindo sobre o grupo de referência, através da técnica de descontextualização normativa. Neste estudo, foi utilizada a técnica de substituição.

Esta técnica prevê que seja realizada a comparação entre a situação normal, na qual o sujeito fala em seu nome e a situação em que se utilizou a técnica de substituição, no decorrer da qual respondeu em nome de outros, com o objetivo de revelar a zona muda, caso haja.

A técnica da substituição tem por objetivo diminuir o grau de envolvimento do sujeito, reduzir os mecanismos de defesa e deve ser realizada em duas etapas: 1º responder em seu próprio nome; 2º responder em lugar dos outros (imagine e diga o que responderiam os outros – segundo sua opinião), que são os membros de seu grupo de pertença próximo e ou mais amplo. Assim, se permite que o sujeito tome certa distância e expresse, sob a cobertura dos ‘outros’, suas próprias ideias. A limitação desta técnica está na interpretação dos resultados. Quer dizer, as respostas podem indicar efetivamente um fenômeno projetivo, revelando a zona muda; mas podem também refletir apenas a representação que o sujeito faz do grupo (SILVA; FERREIRA, 2012).

De acordo com Silva e Ferreira (2012), as perguntas devem avançar do particular para o geral, e assim, iniciar com perguntas que levantem aspectos do

objeto de representação de nível mais familiar para o geral e mais abstrato, estranho e ambíguo e devem fazer emergir informações, imagens, crenças, opiniões, abordar aspectos do cotidiano dos sujeitos, além de caracterizá-los para compreender o grupo no sujeito e o sujeito no grupo, assim como captar a zona muda da representação.

Cabe esclarecer que, neste estudo, as práticas de atenção à saúde das mulheres lésbicas, realizadas por enfermeiras e médicos do campo da saúde sexual e reprodutiva, foram inferidas a partir das narrativas dos próprios profissionais, por considerar, conforme os estudos de Oliveira (2005), que as técnicas específicas para sua apreensão, como a observação participante e controlada não seria acessível em função dos objetivos estabelecidos nesta pesquisa e da necessidade do respeito à privacidade da mulher no espaço da consulta individual.

As entrevistas foram realizadas nos próprios locais de trabalho dos participantes, em salas ou consultórios fechados, para assegurar sua privacidade, e para sua realização foi utilizado um roteiro temático elaborado com vistas a ajudar a construir a teoria compartilhada, pelo grupo de profissionais, acerca da mulher lésbica, dando conta das três dimensões das representações sociais, dimensão cognitiva, estrutural e afetivo-valorativa.

De acordo com Sá (1998) as perguntas devem ser formuladas de modo que o sujeito seja levado a se colocar no mais alto dos seguintes níveis: as imagens mentais, as representações referenciais e os sistemas de relações. Segue-se que as perguntas devem ser formuladas de modo a deixar lugar para os julgamentos de valores, evitando-se questões de definição.

Jodelet (1984) defende a necessidade de fazer boas perguntas aos sujeitos, ao privilegiar a técnica da entrevista em profundidade, ela sugere que se comece com perguntas de caráter mais concreto, factuais e relacionadas às experiências cotidianas dos sujeitos, para gradativamente passar a perguntas que envolvam reflexões mais abstratas e julgamentos.

Seguindo estas recomendações, o roteiro temático de entrevista apresenta um questionamento central (Fale-me a respeito da sua lembrança mais marcante que envolve uma mulher lésbica. Fale-me sobre esta experiência), na intenção de favorecer uma fala livre, seguida de questões complementares, que foram previstas para serem apresentadas, aos participantes, nos casos em que não tenham sido espontaneamente abordados, por ocasião da pergunta inicial.

Assim, a entrevista do tipo semiestruturada é uma articulação entre a entrevista não estruturada, na qual o informante aborda livremente o tema proposto e a entrevista estruturada, que pressupõe perguntas previamente formuladas (MINAYO, 2004b).

Os conteúdos das questões complementares referem-se às experiências cotidianas das práticas de atenção à saúde de mulheres lésbicas e, portanto, mais concretas e familiares, compondo suas imagens mentais, como seus conhecimentos, as informações e conceitos, seguidos de questões relativas aos sentimentos, julgamentos, valores, apontando para suas atitudes frente à mulher lésbica, e por fim, os elementos mais abstratos e estranhos que formam o sistema de relações, ou seja, a organização das imagens com base na sua relação com o contexto e fatores sócio-histórico-culturais, que constituem o campo representacional, a dimensão estrutural.

As questões relativas ao cotidiano das práticas de atenção à saúde de mulheres lésbicas incluíram a abordagem das dificuldades encontradas pelos profissionais e ainda, as singularidades de saúde de lésbicas, reconhecidas por estes.

Ao longo de toda a entrevista, foi aplicada a técnica de substituição para evitar que a pressão normativa e a carga afetiva interferissem nas respostas, reduzindo o grau de envolvimento do profissional, levando-o a responder primeiro em seu próprio nome e, em seguida, responder em lugar dos outros, mediante questões do tipo “o que você pensa” seguida de “o que seus colegas de trabalho pensam” (APÊNDICE C).

Os depoimentos foram gravados em áudio, por meio digital, e depois transcritos, uma vez que a gravação tem a vantagem de proporcionar o registro de todas as expressões orais, deixando o entrevistador/ pesquisador livre para prestar toda a sua atenção ao entrevistado.

Os registros documentais incluem as transcrições das entrevistas e as impressões do entrevistador e se constituem em uma fonte poderosa de onde poderão ser retiradas evidências que fundamentem afirmações e declarações do pesquisador. Não é apenas uma fonte de informação contextualizada, mas surge num determinado contexto e fornece informações sobre esse mesmo contexto (LUDKE; ANDRÉ, 1986).

O material produzido a partir da transcrição das entrevistas ficará guardado, por um período de cinco anos, com a pesquisadora e os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa, cujos resultados serão divulgados através de eventos, publicações científicas ou ainda, em forma de livro.

A última etapa da coleta de dados compreende a caracterização do perfil dos participantes e incluiu variáveis de identificação pessoal e profissional das enfermeiras e médicos, tais como: nome, telefone e E-mail para contato, sexo, idade, religião, raça/ cor, orientação sexual, profissão, tempo de formação/ graduação, tempo de atuação no campo da saúde sexual e reprodutiva, especialidade cursada ou em curso, nome da unidade de saúde onde atua, área programática de localização da unidade de saúde no município.

4.4 A análise de dados

Todos os depoimentos foram submetidos à análise de conteúdo temático-categorial. Neste sentido, Moscovici (2012c) salienta que tudo o que é dito ou escrito é passível de ser submetido a uma análise de conteúdo.

Assim, a análise buscou apreender no conteúdo dos depoimentos de enfermeiras e médicos, todos os elementos constitutivos de suas representações sociais, bem como as teorias científicas, as ideologias formalizadas, os eixos culturais, as experiências e comunicações cotidianas que as alimentaram e que, portanto, serviram de matéria-prima à sua elaboração (VALA, 2000).

A análise de conteúdo é definida por Bardin (2011) como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos objetivos e sistemáticos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/ recepção destas mensagens.

Oliveira (2008), ao sistematizar as proposições de Bardin, alerta que, para que a análise de conteúdo tenha valor científico, é necessário que se submeta a regras precisas que as diferenciem de análises intuitivas. Neste sentido, todos os procedimentos sistematizados por Oliveira (2008), para a análise de conteúdo temático-categorial, foram respeitados, conforme se seguem.

A análise dos dados teve início pela leitura flutuante e exaustiva das transcrições das entrevistas, à luz do referencial teórico que sustenta a pesquisa, com vistas ao conhecimento dos conteúdos presentes. No segundo momento, foram delimitadas as unidades de registro (UR), ou seja, os recortes dos depoimentos de significado relevante ao objeto de estudo, de forma a permitir a aplicação de regras de quantificação. Em seguida, as unidades de registro foram agrupadas, com base na semelhança de seus conteúdos, constituindo as unidades de significação ou temas, para as quais foi atribuído um título genérico.

Nesta etapa da análise de dados, tendo em vista a grande quantidade de dados produzidos e as facilidades de manejo promovidas, pelo uso de softwares de apoio às pesquisas qualitativas, optou-se pelo uso do NVivo 10 for Windows.

Os *softwares* de apoio à análise de dados em pesquisas qualitativas surgiram no cenário acadêmico internacional em torno de 1980. Embora o uso destes softwares ainda seja incipiente no Brasil, o NVivo se configura como o mais utilizado no ambiente acadêmico. Desde a sua construção, o NVivo vem evoluindo, de modo que sua última versão, o NVivo 10 for Windows, foi lançada em junho de 2012. Suas principais ferramentas de apoio à análise de dados incluem a criação de pastas pessoais para organização de arquivos, que podem ser de diferentes formatos, de texto, imagem ou som; facilidades para codificação de dados; mecanismos de busca; facilidades para categorização durante o processo de codificação; geração de relatórios; elaboração de gráficos; dentre outros (LAGE, 2011).

Entre as principais estruturas de um projeto NVivo estão os *Nodes* ou nós, que podem ser do tipo *Free Node* (um nó isolado) ou *Tree Node* (uma árvore de nós). Um nó isolado é uma estrutura de armazenamento de informações codificadas, fragmentos de texto, correspondentes às unidades de registro. Portanto, um nó isolado corresponde a uma unidade de significação ou tema e uma árvore de nós corresponde a uma subcategoria, ou seja, agrupamento de nós isolados. A partir dos agrupamentos subsequentes, das árvores de nós, são alcançadas as categorias (LAGE, 2011).

Assim, os nós isolados foram quantificados em número de referências, na linguagem do software, correspondentes às UR, de forma a evidenciar os nós mais expressivos, presentes nos depoimentos dos participantes. Prosseguiu-se aos reagrupamentos de nós, segundo critérios empíricos, de modo a constituir as subcategorias e dando sequência aos agrupamentos, as categorias deste estudo.

Quanto à construção das categorias, cabe destacar que durante este processo, foram perseguidas as características sugeridas por Oliveira (2008), que considera como boas categorias aquelas que apresentam homogeneidade, exaustividade, exclusividade, objetividade, adequação ou pertinência, importância quantitativa e qualitativa dos temas.

Convém esclarecer que a análise dos dados e sua categorização foram aplicadas ao conteúdo integral dos depoimentos, ou seja, a todas as partes do instrumento de coleta de dados, associação de palavras, entrevista semiestruturada e caracterização dos participantes.

Ao longo do processo de análise dos dados foram delimitadas 2272 unidades de registro ou referências, as quais foram submetidas a sucessivos agrupamentos, constituindo três categorias, conforme Quadro a seguir.

A descrição e discussão das categorias estão apresentadas nos capítulos seguintes.

Quadro – Categorias e subcategorias emergentes

1. As representações sociais de enfermeiras e médicos, do campo da saúde sexual e reprodutiva, sobre a homossexualidade (734 referências)
2. As representações sociais de enfermeiras e médicos, do campo da saúde sexual e reprodutiva, sobre as mulheres lésbicas e suas relações afetivo-sexuais e familiares (462 referências)
2.1 A mulher lésbica – entre o feminino e o masculino
2.2 As relações afetivo-sexuais e familiares de lésbicas
3. A consulta à mulher lésbica, no campo da saúde sexual e reprodutiva, e suas especificidades de saúde (1076 referências)
3.1 A interação profissional cliente e as percepções profissionais sobre a saúde sexual e reprodutiva da lésbica – a primeira etapa da consulta
3.2 As medidas de prevenção das DST, o exame preventivo do câncer do colo do útero e a maternidade lésbica – a segunda etapa da consulta

Fonte: A autora, 2015.

5 AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ENFERMEIRAS E MÉDICOS, DO CAMPO DA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA, SOBRE A HOMOSSEXUALIDADE

Procurou-se neste capítulo descortinar os conhecimentos, as percepções e as crenças dos profissionais de saúde, enfermeiras e médicos, que atuam no campo da saúde sexual e reprodutiva, sobre as sexualidades e, em especial, a homossexualidade.

A razão disto, deve-se ao fato de que, por ocasião das entrevistas, quando solicitados a falar sobre suas lembranças mais marcantes em relação às mulheres lésbicas, a grande maioria dos profissionais de saúde, participantes do estudo, iniciou seu discurso pela expressão de suas ideias em relação à homossexualidade, para posteriormente, fazer referência às mulheres lésbicas, apontando seus esquemas de percepção e apreciação sobre o objeto deste estudo.

A partir da apreensão da representação que os profissionais de saúde possuem sobre a homossexualidade, estabeleceu-se sua correlação com os históricos argumentos utilizados no debate acerca da temática das sexualidades e ainda, os preconceitos que cercam o assunto e a atitude deste grupo social frente à homossexualidade e, conseqüentemente, frente às lésbicas.

Na sociedade ocidental, Foucault (2005) lançou as bases para o abandono da hipótese repressiva no que se refere às sexualidades. Ao contrário do que é corrente no senso comum, com ele vimos que a sociedade não está todo o tempo tentando controlar uma energia natural incontrolável, que emana do corpo, reprimindo o discurso, ao contrário, o que é próprio das sociedades modernas não é condenar o sexo a permanecer na obscuridade, mas sim, falar dele sempre, valorizando-o como segredo. Teríamos assim o incitamento ao discurso sobre o sexo, em uma explosão discursiva sempre em expansão, que é parte de uma complexa intensificação do controle sobre os indivíduos.

Assim, as sexualidades são frequentemente trazidas nas conversas e, em especial, entre os profissionais de saúde e aqueles atuantes no campo da saúde sexual e reprodutiva, onde o corpo e a sexualidade, especialmente a feminina, são tomados como objetos de trabalho da medicina da mulher ou ginecologia, que prescreve as normas consideradas as mais adequadas, no que se refere ao comportamento sexual e reprodutivo (ROHDEN, 2003).

Através das falas, das conversas, do encontro e das interações entre os profissionais no universo cotidiano da saúde, circulam, se cruzam e se cristalizam suas representações acerca das sexualidades e, especialmente, da sexualidade considerada estranha, a homossexualidade.

Desta forma, a representação social constitui-se em uma modalidade de conhecimento particular elaborada por um grupo social e tem a função de direcionar os comportamentos e contribuir com a comunicação entre os indivíduos. As representações correspondem à substância simbólica e também, à prática que produz tal substância (MOSCOVICI, 2012a).

Em relação aos elementos que integram o conteúdo da representação social sobre a homossexualidade, presentes nas falas desses profissionais de saúde (24 participantes – 53,33%), no que tange às tentativas de explicação para a sua origem, chama atenção o fato de que, a simples percepção de uma expressão de gênero considerada antagônica ao sexo biológico do corpo, entre as crianças, é suficiente para que considerem revelador de uma identidade homossexual.

Nestes casos, em que presumem a homossexualidade na infância, atribuem a orientação homossexual a um possível fator genético e assim, justificam sua transmissão, como um patrimônio genético, e ainda, apontam a crença numa maior incidência de casos de homossexualidade em determinadas famílias, conforme se segue nos depoimentos a seguir.

Tem crianças que já apresentam sinais [de homossexualidade], desde muito cedo. Então, acho que tem casos que já nascem assim. Eu tive dois conhecidos, homens, que moravam no mesmo prédio que eu, e desde pequenininhos se manifestavam bem afeminados. Aqueles ali, já eram gays quando nasceram. Só de olhar a gente já sabia. Interessante é que eram irmãos. Parecia até ser uma coisa de família. Como eram irmãos e gays, a gente comentava até que devia ser, no caso deles, alguma coisa de família. Até mesmo genético. (M15)

Acho que é uma coisa [homossexualidade] que já está dada desde o nascimento. Embora alguns achem que não. Desde criança ele já se aproximava mais dos garotos e se interessava mais por coisas de menina. Por isso, acho que é uma coisa que já está dada desde o nascimento. Embora alguns achem que não. (M6)

Acho que quem é homossexual já nasce assim, com isso. Mas, não sei muito sobre o assunto não. Acredito que possa ter alguma determinação genética, tanto que em determinadas famílias, você vê vários casos. (M10)

Tem umas e uns [homossexuais] também, que a gente vê que vem de berço mesmo. Já nascem com aqueles trejeitos. (M12)

Eu acho que tem algumas meninas que, desde crianças, apresentam aquele comportamento de não ser tão feminina, de gostar de brincar com coisas de menino. Quando você encontra com essa menina na fase adulta, realmente, você vê que é gay. Então, acho que essas já nascem assim. Nesses casos, só pode ser genético. (E19)

Você vê que há casos que tanto o menino, quanto a menina, desde muito pequeno, já manifestam isso, o menino já com o jeito muito afeminado e a menina, masculinizada. Até nas brincadeiras, a gente percebe. Então, eu acho que já nascem assim mesmo. Alguns casos, claro. (E22)

Então, na verdade, eu não sei explicar o motivo do homossexualismo. Acho possível que tenha alguma questão genética envolvida. (E11)

É bastante controvérsia, não é? Em relação à questão genética, a Psicologia nega isso até o final dos tempos. Mas, eu acredito que possa ter um traço genético que favoreça sim. (E6)

É impressionante como a gente vê crianças já com todos os jeitinhos de homossexual. A gente nota, quando a pessoa tem traços de homossexualidade, desde criança. Não é possível que seja somente uma questão comportamental. Eu acredito que tenha uma questão genética por trás. Só que ninguém ainda comprovou isso. (E18)

A ideologia de gênero e a norma heterossexual, claramente presentes no conteúdo da representação dos profissionais de saúde sobre a homossexualidade, parecem não permitir conceber entre as pessoas, mesmo entre as crianças, do sexo biológico masculino, atributos socialmente considerados femininos e entre aquelas cujo sexo biológico é o feminino, os atributos considerados masculinos, estabelecendo-se uma rígida conexão entre o sexo biológico, a expressão de gênero e a orientação sexual.

A ideologia de gênero é uma ideologia dualista que designa uma visão de mundo que integra várias ideias sobre o masculino e o feminino concebidas como opostas e excludentes, além de fixas em suas diferenças. Aplicada à construção da sexualidade, promove a hegemonia heterossexual, que envolve homens sexualmente ativos e mulheres sexualmente passivas (GIFFIN, 1994). Aponta, portanto, para a naturalização do gênero, dos papéis socialmente impostos aos sexos, tornando-os incontestáveis, reforçando estereótipos, a perspectiva binária, a complementaridade entre o masculino e o feminino, a heteronormatividade, a relação hierarquizada dos sexos e a dominação masculina.

A partir desta perspectiva ideológica, se exerce o controle da sociedade, dos indivíduos, de seus corpos, reforçando a rigidez dos papéis considerados apropriados aos sexos e esperados para homens e mulheres. A ideologia de gênero reforça a construção social de dois tipos de ser e a atribuição de tais qualidades

opostas, retira ao ser humano seu movimento dialético, escamoteando o seu significado integral (PITANGUY, 1982).

Essa rígida associação entre o sexo do corpo e o gênero, fêmea com atributos femininos e, macho com atributos masculinos, faz com que todas as pessoas que fujam a essa regra, sejam socialmente consideradas desviantes do normal, estranhas e é suficiente para que sejam identificadas, classificadas como homossexuais, *gays* ou lésbicas.

Essa representação sobre a origem da homossexualidade nos remete à perspectiva essencialista, apoiada por alguns estudiosos do campo da sexualidade, que defende a existência de algo inerente à natureza humana, a biologia, inscrito nos corpos na forma de um instinto ou energia sexual, que conduz a sexualidade. Nessa perspectiva, a sexualidade ora restringe-se a um mecanismo fisiológico, a serviço da reprodução da espécie, ora à manifestação de uma pulsão, de ordem psíquica, que se busca extravasar (WEEKS, 2000).

É fato que nossos corpos constituem-se na referência que ancora, por força, nossas identidades. Espera-se que o corpo dite a identidade especialmente, a identidade sexual. Entretanto, os corpos não são tão evidentes como usualmente pensamos. Nem as identidades são uma decorrência direta das evidências dos corpos (LOURO, 2000).

Ao longo da vida e através das mais variadas instituições e práticas sociais, nos constituímos como homens e mulheres, num processo que não é linear, progressivo ou harmônico e que também nunca está finalizado ou completo.

O gênero é um aprendizado diário, resultante de um contínuo trabalho coletivo de socialização do biológico e de biologização do social, que produz nos corpos e nas mentes o fundamento arbitrário da divisão hierarquizada entre o masculino e o feminino (BOURDIEU, 1999).

Assim, a construção social do gênero é percebida como algo natural e é justamente a invisibilidade dessa construção que assegura sua força, inclusive na percepção subjetiva de ser, masculino ou feminino, constituindo uma identidade, a identidade de gênero.

A identidade de gênero diz respeito à percepção de ser masculino ou feminino, ao senso de pertencimento a um ou outro gênero, conforme os atributos, os comportamentos e os papéis convencionalmente estabelecidos para homens e mulheres. Diz respeito à maneira como alguém se sente, se identifica, se apresenta

para si e para os demais e como é percebida, como masculino ou feminino, ou ainda, uma mescla de ambos, independente, tanto do sexo, quanto da orientação sexual (BRASIL, 2009a).

Já a identidade sexual refere-se a duas questões diferenciadas: por um lado, é o modo como a pessoa se percebe em termos de sua orientação sexual, ao sexo das pessoas que elege como objetos de desejo e afeto; por outro lado, é o modo como ela torna pública, ou não, essa percepção de si (BRASIL, 2009a).

As identidades de gênero e sexuais são, portanto, compostas e definidas por relações sociais e são moldadas pelas redes de poder de uma sociedade.

Uma forma de sexualidade é então generalizada e naturalizada e funciona como referência para todo o campo e para todos os sujeitos. Assim, a heterossexualidade é concebida como natural e também como universal e normal. Conseqüentemente, as outras formas de sexualidade são constituídas como antinaturais, peculiares e anormais (LOURO, 2000).

A ideologia de gênero e a norma heterossexual estão tão fortemente impregnadas nas mentes e nos discursos dos profissionais de saúde investigados, que ao tentarem explicar a homossexualidade, nas situações em que percebem sua manifestação mais tardiamente, fora do período da infância e, por esta razão, possivelmente não genéticas, deixam claro sua percepção de que se trata de uma sexualidade resultante de um evento singular e de conotação negativa, que desvia o curso normal da sexualidade de uma pessoa, ou seja, desvia da heterossexualidade.

Assim, vários estigmas emergem das falas desses profissionais de saúde, expressando um elemento importante do conteúdo de suas representações. A orientação homossexual é pensada como uma possível consequência de experiências afetivo-sexuais anteriores negativas, com o sexo oposto, como é o caso de abuso ou trauma sexual, frustração e carência afetiva. Em menor proporção, é referido ambiente doméstico desestruturado e ainda, nas situações em que não encontram uma explicação objetiva para a homossexualidade, mencionam as doenças espirituais.

Conversávamos muito e ela me contava os problemas que tinha tido na vida. Pelo que falava, eu acho que tinha sofrido algum tipo de abuso sexual. Talvez por isso, tenha experimentado a vida homossexual. (E11)

Às vezes, até casos de violência sexual mesmo, não é? Já ouvi falar que algumas mulheres que sofrem situações de violência, de estupro, acabam se tornando homossexuais. (E12)

Nas situações de homossexualidade em si, há alguns casos de relato de trauma. Trauma sexual, às vezes, dentro da própria família, abuso, tanto para os homens, quanto mulheres, entendeu? É uma coisa tão forte, tão marcante, no psicológico da pessoa, que afeta a orientação sexual. (M8)

Acredito que possa ter mulheres que, de repente, sofreram abusos sexuais. Alguns pais estupram as filhas. Isso, acho que pode ser uma causa da homossexualidade. O abuso sexual é uma coisa que fica marcado para sempre. O abuso sexual deixa marcas terríveis que acredito que muitas possam ter. (M20)

E, às vezes, a causa está nas frustrações, muita frustração sexual com o sexo oposto. (M13)

Acho que pode ser falta de oportunidade de encontrar um parceiro bom. Às vezes, uma experiência sexual [heterossexual] anterior ruim, e acabam achando isso numa mulher. (M18)

Eu falei desilusão, porque a gente observa que a maioria das mulheres lésbicas, teve alguma desilusão com os homens. Acho que numa família onde um pai espanca a mãe, onde há um ambiente de bebidas, drogas, essas coisas ruins, são causas de homossexualidade entre as jovens. (E6)

Disse que teve um noivo e que foi com ele, a sua primeira relação sexual. Daí, já estavam prestes a casar, quando ela pegou ele na cama com outra. Desde então, ela não teve mais vontade de ter relação com homem nenhum. Então, essa decepção foi o motivo da homossexualidade dela. (E1)

Eu penso em carência, quando imagino uma mulher homossexual, porque na minha ignorância, nada a ver com estudo nenhum, na minha percepção, a causa disso [homossexualidade] vem de uma carência anterior qualquer, carência afetiva, sexual. Com algum homem, sabe? (E22)

Agora lembrei que tinha uma paciente que não era homossexual e se tornou por decepção amorosa. Ela se tornou [homossexual] e a gente soube, pelo ACS, que foi depois de uma decepção com o marido. Ela descobriu que ele estava com outra. (M15)

Eu já ouvi dizer também que a maioria dos casos, uns 75%, são devidos a doenças espirituais. (E7)

Os achados corroboram os estudos de Castañeda (2006, 2007) que afirma que os estigmas, mais frequentemente envolvidos nas explicações para a homossexualidade, incluem as frustrações afetivo-sexuais com homens; relações familiares desestruturadas; traumas e fatores biológicos, como: quantidades desajustadas de hormônios, tamanhos anormais de cérebros e glândulas.

Cabe ainda, comentar que os termos trauma, decepção, frustração, desilusão, carência e violência, presentes nas falas dos profissionais de saúde pesquisados, foram todos evocados automaticamente, por estes, antes de iniciar a entrevista e induzidos pelo termo “mulher lésbica”. A velocidade de resposta, sutilmente exigida, pela tarefa de evocação livre, conduz ao automatismo verbal, levando os falantes a

não terem as condições necessárias para selecionar as palavras que consideram mais apropriadas às circunstâncias e à sua posição social. Deste modo, o grupo acaba por revelar inadvertidamente suas visões, ideologias, preconceitos, o que posteriormente, deve ser explicado no curso da entrevista.

No entender de Bourdieu (1998), a lógica dos automatismos verbais conduz sorrateiramente ao uso comum da palavra, com todos os valores e preconceitos que lhe são solidários.

Além disto, chama atenção a marcante presença de elementos do senso comum, integrando as representações de profissionais de saúde, quando se supunha, em razão do seu capital científico, uma dominância de elementos do universo reificado, o que pode indicar deficiências na abordagem da temática das sexualidades na formação profissional.

Em menor proporção, entre 12 profissionais de saúde (26,66%) e ainda, compartilhando de argumentos essencialistas, a sexualidade é referida como uma dimensão que se constrói no decurso da vida e, por esta razão, nestes casos, a história de vida é reconhecida como um elemento importante em sua construção.

Olha, para ser bem sincero, acho que cada caso é único. Acredito que existem duas situações: aqueles e aquelas homossexuais que já nasceram assim e aqueles que isso se construiu, no curso da vida, e se tornaram homossexuais. (E2)

Eu acho que a orientação sexual depende mesmo da experiência de vida da pessoa. Depende da vivência dela, dos laços que ela construiu na vida. (E20)

Acho que nós temos potencialidade para gostar de homens ou de mulheres. Vai depender da trajetória de vida de cada um de nós. (M3)

Acho que desde quando a gente começa a se desenvolver na vida, a sexualidade se desenvolve também. (M19)

Acho que deve ter muitas questões envolvidas, da história de vida de cada uma. (M21)

Eu acho que ela [sexualidade] se forma ao longo do desenvolvimento do indivíduo e certamente, muitas coisas da história de cada um afetam a sexualidade. (M14)

Este modo de pensar, embora por vezes contraditório, por também incluir argumentos essencialistas, que explicam a sexualidade com base na biologia, na tentativa de explicar a origem da homossexualidade, tem aderência com a

perspectiva construcionista, que defende a ideia de que a sexualidade é construída na rede de todos os pertencimentos sociais.

Nesta perspectiva, somos sujeitos de múltiplas identidades e todas as nossas identidades, de raça, gênero, classe, geração, religião, estão imbricadas com a identidade sexual e esses vários marcadores sociais interferem na forma de viver a identidade sexual (LOURO, 2000).

A sexualidade não é apenas uma questão pessoal, mas é social e política; é apreendida e construída ao longo da vida.

Ainda nesta corrente teórica, é reconhecido que o discurso afeta os sujeitos e assim, participa da constituição das identidades, das relações sociais e dos sistemas de conhecimento e crença. Portanto, é preciso ter uma visão crítica acerca de seu papel na manutenção da hegemonia de determinados grupos sociais em detrimento de outros. Nesse sentido, a transformação das práticas passa por uma transformação do discurso (FAIRCLOUGH, 2001).

Como se pode verificar a partir dos discursos dos profissionais de saúde, nas situações em que falam em nome deles próprios, a grande maioria diz perceber a homossexualidade como uma variante normal das sexualidades, a qual deva ser exercida com liberdade e respeitada por todos. A análise destas falas revela ainda, uma grande preocupação em demonstrar uma atitude favorável frente aos homossexuais, que é descrita como a ausência de problemas de relacionamento nos atendimentos realizados.

Sempre me relacionei bem com isso porque sempre respeitei a opção sexual de cada um. Acho que as pessoas tem o direito de exercer sua sexualidade com liberdade. (E14)

A meu ver, é uma coisa normal, tanto a homossexualidade feminina, quanto a masculina. É uma questão de normalidade. Acho que me relaciono bem com essas pessoas. (E15)

Não vejo nada de doentio nisso. É uma opção sexual que respeito. Nunca vi nada assim que me chocasse. Acho que lido muito bem com isso. (E1)

A gente pode até achar diferente e estranho porque é algo que não se vê explicitamente o tempo todo, como a heterossexualidade. Mas, entendo que é normal. Nunca tive nenhum preconceito, nenhum pudor, nenhuma dificuldade. (M3)

Nunca tive dificuldades nos atendimentos, na minha relação com lésbicas e gays. Acho que me relaciono muito bem com isso. (M17)

Não tenho problemas com isso [homossexualidade]. Acho que elas se sentem à vontade comigo e eu respeito a sexualidade de todos. (M9)

A explícita preocupação em demonstrar uma boa relação com a homossexualidade e com os usuários homossexuais, *gays* ou *lésbicas*, aponta para o fato de que a posição ocupada por estes profissionais no campo, a sua identidade profissional, e ainda, as exigências e censuras implícitas no próprio campo, onde teoricamente as políticas públicas de saúde devam ser plenamente respeitadas, inclusive a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, exercem uma forte pressão para que os profissionais assim se posicionem discursivamente.

Poucos foram os profissionais investigados, apenas 08, que explicitamente, reconheceram e assumiram uma atitude desfavorável frente à homossexualidade, e o fizeram apoiados na crença de que a homossexualidade é uma anormalidade, que contraria seus princípios religiosos e, por esta razão, a nomearam como pecado e aberração.

Como enfermeira, nossa obrigação é acolher, independente do que pensamos sobre essas pessoas, sobre o pecado delas. [...] Um casal lésbico na minha frente se beijando, p. ex., me incomoda. [...] Não quero meu filho, minha filha vendo isso, entendeu? É uma coisa que me incomoda.[...] Eu confesso que sinto uma certa rejeição, um certo nojo, entendeu? (E17)

Então, é algo que, apesar de contrariar os princípios de Deus, a gente tem que respeitar. Isso tem que ser respeitado, não é? [...] A palavra que te falei é meio forte, mas, eu acho que é uma aberração, entendeu? O sexo entre dois homens, o sexo entre duas mulheres é isso. Não vejo como algo normal. (E19)

Isso, para nós que não somos [homossexuais], não é uma coisa normal. Não tem jeito! O que acontece é que as pessoas são hipócritas. Elas dizem não ter preconceito, mas não querem ter um filho ou um parente assim e até se divertem quando escutam alguma piada sobre gays e sapatão. A verdade é essa! Reconheço que acho isso, mas, trato todos muito bem, cuido da melhor forma possível. (E7)

Graças a Deus, nunca tive contatos assim, com lésbicas, na minha família. Aqui no serviço é outra coisa. A gente cuida e direito. (E3)

Acho que por conta da minha criação familiar que foi uma criação religiosa, vejo isso como um pecado. (E11)

Acho que elas devem ter vergonha de falar uma coisa dessas, não é? [que são lésbicas] Eu teria. Isso [homossexualidade] é pecado! (M12)

Não tenho nada contra, trabalho da mesma forma com essas pessoas, mas, se eu transporto isso [homossexualidade] para minha vida, não quer dizer que eu aceite isso com essa naturalidade toda. Eu não tenho uma filha mulher, mas não gostaria que ela fosse homossexual. (M13)

Para mim isso [homossexualidade] é pecado, entendeu? Diante da bíblia, isso é pecado! Então, o que ela está praticando é pecado, é errado, não pode ser normal. Mas, eu não posso condenar a pessoa. Eu condeno o pecado dela. Eu não concordo e nada vai me fazer aceitar que ela esteja

certa, entendeu? Mas, eu tenho que abraçar essa pessoa como um ser humano. (M7)

Cabe comentar que, na totalidade do grupo social estudado, ou seja, entre os 45 profissionais de saúde investigados, 5 profissionais se declararam ateus e dentre os demais, que declararam ter e praticar alguma religião, 16 se declararam espíritas, 14 católicos, 7 evangélicos, 2 budistas e 1 testemunha de Jeová.

Entretanto, entre os 08 profissionais que explicitaram atitude desfavorável à homossexualidade, alegando motivação religiosa, 06 eram evangélicos, 01 católico e 01 testemunha de Jeová. A partir desta constatação, é possível inferir que, no campo das religiões, a igreja evangélica parece ser a que dispõe de maior poder para promover, entre seus agentes, uma atitude desfavorável à homossexualidade.

Também chama atenção em seus depoimentos, a preocupação de alguns destes profissionais, em deixar claro suas capacidades pessoais de dissociar de sua atitude desfavorável e do que pensam sobre a homossexualidade, percebida como pecado e aberração, suas atribuições profissionais e as práticas de cuidado dirigidas a essas pessoas.

Em relação a essa preocupação, cabe citar Deschamps e Moliner (2009) que afirmam não haver nada de simples na negociação, ao nível dos indivíduos, de suas múltiplas pertencas, em especial, aquelas que cobram lealdades e posições, por vezes, distintas e até antagônicas, como no caso destes profissionais, suas identidades profissional e religiosa.

Entretanto, embora não seja simples negociar as lealdades antagônicas das múltiplas identidades que um profissional de saúde possa ter, é necessário que adotem uma atitude reflexiva e se reconheçam como agentes estratégicos de cuidado à saúde e, muitas vezes, como a única via de acesso das pessoas, em especial, as mais vulnerabilizadas, a direitos básicos como a saúde.

Fazer uso da autonomia das escolhas na posição de profissional de saúde, num campo onde se dispõe de um poder instituído e que legitima, na maioria das vezes, até indistintamente, todas as suas decisões, pode favorecer práticas fundamentalistas e, por esta razão é muito necessário debater essas questões entre os profissionais, empoderar as pacientes e fortalecer sua representação nas instâncias de participação popular da saúde.

Ao tempo em que o *habitus* modelado por uma educação religiosa ou familiar autoritária pode, de acordo com Bourdieu (1998), favorecer uma disposição para

punir aqueles que contrariam valores convencionais, Giddens (1993) chama atenção para o fato de que as identidades não são voláteis ou cristalizadas e podem ainda, sob certas circunstâncias, ser potencializada ou fragilizada, a depender do grau de reflexão das pessoas envolvidas no processo.

Portanto, a identidade não é um conjunto de atributos permanentes que não possam ser negociados e, de acordo com Sawaia (2013), considerá-la dessa forma dá margem ao preconceito e ao fundamentalismo, cujos horizontes são a solidão e a violência.

Ao falarem em nome de seus colegas de trabalho, a partir da aplicação da técnica de substituição, que reduz o grau de envolvimento do sujeito e os mecanismos de defesa, a maioria dos profissionais de saúde investigados, portanto, aqueles mesmos que se posicionaram favoravelmente à homossexualidade e aos homossexuais, compartilham da opinião de que no campo da saúde há muito preconceito e desrespeito entre os profissionais, em relação aos homossexuais e em suas conversas cotidianas, a temática da homossexualidade não é levada a sério, sendo também abordada com muito desrespeito, conforme podemos identificar nos depoimentos que se seguem.

Essa temática não surge com frequência nas reuniões de equipe, como uma coisa séria. O que tem é só buchicho. Em reunião, a sério, não. Há muito desrespeito e preconceito [com homossexuais] entre os profissionais. (M19)

Como sou assumido [gay] percebo que os colegas, não só os médicos, mas, as enfermeiras também, evitam fazer comentários sobre pacientes homossexuais na minha frente. Às vezes, noto que quando chego, eles mudam de assunto, o que me faz pensar que tem haver com isso. (M14)

E o preconceito não é só entre os médicos, mas com todo mundo da saúde. Às vezes, nas reuniões de equipe e mesmo num bate papo, rola um comentário meio pesado, jocoso, de alguém. Sempre tem as brincadeiras de mal gosto, as piadinhas, os risinhos. Aí, a gente vê como tem preconceito, não é? (M17)

A gente vê nitidamente que não levam isso a sério, pelos comentários, que fazem sobre os atendimentos a essas pessoas, não somente mulheres [lésbicas], mas os gays também. (M1)

As conversas são naquele nível: “Olha o viadinho! Está lá dando piti!”. “Olha lá a sapata! Cuidado para não apanhar dela!” Tem aqueles profissionais que não tem nenhum senso de ética. Às vezes, em tom de brincadeira, no corredor, faz um comentário pejorativo com outro colega, sobre um gay ou uma lésbica que acabou de atender, e que pode ser ouvido, pelas pacientes que estão sentadas ali esperando serem chamadas. (M7)

Então, esse preconceito acaba gerando conversa, fofoca. Aqui [serviço de saúde] tem muita fofoca! Fofoca no sentido de falar sobre isso [homossexualidade] desqualificando essas pessoas. (M9)

A gente sempre escuta comentários, às vezes, brincadeiras e piadas sobre homossexuais, tanto gays, quanto lésbicas. Às vezes, são umas piadas mais pesadas, até um pouco mais agressivas. E isso, todo mundo faz, enfermeiros, médicos, dentistas, ACS, a equipe toda. (E11)

Eu aqui já presenciei muitos comentários maldosos, com desrespeito, e já dei até umas cortadas nas pessoas. Aí, você vê a intensidade do preconceito entre os profissionais de saúde. (E2)

Noto que existe sim, muito comentário preconceituoso, em tom de brincadeira, de chacota, de desrespeito aos homossexuais, tanto mulheres, quanto homens, entre alguns profissionais do serviço. Mas, conversa séria para discutir casos, isso não. (E5)

Na área de trabalho, a gente não tem o costume de falar sobre isso. Esse assunto aparece mais no bate papo, na hora do cafezinho, quando alguém comenta sobre algum atendimento que tenha feito. Aí, a gente vê que muita gente tem preconceito. (E8)

Na verdade, acho que ninguém quer se expor, falando o que pensa sobre isso [homossexualidade], até porque aqui tem uns colegas que são homossexuais e todo mundo sabe. Ficaria um relacionamento muito difícil, não é? (E17)

Esse assunto sempre surge porque sempre chega alguém na unidade que chama atenção, por causa dos trejeitos. Não tem jeito! Geralmente, quando são pessoas muito afetadas, uma mulher muito masculinizada ou um homem muito afeminado. Aí, o preconceito rola. (E13)

Ao que tudo indica essa forma desrespeitosa de abordar as questões que envolvem a homossexualidade e os homossexuais, pode contribuir para que os profissionais de saúde negligenciem sua atenção sobre o modo de viver dessas pessoas e, no campo da saúde sexual e reprodutiva, suas práticas sexuais. Esta desatenção pode promover um desconhecimento acerca das implicações do modo de viver e das práticas sexuais, destas pessoas, nos processos de adoecimento e morte, o que certamente afeta a qualidade dos cuidados dirigidos a essas pessoas, ferindo frontalmente os direitos dessas pessoas e se configurando como uma violência simbólica.

Há um claro mecanismo de defesa entre os profissionais de saúde investigados, no sentido de promover o seu afastamento de um grupo que reconhecem ter muito preconceito contra os homossexuais, sejam gays ou lésbicas, pois ao tempo em que a maioria declara ter atitude favorável com a homossexualidade e com os homossexuais, conforme já demonstrado, eles próprios afirmam que o grupo ao qual pertencem tem muito preconceito.

Esta contradição intrínseca nos depoimentos, no que se refere a seu julgamento e atitude frente à homossexualidade, pode ser explicada por Bourdieu (1998) que afirma que estando, a pessoa, investida na posição de profissional, se exigirá cumprir certos comportamentos e discursos para se ajustar a tal posição e campo.

Preconceitos e estereótipos são mediadores importantes da exclusão e designam os processos mentais através dos quais se operam a descrição e o julgamento das pessoas e dos grupos, que são caracterizados por pertencer a uma categoria social ou pelo fato de apresentar um ou mais atributos próprios a essa categoria. No caso deste estudo, os estereótipos de gênero revelam-se, especialmente, importantes.

O preconceito é um julgamento positivo ou negativo, apoiado em um estereótipo, formulado sem exame prévio a propósito de uma pessoa ou de uma coisa e que, assim, compreende vieses e esferas específicos. Disposto na classe das atitudes, o preconceito comporta uma dimensão cognitiva, especificada em seus conteúdos e sua forma, uma dimensão afetiva ligada às emoções e valores engajados na interação com o alvo, uma dimensão conativa, a descrição positiva ou negativa (DESCHAMPS; MOLINER, 2009).

O preconceito entre os profissionais de saúde representa uma grande barreira à humanização na promoção, proteção, atenção e no cuidado à saúde das pessoas homossexuais e, no caso deste estudo, das lésbicas.

O preconceito e a discriminação promovem a exclusão das pessoas homossexuais dos serviços de saúde, o que impõe a necessidade de mudanças de valores baseadas no respeito às diferenças.

Nesse sentido, a Política Nacional de Saúde Integral LGBT (PNSILGBT) representa uma iniciativa para a construção de mais equidade no SUS e reconhece os efeitos do preconceito, da discriminação e da exclusão no processo de saúde-doença das pessoas homossexuais (BRASIL, 2010).

Analisando a percepção do preconceito, em relação aos homossexuais, no campo da saúde, 32 dos profissionais investigados (71,11%), enumeraram várias situações cotidianas que creem sejam devidas ao preconceito e que podem contribuir com o processo de exclusão dos homossexuais, gays ou lésbicas, do serviço de saúde.

Dentre as situações descritas e percebidas como discriminatórias, inclui-se: a desvalorização de uma queixa; a rejeição ao contato físico; redução do tempo de duração da consulta; menor demonstração de simpatia; redução do tempo destinado à conversa; dificuldades na construção do vínculo entre o profissional e a cliente; relação distante e fria; rejeição ao atendimento de pacientes homossexuais, utilizando estratégias, para que outros profissionais os atendam; atendimento centrado exclusivamente na queixa.

E você pode subestimar alguma coisa que pode ser grave, simplesmente porque a pessoa tem uma opção sexual diferente da sua. Com os gays, fala-se muito que é piti. Se for gay e tiver um desmaio é piti. Aí, deixa até meio de lado, entendeu? E isso é um preconceito. Eu já vi casos de pessoas que foram deixadas, meio que deixadas de lado, porque era o viadinho, era a sapatão. [...] Esse receio [de tocar no outro] é quando um médico homem está com um gay e uma médica mulher com uma lésbica. Acho que isso existe. Não sei se você já ouviu isso de alguém. Não sei se as pessoas tem coragem de admitir. Mas, isso existe. Canso de ouvir. [...] Infelizmente a gente vê que acontece, até no tempo de duração da consulta que acaba sendo menor. Talvez porque não suportem estar perto. (M7)

Talvez esses profissionais que tem preconceito mesmo, conduzam a atenção toda de saúde para o rótulo da homossexualidade. (M1)

Se o profissional tiver alguma objeção, vai ter um jeito de lidar pessoalmente com essas coisas, que eu acho que, de alguma forma, vai ser transferido para o atendimento. [...] Não acredito que devido ao preconceito, deixem de fazer o que tem que ser feito como profissionais, mas, simpatia não vai ser coisa que eles vão ter. Talvez, conversem menos. (M17)

Acho que as pessoas misturam muito os preconceitos com a profissão e isso é perigoso porque acaba deixando afetar a qualidade do atendimento de gays e lésbicas. (M9)

Tem uma profissional aqui que não fala com o filho porque ele foi morar com outro homem. Então, imagina como deve ser a relação dessa pessoa com um paciente gay ou com uma lésbica. É claro que não vai ser boa! (M3)

Se a pessoa, o profissional de saúde, tiver uma bagagem negativa sobre isso, vai ter dificuldades de construir vínculos e estabelecer relações com pessoas que sejam homossexuais. [...] Então, existem profissionais que não gostam de atender lésbicas e gays e outros, atendem, depois falam, reclamam. (E18)

Se existe alguma coisa errada no atendimento dessas pessoas, não sei. Acho que o preconceito pode determinar um atendimento mais distante, mais frio. (E9)

Alguns profissionais mantêm um distanciamento evidente de lésbicas e gays, e curiosamente, eles fogem desses profissionais também. Com certeza, alguma coisa acontece e faz com que percebam o preconceito, não é? (E24)

Então, vejo que o preconceito dificulta a relação de quem o tem com a pessoa homossexual, homem ou mulher, seja paciente ou um colega de trabalho. (E15)

Mas, sei de alguns que não gostam de atender essas mulheres [lésbicas]. Daí, sempre que podem, tentam encaixar para outro atender. [...] Aqui, entre nós, a gente já sabe quem são os que gostam mais de atender velhos, crianças, os que tem restrições pessoais com os homossexuais, e a gente tenta se organizar dentro disso, sabe como é não!? (E14)

Então, eu acho que a conduta de quem tem preconceito é ser imparcial, ficar mais na superfície da coisa, perguntar as dificuldades, os problemas, explicar e pronto. Acho que é por aí. Não se aprofunda. (E16)

Analisando os depoimentos, vê-se claramente o quanto o preconceito sexual, entre os profissionais de saúde, elemento que integra a dimensão afetivo-valorativa das representações sociais, é capaz de afetar de maneiras distintas, a qualidade das práticas de cuidado à saúde das pessoas homossexuais, sendo um condicionante de sua maior vulnerabilidade e menor acesso aos bens e serviços em saúde, em relação às pessoas heterossexuais.

As situações descritas envolvem comportamentos e práticas de saúde, entre os profissionais, que oscilam desde a produção de explícita violência homofóbica e institucional, até a violência quase invisível, porém não menos perversa, a violência simbólica.

A recusa ao atendimento de homossexuais, ou mesmo sua transferência para que outro profissional o atenda, a negligência de cuidados, motivada pela desvalorização de queixas e problemas de saúde, apresentados por *gays* ou lésbicas, a desatenção às singularidades e especificidades de saúde dessas pessoas e a postura profissional fria e distante, se configuram como formas de violência, muitas vezes, estrategicamente camufladas e, portanto, despercebidas por muitos.

O preconceito e a discriminação fortalecem as iniquidades em saúde, contribuindo com o processo de exclusão das pessoas homossexuais dos serviços de saúde, configurando claramente o ciclo da violência homofóbica, institucional e simbólica, no campo da saúde.

No entender de Bourdieu (1998), essa opressão aos homossexuais, de forma invisibilizada, silenciosa, no campo da saúde, traduz uma recusa à sua existência legítima, pública, isto é, conhecida e reconhecida, e uma estigmatização, que se traduz no desrespeito aos seus direitos, configurando um quadro de violência

simbólica.

Outro aspecto retratado, pelos profissionais, diz respeito às situações em que eles próprios são o alvo do preconceito sexual, tanto por parte de pacientes, quanto oriundo de outros profissionais de saúde, quando são percebidos como homossexuais, ou ainda, nos casos em que possuem grande número de pacientes *gays* e/ou *lésbicas*.

Um dia, uma paciente me perguntou: "Aquele enfermeiro que atende nessa sala aqui do lado é viadinho, não é?" E ele é um colega supercompetente, mas, eu sei que tem paciente que não quer ser atendida por ele por causa disso. Já trabalhei numa outra unidade, que também tinha uma médica que a gente achava, pelo jeitão, que era *lésbica*, e a gente cansava de ouvir comentários na sala de espera, entre as outras pacientes. Então, preconceito é uma doença que todo mundo tem e os profissionais que são homossexuais também sofrem preconceito dos próprios pacientes. (E10)

Você acredita que aqui, já pensaram até que eu fosse *lésbica*, só porque atendo muito essas mulheres. Até já me trataram diferente por isso. Se eu ligasse para isso, teria tido problemas. (E24)

Ela [enfermeira *lésbica*] sentia, entre os próprios colegas de trabalho, muito preconceito, muita discriminação. Nas confraternizações, muitas vezes, dependendo de quem organizasse e do local da festa, ela não era convidada. (E17)

O preconceito é uma palavra que mencionei porque eu via que essa minha técnica de enfermagem [*lésbica*], apesar de ser extremamente competente, sofria muito preconceito dos colegas, profissionais e das pacientes. (E22)

No tempo de faculdade tive uma preceptora *gay* e assim, meio declarada. Lembro que tinha pacientes que não gostavam dela só por isso. Evitavam ela. Quer dizer, tem também o preconceito da paciente com o profissional homossexual, não é? (M5)

Eu mesma sofro preconceito por atender essas mulheres. Ainda mais depois que me separei. Já soube que comentaram que eu virei *sapatão*, agora vê?! (M19)

Eu percebo, em alguns treinamentos, que quando a gente fala sobre sexualidade recomendando que temos que ouvir, respeitar e orientar, é como se eu tivesse assumindo ser daquele jeito, ser *gay* também. É muito preconceito! [...] Alguns profissionais acabam achando que você é *lésbica* também. Olha que por isso, já levei até cantada também. (M21)

Ganha destaque nos discursos de parcela significativa de profissionais de saúde (26), a associação que fazem entre o preconceito sexual e alguns fatores considerados, por estes, como determinantes de sua construção ou mesmo, de sua acentuação, tais como a religião, a idade, a formação familiar e militar.

Tem também uma polêmica em relação à religião, porque certas religiões até estimulam o ódio em relação aos homossexuais. Então, reforçam o preconceito. (E14)

Só acho que determinadas pessoas são ainda piores [preconceito] por influência de religião. Vejo isso até em pessoas da minha própria família. (M20)

Alguns tem mais preconceitos que outros, talvez por um reforço da religião, além da formação familiar. Mas, acredito que todo mundo tenha. (E13)

Acho que a religião das pessoas e é claro que dos profissionais também, afeta muito a relação com isso [homossexualidade]. Tem muito preconceito. (M17)

Acho que aqueles profissionais que tem mais idade, são mais resistentes para lidar com isso [homossexualidade]. Acho que o preconceito é maior entre os mais idosos. (E19)

Os médicos mais jovens, talvez tenham menos dificuldades em lidar com essas mulheres [lésbicas] por terem menos preconceito. Mas, os mais idosos, mais tradicionais, não admitirão nunca. (M3)

Os médicos e os enfermeiros mais antigos tem muito mais preconceito em relação a isso [homossexualidade], entendeu? (M6)

Acho que os jovens se entendem melhor com os homossexuais, porque tem menos censura, julgam menos. (E8)

A aceitação disso [homossexualidade] lá [hospital militar onde também trabalha] é muito difícil por causa do preconceito. Acho que a formação militar faz acentuar o preconceito, porque lá o preconceito é muito grande, muito visível. [...] Nesse hospital militar que te falei tinha um profissional, de patente alta, que não aceitava nenhum auxiliar de enfermagem que ele percebesse que era homossexual, fosse homem ou mulher. (E17)

Eu era preconceituoso porque meu pai era militar e sobre isso, cresci ouvindo que o homossexual era falta de tapa. (M9)

Muitos tem problemas de preconceito com a homossexualidade por causa do que aprendeu em família e também, com a religião. (M1)

Acho que as famílias mais conservadoras acabam reforçando esses preconceitos [com a homossexualidade] nos filhos. (E3)

Convém comentar que a Igreja, a família e a instituição militar compreendem, de fato, instituições que, assim como as instituições de ensino, são historicamente reconhecidas como instituições que praticam a escolarização do corpo, os ensinamentos de gênero e das sexualidades, todas em conformidade às normas socialmente aceitas e impostas.

Bourdieu (1999) afirma que a família, a igreja e a escola através de sua ação sobre as estruturas inconscientes, concorrem permanentemente para garantir a perpetuação da estrutura das relações de dominação entre os sexos e a subordinação das mulheres. Assim, perpetuam-se os princípios de visão e de divisão geradores dos gêneros, por meio dos pares de oposição homólogos, das diferentes

categorias de práticas sexuais, sendo a heterossexualidade construída socialmente e socialmente considerada como padrão universal de prática sexual normal (BOURDIEU, 1999).

Já no que se refere à idade, a crença presente entre os profissionais de que as pessoas mais idosas seriam mais propensas ao preconceito sexual, não encontra qualquer respaldo entre os estudiosos do assunto, sendo uma crença que, na verdade, integra mais um preconceito, no caso, em relação às pessoas idosas.

Assim, tanto a família quanto a religião são percebidos e apontados, pelos profissionais, como exercentes de grande influência sobre a decisão do homossexual em assumir ou não, a sua própria homossexualidade.

Você tem livre arbítrio para escolher, se vai assumir ou não [a homossexualidade]. A escolha é essa: se vai assumir ou não, se vai ter disposição para enfrentar a família ou mesmo, contrariar os fundamentos da religião e viver com a culpa. (E10)

Mesmo quando sente essa atração [homossexual], ainda tem que escolher se vai reprimir ou não. Às vezes, leva uma vida inteira como se fosse heterossexual, por causa da família, principalmente, e às vezes, dependendo da religião, também. Por isso, acho que é opção. (E23)

São pessoas, que optaram por ser homossexual, não é? Optaram por ter uma vida sexual com a pessoa do mesmo sexo. Não houve qualquer tipo de repressão. A família deixou rolar. [...] No espiritismo isso também não é reprimido. (E9)

Me veio à cabeça a palavra opção porque é uma opção, na medida em que, mesmo sendo homossexual, a pessoa tem que escolher se vai enfrentar os preconceitos ou não [...] principalmente, da família. Depois, vem igreja, amigos e por aí vai. (M3)

Quem nasce hetero, vai ser sempre hetero, mas, quem nasce homo, poderá ser ou não. Se a família não reprimir ou também tem a influência da igreja, não é? Isso acontece muito. (M18)

[...] as famílias não tem mais aquele tempo para ficar tomando conta e vigiando isso [homossexualidade], como era antigamente. Quando a mãe fica sabendo, às vezes, já tem até uma relação sólida [...] Tem a questão da religiosidade também. Na dependência da religião, a pessoa pode até se reprimir. (M21)

Em síntese, a representação sobre a homossexualidade, construída pelo grupo social estudado, em sua interação cotidiana, é marcada pela presença em seu conteúdo, da ideologia de gênero, por meio da qual a homossexualidade é presumida com base em uma rígida articulação, concebida como desajustada, entre o sexo do corpo e a expressão de gênero. Quando identificada desde muito cedo, como no período da infância, sua origem é associada a algum fator genético e,

portanto, percebida como geneticamente transmissível, o que justifica a crença em sua maior incidência em determinadas famílias, apontando uma forte vinculação aos fundamentos da corrente essencialista. Passada esta fase da vida, a manifestação da homossexualidade é atribuída a eventos singulares e de forte conotação negativa, como abuso, trauma sexual, frustração, carência afetiva, expressando estigmas como elementos constitutivos da representação da homossexualidade.

O conteúdo da representação social da homossexualidade é então, repleto de elementos do senso comum e a homossexualidade é classificada como um desvio da sexualidade normal, que pode ter origem genética ou não, dependendo da fase da vida em que se manifeste, chegando a ser nomeada, por alguns, como pecado ou aberração, por contrariar fundamentos de ordem religiosa e da família tradicional.

Cabe destacar a clara relação envolvida entre a dimensão afetivo-valorativa da representação social deste grupo de profissionais sobre a homossexualidade e suas práticas de cuidado, evidenciando o quanto os preconceitos afetam diretamente a qualidade do cuidado dirigido a essas pessoas.

Também chama atenção no estudo, a opinião consensual, entre os profissionais, de que os cursos de graduação no campo da saúde, tanto o da enfermagem, quanto o da medicina, deixam a desejar no que se refere ao ensino sobre as sexualidades. Esta situação pode, de fato, justificar a marcante presença de elementos do senso comum no conteúdo de suas representações sobre a homossexualidade.

De acordo com o grupo social participante do estudo, a temática da sexualidade, nos cursos de graduação, é centrada na heterossexualidade e nas patologias, de modo que a homossexualidade é referida apenas em relação à AIDS e ainda assim, exclusivamente aos *gays*.

No meu tempo de faculdade não se falava de sexualidade, ainda mais homossexualismo. Quando muito, era mencionado ao se falar de gays e AIDS. O enfoque era muito centrado nas patologias do aparelho reprodutor. (M12)

Só se falava dos gays, nas aulas sobre a AIDS. A gente não tinha nada em relação ao homossexualismo. (M15)

Acho que o currículo deveria prever esse tema da sexualidade, porque tudo o que eles dão está relacionado apenas às doenças sexuais. Só era mencionada, a homossexualidade, quando se falava de AIDS. (M10)

Na faculdade não nos ensinam nada sobre essas questões de sexualidade e homossexualidade. Tudo que diz respeito a isso tem haver apenas com as

doenças e essa questão da sexualidade era mesmo homem/mulher. Apenas esse relacionamento, aquele padrão familiar. (M11)

O enfoque de sexualidade na faculdade é o do órgão genital e suas doenças, tratamentos e pronto. A sexualidade em si não é abordada. A sexualidade quando mencionada era sempre procurando um problema, uma doença. (M7)

Acho que nossa formação é muito falha nesse sentido. Não se aprofunda na questão da sexualidade. Isso é dado muito superficialmente e com enfoque muito centrado nas patologias do aparelho reprodutor. De homossexuais, só se fala nos gays por causa da Aids. (M5)

Eu não me lembro de darem ênfase sobre sexualidade e homossexuais. Falava-se até do homossexual masculino, por causa da AIDS, mas da mulher homossexual não. (E1)

Mesmo, em relação às pessoas heterossexuais, não aprendemos a explorar as coisas de sexualidade. Ainda mais, a homossexualidade. Fala-se alguma coisa de homossexualidade dos gays por causa da AIDS, mas, das mulheres, jamais. (E15)

Na faculdade falava-se apenas na homossexualidade masculina. A homossexualidade era muito focada no homem gay, por causa da AIDS. (E4)

Não me lembro, em momento nenhum, ter havido uma disciplina ou algum professor que trabalhasse essas questões mais subjetivas de sexualidade com a gente. (E9)

Na faculdade, as disciplinas não abordam essa parte de sexualidade, de homossexualidade. O que a gente estuda dessa parte sexual, são as doenças. Lembro que se falava de gays, de AIDS, mas, homossexualidade não e, especialmente, de mulheres, não se falava. (E12)

Na minha formação, não tive nenhuma matéria, nenhum conteúdo que fosse voltado para sexualidade e muito menos, o homossexualismo. (E23)

A análise dos depoimentos deste grupo social permite inferir que tanto a formação das enfermeiras, quanto a dos médicos, no que diz respeito à abordagem das sexualidades, se apoia na normatividade heterossexual, que veicula a ideia de que a heterossexualidade representa o único modelo normal de sexualidade e, portanto, saudável, e o enfoque da atenção à saúde, centrado no modelo biomédico, limita a concepção de sexualidade à sua dimensão biológica, genital e transformando a homossexualidade em alvo prioritário da intervenção médica.

Soma-se a isto, que a clara associação entre a homossexualidade e a Aids e ainda, sua vinculação exclusiva aos *gays*, contribui não somente com a patologização da homossexualidade mas, também reforça a falsa ideia de que entre as práticas sexuais lésbicas, não haja transmissão do HIV e, por dedução, de outros microorganismos de transmissão sexual.

De acordo com G. Almeida (2009), a exclusão das lésbicas do grupo considerado de risco para Aids, longe de ser uma atitude de poupá-las da discriminação, ao contrário, acentuou sua vulnerabilidade à doença, por não considerá-las no que tange ao acesso às medidas de prevenção da doença.

Apoiada sob as bases do paradigma biomédico, que destitui o corpo de seus determinantes socioculturais, raciais e de gênero, e da heteronormatividade, a formação dos profissionais do campo da saúde, no que se refere às sexualidades, contribui para estruturar um modo de pensar, entre os profissionais de saúde, que os fazem crer que haja, de fato, um único modelo de sexualidade normal, a heterossexualidade, e que todos os demais devam, em nome de uma pretensa saúde sexual, ser saneados.

Nesse sentido, Foucault (2005) constatou que a sexualidade ao tornar-se objeto de sexólogos, psiquiatras e outros profissionais, passou a ser regulada, saneada e normalizada, por meio da delimitação de suas formas em aceitáveis ou perversas, ou seja, a hetero e a homossexualidade.

Convém analisar e comentar que o grupo de profissionais investigado, além de jovem, pois sua maior concentração situa-se entre 25 e 34 anos (53,33%), tem uma formação profissional recente, a maior parte deles, 28 pessoas (62,22%), tem entre 03 e 10 anos de formado. Portanto, suas opiniões e experiências, em relação aos currículos e à formação, se referem a um contexto bem atual.

É muito necessário que todos os profissionais de saúde tenham assegurado em sua formação, o acesso aos conhecimentos sobre todos os modelos possíveis de sexualidades, para que se desconstruam preconceitos e se descortinem as ideologias implicadas, em especial, a de gênero.

É preciso agir no campo ideológico, como o fizeram e fazem as feministas, desde a década de 60, quando formularam o conceito gênero para lutar por relações igualitárias entre os sexos, contrapondo e desmascarando as argumentações que justificam a inferioridade social da mulher, em função do seu papel na reprodução e ainda, denunciando que a posição de subalternidade tem raízes históricas, políticas, sociais, econômicas e culturais (BARBOSA; GIFFIN, 2007).

É necessário refletir sobre a origem e os efeitos dos estereótipos de gênero e sua forte associação à orientação sexual, que funde as identidades de gênero e sexuais, limita o reconhecimento das múltiplas identidades e sexualidades,

fortalecendo preconceitos, gerando atitudes discriminatórias e violação de liberdades e direitos que se refletem no campo da saúde.

Apenas desta forma, o respeito às diferenças poderá se tornar uma realidade, e assim, eliminar preconceitos e impactar favoravelmente sobre as práticas de cuidado à saúde.

6 AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ENFERMEIRAS E MÉDICOS, DO CAMPO DA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA, SOBRE A MULHER LÉSBICA E SUAS RELAÇÕES AFETIVO-SEXUAIS E FAMILIARES

6.1 A mulher lésbica – entre o feminino e o masculino

Conforme verificado no capítulo anterior, a representação sobre a homossexualidade, entre os profissionais de saúde participantes deste estudo, é nitidamente marcada pela presença em seu conteúdo, de elementos que integram a ideologia de gênero e a heteronormatividade, contribuindo para que a orientação homossexual seja presumida com base em um suposto desajuste na rígida relação estabelecida entre o sexo do corpo e a expressão de gênero e, por esta razão, compreendida como um desvio da sexualidade normal.

Ainda, no que diz respeito ao conteúdo desta representação, cabe destacar a presença marcante de elementos do senso comum, especialmente aqueles relativos às explicações para a homossexualidade, e o preconceito. Este último promove prejuízos na qualidade das práticas de cuidado, configurando-se como um instrumento eficaz na promoção de vulnerabilidade às pessoas homossexuais, sejam homens ou mulheres.

No que se refere especificamente às mulheres lésbicas, as enfermeiras e médicos revelaram, através de seus discursos, inúmeros elementos que integram o conteúdo de suas representações sobre estas mulheres. Entretanto, chama atenção, o fato de que quase todos os participantes da pesquisa, 44 profissionais de saúde, nortearam seus discursos, em relação à descrição das mulheres lésbicas, a partir de uma nítida distinção e divisão entre elas, com base nos estereótipos de gênero, as lésbicas masculinas e as femininas, apontando ainda, para uma maior facilidade na identificação da homossexualidade entre aquelas com expressão de gênero masculina.

[...] sei que não necessariamente toda mulher lésbica é assim [masculinizada], não é? Tem as lésbicas femininas e as masculinas. (E20)

As ladies [femininas] a gente só consegue identificar, se ela estiver com outra mulher, a parceira, a masculina. (E14)

Tem as lésbicas que são masculinas e as que são femininas. (E6)

[...] a mulher homossexual não é só a dita sapatão, que pisa duro, mas tem a feminina também. (M1)

Existem aquelas, que não dá para a gente sacar, as mais femininas. Mas, as masculinizadas, com os trejeitos masculinos, o modo de se vestir masculinizado, a gente logo percebe que é gay. (M14)

Não é que toda lésbica seja masculinizada [...] a questão é que as femininas a gente não consegue perceber. (M8)

Cabe comentar, que a única profissional de saúde que não classificou as lésbicas com base na expressão de gênero, conforme a maioria o fez, afirmou não perceber entre essas mulheres, nenhum traço constitutivo de um estereótipo, indicativo de sua pertença ao grupo de lésbicas e, portanto, nenhuma distinção em relação às mulheres heterossexuais. Porém, o relato apresentado foi feito em tom irônico, fazendo supor que, na verdade, pensava diferente do que verbalizava.

Não tenho isso meu amor. Não vejo nada de diferente em mulher nenhuma. São todas iguais. Não identifico essas pessoas [lésbicas] no meu atendimento. Não tem nada que eu possa falar sobre essas mulheres. Acho, querida, todas iguais a todas nós. (M4)

Em relação à ironia, os estudos com tradição na análise de discursos, a descrevem em termos de “dizer uma coisa e significar outra”. A ironia depende do intérprete, ser capaz de reconhecer que o significado do texto não é o significado atribuído pelo produtor do texto. Esse reconhecimento pode ser baseado em vários fatores, incluindo as indicações no tom de voz do falante (FAIRCLOUGH, 2001).

A apreciação, distinção e classificação das mulheres lésbicas, entre femininas e masculinas, pelos participantes do estudo, evidencia sua estreita relação com sistemas anteriores, já existentes na memória coletiva desses profissionais de saúde e uma passagem desse sistema para a linguagem, refletindo este conhecimento anterior, no caso, a rígida divisão entre os gêneros que marca a ideologia de gênero, presente na representação sobre a homossexualidade.

Assim, a representação desses profissionais de saúde sobre a lésbica, tal e qual a representação sobre a homossexualidade, deixa claro a presença da ideologia de gênero em seu conteúdo, o que evidencia a importância do passado dessa representação na estrutura das representações sociais sobre as mulheres lésbicas.

Neste sentido, Moscovici (2012a) afirma que sempre que nos deparamos com fenômenos, objetos ou situações que nos parecem estranhos, diferentes e instigam a nossa curiosidade, como é o caso da mulher lésbica, ocorre um processo de construção da percepção acerca deste objeto. Nesse processo, o conteúdo estranho, a lésbica, se desloca para o interior de um conteúdo pré-existente do nosso universo, a homossexualidade, e entra numa série de relacionamentos e articulações, do qual toma emprestado, algumas propriedades, e acrescenta as suas próprias.

A partir desta análise, podemos inferir que a representação social sobre a lésbica, elaborada pelo grupo de profissionais de saúde participantes do estudo, está relacionada a uma representação anterior, já consolidada, neste grupo social, no caso, a representação sobre a homossexualidade. Assim sendo, ao que tudo indica, a representação sobre a lésbica configura-se como uma representação não autônoma.

As representações sociais podem ser autônomas, isto é, possuírem um sistema central bem definido, ou não. No segundo caso, remete-se a outras representações sociais, anteriores a ela (FLAMENT, 2001).

Vergès (2005) refere que há casos em que algumas representações são dependentes de outras, especialmente no caso de objetos sociais novos, que são elaborados em referência a outros mais antigos.

Numa perspectiva estrutural, foram identificados dois tipos de relações entre representações sociais: encaixe e reciprocidade. Na relação de encaixe, a representação social de um objeto dependente de outro, conforme parece ser o caso da lésbica em relação à homossexualidade, contém o objeto hierarquicamente "superior", de natureza normativa, como um elemento em seu sistema central. Representações "encaixadas" em outras são representações não-autônomas, referem-se ao mesmo tipo de valor, diferenciando-se na dimensão funcional do sistema central. A relação de reciprocidade implica duas representações em que cada um dos objetos sociais a que se referem, está presente no sistema central da outra representação. Esses elementos "cruzados" são de ordem funcional, sendo os elementos normativos específicos de cada representação (ABRIC, 2003).

No que se refere aos gêneros, o mundo social constrói, reproduz e estrutura um modo de pensar sobre os sexos, sobre os órgãos sexuais, masculino e feminino, e esse sistema de percepção e apreciação, sendo incorporada nas mentes, se torna

o fundamento da diferença social entre homens e mulheres. Portanto, a diferença biológica entre os sexos passa a ser percebida como uma justificativa natural da diferença socialmente construída entre os gêneros.

À mulher são vinculados os atributos do gênero feminino, de docilidade, recato, submissão e tantos outros que corroboram a inscrição no corpo biológico de uma identidade social, a gênese do *habitus* feminino, que concorre para que a mulher faça de sua experiência com o corpo, o corpo-para-o-outro, enquanto aos homens e, portanto, na gênese do *habitus* masculino, são associados todos os atributos que envolvem características de superioridade, em oposição às mulheres, marcando a nítida hierarquização dos gêneros e a dominação masculina, que constitui as mulheres como objetos simbólicos (BOURDIEU, 1999).

Fato é que ao longo da vida, no decorrer de nossa inserção nas mais variadas instituições e práticas sociais, nos constituímos como mulheres e homens, num processo que não é simples, linear e nem tampouco pacífico, e que também nunca está completamente acabado. Portanto, a construção do ser, feminino ou masculino, assim como a construção dos afetos e desejos sexuais é afetada pelas múltiplas dimensões da vida e não se configura como um sistema rígido.

A inscrição dos gêneros e das sexualidades nos corpos é feita no contexto de uma cultura e com as marcas da história e, portanto, com as marcas das singularidades pessoais de vida. Desta forma, os processos pelos quais os corpos e sujeitos, femininos e masculinos, heterossexuais e homossexuais são construídos, são marcados pela pluralidade.

Entretanto, uma forma de sexualidade é generalizada e naturalizada e funciona como referência para todo o campo e para todos os sujeitos. Assim, a heterossexualidade é concebida como natural e também como universal e normal. Conseqüentemente, as outras formas de sexualidade são constituídas como antinaturais, peculiares e anormais (LOURO, 2000).

Investimos muito nos corpos e aprendemos a classificar as pessoas pelas formas como eles se apresentam corporalmente. Portanto, os corpos constituem-se na referência que ancora, por força, as identidades.

A percepção subjetiva de ser masculino ou feminino, o senso de pertencimento a um ou outro gênero, conforme os atributos, os comportamentos e os papéis convencionalmente estabelecidos para homens e mulheres, compreende a identidade de gênero. Essa identidade diz respeito à maneira como alguém se

identifica, se sente, se apresenta para si e para os demais e como é percebida, como masculino ou feminino, ou ainda, uma mescla de ambos, independente, tanto do sexo quanto da orientação sexual (BRASIL, 2009a).

A identidade sexual refere-se a duas questões diferenciadas: por um lado, é o modo como a pessoa se percebe em termos de sua orientação sexual, ao sexo das pessoas que elege como objetos de desejo e afeto; por outro lado, é o modo como ela torna pública, ou não, essa percepção de si em determinados ambientes e situações (BRASIL, 2009a).

Em nosso meio social, incluindo-se o campo da saúde sexual e reprodutiva, a ideia prevalente é aquela que pressupõe como padrão único de normalidade na relação entre sexo biológico, gênero e orientação sexual, que ao sexo feminino corresponda todos os atributos de feminilidade e o desejo/ atração sexual se dirija exclusivamente aos homens, ou seja, à fêmea deve corresponder uma identidade de gênero feminina e uma identidade sexual de orientação hetero (ARAUJO; PENNA, 2014).

A partir desta lógica de percepção e apreciação, as pessoas são levadas a presumir identidades com base em estereótipos de gênero.

Entretanto, pode ocorrer que a expressão de gênero, os afetos, desejos sexuais e as necessidades que alguém experimenta estejam em discordância com a aparência do seu corpo, tomando por base a normativa social. Assim, os corpos não são tão evidentes como usualmente pensamos e pressupor uma identidade com base na observação de estereótipos é um jogo arriscado que envolve erros e acertos.

As possibilidades da sexualidade, das formas de expressar os desejos e prazeres, também são sempre socialmente estabelecidas e codificadas. As identidades de gênero e sexuais são, portanto, compostas e definidas por relações sociais. Elas são moldadas pelas redes de poder de uma sociedade (LOURO, 2000).

Desta forma, a articulação construída e socialmente naturalizada entre o sexo biológico, identidade de gênero e sexual contribui para a manutenção de relações de dominação, configurando seu uso ideológico.

No entender de Fairclough (2001), determinados usos da linguagem são ideológicos porque servem para estabelecer ou manter relações de dominação. As ideologias embutidas nas práticas discursivas são muito eficazes quando se tornam naturalizadas.

A perspectiva de gênero é um elemento ideológico claramente reconhecido e presente nos depoimentos e, portanto, nas representações identitárias sobre as lésbicas, da quase totalidade dos participantes da pesquisa. Podemos constatar que o modo como as lésbicas são percebidas, como masculinas ou femininas, tomam por base a expressão do corpo, sua aparência, as vestimentas, o corte de cabelo, uso de certos acessórios e ainda, os atributos e disposições internas, que naturalizados e instituídos como norma em nossa sociedade, fundamentam as crenças e os conhecimentos dos participantes deste estudo, sobre essas mulheres.

No que diz respeito à imagem, a aparência, aos estereótipos, as lésbicas percebidas, classificadas e nomeadas como masculinas, pelos profissionais de saúde investigados, são descritas como aquelas que procuram se assemelhar e até mesmo, imitar os homens, no modo de vestir, no corte de cabelo, no uso de determinados acessórios.

O fato mais marcante para mim aconteceu, bem no iníciozinho da minha carreira, quando entrou no consultório uma mulher que ao olhar, de imediato, eu pensei que fosse um homem. Eu até pensei que ela fosse o companheiro de alguma das pacientes que estavam fora do consultório, na sala de espera. Tudo o que se apresentava ali, as roupas, o cabelo, para mim, era como um homem mesmo. (M13)

[a lésbica masculina] se veste com roupas masculinas, usa cabelo curto. (M19)

Um [lésbica] adota o *dress code* [código de vestimenta] mais masculino. (M3)

As chamadas mulheres-macho [...] usam aqueles cabelinhos mais curtos, a pochete. (M2)

É o cabelo mais curto, geralmente usam sutiã apertado, usam as roupas mais largas para poder esconder os seios ou disfarçar o contorno do corpo de mulher. Isso a gente fala da homossexual que parece homem, não é? (M7)

Então, sempre quando eu penso em uma mulher lésbica, surge na minha mente, essas características, bem masculinizadas. (E20)

As características que chamam atenção são o modo de andar, o jeito de agir, porque elas imitam o homem. (E6)

Normalmente, essas que tem os traços masculinos, se vestem como homem, andam e falam, os trejeitos mesmo, tudo de homem. (E14)

Elas não usam um vestido, um brinquinho, enfim, por isso que eu botei a masculinidade, porque se vestem como homem. As que são chamadas de sapatão. (E22)

As que são masculinizadas gostam de usar bermuda, boné virado para trás, camisa polo. Se vestem como homem. (E8)

Do exposto, pelos participantes do estudo, vê-se claramente a valorização e a importância cultural da moda e da indumentária própria dos gêneros, na impressão de um gênero ao corpo e nos casos apresentados, o gênero masculino. A percepção do gênero é ainda, concebida como suficiente, para atribuir a essas mulheres uma identidade homossexual, sendo raro o reconhecimento de equívocos e de outras possibilidades.

Acresce-se a isto, a percepção entre os profissionais, de que a indumentária de gênero é um instrumento estratégico das mulheres lésbicas masculinas, no disfarce de um corpo feminino.

Assim, as pessoas tendem a perceber traços comuns e certas características em um determinado grupo e aí, passam a estendê-los a todas as pessoas que integram ou que acreditam integrar uma determinada categoria.

Esses traços comuns, chamados de estereótipos e, no caso, estereótipos de gênero, são simplificações que permitem caracterizar um grupo, descrever seus membros de forma rápida e econômica no plano cognitivo, sendo o resultado do efeito de acentuação de semelhanças intragrupo. Os estereótipos podem levar os indivíduos a fazer um julgamento sobre uma pessoa, não em razão de suas reais especificidades ou de sua conduta, mas em razão de sua pertença a um grupo. Portanto, a estereotipia leva as pessoas a negar as diferenças entre as pessoas pertencentes a um mesmo grupo, a acentuar a semelhança que se percebe entre esses indivíduos e a pensar que é fraca a variabilidade de características entre estes (DESCHAMPS; MOLINER, 2009).

Assim sendo, se o estereótipo tiver uma conotação negativa que favoreça preconceito e discriminação, ele será extenso a todos os integrantes do grupo.

Apesar de nomeadas como lésbicas masculinas, pelos profissionais estudados, poucas foram as vezes, que utilizaram os termos, mulher-macho e sapatão. Tomando por referência o uso popular e corriqueiro destes termos, em nosso meio, inclusive em algumas marchinhas de carnaval, cabe comentar que no campo desta pesquisa ocorreu de alguns profissionais utilizarem estes termos, antes de iniciar a gravação de suas falas, o que não se repetiu quando a gravação teve início. Esta situação nos permite inferir que se utilizaram da polidez para atenuar os sinais de possíveis preconceitos, desrespeito, procurando demonstrar melhor atitude

frente a essas mulheres.

No que se refere ao uso da polidez, trata-se de estratégia utilizada na tentativa de minimizar um potencial ameaçador presente em determinadas falas. O uso da polidez envolve uma concessão política, ao reconhecer a necessidade de posicionar-se de forma distinta e mais adequada, de modo a dizer coisas indiretamente. A polidez diz respeito aos meios de atenuar a crítica aos outros, ser assertivo, sem agressividade (BOURDIEU, 2011).

Quanto aos atributos e papéis sociais, culturalmente naturalizados e reconhecidos como pertencentes ao universo masculino, e que são enunciados, pelos profissionais de saúde, em relação às lésbicas masculinas, integrando elementos relativos à dimensão afetiva-valorativa das representações referenciais, incluem-se: agressivas, violentas, desconfiadas, solitárias, rudes e conquistadoras.

A primeira vez que atendi uma lésbica fiquei meio chocada porque ela tinha uma fala, um jeito muito agressivo. Isso é mais comum nessas mais parecidas com os meninos. (M5)

Também percebo que são agressivas e desconfiadas. Tenho a impressão de que estão sempre nos avaliando, desconfiando de alguma coisa. Tem umas dessas [masculinas] que são muito agressivas, chegando a ser meio violentas. (M17)

Meu único problema com ela [lésbica masculina] é que ela se comportava com a gente, como que tentando seduzir, conquistar. Acho que são metidas a conquistadoras com outras mulheres. (M15)

Elas [lésbicas] também tem uma forma de se expressar um pouco mais masculina, mais rude. (E21)

Tem umas que são tão masculinas que se tornam muito violentas, agressivas. (E17)

Então, acho que são mulheres muito agressivas. Algumas sempre investem em outras mulheres, sem nem saber direito se são gays ou não, só para tentar conquistar. (E22)

A lógica dominante de atribuição social de valor às mesmas tarefas e características, quando associadas aos sexos e aos gêneros, resulta que as mesmas tarefas podem ser consideradas nobres e difíceis, quando realizadas por homens, ou insignificantes e imperceptíveis, fáceis e fúteis, quando realizadas por mulheres, e ainda, bastando que os homens as assumam para que sejam enobrecidas e, no caso das mulheres, desqualificadas (BOURDIEU, 1999).

Com base nessa lógica, poderia se supor que as lésbicas com expressão de gênero masculino, poderiam usufruir de alguma vantagem em termos da conotação positiva socialmente vinculada aos atributos masculinos, dos quais os homens se beneficiam. Entretanto, não é o que ocorre, no caso das lésbicas, pois a elas são associados, quase que exclusivamente, aqueles atributos masculinos de conotação negativa, vinculados ao machismo.

Esses elementos de representação que traduzem o gênero masculino, enunciados em relação às lésbicas, tem forte conotação negativa, o que segundo Fairclough (2001), constitui um aspecto discriminatório da língua, frequentemente dirigido aos homossexuais, *gays* e lésbicas.

De acordo com este autor, é muito comum que na transferência metafórica relacionada aos homossexuais, sejam utilizados os vocábulos de gênero de conotação negativa. Assim, para o homem homossexual frequentemente são utilizados vocábulos como perua, fútil, divertido, exagerado. Já para as mulheres homossexuais a transferência metafórica geralmente envolve vocábulos que traduzam as conotações negativas do gênero masculino, como agressividade, falta de polidez, desleixo com aparência, e outras (FAIRCLOUGH, 2001).

Para Bourdieu (1998), as mulheres masculinizadas expressam um estilo corporal que ao tempo em que deixa claro, a recusa das “maneiras/ signos de docilidade”, socialmente esperadas para o sexo biológico, apontam a valorização da virilidade.

Das mulheres, se espera que sejam femininas, simpáticas, submissas, discretas, atendendo às expectativas sociais e masculinas. Assim, não raro, as mulheres tornam-se dependentes do apreço social e dos homens. Mas, quando deixam de existir para o outro, ela se converte de corpo para o outro em corpo para si mesma, de corpo passivo em corpo ativo e assim, as mulheres que rompem a relação tácita de disponibilidade, reapropriam-se de certa forma, de sua imagem corporal e, no mesmo ato, são vistas como não femininas ou até mesmo, lésbicas, independente da orientação sexual (BOURDIEU, 1999).

Classificadas como desviantes da norma sexual e do normal, às lésbicas com expressão de gênero masculino, sobrepõem-se um maior distanciamento do protótipo da mulher heterossexual, comparativamente às lésbicas femininas, e sendo percebidas como mais diferentes e distantes do normal que as outras, assumem um

valor numa hierarquia graduada, que se refletirá na atitude desfavorável de intensidade correlata, para com elas.

O processo de classificação de um objeto estranho pode ocorrer de duas maneiras: generalizando ou particularizando. Ao classificar por generalização, reduzem-se as distâncias entre o objeto estranho e o protótipo. Nós selecionamos uma característica aleatoriamente e a usamos como uma categoria. A característica é extensa a todos os membros dessa categoria e assim, se a característica for positiva, aceitamos; se for negativa, rejeitamos. Ao classificar por particularização, como no caso da classificação das lésbicas com expressão de gênero masculino, pelos profissionais de saúde investigados, nós mantemos uma distância e mantemos o objeto sob análise, como algo divergente do protótipo. Ao mesmo tempo, tentamos descobrir que característica, motivação ou atitude a torna distinta das demais.

Classificar, pela generalização ou particularização, não é uma escolha puramente intelectual, mas reflete uma atitude específica para com o objeto, um desejo de defini-lo como normal ou aberrante (MOSCOVICI, 2012b).

Quanto às lésbicas percebidas e classificadas como femininas, os elementos presentes no conteúdo da representação social do grupo de profissionais estudado, incluem características que as aproximam das mulheres heterossexuais, estas últimas, consideradas de sexualidade normal. Essa forma de classificação, por generalização, contribui para que sejam menos discriminadas, melhor aceitas, em relação às lésbicas masculinas e, portanto, promove entre os profissionais uma atitude mais favorável, em relação às outras lésbicas.

Minhas amigas lésbicas são todas superfemininas e todas muito bonitas. Você nem diz que são lésbicas! Quando a gente sai, a gente até se diverte porque, às vezes, chega um rapaz bonito e ele se interessa justo por ela, que não é chegada. (E4)

Acho que o mais complicado, porque é o que a gente menos entende, são essas que são masculinizadas. Mas, as femininas, são iguais a nós [heterossexuais]. (E12)

Ela é completamente diferente [da lésbica masculina], tem o cabelo comprido, tem o corpo assim, mais cuidadinho, arrumadinho. É um corpo de uma mulher mesmo. Ela usa vestido, maquiagem. Já a outra [parceira masculina] é um horror. (E20)

As que são femininas se parecem mais com a gente, se cuidam mais, são mais gentis. (M13)

A homossexual que tem sociabilidade normal, que é a feminina, nada me chama a atenção. (M7)

Essas que são femininas, geralmente, gostam de homens também. (M12)

A partir da análise dos depoimentos, podemos constatar que as lesbianidades só são aceitas se, mantiverem seus vínculos com o androcentrismo e com o sistema heteronormativo, ou seja, desde que não rompam com as normas sociais. Desta forma, os estereótipos constitutivos desse grupo de mulheres, as lésbicas femininas, tem conotação menos negativa, em relação às masculinas, para o grupo de profissionais estudado, por aproximá-las das mulheres heterossexuais, em termos de sua imagem corporal, ou seja, de uma expressão de gênero feminina capaz de permanecer agradando aos interesses sexuais dos homens e, portanto, atendendo à heteronormatividade.

No que se refere à atitude favorável frente às lésbicas femininas, Reinoso (2005) afirma que as lesbianidades só são aceitas se estiverem compatíveis e de acordo com as normativas de sexo/ gênero/ desejo. Para esta autora, denominar-se lésbica é moderno e admissível, desde que seja o bastante bela e esteja disposta a ter sexo com homens.

Butler (2003) faz referência às duas imagens heterossexualizadas das lesbianidades: as chamadas *lesbian chic* e as lésbicas prostitutas, que tem atos sexuais entre elas, para satisfazer sexualmente os homens. Desta forma, os estereótipos da *lesbian chic* e das lésbicas prostitutas, corroboram com a imagem domesticada das mulheres lésbicas, uma imagem que não atormenta a sociedade e suas prerrogativas hegemônicas (REINOSO, 2005).

A classificação da lésbica como masculina a enraíza numa rede de significados, conhecimentos e valores preexistentes em relação ao gênero masculino, que a distancia das outras mulheres, mantendo-a em uma condição de análise constante, por se tratar de um exemplar de mulher divergente do protótipo. Portanto, esta forma de classificação, por particularização, reflete uma atitude desfavorável dos profissionais de saúde frente a essas mulheres.

Além disso, também se destaca no conteúdo das representações sociais sobre as lésbicas, a associação entre a classe social, nomeada como nível, e a expressão de gênero, de modo que há um consenso entre as enfermeiras e os médicos, de que às classes sociais mais altas, corresponda uma maior frequência, entre as lésbicas, da expressão de gênero feminino, ao passo em que nas classes sociais mais baixas, há prevalência da expressão de gênero masculina.

Eu acho que isso é por causa das classes sociais, porque eu vejo muito isso nas classes mais baixas. [...] Quando você está com suas amigas homossexuais, lá de Ipanema, as duas são superfemininas. Nas de classe mais alta, ninguém precisa ficar assumindo aquela postura mais masculina. Nas de nível baixo, essas masculinas são muito comuns. (M2)

Entre as mulheres de classe melhor não se vê essa coisa mais pesada da sapatão, da masculina. (M6)

Noto que essas homossexuais que tem mais educação, que tem um nível melhor, uma classe social melhor, são menos masculinizadas, menos agressivas. (E10)

Então, eu acho que aqui [zona sul do Rio de Janeiro] os homossexuais, gays e lésbicas, tem um certo nível, são de uma classe melhor e, por isso, são mais discretos. Os homens menos afeminados e as mulheres menos masculinizadas. (E3)

Desta associação, decorre que se agrega ao conteúdo das representações sobre as lésbicas com expressão de gênero masculino, mais um elemento com forte carga negativa, a classe social baixa, ora referida como “nível baixo”, o que potencializa a vulnerabilidade dessas mulheres aos preconceitos e processos de exclusão e discriminação.

A vulnerabilidade tanto às doenças, quanto às situações adversas da vida, se distribui de maneira diferente, segundo os indivíduos, regiões e grupos sociais, e relaciona-se com a pobreza, com as crises econômicas e com o nível educacional (SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2007). Está relacionada a fatores estruturais da sociedade, que se refere à desigualdade de renda, educação e de acesso a serviços e, ainda, à possibilidade de sofrer danos e a capacidade para o seu enfrentamento.

Ainda em relação à classe social ou nível social, Deschamps e Moliner (2009) afirmam que é evidente que o gênero dos sujeitos e o capital econômico ou cultural de que dispõem, são critérios que estruturam hierarquicamente o espaço social, simplesmente porque eles remetem a recursos que conferem poder àqueles que os possuem.

Sendo assim, as lésbicas com expressão de gênero masculino, além de serem percebidas como estranhas, por contrariar as normas sociais relativas à sexualidade e as normas relativas às relações entre o gênero e o sexo do corpo, também são percebidas como mulheres de classe social baixa, sendo referidas como de um “nível pior”, agregando-se a elas, mais um estigma. Esta situação, certamente situa essas agentes em uma posição inferior na hierarquia de poder, o que as vulnerabiliza em suas interações sociais.

Quanto aos comportamentos atribuídos às lésbicas, é quase uma unanimidade entre os profissionais de saúde investigados, a conduta reservada, como elemento significativo da representação social sobre essas mulheres e, generalizado a todas as lésbicas, independente de sua expressão de gênero, o que é justificado por muitos, como um comportamento defensivo, por temer preconceitos e discriminação e ainda, pela percepção da existência de preconceito da própria lésbica, em relação à sua homossexualidade.

Geralmente, eu noto que são mulheres muito reservadas. Você vê que a lésbica é sempre aquela mais calada, mais na dela, dentro do grupo de mulheres. Elas vem e ficam sentadas quietinhas, na sala de espera, aguardando serem chamadas e ficam meio isoladas, porque não puxam conversa com as outras. Acho que evitam, porque o assunto da mulherada é marido, filho, essas coisas e não é o caso delas. Acho que tem receio de preconceito e de falar. (E2)

As mulheres lésbicas são mais reservadas. Acho até que são reservadas porque sabem que quando se mostram, a reação das pessoas é maior, o preconceito é maior. (E20)

[a mulher lésbica] acho que é mais reservada e deve ser por vergonha do que é. (E11)

O que eu sinto é que elas não se abrem muito não. São mulheres mais fechadas, reservadas. (M13)

Não falam muito. São muito reservadas. Acho que sentem vergonha de falar sobre sua sexualidade e também tem a questão do medo do preconceito. (M11)

As lésbicas são mais contidas, reservadas e envergonhadas mesmo. Acho que tem vergonha de dizer que são lésbicas e por isso não falam muito. Fora isto, tem medo de serem discriminadas. (M6)

Cabe comentar que a maioria destas mulheres, como grande parte dos homossexuais, é tolhida em seus direitos, no que tange à liberdade de expressão pública de seus afetos, amores e desejos sexuais, sendo frequentemente alvo de preconceitos e atos de discriminação que, por vezes, chegam a alcançar os extremos da violência física, homofóbica.

Portanto, não é de se estranhar que essas pessoas manifestem algum grau de preocupação e até mesmo medo de demonstrar ou assumir publicamente sua homossexualidade, evitando aproximar-se de pessoas, especialmente, em circunstâncias que avaliam que serão levados a ter que decidir entre negar e mentir sobre sua sexualidade ou, assumir e correr o risco das possíveis reações desfavoráveis.

A presença da heteronormatividade como um elemento do conteúdo das representações sobre a homossexualidade e sobre a mulher lésbica exerce um papel fundante na gênese das estruturas mentais de apreciação e classificação das pessoas, no que diz respeito à sexualidade. Desta forma, a heteronormatividade impõe vulnerabilidades aos homossexuais, que percebidos como uma categoria diferente da normal tornam-se alvos fáceis de preconceito e discriminação em todos os setores da sociedade, inclusive na saúde. Por esta razão se veem exigidos a manter sua sexualidade em sigilo, sob pena de tê-la desrespeitada e desqualificada, explicitamente ou de formas sutis e invisíveis, a violência simbólica.

Além disto, os homossexuais sejam gays ou lésbicas, ao serem educados como heterossexuais, podem interiorizar o ponto de vista dos dominantes e assumir esse ponto de vista, a respeito de si mesmos, bem como compreender o ponto de vista dos dominantes melhor do que são capazes de compreender o seu, o que também se constitui uma violência simbólica (BOURDIEU, 1999).

A primazia universalmente concedida aos heterossexuais se afirma e se reproduz nas estruturas sociais, concedendo aos heterossexuais a liberdade do exercício de sua sexualidade e aos homossexuais, o espaço da invisibilidade, do isolamento público e do não reconhecimento de seu patrimônio afetivo, o que também é uma violência simbólica.

6.2 As relações afetivo-sexuais e familiares de lésbicas

Ao falarem sobre a mulher lésbica, os profissionais de saúde participantes do estudo, referem-se aos conhecimentos anteriores, pré-existentes em sua memória, relativos à representação social já construída sobre a homossexualidade. A partir deste relacionamento entre a imagem da mulher lésbica e a representação já presente na memória, a lésbica é percebida, separada e agrupada em duas categorias distintas, as femininas e as masculinas, com base em estereótipos de gênero, estando a primeira mais próxima do protótipo de mulher normal.

A partir desta classificação em dois grupos distintos, nomeadas como lésbicas masculinas e lésbicas femininas, os profissionais de saúde participantes do estudo, prosseguem a construção de sua teoria sobre essas mulheres, indicando novos

elementos da representação social sobre essas mulheres, relativos às suas parcerias afetivo-sexuais e sua interação junto à família nuclear.

No que se refere às relações afetivo-sexuais de mulheres lésbicas, os depoimentos deixam claro que expressivo número de profissionais de saúde, do grupo social estudado (32), percebe a existência, com certa regularidade, de um determinado modelo, relativo aos gêneros, na composição dos casais de lésbicas, apontando para uma maior frequência de relacionamentos e, portanto, de interesse afetivo-sexual, entre mulheres de gêneros opostos, ou seja, uma mulher masculina se relaciona, preferencialmente, com uma mulher feminina, constituindo-se quase que como uma regra na formação de casais.

Eu fico assim, boba de ver como os papéis masculino e feminino se repetem. Mesmo sendo casais homossexuais, que você imaginaria que seriam duas mulheres. É como se tivesse ali a figura do homem e da mulher. (M19)

Já aconteceu de virem as duas juntas, o casal. Aí, é engraçado porque, geralmente, são bem diferentes. Uma sempre é mais assim, masculina e faz o papel do homem, sabe? (M17)

Já atendi situações em que eu percebia nitidamente que ali era um casazinho, sabe? Uma toda rapazinho e a outra toda mocinha. (M8)

Noto que as parceiras dessas mulheres mais masculinizadas são sempre bem femininas. (M14)

Nunca duas do mesmo gênero se juntam e formam casal. Pelo menos, nunca vi. (E6)

No casal de lésbicas, você vê muita diferença na atitude de uma e de outra, a masculina e a feminina. Isso se retrata em tudo na vida: no corpo, nas tarefas de casa, na profissão que escolhem e eu diria que até na cama, uma é ativa e a outra é passiva. Tenho muitas amigas lésbicas, frequento a casa delas e sei como é. (E2)

Eu nunca acreditei e entendi muito essa questão da homossexualidade, porque dentro da homossexualidade existe o masculino e o feminino. Elas copiam os hetero! (E7)

Elas [lésbicas], no casal, geralmente, assumem um pouco os papéis: "Eu sou o menino, essa é a menina". (E24)

A percepção deste modelo de relacionamento afetivo-sexual entre as mulheres lésbicas é ainda, reconhecido, pelo grupo social estudado, como uma fiel reprodução do binarismo envolvido no relacionamento heterossexual, na medida em que uma desempenha o papel da mulher, historicamente associado à passividade, e a outra, o papel do homem, o ativo da relação.

Deste modo, a força dos critérios de atividade e passividade, historicamente envolvidos na relação heterossexual, também participa da classificação das mulheres lésbicas e de suas relações.

Essa compreensão sobre as relações afetivo-sexuais entre lésbicas, que se apoia no modelo da rígida oposição entre os gêneros e na díade atividade/passividade, parece ser dominante entre os profissionais de saúde investigados. Tanto é que, os casais lésbicos, nos quais a igualdade e simetria dos gêneros são percebidas, além de considerados menos frequentes, são nomeados como estranhos, o que endossa a força que a heteronormatividade exerce no conteúdo das representações sobre as lésbicas e suas relações.

Os casais lésbicos que expressam uma nítida oposição de gêneros, por se aproximarem mais do modelo heterossexual, ainda que por reprodução deste modelo, parecem ser melhor aceitos que aqueles casais lésbicos, nos quais a igualdade e simetria de gêneros é percebida.

[...] O que me chocou mais não foi exatamente ver duas mulheres, mas, duas bem femininas juntas. Isso é raro! [...] Só achei estranho. Nunca tinha visto duas femininas juntas. (E19)

Quase sempre, as masculinas e as femininas se relacionam entre elas, como casal. Duas iguais é raro. (E20)

Duas femininas juntas já vi, no tempo de faculdade. Mas, foi só desta vez. Não é uma coisa que seja comum entre elas. (M6)

Nunca vi uma mulher dessas, mais masculinizada, com outra igual, mas, duas femininas já vi. É bem estranho! Foram poucas vezes, mas já vi. Nenhuma das duas levava pinta. (M13)

É possível inferir que os casais lésbicos de gênero simétrico são percebidos, pelos profissionais de saúde investigados, como mais estranhos, causando inclusive, reações de choque entre aqueles que as observam, por ser, de fato, o modelo de casal que mais se aproxima da homossexualidade, ou seja, mesmo sexo e mesmo gênero.

Heilborn (1996), ao estudar as mulheres homossexuais, identificou dois modelos envolvidos na compreensão sobre a homossexualidade: um modelo fundado numa rígida oposição entre os gêneros e na díade atividade e passividade e o outro modelo, postulado na simetria e na dissolução da distinção de gênero no casal.

Em oposição a Heilborn, G. Almeida (2005) afirma que mesmo entre os casais de lésbicas onde há uma aparente simetria e igualdade dos gêneros, é impossível, no cotidiano, não perceber a oposição de gêneros e da relação atividade/passividade.

A heteronormatividade diz respeito ao sistema de organização da sociedade que pressupõe a heterossexualidade como normal e normativa diante de todas as outras formas de vivência das sexualidades.

As normas requerem o casal formado por um homem e uma mulher, afetivo-sexualmente complementares, opostos em seus papéis sociais e sexuais, como inerente a cada um dos sexos, monogâmicos e preferencialmente, dentro da instituição do casamento (BUTLER, 2003).

De acordo com Mélo (2012), a heterossexualidade se apoia na perspectiva binária que vai além dos corpos, até as almas. Se os corpos são binariamente heterossexuais, as almas também. Se os corpos são diferentes e o feminino é perfeito à maternagem e o masculino à guerra, os corpos só devem se unir, também de modo perfeitamente normal: um homem com uma mulher. A heterossexualidade é então entendida como o modelo da normalidade e fora desse modelo o que temos são patologias.

É coerente inferir que, apesar da união entre mulheres ser considerada estranha, a união entre gêneros opostos pode estar associada à união de almas, causando, conseqüentemente, menor estranheza, se comparadas às lésbicas que apresentam a mesma expressão de gênero, pois segundo esta lógica, estariam contrariando as normas, em menor profundidade.

No que se refere à história dos relacionamentos afetivo-sexuais de lésbicas, é consenso entre os profissionais, com base nos relatos de suas pacientes lésbicas, que a maioria delas, em algum momento de suas vidas, já se relacionou sexualmente com homens.

A maioria das lésbicas já transou, pelo menos uma vez, com homem. [...] Muitas dessas mulheres [lésbicas] tem sexo sem penetração vaginal e não gostam da penetração. (E24)

Nunca peguei uma mulher [lésbica] que nunca tivesse tido relação com homem, mesmo aquelas mais masculinizadas. É o que elas dizem. (E4)

Depois, conversando, ela me contou que tinha transado com homem, apenas uma vez na vida. Todas as lésbicas que já atendi, já tinham transado, pelo menos, uma vez, com homem. (E5)

Uma vez, atendi uma mulher que tinha 38 anos e nunca tinha transado com homem. A maioria, das lésbicas que já atendi, já tinha transado com homem, mas, essa não. (E6)

A maioria, já tem histórico de relacionamento heterossexual passado. A grande maioria. (M13)

Todas [lésbicas] que eu atendi já tinham transado, alguma vez na vida, com homens. Foi o que disseram. (M16)

Todas já tinham transado alguma vez com homem. Nunca tive nenhuma que não tivesse “escorregado”, quer dizer, transado com homem. (M2)

A maioria das que atendo já transou com homem. (M9)

Portanto, a homossexualidade exclusiva entre as lésbicas, é exceção e não regra, o que já foi constatado em outros estudos envolvendo mulheres homossexuais (FACCHINI; BARBOSA, 2006).

Quanto à caracterização da relação afetivo-sexual, entre as mulheres lésbicas, os conhecimentos compartilhados, por enfermeiras e médicos, envolvem a crença consensual de que a relação conjugal é marcada por confiança, fidelidade, carinho e amizade, sendo o sexo percebido como uma dimensão menos importante, que ocupa o segundo plano.

Acho que talvez, elas [lésbicas] sejam mais sensíveis no relacionamento. No sentido de que talvez, exista um entendimento, uma amizade e uma compreensão maior que tudo [sexo], por serem duas mulheres. (M17)

Chama atenção o carinho e a amizade mesmo, que a companheira dela tem por ela, que uma tem com a outra. (M2)

Quando eu converso com mulheres homossexuais, tenho a impressão que elas sentem uma maior estabilidade na relação com outra mulher. Quando eu vejo duas mulheres se relacionando, elas me passam isso: amizade, fidelidade e confiança. É o que elas parecem valorizar mais na relação. (M16)

Eu vejo que existem mulheres que moram com outras procurando mais uma companheira, procurando mais uma família, mais do que sexo, propriamente dito. (M18)

Elas [lésbicas] sentem muita segurança em relação à fidelidade das suas parceiras. (E24)

Uma mulher dá mais carinho e amizade para a outra, mais do que um homem. Elas valorizam mais a amizade do que o sexo. (E14)

Acho que, entre mulheres, essa coisa de amizade é muito forte na relação. Talvez, mais que o próprio sexo. (E1)

Elas parecem ser um pouco mais fiéis umas com as outras, do que numa relação heterossexual. (E18)

Pelo exposto, o homoerotismo feminino parece não ser percebido, pelos profissionais investigados, como uma relação sexual propriamente dita, sendo a relação entre elas descrita como uma relação de amizade e confiança. Além disto, os profissionais acreditam que o sexo, não seja valorizado, pelas próprias lésbicas, em suas relações.

Há também uma premissa consensuada de que as relações entre duas mulheres são mais estáveis, marcadas por confiança e fidelidade. Nessa crença, pode estar inscrito um perigoso pressuposto de que as mulheres lésbicas não precisam adotar medidas de prevenção de DST/ HIV.

Essa construção coletiva que envolve a percepção de uma desvalorização do sexo, entre duas mulheres, nos remete à invisibilidade lésbica e ao modelo grego de Galeno, estudado por Laqueur, de sexo único, presente na sociedade em fins do século XVII, que explicava e compreendia a relação sexual, com base na hierarquização dos papéis sociais e atuação política entre os parceiros, independente do sexo genital. A partir deste modelo, as relações entre as mulheres eram invisíveis, devido ao mínimo poder social desempenhado por elas, e ainda, devido ao fato de que as relações, sem penetração, pareciam não corresponder ao domínio sexual (LAQUEUR, 2001).

No que diz respeito ao sexo sem penetração, cabe refletir que a penetração vaginal é uma prática sexual que pode não estar presente em todas as relações sexuais, inclusive, nas relações heterossexuais. Além disto, é importante considerar que, mesmo entre duas mulheres, essa prática pode ocorrer, mediante o uso dos dedos ou de brinquedos sexuais. Isso se reflete de grande importância porque a desconsideração quanto a esta possibilidade, pode levar um profissional de saúde a não orientar uma mulher lésbica quanto às medidas de prevenção de DST aplicadas a esta prática sexual.

Quanto à relação da lésbica com sua família nuclear, cerca da metade dos profissionais de saúde (23), acredita tratar-se de uma relação difícil, por envolver dificuldades de aceitação da homossexualidade, especialmente, por parte da mãe ou do pai. Essa percepção é impregnada por forte carga afetiva, sendo alcançada, pelos profissionais, na situação em que se colocam na posição de mãe ou pai de uma mulher lésbica, o que traduz sua atitude negativa, desfavorável, diante da homossexualidade.

Eu te falei em tolerância, porque eu acho que as famílias toleram. Elas não aceitam. Tipo assim: "Tudo bem, mas, não é para mim". "Não quero isso para a minha filha". (E24)

Quando tem alguém assim [homossexual] na família, acho que a família tem muita dificuldade de aceitar. Fico imaginando se fosse comigo. (E3)

O pai cobra, tem a mãe que cobra, a avó, e aí, a família toda cobra das mulheres, não é? Cobra um casamento, cobra descendência. Imagine as cobranças com as lésbicas! Até a mulher que não é homossexual, que é heterossexual, se ela não casar, não tiver filhos, vai ter um problema familiar. Imagine as lésbicas! Também reconheço que para uma mãe deve ser bem difícil, não é? (E9)

Para mim, isso [homossexualidade] é normal. Mas, não digo que não me surpreenderia se fosse com minha irmã ou uma filha. É uma situação difícil e por isso eu, pessoalmente, prefiro não ter que passar por isso. Mas, acho que mesmo nesses casos, a gente acaba se acostumando. (M9)

Confesso a você que tenho uma filha e não gostaria que ela fosse lésbica. É claro que eu vou aceitar, mas se algum dia ela me disser isso eu vou me assustar [...] Mas, eu acho que eu ia pirar na batatinha, entendeu? (M21)

A gente tem que ser honesta. Falar dos outros é fácil, mas vai você ter uma filha gay. Deve ser bem difícil, bem sofrido. Não é o sonho de ninguém. (M1)

A partir dos depoimentos dos profissionais de saúde estudados, fica clara a expectativa que eles e as famílias nucleares tradicionais tem em relação às suas descendentes: que sejam heterossexuais e, no que se refere ao destino reservado às mulheres, que se casem com homens e se tornem mães no contexto de uma família heterossexual.

Prosseguindo na relação da lésbica com sua família nuclear, o grupo de profissionais demonstrou compreender que as famílias e, especialmente, as mães, exercem papel decisivo, de expressiva influência sobre a decisão das lésbicas, quanto a assumir ou não a sua homossexualidade.

Assumir a homossexualidade, tanto os homens, quanto as mulheres, na maioria das vezes, só se for escondido da mãe. Do contrário, tem que romper com a mãe. (E8)

Não sei até que ponto não desistiu [da namorada], porque não aguentou a pressão da mãe. A garota sofreu muito, coitada! Acho que faltava maturidade para assumir e enfrentar a família, principalmente, a mãe. (E10)

[...] ser heterossexual é fácil, porque é aceito. Daí, assumir a homossexualidade é difícil. Enfrentar a família e a mãe, mais difícil ainda. Acho que tem pessoas que até desistem e acabam vivendo uma vida heterossexual, mesmo sem gostar. (M9)

Acho que a família e a criação familiar [...] também afeta. A família vai influenciar muito nessa decisão [de assumir ou não a homossexualidade]. (M13)

Do exposto, vê-se claramente que na concepção dos profissionais de saúde, as famílias e, especialmente, as mães, figuram como agentes estratégicos da manutenção da ordem e das normas sociais, relativas à sexualidade e aos gêneros, por meio da imposição compulsória da heterossexualidade e da expressão de gênero feminino às suas filhas, o que se constitui em um ato de violência simbólica.

A masculinização do corpo masculino e a feminização do corpo feminino são tarefas enormes e, em certo sentido, intermináveis que, sem dúvida, exigem um gasto considerável de tempo e esforços, por parte das mães de filhos homossexuais.

Este trabalho de inculcação de uma ordem faz com que ao seu término, uma identidade social seja instituída e se inscreva em uma natureza biológica e se torne um *habitus*, uma lei social incorporada. É através do adestramento dos corpos que se impõem as disposições mais fundamentais (BOURDIEU, 1999, 2004).

Para Butler (2003), a heterossexualidade compulsória diz respeito à intensa pressão que a sociedade exerce, especialmente, sobre as mulheres, para garantir que a heterossexualidade se torne o destino comum de seu sexo.

Entretanto, as pessoas homossexuais não são partículas passivas conduzidas pelas forças do campo. Eles possuem disposições adquiridas, que podem levá-los a resistir, a opor-se às pressões da família e da mãe.

De acordo com Jodelet (2013), a exclusão se traduz no nível das interações entre as pessoas e grupos, que delas são agentes ou vítimas e se manifesta por meio de segregação, de marginalização, discriminação ou fechamento diferencial/negativo.

Desta forma, tomando por referência o pensamento de Jodelet, a mãe exerce o papel de agente e a filha lésbica, o papel de vítima de exclusão. A representação que os profissionais compartilham sobre a interação entre a lésbica e sua família e, especialmente, a relação da lésbica com a figura da mãe, e a participação desta no processo da filha, de assumir ou não a homossexualidade, deixa claro a força simbólica e o poder de violência da mãe na imposição da norma heterossexual e na recusa à homossexualidade da filha. Nestes casos, a família, que se pressupõe devesse ser o espaço mais acolhedor e seguro a um filho, se torna o primeiro a apresentar o preconceito, a discriminação e a violência homofóbica.

7 A CONSULTA À MULHER LÉSBICA, NO CAMPO DA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA E SUAS ESPECIFICIDADES DE SAÚDE

Cabe esclarecer que desde 1994, ano da criação, no Brasil, do Programa de Saúde da Família (PSF), pelo Ministério da Saúde (MS), foi iniciada a implantação de um modelo de organização da rede de atenção básica, que traz em seu escopo um conjunto de diretrizes, como o trabalho em equipe de base territorial, a promoção e a prevenção da saúde, o perfil do profissional generalista, a incorporação do agente comunitário de saúde (ACS), a normatização do processo de trabalho, dentre outros (CAMPOS et al., 2010).

Em março de 2006 foi aprovada a Portaria 648, que criou a Política Nacional de Atenção Básica que fundamentalmente, reafirmou a saúde da família como modelo de atenção básica para todo o país e como ordenadora das redes de atenção à saúde (BRASIL, 2006a).

Adotou-se um desenho para a composição básica dessa equipe com apoio na lógica deste programa: médico, enfermeira, dentista, técnicos de enfermagem e de odontologia, todos com formação e função de generalistas, e os agentes comunitários de saúde (ACS), profissão nova de trabalhadores recrutados na comunidade, que tem por atribuição fazer a ligação da equipe com a família e com a comunidade (BRASIL, 2006a).

Cada equipe de saúde da família tem a seu encargo o cuidado à saúde de um conjunto de pessoas que vivem em um mesmo território.

Com a ideia de constituírem-se redes de Apoio Matricial, agregam-se equipe de saúde mental, reabilitação, nutrição, saúde coletiva e desenvolvimento social, saúde da mulher e da criança, dentre outras, que trabalham articuladas com várias equipes de saúde da família em um determinado território.

A partir de então, desde 1994, a rede básica de saúde iniciou sua reconfiguração, de modo que o modelo antigo de organização, através de postos e centros de saúde, passou a conviver com o novo modelo, o das clínicas de família, e tem sido gradativamente substituído.

Neste contexto, as mulheres que até então eram, no modelo antigo, atendidas exclusivamente, em suas necessidades de saúde sexual e reprodutiva, por

profissionais com formação especializada na área gineco-obstétrica, passaram a ser atendidas também, pelos profissionais com formação generalista.

7.1 A interação entre o profissional e a cliente e as percepções profissionais sobre a saúde sexual e reprodutiva da lésbica – a primeira etapa da consulta

As consultas realizadas por enfermeiras e médicos, no campo da saúde sexual e reprodutiva, independente do modelo de organização da atenção à saúde, obedecem a um verdadeiro ritual que compreende duas etapas bem distintas, separadas pelo exame físico.

Nesta sequência, é explícita a assimetria entre o profissional e a mulher, cabendo aos profissionais de saúde o controle dos assuntos a serem tratados, o poder de interromper a fala da mulher e o domínio das perguntas que formulam, restando às mulheres, o dever de responder, sabendo ainda, que estão sendo avaliadas (OSTERMANN; RUY, 2012).

Portanto, os profissionais de saúde podem ser considerados informantes privilegiados no campo da saúde sexual e reprodutiva, na atenção às lésbicas, pois suas concepções e práticas incidirão diretamente na qualidade da atenção à saúde dessas mulheres.

Chamou atenção, a partir da questão orientadora, formulada na entrevista, a maneira como os participantes deste estudo direcionaram seus depoimentos, sobre suas experiências na realização de consultas a essas mulheres, obedecendo à lógica inscrita no próprio atendimento (APÊNDICE C).

Assim, os profissionais de saúde iniciaram suas falas, pela descrição da primeira etapa da consulta, conhecida como anamnese, que corresponde à conversa inicial entre o profissional de saúde e a paciente, por meio da qual o profissional procura conhecer as condições de vida e saúde da mulher e sua família e a partir disto, procedem à elaboração de suas percepções.

Essa conversa é norteadada por um conjunto de perguntas, instituídas como rotina nos serviços de saúde, e envolve dados de identificação pessoal, do perfil sócio-econômico-demográfico, situação habitacional, antecedentes de saúde,

pessoal e familiar, antecedentes obstétricos e ginecológicos, o motivo da consulta e a história da queixa apresentada pela mulher.

Embora, a PNSILGBT recomende a inclusão e registro dos quesitos orientação sexual e identidade de gênero nos prontuários clínicos, nos documentos de notificação de violência da Secretaria de Vigilância em Saúde e nos demais documentos de identificação e notificação do SUS, esta é uma prática ainda pouco frequente, entre os profissionais de saúde, o que chama atenção, especialmente, no campo da saúde sexual e reprodutiva.

Entretanto, desde o primeiro contato estabelecido entre a mulher e o profissional de saúde, ou seja, desde o momento em que a mulher entra no consultório e ocorrem as primeiras trocas de olhares entre ambos, estes quesitos, expressão de gênero e orientação sexual, são minuciosamente observados, pela enfermeira e, pelo médico. Antes mesmo de iniciarem qualquer conversa, por meio de palavras, o gênero é percebido por meio da expressão do corpo, e caso seja masculino, é prontamente concebido, pelo profissional, como revelador de uma identidade homossexual.

Desta forma, a quase totalidade dos profissionais de saúde investigados (44) percebe, identifica, classifica e nomeia como lésbicas, as pacientes que se apresentam com expressão de gênero masculina, ainda que esta identidade homossexual não seja autodeclarada, pela mulher, ou até mesmo, seja negada, no decurso da anamnese.

Essa paciente [...] você olha para ela, você logo diz que é sapatão. Mas, ela diz que é casada e mora com o marido. Às vezes, ainda tenho dúvidas sobre ela. (E6)

Quer dizer: eu digo que ela é lésbica, mas, ela nunca falou. Ela tem todas as características de lésbica. Ela é assim, meio homenzinho, sabe? Acho que não falou porque deve ter vergonha. (E13)

Essas mulheres, mais masculinas, não tem como esconder. É como se tivesse escrito no corpo delas que são lésbicas. (E22)

Quando tem os trejeitos [masculinos] pode ter certeza que é. Não conheci nenhuma que não fosse. (M12)

Eu acho que existe aquele estereótipo de mulher macho, não é? As pessoas até chamam pelo apelido de sapatão. Essas são fáceis da gente identificar, mesmo que não digam. (M15)

Você logo vê que é [lésbica], pela sua apresentação masculinizada, por seus trajés, pelo seu comportamento, que ela tem essa opção, mesmo que

ela não fale. Quando é masculinizada você consegue ver nas entrelinhas, não é? Nem precisa perguntar. (M3)

Essa pressuposição de uma identidade lésbica, apoiada exclusivamente na observação de uma expressão de gênero masculina, ou seja, de traços e características socialmente percebidas como masculinas, constitui-se em um ato de simplificação e demonstra que os profissionais de saúde investigados tendem a perceber e classificar como lésbicas, as mulheres com este estereótipo masculino. Essa forma de categorização sexual das mulheres revela um preconceito e ainda, a não consideração das vivências sexuais expressas, pelas próprias mulheres, é sem sombra de dúvida um desrespeito que denota uma violência simbólica.

Embora os estereótipos possam ter, conforme o caso, conotação positiva ou negativa, é muito comum que os traços constitutivos de um estereótipo tenham conotações negativas.

Esses traços podem levar os indivíduos a fazer um julgamento positivo ou negativo sobre uma pessoa não em razão das especificidades desta pessoa, mas simplesmente em razão de sua pertença a um grupo. Este fenômeno corresponde ao preconceito, que designa o julgamento a priori e, geralmente negativo, de que são vítimas os membros de certos grupos (DESCHAMPS; MOLINER, 2009).

A situação apresentada reveste-se de grande importância uma vez que essa pressuposição sobre a identidade sexual, apoiada na observação da expressão de gênero, pode contribuir para que o profissional de saúde considere desnecessário conversar com a mulher sobre sua sexualidade, não abrindo espaço para que ela fale sobre este assunto, ou mesmo, não considere e desvalorize o que a própria mulher expressa sobre o modo como se percebe e se define, em termos de sua expressão de gênero e da orientação de seus afetos e desejos sexuais.

O conhecimento sobre a identidade sexual e, especialmente, sobre as práticas sexuais da mulher é muito importante para que o profissional de saúde possa nortear a consulta, adequando as orientações às singularidades dessas mulheres, especialmente, no que tange às suas práticas sexuais, e ainda, atentando para as vulnerabilidades relacionadas à saúde dessas pessoas.

Cabe ainda comentar que a pressuposição de uma identidade com base em estereótipos, sem abrir espaço para conversar e conhecer a percepção subjetiva de ser homo ou heterossexual da própria mulher e ainda, a desconsideração sobre aquilo que ela própria expressa durante a consulta, põe em evidência o exercício

profissional de um poder, que é institucionalmente autorizado e reconhecido, e que funciona como substrato para a instituição de relações assimétricas e permeadas por violência simbólica.

No campo da saúde sexual e reprodutiva os profissionais de saúde são os agentes que dispõem de um capital, relativo aos conhecimentos exigidos por suas profissões, que lhes asseguram um poder. Em consequência, a posição que ocupam, na estrutura deste campo, favorece a imposição de suas próprias significações, que feitas de forma sutil e indireta, traduzem-se como atos de violência simbólica.

Já entre as mulheres com expressão de gênero feminino, a homossexualidade é percebida, pelos profissionais, apenas como uma possibilidade que é sugerida, segundo eles, pelas próprias mulheres, através do uso de alguns enunciados em seus discursos ou ainda, por meio de manifestações de afeto, na interação com a parceira, nas situações em que comparecem juntas às consultas.

Segundo os profissionais de saúde participantes do estudo, o enunciado, frequentemente apresentado nos discursos das mulheres, que é percebido, por eles, como pista de homossexualidade, é o uso do termo “pessoa”, na referência às pessoas com quem mantém relações afetivo-sexuais, por deixar indefinido o sexo biológico ou ainda, quando questionadas sobre a família ou as pessoas com quem moram, respondem de forma constrangida, que moram com uma amiga.

Nas femininas o que dá pista é a negação do parceiro. A partir da negação do parceiro eu já penso na possibilidade de ser uma parceira. Geralmente, elas falam “pessoa”. “Tenho uma pessoa”. Aí, a pessoa, geralmente é do mesmo sexo, é outra mulher. (M2)

Mas, aí a gente vê que é homossexual quando a gente pergunta sobre a família, com quem mora, e elas dizem meio constrangidas, que moram com uma amiga. A amiga, quase sempre, é o caso delas. (M10)

Às vezes, são duas mulheres que entram juntas e que, se estivessem separadas, você nem notaria, mas, você nota que tem um “clima” de casal, sabe? (E5)

Você nota que elas são caso, pelo trato de uma com a outra. Podem até não ter muito jeito de sapatão, sabe? Podem ser bem femininas, uma sempre mais que a outra, mas, no trato de uma com a outra, nos olhares, essas coisas, você nota quando é caso. (E10)

Podemos constatar que o sistema de classificação sexual utilizado, pelos profissionais de saúde participantes do estudo, toma como referência a

heteronormatividade. Além disto, considerando a pluralidade e fluidez das sexualidades e as inúmeras possibilidades de arranjos entre o sexo biológico, a expressão de gênero e a orientação sexual, podemos inferir que o uso desse sistema de classificação sexual, que se apoia exclusivamente na observação do corpo e de algumas pistas verbais e/ ou não verbais, emitidas, pelas mulheres, poderá acarretar entre os profissionais, inúmeros equívocos de interpretação, quanto ao conhecimento sobre a identidade sexual e práticas sexuais das mulheres.

A qualidade do diálogo entre o profissional de saúde e a mulher é decisiva sobre a relação terapêutica de cuidado. Somente o diálogo aberto e livre de preconceitos, proporcionará o espaço adequado à verbalização, pela mulher, de sua sexualidade, suas práticas sexuais, suas demandas de saúde, evidenciando suas vulnerabilidades. Este conhecimento é necessário ao profissional, para que possa compreender o contexto singular de vida, o impacto da vivência da homossexualidade, sobre sua qualidade de vida e saúde, a determinação social de aspectos de sua saúde, para, a partir disto, planejar cuidados, condutas e orientações que sejam adequadas às singularidades da mulher atendida.

Nesta direção, a construção de um vínculo de confiança entre o profissional e a mulher foi o recurso de relacionamento apontado, reconhecido e sugerido, por alguns poucos profissionais (13), como necessário e facilitador, não somente para a abordagem da temática das sexualidades, mas também para assegurar a adesão das mulheres às suas recomendações.

Então, eu acho que criar vínculo é a saída para elas sentirem confiança para falar das coisas íntimas, como é o caso da homossexualidade, e também para melhorar a adesão delas às nossas recomendações. Não só com homossexuais, mas com todas as mulheres. (E10)

Então, você vê como é necessário criar um vínculo para poder falar sobre sexualidade [...] todos os temas que são mais íntimos e mais difíceis de serem ditos para pessoas estranhas. Porque para as pacientes, no primeiro contato conosco, somos pessoas estranhas. (E2)

A saúde sexual e todas as coisas sobre a sexualidade, tanto para os heterossexuais, quanto para os homossexuais, é uma coisa que causa desconforto falar com pessoas com quem não se tem intimidade. Por isso, é preciso construir um vínculo de confiança. (M7)

Se ela [lésbica] quiser e puder, vai te dizer [sobre a homossexualidade], na dependência da relação de confiança que você vai construindo com ela. Eu falo construindo, porque isso leva tempo. (M1)

Pela análise dos discursos dos profissionais de saúde investigados, é possível perceber o quanto a abordagem da temática da sexualidade, especialmente, da sexualidade contranormativa, a homossexualidade, causa constrangimento entre as mulheres. Por esta razão, a conversa sobre as sexualidades é reconhecida como um momento delicado da consulta, possivelmente, por se tratar de uma dimensão da vida culturalmente, mantida sob sigilo, na esfera privada, o que dificulta sua exposição às pessoas estranhas, consideradas distantes no convívio social.

Neste sentido, convém recomendar que as pistas verbais e não-verbais expressas, pelas mulheres, relativas à sexualidade ou outros assuntos que apontem dificuldades em sua abordagem, sejam aprofundadas, pelos profissionais, e ainda, que sejam observadas e valorizadas manifestações de hesitação, atraso na produção da fala e camuflagem de alguns termos, pelas pacientes.

De acordo com Ostermann e Rosa (2012), nem sempre os profissionais de saúde colaboram com as mulheres na coprodução de termos que elas tem dificuldades de expressar, o que aponta para o despreparo do profissional e escassa sensibilidade para questões desta natureza.

É reconhecido que, no processo de cuidar das mulheres, o comportamento afetivo dos profissionais contribui com a satisfação da mulher, sua participação no planejamento dos cuidados, a maior aderência aos tratamentos, sua qualidade de vida e recuperação. Esse comportamento afetivo é o que proporciona e privilegia a construção de um vínculo, de uma relação de confiança entre o profissional e o sujeito do cuidado, o que é essencial para o cuidado humanizado. O comportamento afetivo significa encorajar, ser amigável, demonstrar preocupação, fornecer segurança, chamar a mulher pelo nome, tocar e não abandonar (VARGENS; PROGIANTI; ARAUJO, 2007).

Assim, algumas manifestações do comportamento afetivo, tais como, abertura de espaço para a conversa, a informalidade das brincadeiras, olhar no olho e o toque, foram referidas, pelos profissionais, como facilitadoras da conversa sobre as sexualidades.

A partir do momento que você demonstra que está ali para ouvi-la, não só para aquelas questões pontuais da rotina, a chance de você ter alguém que fale sobre isso, sobre a homossexualidade, aumenta, não é? (M1)

Eu sempre brinco e digo: “vamos fazer uma papoterapia, porque aqui não pode entrar com vergonha”. Sinto que elas gostam das brincadeiras, ficam mais à vontade, para falar sobre a sexualidade delas quando a gente brinca. (E17)

Coisas assim, pequenas: o olhar no olho, o saber ouvir, se comportar como gente e não como uma máquina de atendimento. Isso faz o vínculo, tão necessário para o outro se abrir. O olhar no olho, para o paciente é muito crucial. Aquele atendimento que o profissional fica olhando para o papel, só escrevendo ou não toca nela, é horrível. Não vai criar vínculo nunca. (E10)

A comunicação, a conversa entre o profissional e a cliente é fundamental para o cuidado. De nada adiantará o domínio das habilidades técnicas exigidas, pela profissão, se o profissional não conseguir estabelecer o vínculo de confiança com as mulheres e se não for capaz de identificar as pistas, muitas vezes, não-verbais demonstrativas dos problemas que as afligem e que requerem cuidados.

De acordo com Canella e Maldonado (2003), essas pistas são expressas por meio do tom, timbre, modulação da voz, expressão facial, gestos, postura corporal, modo de sentar, qualidade do olhar, sorriso e assim por diante.

Outra forma, por vezes, apontada, pelos profissionais, no conhecimento acerca da homossexualidade, entre as mulheres atendidas, se dá por meio de informações trazidas, algumas vezes, antes mesmo do atendimento à mulher, pelos agentes comunitários de saúde (ACS), que por serem moradores da comunidade, onde a unidade de saúde está localizada, com frequência, conhecem os moradores e suas histórias de vida.

Os ACS sempre sabem de tudo, quem é [lésbica], quem não é, quem namora quem, porque eles moram na comunidade. Eles sempre nos contam tudo. (E8)

Às vezes, até mesmo antes da paciente chegar até nós, as ACS já nos contaram quem é lésbica ou gay e quem não é. (M10)

A partir das experiências vivenciadas no cotidiano dos serviços de saúde, um número expressivo de profissionais (35), dentre os participantes do estudo, elencou uma série de situações que consideram promotoras de dificuldades para a abordagem da temática das sexualidades, seja com mulheres lésbicas ou mesmo, heterossexuais.

As dificuldades são variadas e incluem situações, não relacionadas às representações sociais, e que dizem respeito aos próprios profissionais de saúde, a falta de privacidade e as condições de trabalho.

As dificuldades apontadas em relação aos próprios profissionais de saúde incluem: o despreparo para a abordagem das sexualidades, atribuído às deficiências na formação acadêmica e à falta de discussão e treinamentos em serviço; a inexperiência profissional, de início de carreira, e ainda, a inexperiência na vivência da própria sexualidade; sentimentos negativos oriundos das situações, nas quais se tem o conhecimento prévio sobre a homossexualidade da mulher, e esta não a revela, o que é percebido como uma manifestação de desconfiança; o sexo do profissional, quando não é possível atender as preferências das mulheres.

A sexualidade, de um modo geral, é um território muito evitado, pelos profissionais, porque se tem muitas dificuldades. Não se aprende isso na faculdade. (M3)

A gente tem trabalhado tanto, que a gente não tem mais tempo para discutir sobre os casos, para discutir em grupo, para fazer um treinamento sobre esses assuntos [sexualidades], que a gente tem mais dificuldade, e a chefia, por sua vez, não toma nenhuma providência nesse sentido. (E3)

A gente não está preparado para isso. No início da carreira então, é hiperdifícil falar sobre isso [sexualidades] com as clientes. (M10)

Então, a gente nem sabe lidar com a nossa sexualidade e tem que aconselhar as pacientes que, na maioria das vezes, são mais experientes que a gente. No início da carreira é bem difícil. (E15)

Às vezes, uma pessoa é homossexual, tanto o homem quanto a mulher, mas não quer expor isso na consulta. Não fala. Aí, se a gente já sabe, tem que fingir que não sabe. É fogo! É complicado conduzir uma consulta baseada na mentira! (M8)

Tenho que admitir que é bem difícil prosseguir uma conversa quando você sabe que a mulher está mentindo para você. Às vezes, a gente já sabe, pelo ACS, que ela é casada com mulher e ela diz que tem marido. (E17)

Tem ainda essa questão de que sou homem. Acho que muitas mulheres tem mais facilidade de se expor, ainda mais sobre sexualidade, com a profissional mulher e aqui, nem sempre é possível elas conseguirem agendar, de acordo com essa preferência. (M20)

No que se refere à falta de privacidade, para abordagem da sexualidade, foram apontadas situações relativas ao espaço físico, considerado inadequado, em algumas unidades de saúde, e ainda, a constatação entre os profissionais, de que as mulheres temem os ACS, no que diz respeito ao acesso às informações sobre sua homossexualidade e a possibilidade de torná-la pública na comunidade.

A estrutura do posto dificulta um pouco essa conversa [sobre sexualidade], porque são salas que não tem privacidade. Os profissionais entram e saem

toda hora, porque na mesma sala que se atende, certos materiais são guardados. (M7)

A privacidade é o X da questão. Se a pessoa não se sente confortável para estar falando sobre a sua sexualidade, porque o ambiente, o espaço físico, a circulação de pessoas, não respeita a privacidade, ela não vai falar. Acho que o serviço público peca na privacidade. Imagina se num consultório particular, vai ter um entra e sai de gente na sala, toda hora. Isso só na rede pública. (E4)

Percebo que muitas pacientes que não querem que a família ou outras pessoas saibam, ficam com medo de falar, por causa dos ACS. Algumas até já perguntaram se eu escrevia essas coisas [identidade homossexual] na ficha e se a ACS teria como ler. (M9)

Noto que elas tem receio de contar essas coisas mais íntimas [sexualidade], por causa de um certo temor das ACS ficarem sabendo. Tem isso também. (E18)

Quanto à sobrecarga de trabalho, o número de consultas exigido aos profissionais, por turno de atendimento, foi considerado o fator responsável tanto pela priorização dos aspectos clínicos, em detrimento dos aspectos subjetivos da consulta, como é considerada a sexualidade, quanto, pela necessidade de limitar o tempo de atendimento individual, o que acarreta prejuízos à construção do vínculo de confiança, tão necessário à abordagem das sexualidades.

O problema é que essa parte de sexualidade, de coisas mais íntimas, elas [mulheres] se sentem bem para falar só no finalzinho do atendimento, quando não dá mais tempo para nada, porque já esgotou o tempo daquela consulta e você tem que chamar a próxima. (E2)

É óbvio que se uma parte da consulta tiver que ficar no prejuízo por causa do tempo, vai ser a parte mais subjetiva, a sexualidade. Vamos dizer que você tenha que atender 18 mulheres num turno de 4 horas. Então, você tem que ser muito objetiva e cuidar da dor, do corrimento, [...] porque você vai ser cobrada e avaliada por isso. (M13)

Enfim, essas consultas que envolvem a parte sexual, a história das parcerias sexuais, demandam muito tempo e é difícil administrar isso no serviço público, porque tem muita gente para você atender. Lembro que naquele dia, umas três pacientes que estavam esperando, desistiram e foram embora. (M18)

Na rede pública essa questão de consolidar um vínculo de confiança entre a mulher e você para ela se sentir segura para falar [homossexualidade] é muito difícil, porque isso significa consultas longas e muitos retornos com o mesmo profissional [...] No consultório particular, onde você não tem chefia, é mais fácil fazer isso porque você comanda o tempo de atendimento e a agenda. (M3)

Chama atenção nos depoimentos dos profissionais de saúde a pressão que sofrem nos serviços, no que se refere à cobrança da realização de um quantitativo

de consultas, por turno de trabalho, incompatível com a qualidade da atenção à saúde, no que tange ao tempo mínimo necessário para assegurar a construção de um vínculo de confiança, a integralidade, a humanização, a equidade, ou seja, a cidadania e dignidade da pessoa humana.

Essa situação contribui para que os profissionais sejam levados a selecionar, dentre as questões demandadas, pela mulher, aquelas que serão exploradas. Conforme os depoimentos, os aspectos biológicos, parecem ser os que, de fato, exercem maior pressão sobre os profissionais, que se sentem exigidos a priorizá-los, em detrimento das questões consideradas subjetivas, como é o caso da sexualidade.

Nesta conduta, fica evidente o *habitus* profissional e a força do processo de formação na construção desse *habitus*, que se traduz na incorporação, pelo profissional, do modelo biomédico de atenção à saúde, o qual se expressa na prática cotidiana e no despreparo declarado, pelos profissionais, para lidar com as questões da sexualidade.

É notória e reconhecida a precarização das condições de trabalho e sua influência perversa sobre a qualidade da atenção à saúde. Entretanto, cabe refletir que, para aqueles profissionais que possuem preconceitos em relação às sexualidades contranormativas e que, por esta razão, são desfavoráveis à abordagem desta temática durante as consultas, ainda que esta seja uma exigência própria deste campo, da saúde sexual e reprodutiva, o argumento da falta de tempo é ideal para justificar sua omissão.

A falta de organização da unidade, relativa à guarda de material, nos espaços de atendimento individualizado; o livre trânsito de funcionários, dentro do consultório, no momento da realização das consultas; a atenção às preferências das pacientes, quanto ao sexo do profissional de saúde e ainda, a percepção das lésbicas quanto à possibilidade de faltar sigilo sobre sua sexualidade, em razão da presença dos ACS, são questões que dependem de boa vontade para seu enfrentamento e solução.

Em relação às dificuldades das lésbicas, na abordagem da sua sexualidade com os profissionais, podemos constatar que é consenso entre estes, que essas mulheres demonstram muitas dificuldades para se autodeclarar durante as consultas. Além disto, podemos identificar através dos depoimentos de enfermeiras e médicos, que há uma crença consensual neste grupo, de que as razões para estas dificuldades sejam motivadas, pelo preconceito da própria mulher, em relação à sua

homossexualidade, e ainda, pelo temor em ser discriminada.

Bom, a primeira coisa que me chama atenção é que elas levam um tempo para abrir o jogo [autodeclarar a homossexualidade] com a gente, não é? Acho que sentem medo de sofrer algum tipo de preconceito. (M19)

Já as homossexuais, não gostam de falar de sexualidade e acho que é porque elas sentem vergonha. Vergonha do que são e medo de serem maltratadas por isso. (E15)

Eu vejo que, as próprias homossexuais têm muito preconceito com elas mesmas. No fundo, no fundo, acho que sentem vergonha do que são, por isso a dificuldade para falar, talvez, pelo preconceito com elas próprias. (M16)

Quando elas vem à consulta, a gente logo percebe que elas tem muita vergonha de falar que são homossexuais. Acho que elas próprias, tem preconceito. (E10)

O preconceito da própria mulher em relação à sua homossexualidade é uma possibilidade concreta quando ela constrói suas concepções e observa a própria sexualidade, a partir da incorporação em seus esquemas próprios de pensamento e apreciação, da normativa heterossexual. Essa situação demonstra o poder da ideologia e o quanto ela se torna eficaz quando é naturalizada, pelos próprios dominados.

O medo de se expor ao preconceito e à discriminação contribui para que muitas dessas mulheres decidam por manter sua homossexualidade na invisibilidade. Esta atitude tem duplo efeito, pois ao tempo em que pode poupá-la, de certa forma, de preconceito e discriminações, acaba promovendo não somente a desatenção dos profissionais de saúde aos possíveis efeitos dessa vivência cotidiana do preconceito em sua qualidade de vida e saúde, suas especificidades de saúde, mas também pode causar orientações inadequadas às suas práticas e vivências sexuais, afetando assim, a qualidade dos cuidados dispensados a elas próprias e contribuindo com a manutenção de suas vulnerabilidades.

A vivência de experiências de discriminação, pelas lésbicas, nos mais variados espaços públicos, inclusive nos serviços de saúde é apontada como responsável, por seu menor acesso a esses serviços o que se reflete sobre sua saúde (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2006).

Foi o reconhecimento desta situação de discriminação entre as pessoas homossexuais e seu impacto sobre a saúde, que motivou a formulação da PNSILGBT, que envolveu a participação de diversas lideranças dos movimentos

sociais de homossexuais, de técnicos e pesquisadores, tendo sido submetida à consulta pública antes de ser apresentada e aprovada, pelo Conselho Nacional de Saúde, e proposta pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010).

Em razão das dificuldades das lésbicas, a autodeclaração espontânea não é uma ocorrência corriqueira durante as consultas. Entretanto, os profissionais identificam algumas perguntas da rotina da anamnese, como indutoras da autodeclaração da homossexualidade, tais como: a composição da família e o uso de métodos contraceptivos.

Difícilmente, elas falam que são lésbicas, espontaneamente. A gente sempre tem que iniciar fazendo uma pergunta que desencadeie esse assunto e geralmente é quando perguntamos sobre anticoncepcionais e sobre a família. (E18)

Então, elas falam quando eu pergunto sobre o uso de métodos contraceptivos. Aí, muitas vezes, é nessa hora que ela fala: “Não, não uso”. “Ué, mas você não usa? Está querendo engravidar?” Aí elas falam: “Não doutora, a minha relação é homossexual”. (M13)

Outro momento muito comum é quando a gente pergunta sobre os métodos contraceptivos. Elas falam que não precisam porque são lésbicas. (E12)

Em saúde da família, a gente começa a anamnese perguntando pela família, e aí, muitas vezes, é nessa hora que elas falam sobre como é a família delas e que elas são homossexuais. (E23)

Na anamnese que a gente faz aqui, que é saúde da família, costumo sempre perguntar sobre a composição da família, se é casada, solteira, se tem relacionamento fixo, começo por aí. Daí, nessa hora, elas falam que são casadas com mulher ou que tem namorada. (M16)

A consulta, independente da especialidade do profissional que a realiza, quando motivada por problemas ginecológicos, é percebida, pelos profissionais de saúde, como uma situação que leva as mulheres a considerarem como inevitável, a abordagem de questões relativas às sexualidades, e por esta razão, chegam melhor preparadas para falar sobre este assunto.

Eu acho que quando elas vêm à consulta ginecológica, já sabem que vão passar por essa situação de ter que falar sobre isso [sexualidade]. Falou em ginecologia, elas já vêm mais preparadas para poder estar falando. Eu acho. (M13)

Quando a razão da consulta é por uma questão ginecológica, é mais comum que elas falem porque as perguntas tocam muito na questão sexual, não é? Se usa algum método para evitar gravidez, por exemplo? Daí, elas já sabendo disso, já vem preparadas. (M11)

Na consulta ginecológica, elas sabem que a questão da sexualidade é inevitável. Até mesmo na anamnese, as perguntas da rotina ginecológica encaminham a conversa para a sexualidade e para a mulher falar sobre a sua experiência sexual. (E24)

Entre os profissionais participantes do estudo, se verifica a crença de que as mulheres tem mais facilidade para revelar a sua homossexualidade aos profissionais de saúde mais jovens. Acresce-se a isto, que os dois únicos profissionais de saúde que se autodeclararam *gays*, também atribuem essa facilidade, da autodeclaração da homossexualidade, pela lésbica, à possível percepção delas quanto à homossexualidade do profissional.

Não sei se porque sou jovem, elas ficam, à vontade, para falar. Acho que com profissionais mais idosos, elas ficam mais constrangidas porque comigo, todas falam e com os colegas que tem mais idade, isso não é tão comum. (E14)

Acho que a idade também interfere nisso. Os colegas mais idosos impõem certo ar de maior conservadorismo. Daí, para eles, elas não falam [que são lésbicas]. (M13)

Não vejo dificuldades delas falarem [autodeclaração da homossexualidade] para mim. Mas, acho que é possível que percebam, não é? Se a mulher, de alguma forma, percebe [que o profissional é gay], acho que isso ajuda e faz ela se sentir, mais à vontade, para falar. (M14)

Nunca tive dificuldades com isso. Comigo, elas sempre contaram. Acho que notam que sou gay e por isso, não vou ter qualquer preconceito com elas. (E2)

A crença de que as mulheres tenham mais facilidade em se autodeclarar para os profissionais mais jovens, justificada por um possível “ar de maior conservadorismo” entre os mais idosos, pode estar associada a um preconceito dos profissionais em relação às pessoas mais idosas.

A abertura de espaço à conversa sobre as sexualidades, especialmente, a sexualidade contranormativa, independe da idade e está mais relacionada à capacidade do profissional demonstrar, por meio dos mais variados recursos de relacionamento, gestos, olhares, expressões faciais, e mesmo, palavras, sua atitude favorável a todas as formas de sexualidade.

O grande desafio que se apresenta aos profissionais é romper antigos preconceitos, superar antigas concepções sobre as sexualidades e adotar, de fato, uma atitude favorável à homossexualidade. Somente desta forma, poderá verdadeiramente demonstrar esta disponibilidade.

De acordo com Louro (2004), a maior dificuldade que se apresenta às pessoas não é assumir que as posições de gênero e sexuais se multiplicaram e que é impossível lidar com elas a partir de esquemas binários e sim, admitir que as fronteiras estão sendo constantemente atravessadas. Inclusive, o lugar social no qual algumas pessoas vivem é exatamente na fronteira.

Abrir, de fato, espaço a expressões dos sujeitos, alvos da atenção à saúde, significa incorporar e respeitar a diversidade do existir, do saber-viver, de acordo com os padrões culturais de cada sujeito, sem julgamento, classificação prévia e controle (MANDÚ, 2004).

A facilidade percebida, pelos profissionais, na autodeclaração da sexualidade, pela lésbica, possivelmente associada à percepção da homossexualidade do profissional de saúde, pode ter fundamento no sentimento e reconhecimento de pertença a um mesmo grupo, o de homossexuais, o que pode contribuir para que se reduzam as distâncias na relação com o profissional, superando os medos de possíveis situações de preconceito e discriminação no serviço de saúde.

Todos os profissionais que se posicionam favoráveis à autodeclaração da homossexualidade, pelas mulheres, durante a consulta, o fazem por considerar a orientação sexual como uma informação importante para a adequação das orientações, conforme podemos identificar nos depoimentos.

Quando as mulheres se declaram é legal, porque elas me deixam, à vontade, para poder falar também. Daí, posso dar as orientações que considero necessárias para o caso dela. Então, como podemos ajudar na dificuldade que ela possa ter, se ela não abre o jogo, não é? (M11)

Eu prefiro mesmo que a pessoa fale porque é melhor, entendeu? Acho que é mais honesto com ela e com a gente. A gente vai poder, de repente, dar uma orientação que esteja de acordo, não é? (M20)

Acho bom [autodeclaração da homossexualidade] porque você já pode conduzir as orientações para a realidade dela. (E10)

É muito importante que elas nos digam [autodeclaração da homossexualidade], porque se ela não disser, eu não tenho como saber que tipo de orientação ela precisa. (E17)

Entretanto, cabe refletir que apesar de reconhecerem dificuldades entres as mulheres para declarar a homossexualidade, conforme anteriormente descrito, e considerarem a autodeclaração uma informação importante à adequação das orientações, é possível perceber, pelos depoimentos, que os profissionais de saúde

adotam uma postura expectante, aguardando a iniciativa das próprias mulheres e desconsideram suas responsabilidades e atribuição profissional, em proporcionar as condições e o ambiente favorável para tal.

Conforme mencionado anteriormente, por eles próprios, essas mulheres podem ter dificuldades em se autodeclarar, em razão do medo de sofrer preconceitos e ainda, do preconceito que possam ter em relação à própria homossexualidade.

Essas são situações que causam sofrimento entre essas mulheres, afetando inevitavelmente sua saúde e, portanto, merecem especial atenção, pelos profissionais.

A postura expectante e a falta de manejo da situação de dificuldade da mulher em revelar a homossexualidade, no sentido de formular perguntas que possam facilitar e promover esta autodeclaração indicam que os profissionais de saúde se eximem da responsabilidade que possuem, e ainda, revela a sutil desvalorização da homossexualidade e a conseqüente inadequação das orientações, o que reconhecem afetar a saúde das lésbicas, configurando uma atitude de violência simbólica.

Assim, se esconde no cotidiano da atenção à saúde e da relação que se estabelece dentro dos consultórios, as formas mais perversas, invisíveis, de práticas de saúde, marcadas por controle e submissão. Portanto, respeitar a singularidade e ter uma postura ética contribui com a promoção dos direitos sexuais e reprodutivos, com a equidade e com a justiça no cuidado e representa uma recusa ao exercício da violência.

Pelo exposto, torna-se claro que a real atitude destes profissionais em relação às lésbicas, ao contrário de muitos de seus discursos, é desfavorável. Além disto, também fica evidente a estreita relação entre a representação social do grupo estudado sobre a mulher lésbica e as práticas de cuidado.

Nas relações entre as representações e as práticas, Abric (1994) chama atenção para o fato de que a representação funciona como um sistema de interpretação da realidade que rege as relações dos indivíduos e, desta forma, suas práticas.

A necessidade de conhecer a orientação sexual da mulher, para adequar os cuidados e as orientações, de modo a atender suas especificidades, garantindo a equidade, encontra respaldo nos estudos de Valadão e Gomes (2011), que

defendem a necessidade de combater a invisibilidade institucional que acomete e, por esta razão, vulnerabiliza as lésbicas.

Neste sentido, G. Almeida (2009) acrescenta que a falta de ambiente favorável à especificidade lésbica, na assistência à saúde, pode fazer com que o atendimento seja camuflado e as informações sejam negligenciadas bilateralmente, uma vez que as usuárias do serviço não se sintam à vontade para declarar sua sexualidade e falar sobre suas vivências. Isso tanto pode acirrar as vulnerabilidades, como fazer com que os profissionais de saúde não prestem a essas mulheres uma assistência qualificada.

Para romper com a possibilidade de nos tornarmos agentes estratégicos das diversas formas de violência que ocorrem no cotidiano da atenção à saúde, em especial, àquelas formas mais perversas, invisíveis, que geram práticas marcadas por controle e submissão, devemos considerar, nos permitir conhecer, para reconhecer e respeitar as singularidades. Portanto, respeitar a singularidade da pessoa e considerar as sexualidades na determinação social da saúde, representa uma recusa ao exercício da violência.

Dentre aqueles que se posicionam de modo desfavorável à autodeclaração da homossexualidade, durante a consulta, a atitude está claramente relacionada à percepção de que a orientação sexual não afeta a conduta, configurando-se como uma informação desnecessária.

Não, eu só acho que isso [autodeclaração da homossexualidade] não é necessário. É claro, que se falar, tudo bem, mas, não vejo essa necessidade. Não vai afetar em nada a conduta clínica. (M15)

Apenas acho isso [autodeclaração da homossexualidade] desnecessário numa consulta médica, porque meu raciocínio clínico não depende disso. (M10)

Acho que se ela me contou [que é lésbica] tudo bem, mas, não é necessário. É o tipo de coisa que não interfere com a nossa atuação. O que vou fazer com ela, faria com a heterossexual também. (E7)

Ninguém precisa ficar falando: eu sou isso ou eu sou aquilo, não é? Afinal, a gente está para cuidar da saúde e não temos nada com isso, sobre a vida sexual da pessoa, sobre o que ela gosta ou deixa de gostar [...] se ela é ou não [lésbica] isso não vai modificar em nada a minha conduta. (E13)

Nos depoimentos destes profissionais, vê-se claramente que consideram a sexualidade como uma dimensão da vida descolada da saúde, ao tempo em que, no grupo, há uma expressiva valorização da dimensão biológica no cuidado que

prestam.

Alguns profissionais também demonstraram claramente, o entendimento de que a atenção às sexualidades não faz parte da sua atribuição profissional.

No fundo, no fundo, acho que essa coisa da sexualidade não influencia em nada, nem na nossa avaliação, nem na nossa conduta em relação ao problema que ela traga para a gente. Acho desnecessário. Deveria procurar outro profissional. (E20)

Acho que a sexualidade da pessoa não deve estar em discussão no atendimento de saúde. Se tem algum problema nessa área precisa é de psicólogo. (E7)

No meu atendimento não pergunto sobre isso [sexualidade] porque realmente, não me interessa. Não sou sexóloga ou ginecologista. (M4)

Também chama atenção a desconsideração, entre os profissionais de saúde estudados, em relação às diretrizes e recomendações das políticas de saúde destinadas às mulheres. Tanto a PNAISM, implementada em 2004, quanto a PNSILGBT, formulada em 2010, no que tange à garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, recomendam que a atenção à saúde seja adequada às especificidades e singularidades (BRASIL, 2004b, 2010).

A PNSILGBT é especialmente importante, porque assim como a PNAISM, contou com a efetiva participação dos movimentos sociais e por esta razão, integra ao seu conteúdo, um conjunto de recomendações que correspondem, de fato, às necessidades e demandas das mulheres, hetero e homossexuais.

As reações expressas, pelos profissionais investigados, por ocasião das primeiras experiências com a autodeclaração da homossexualidade nas consultas, mesmo entre os profissionais de saúde que se autodeclararam homossexuais (2) e ainda, entre aqueles que se consideram favoráveis à homossexualidade, a manifestação de surpresa, impacto e choque, foi unânime entre eles, o que reforça o fato de que a mulher lésbica é um objeto potencial de representação social, por ser percebida como estranha.

Fiquei chocada porque em momento nenhum eu esperava aquilo [autodeclaração da homossexualidade] e ela falou, entende? (E9)

Confesso que fiquei meio em estado de choque quando ela falou. Acho que porque não esperava, sabe? Me pegou de surpresa. Lembro que levei um tempo que parecia eterno, para retomar a consulta. (E16)

É estranho como ainda hoje, levo um certo susto quando elas falam [que

são lésbicas]. Imagine isso para quem não é [gay]! (E2)

Em momento algum, eu tinha pensado nisso como possibilidade: “Será que é ou não é?!” Daí, quando falou [autodeclaração da homossexualidade] fiquei chocado. (M14)

Você vê que até a gente mesmo, que não tem qualquer preconceito, quando é surpreendido com isso [autodeclaração da homossexualidade] sente um impacto. (M7)

Tudo o que é considerado estranho, diferente do usual e do protótipo de normal, ou qualquer coisa que não possua uma explicação lógica, torna-se um estímulo para que se procure um sentido e uma explicação.

Assim, a violação da heteronormatividade, pelas lésbicas, conforme toda e qualquer violação de regras existentes, ao mesmo tempo em que instiga, choca as pessoas. O choque diante da violação da heteronormatividade demonstra o quanto esta norma sexual está fortemente impregnada nas mentes dos profissionais, participantes do estudo, norteando seu modo de pensar, seus esquemas de pensamento e de apreciação em relação às sexualidades.

Para Moscovici (2012b), o motivo de se criar representações é o desejo de nos familiarizarmos com o não-familiar, com aquilo que é estranho.

Esse estranhamento em relação às lésbicas estimula as conversas cotidianas sobre essas mulheres e é por meio dessas trocas, que a representação se constrói. O aparente paradoxo é que alguns profissionais de saúde, embora se identifiquem como *gays* e participem da comunidade *gay*, manifestam reações de impacto diante da autodeclaração da homossexualidade, pelas mulheres.

É admissível supor que profissionais homossexuais não deveriam se chocar com a revelação da homossexualidade de outra pessoa. Esse tipo de reação retrata a violência simbólica a que eles próprios estão sujeitos e que os levam a pensar a homossexualidade e, portanto, a sua própria sexualidade, a partir do modo de pensar do dominador, demonstrando sua adesão ao dominante e às normas defendidas e impostas por estes.

Assim, a heteronormatividade manifesta seu poder no campo da saúde, pois mesmo entre os profissionais que são *gays*, há um estranhamento diante da autodeclaração da homossexualidade, pelas pacientes, pondo em evidência a força da incorporação desta norma inclusive, ao *habitus* profissional.

O poder de violência simbólica é aquele poder que chega a impor significações e a impô-las como legítimas (BOURDIEU, 1992).

A incorporação da norma heterossexual aos esquemas de percepção e apreciação das sexualidades, pelos próprios homossexuais, é consequente à essa imposição continuada, silenciosa e, por vezes, invisível que sofrem e que os levam a aceitar como evidentes, naturais e inquestionáveis as regras dos dominantes, desqualificando e subjulgando suas próprias práticas sexuais.

Deste modo, é compreensível que mesmo entre os profissionais gays, se a regra do dominador, a norma heterossexual, for incorporada, ela se aplicará também às suas práticas profissionais e ele reproduzirá a violência a que ele próprio foi sujeito.

Outra questão apresentada, pela quase totalidade dos profissionais de saúde investigados (39), diz respeito à forma rígida com que admitem se apoiar nos impressos de anamnese instituídos, como rotina nas unidades de saúde.

Faço aquelas perguntas da rotina da anamnese, do item da história obstétrica, ginecológica e sexual, mas, não aprofundo na sexualidade, porque não me sinto preparada para isso. Fico sempre constrangida. Acho até invasivo. (E16)

Geralmente, pergunto só quando a queixa é ginecológica. Nesses casos, a gente segue a rotina da ginecologia e faz as perguntas da história sexual [...] há um certo constrangimento, até mesmo da nossa parte em falar sobre sexualidade. (E6)

Não considero isso, de ser homo, bi ou hetero, nos meus atendimentos. Eu não considero isso! Não acho que isso deva alterar qualquer coisa do atendimento protocolar, da rotina. Pergunto o que está na rotina. (E22)

Em relação à sexualidade, na anamnese, eu só faço as perguntas da rotina. Esse assunto é espinhoso, não é? Mas, acho que as perguntas da rotina são suficientes para quem quiser falar, falar sobre isso, não é? (E11)

Eu acho que o que está na rotina contempla a minha necessidade para a investigação clínica, porque isso [a homossexualidade] não deve interferir na condução da consulta, se vai ser mais assim ou assado. O exame vai ser o mesmo, as medicações também, os encaminhamentos. Enfim, acho que isso não deve afetar em nada a consulta. (M15)

[sobre a anamnese] Não há nada que modifique o meu atendimento. Não tem nada diferente que eu possa falar sobre essas pessoas que possam ser homossexuais, homens ou mulheres. Trato todo mundo igual e da melhor forma. Respeito sempre todas as rotinas e protocolos. (M4)

Mesmo nesses casos [atendimento de lésbicas], sigo a rotina da anamnese, como de costume. Não modifico nada por isso. (M10)

O que nos interessa são aquelas coisas da rotina mesmo, a data da última menstruação e aquelas coisas do impresso da anamnese. Não deixo de perguntar nada da rotina. (M12)

O impresso da anamnese visa apenas ajudar o profissional na conversa com a paciente, e ainda, assegurar e uniformizar um mínimo de informação acerca das pessoas ou das famílias atendidas e suas condições de saúde. Compreende-se, desta forma, que estes impressos e rotinas não devam, absolutamente, restringir a liberdade dos profissionais, no que tange à percepção e avaliação, a partir da interação com a paciente, da necessidade de aprofundar, incluir, limitar ou mesmo, modificar determinadas perguntas.

A rigidez com que se apoiam nos impressos de anamnese, limitando-se às perguntas constantes neste documento, levam a crer que muitos atendimentos possam ser prejudicados em sua qualidade, pela ineficácia da interação comunicacional entre o profissional e a mulher.

Além disto, estes profissionais deixam claro, em seus depoimentos, que percebem a sexualidade como temática difícil, embaraçosa, causadora de constrangimento ou mesmo desnecessária, o que contribui para que sua abordagem seja superficial ou mesmo, evitada.

Este tipo de dificuldades quanto à abordagem da sexualidade e ainda, a percepção desta temática como desnecessária, não é admissível entre os profissionais de saúde. Cabe aos profissionais, a reflexão sobre a necessidade de superar suas dificuldades, utilizando-se de estratégias que possam favorecer o cumprimento de suas obrigações profissionais, de atenção integral à saúde das mulheres e ainda, rever sua compreensão sobre a sexualidade, por tratar-se de uma dimensão e, das mais importantes, da vida e da saúde.

Esta situação, certamente causa prejuízos diretos às mulheres atendidas, sejam hetero ou homossexuais, que ao serem privadas da possibilidade de abordar situações que dizem respeito à sua sexualidade, deixam de ser atendidas em suas necessidades.

Ostermann e Rosa (2012) corroboram a ideia de que no decorrer da consulta, quando um assunto, como é o caso das sexualidades, é percebido como gerador de desconfortos, o atendimento como um todo pode ser prejudicado, pois a exposição deficiente ou inconclusa da questão problemática acarretará a não atenção plena das necessidades que motivaram a busca pelo atendimento, causando prejuízos, dentre outros, à prescrição de tratamentos, à adesão da mulher a eles, às orientações e à própria relação profissional entre o profissional de saúde e a paciente.

Outra questão que deve ser colocada em pauta diz respeito à lógica heteronormativa que, pressupondo a heterossexualidade entre todas as pessoas, orienta as perguntas de rotina da anamnese, de modo a deixar claro essa pressuposição que, especialmente, no campo da saúde sexual e reprodutiva, entre as mulheres lésbicas, poderá causar forte impacto, inibindo sua livre expressão.

Desta maneira, o desconhecimento do profissional sobre a identidade homossexual da paciente ou mesmo, seu não reconhecimento, associa-se a formulação de perguntas, que implicitamente pressupõem a heterossexualidade e impõem dificuldades às lésbicas, na verbalização de suas questões sexuais e de saúde correlatas, o que podemos observar nas reflexões apresentadas por alguns poucos profissionais.

Teve uma vez que perguntei a uma mulher se ela tinha parceiro fixo. No primeiro momento, ela só respondeu que sim. Percebi que ela demorou a falar, mas, não entendi o motivo. Depois ela falou que o que ela tinha era uma parceira e não um parceiro. Depois, me dei conta que a gente pergunta no masculino e, se para essas mulheres já é difícil falar, imagina a gente induzindo na pergunta que a parceria é com homem, não é? (E15)

As nossas anamneses são muito engessadas em rotinas. Geralmente, faço todas as perguntas da rotina, mas, vejo que tem casos que a gente acaba perguntando de forma errada e até o que não deveria. No caso dessas mulheres [lésbicas], principalmente. (E24)

Isso é uma coisa tão louca que a gente faz e não se dá conta, não é? Perguntamos, subentendendo que a mulher é heterossexual. É como se mulheres homossexuais não existissem mesmo. (M14)

A anamnese que a gente aprendeu na faculdade e se acostumou a fazer durante as consultas, às vezes, chaveiam as respostas. Aí, se você se precipita e já pergunta, por exemplo, o que é que ela [lésbica] usa para evitar gravidez, ela talvez se sinta na obrigação de dizer que usa alguma coisa, não acha? (M5)

A heterossexualidade é a sexualidade generalizada, naturalizada e reconhecida como normal. Esta norma sexual funciona como referência, no campo da saúde sexual e reprodutiva, e é um elemento que integra o conteúdo da representação dos profissionais de saúde sobre a homossexualidade e sobre a mulher lésbica, exercendo forte influência sobre a conduta e as práticas de cuidado. Assim, a heterossexualidade ao ser concebida como natural, universal e normal, faz com que as outras formas de sexualidade sejam constituídas como antinaturais, peculiares e anormais.

A heteronormatividade na organização dos serviços e nos estilos e conteúdos

comunicacionais, afeta negativamente a qualidade dos cuidados prestados às mulheres homossexuais, que podem se sentir incompreendidas, tratadas com desrespeito e ainda, estimuladas a ter receio quanto às consequências da autodeclaração de sua orientação sexual.

Para as lésbicas, a percepção de seus interesses e desejos, como distintos da norma heterossexual, implícita na condução da consulta, pelo profissional, ampliará suas dificuldades na abordagem da sexualidade, restando poucas alternativas, senão o silêncio, a dissimulação ou a mentira.

A posição assimétrica que a lésbica ocupa em sua relação com o profissional, somada à sua percepção da heteronormatividade no padrão de encaminhamento da consulta, deixará explícita a posição do profissional, no que se refere à sexualidade e às suas expectativas frente à sexualidade da mulher, o que exercerá forte coerção sobre ela, no sentido de buscar atender estas expectativas, sob o risco de sofrer reações de preconceito e discriminação.

A hierarquia de poder entre os agentes, gera entre os ocupantes de posição inferior, um grau de coerção que pesará sobre a produção do seu discurso, impondo a este agente o silêncio ou uma linguagem hipercontrolada, enquanto faculta ao outro a liberdade de uma linguagem desenvolta (BOURDIEU, 1998).

De acordo com Marques, Oliveira e Nogueira (2013), os atendimentos baseados na heteronormatividade, ocasionam equívocos no raciocínio clínico dos profissionais, os quais se apoiam em premissas que não correspondem à realidade e aos estilos de vida das mulheres lésbicas. Essas mulheres acabam recebendo informações e aconselhamento profissional que não lhes são úteis e nem mesmo adequados.

Embora seja legítimo tratar as relações sociais como interações simbólicas, isto é, como relações de comunicação que implicam o conhecimento e o reconhecimento, não se deve esquecer que as trocas linguísticas, são relações de comunicação, por excelência, e são também relações de poder simbólico, onde se atualizam as relações de força entre os locutores ou seus respectivos grupos (BOURDIEU, 1998).

No campo da saúde, o profissional de saúde é o agente reconhecido como locutor legítimo, ou seja, aquele que está autorizado a falar e a falar com autoridade. Por sua vez, a consulta instaura uma troca ritual que tem uma eficácia mágica, pois

cria as condições necessárias para assegurar a autoridade do profissional e o reconhecimento pela paciente.

Assim, ao conduzir a conversa apoiado na norma heterossexual, de forma dissimulada e, portanto, muito eficaz, o profissional impõe sua legitimidade às lésbicas, caracterizando-se como um ato de violência simbólica, de não reconhecimento, que leva as lésbicas, na maioria das vezes, ao silêncio.

De acordo com Bourdieu (1998), os discursos não são apenas signos destinados a serem compreendidos ou decifrados, mas, são também signos de riqueza a serem avaliados, apreciados e signos de autoridade a serem obedecidos e acreditados. A língua raramente funciona como puro instrumento de comunicação.

Associado a isso, marcadores sociais de poder apresentados pelos profissionais, como os títulos escolares, os uniformes, colocam o locutor legítimo em posição eminente de destaque e estruturam a interação através da estrutura do espaço que tais propriedades lhe impõem. Quanto mais oficial é a situação, como é o caso de uma consulta, mais capaz de impor por si mesma o reconhecimento da legitimidade do modo de expressão dominante (BOURDIEU, 1998).

Devemos refletir o quanto as instituições de um modo geral e, em particular, as de saúde, que supostamente deveriam ser um local terapêutico, promotor do cuidado, do acolhimento, do conhecimento, são, no tocante à sexualidade e, em especial, à homossexualidade, um local de não reconhecimento e consequentemente, promotores de violência simbólica.

Refletindo ainda, acerca das práticas de saúde durante a consulta, Ostermann e Jaeger (2012) afirmam que muitas práticas assumem algumas identidades das pacientes como fixas e naturais, não contemplando as múltiplas possibilidades identitárias que estão postas em cada encontro interacional. Estas práticas são percebidas e nomeadas, por estas autoras, como um “fazer heteronormativo”. Neste fazer heteronormativo, a ideologia esta materializada.

Cabe comentar que a heteronormatividade está tão fortemente impregnada nas rotinas, nas mentes e nos *habitus* profissionais que, mesmo entre os profissionais homossexuais, sua desconstrução é reconhecida como algo bem difícil de ser alcançado.

Quando agente ouve isso [que é lésbica] da paciente é como se tivesse um start, um pause e um restart, para começar a pensar. A gente tem que se reorganizar na nossa lógica de condução da consulta, porque a nossa

lógica de atendimento é voltada para a heterossexual. É como se a gente perdesse um pouco o chão. (M14)

A heteronormatividade estrutura um *habitus* que leva um agente a ver e pensar a sexualidade como única e exclusivamente de ordem heterossexual o que pode fazer com que, de um lado, haja um despreparo em se lidar com a pluralidade da orientação sexual e, de outro, produzam-se dificuldades das pessoas revelarem sua homossexualidade.

Em relação às demandas de saúde apresentadas, pelas lésbicas, nos serviços, no campo da saúde sexual e reprodutiva, boa parte dos profissionais (31) refere tratar-se dos mesmos problemas trazidos, frequentemente, pelas mulheres heterossexuais, como: corrimento, dor pélvica, dismenorreia, miomatose uterina, ovários policísticos, dentre outros.

Os problemas de saúde que elas trazem são os mesmos que todas as mulheres tem. São as mesmas queixas. (E14)

O que percebo é que os problemas de saúde delas são os mesmos de todas as outras mulheres, as heterossexuais. (E18)

Em relação aos problemas de saúde, os que elas [lésbicas] tem são iguais aos das outras mulheres. É sempre a mesma coisa, corrimento, dor, cólica e as coisas mais clínicas, hipertensão, diabetes, e por aí vai. (M21)

As queixas delas [lésbicas] são as queixas normais das mulheres: dismenorréia, ovários policísticos, miomatose. (M19)

Outra situação mencionada mais timidamente, pelos profissionais de saúde (18), porém de extrema importância se refere ao sofrimento, identificado como uma constante entre essas mulheres, podendo, na avaliação dos profissionais, ser somatizado, acarretando problemas de saúde, como depressão, insônia, ou mesmo descontrolando e agravando problemas clínicos pré-existentes, como hipertensão e diabetes.

Acrescenta-se, nestes mesmos depoimentos, a percepção dos profissionais, de que é o preconceito social, familiar e da própria lésbica, a principal causa do sofrimento, apontando inclusive, a necessidade de suporte, por profissionais da área de saúde mental.

Imagine o sofrimento da lésbica diante das cobranças por não cumprir nenhum desses papéis determinados para as mulheres: de casar, ter filhos, [...]. A família cobra demais [...] às vezes, tem uma pressão alta e até piora por causa disso. (E24)

O preconceito vem de todos os lugares. Aí, conforme te falei, esse sofrimento pode causar até uma depressão, muita tristeza, insônia. Pelo menos, na minha experiência, dentre as mulheres que atendi e vejo aqui no serviço. (E18)

Também noto como algo comum entre elas [lésbicas] a questão do sofrimento. Talvez, pelo preconceito. A gente nota até no olhar delas. Esse sofrimento, às vezes, causa depressão, insônia, descontrola uma hipertensão, uma diabetes, enfim, tudo que pode sofrer influência do emocional. (M1)

Imagina se não precisam de atenção à saúde mental. Elas devem sofrer muito quando se percebem homossexuais e consideram isso anormal. [...] Tem mulheres que tem tantas dificuldades em lidar com a própria homossexualidade, que a gente percebe que precisam de suporte de psicólogos mesmo. Isso pode ser somatizado. (M6)

Não é uma doença, não é nada, mas, muitas vezes, precisam de um acompanhamento de saúde mental, até pelo psicólogo. Acho que é muito sofrido, para elas, devido ao preconceito que é grande. (M7)

O sofrimento é a dor mediada pelas injustiças sociais. É a dor que surge da situação social de ser tratado com preconceito, como inferior, subalterno, sem valor, apêndice inútil da sociedade (SAWAIA, 2013).

Desta forma, a vivência de uma sexualidade percebida como desviante da norma e do normal e, portanto, considerada estranha e anormal, expõe as lésbicas à situações corriqueiras de preconceito e discriminação, nos mais variados espaços, o que, não raro, provoca dificuldades em aceitar a própria orientação do desejo sexual e muito sofrimento. Além disto, a percepção desta situação por outras pessoas homossexuais deve exercer forte influência sobre a decisão em assumir ou não a homossexualidade, optando por viver na clandestinidade.

Em relação às interações estabelecidas entre grupos identitários distintos, no caso, homossexuais e heterossexuais, Melucci (1992) fala em “identidade fundamentalista” para se referir a qualidade discriminadora da referência identitária, que transforma a luta pelo direito à diferença em condenação ou obsessão. Nessa perspectiva, a defesa pelo direito à diferença transforma-se em luta contra o outro. Impõe-se um modelo rígido de pensar, sentir e agir e transforma o outro, o vizinho, o diferente, em inimigo.

Sawaia (2013) chama atenção para o fato de que a convivência entre grupos diferentes em nossa sociedade, nem sempre é pacífica. Portanto, recomenda pensar na diversidade, na pluralidade, compreendendo as diferenças sem discriminação.

Cabe comentar que muitos dos problemas de saúde das lésbicas, como sobrepeso, tabagismo, uso excessivo de álcool, podem ser motivados pelos níveis

elevados de sofrimento psíquico e por experiências de violência física e/ou simbólica na família, no trabalho e em lugares públicos a que estas mulheres estão sujeitas, inclusive em instituições de saúde. Esta situação tem sido apontada como proporcionalmente alta em vários estudos sobre lésbicas, quando comparados à população heterossexual (ALMEIDA, 2009; FACCHINI; BARBOSA, 2006).

A violência simbólica, marcada pela desvalorização pública do patrimônio afetivo e das práticas corporais de lésbicas, também é apontada como um forte componente passível de afetar seu “conforto mental” (FACCHINI; BARBOSA, 2006).

Os profissionais de saúde participantes da pesquisa apontam uma menor adesão das lésbicas aos serviços de saúde, especialmente, ao serviço de ginecologia e conseqüentemente, menor adesão aos exames de rastreio do câncer ginecológico, menor adesão às campanhas de saúde para prevenção do câncer ginecológico e de mamas e, há ainda, a percepção de um descuido dessas mulheres com o próprio corpo. Entretanto, chama atenção a atribuição exclusiva desse perfil às lésbicas com expressão de gênero masculino.

É possível constatar através dos depoimentos, que esta situação deve-se ao fato de que os profissionais percebem a ausência das lésbicas com expressão de gênero masculino, porque essas são as lésbicas que conseguem identificar. Em relação às lésbicas com expressão de gênero feminino, os profissionais não são capazes de opinar em relação à sua adesão, porque não são capazes de identificá-las, já que são confundidas com as mulheres heterossexuais.

Desta forma, recai sobre as lésbicas com expressão de gênero masculino, mais um elemento de conotação negativa no conteúdo das representações dos profissionais, seu descuido com a saúde e com o corpo.

Algumas lésbicas se sentem tão masculinas, que parece até que não gostam de cuidar das partes do corpo que são femininas. Daí, percebo que são menos dispostas a fazer preventivo, mamografia, essas coisas de mulher e por isso, elas vem menos às consultas. Passam, às vezes, anos sem fazer exames. (E2)

Quase não vejo a participação dessas mulheres nas campanhas de saúde, de prevenção de câncer ginecológico. As masculinas, que estou falando, porque as outras a gente não tem como identificar. Fazemos grupos de mulheres para discutir temas variados de saúde e percebo que essas [masculinas] quase não vem. Falo das masculinas, porque como já te expliquei, as outras se estão ali, estão misturadas às heterossexuais e não dá para saber. Elas realmente, vem menos ao serviço de saúde e, por isso, participam menos de tudo. (E21)

Então, eu acho que essas [lésbicas com expressão de gênero masculino] evitam a ginecologia, porque não condiz com ela, com o mundo masculino dela. [...] Elas vem menos ao posto e a essas consultas. Elas se cuidam menos que as femininas. (E10)

Então, eu acho que elas [lésbicas masculinizadas] evitam a ginecologia, porque não tem nada haver com ela, com o mundo masculino dela. (E20)

Eu percebo que elas tem uma postura muito parecida com a postura masculina, inclusive, de não se aproximar muito do serviço de saúde e, ainda mais, da ginecologia. Elas vem às consultas, somente quando tem um problema mesmo, que consideram sério. O serviço de saúde é mais frequentado, pelas mulheres, do que pelos homens. Mas, entre essas mulheres [lésbicas], as masculinas, assim como os homens, vem menos e se cuidam menos. (M2)

Percebo que essas mulheres se sentem meio deslocadas na ginecologia e talvez, por isso haja dificuldade delas virem à consulta. É como se esse não fosse o universo delas porque a ginecologia remete muito ao feminino. Já as femininas não dá para saber. Elas podem vir e não falar. (M3)

Eu acho que a mulher que acaba ocupando essa posição masculina, acaba reproduzindo o comportamento masculino de desleixo com a saúde. (M18)

Elas querem negar o feminino nelas, porque se comportam como homens, se masculinizam. Acho que essa é a razão porque não aderem tanto, como as femininas, aos exames de prevenção do câncer, preventivo, a mamografia. (M11)

A partir da análise dos depoimentos, também é possível identificar que os profissionais entendem a ginecologia como um campo eminentemente feminino, que as lésbicas masculinas procuram evitar, justificando desta forma, sua menor adesão ao serviço e aos cuidados proporcionados sob este rótulo, da ginecologia.

A ginecologia é percebida, desde seus primórdios, como a ciência da mulher e os ginecologistas, aqueles que tratam das situações relacionadas ao comportamento sexual e reprodutivo (ROHDEN, 2003).

Nesse sentido, Facchini (2004), Granado (1998) e Meinerz (2005) destacam a maior adesão ao serviço ginecológico e aos cuidados com a saúde sexual e reprodutiva, por parte de mulheres que já tiveram relações sexuais com homens, que passaram pela experiência da gestação/maternidade ou àquelas que são, do ponto de vista de sua expressão de gênero, classificadas como mais femininas. Assim, a suposição da heterossexualidade dessas mulheres, facilitaria sua adequação ao modelo heteronormativo e a incorporação da representação comum de que mulheres devem, desde a adolescência, procurar o ginecologista para receber orientações sobre sua sexualidade.

Os motivos apontados por Facchini e Barbosa (2006) para a menor procura de serviços de saúde pelas lésbicas, se relacionam a existência de discriminação; despreparo dos profissionais para lidar com as especificidades desse grupo; dificuldades das próprias mulheres em assumirem a homo ou bissexualidade e a negação do risco para determinadas doenças.

7.2 As medidas de prevenção das DST, o exame preventivo do câncer do colo do útero e a maternidade lésbica – a segunda etapa da consulta

A segunda etapa da consulta inclui o exame físico e a conversa final, durante a qual o profissional explica sua impressão acerca da situação de saúde ora apresentada, pela mulher, e realiza orientações, solicita exames, prescreve medicamentos, comportamentos, realiza encaminhamentos, e outros.

No percurso dos depoimentos, relativos à segunda etapa da consulta à mulher lésbica, os profissionais de saúde participantes do estudo, dedicaram especial atenção à descrição daquelas questões que reconhecem serem as que mais lhes chamam atenção entre as lésbicas, compondo suas singularidades: as medidas de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DST); o exame especular, para a avaliação cervical e coleta do material para o exame preventivo e a maternidade lésbica.

7.2.1 As medidas de prevenção das DST

É unânime entre os profissionais de saúde investigados, a percepção de que a maioria das lésbicas acredita ser imune ao risco de contrair qualquer tipo de DST, o que acreditam ocorrer exclusivamente nas relações heterossexuais, e ainda, por ocasião da penetração do pênis na vagina. Com base nesta percepção, os profissionais acreditam que essa crença, entre as lésbicas, contribui para que não adotem as medidas de prevenção de DST recomendadas, pelo Ministério da Saúde.

Elas [lésbicas] não usam nada para se prevenir de DST, porque acreditam não transmitir entre mulheres [...] elas pensam que só é possível pegar nas relações com homens e ainda assim, na penetração. (M10)

As poucas que peguei e que assumiram que tinham parceiras e não parceiros, quase todas não sabiam que entre mulheres também pode pegar DST. Então, é fácil compreender o motivo porque não se previnem, não é? (M6)

Então, elas pensam que não terão uma DST porque não tem penetração pelo pênis, não tem relação com homem. Até mesmo quando usam brinquedos para penetração, não consideram que possam pegar por aí. Aham que só pegarão doenças na penetração pelo pênis mesmo. (M21)

Aham que não vão pegar doenças. Aham que só se transmite DST na relação com homem, durante a penetração. (E10)

Elas costumam pensar que só se pega doenças nas relações com homens. Quando a gente oferece a camisinha, elas perguntam: “Mulher com mulher pega doença? Pega AIDS? Pega verruga?” Noto que elas adotam pouco as medidas de prevenção, justamente porque acreditam que entre mulheres não haja transmissão de DST. (E15)

Ela [lésbica] pensava que a doença sexualmente transmissível era transmitida somente através de uma penetração do pênis na vagina. (E16)

Outra situação muito comum entre as lésbicas, segundo os profissionais, é o desconhecimento quanto à necessidade do uso de camisinha nos brinquedos sexuais, quando compartilhados com a parceira.

A gente sempre orienta que cada uma deva ter o seu brinquedo para penetração ou se for apenas um, para as duas, que devem usar a camisinha, porque uma coisa que a gente nota é que elas não sabem dessa necessidade. (E1)

Quando dizem que usam esses brinquedos para penetração, orientamos quanto ao uso da camisinha no objeto, entendeu? Mas, a maioria acha que não precisa e que, por ser um brinquedo, não vai pegar a doença. (E19)

Eu sempre pergunto: “Você coloca alguma coisa na vagina? Alguma prótese de borracha?” Porque quando elas usam e frequentemente, compartilham a mesma prótese, precisam usar camisinha na prótese e não sabem disso. (M21)

Em relação ao uso dos diversos tipos de *sex toys*, o que eu vejo é que elas não usam preservativo. Pensam que só o pênis de verdade é que transmite. (M2)

As DST estão entre os problemas de saúde pública mais comuns, em todo o mundo, agregando atenção especial, por facilitarem a transmissão do HIV e ainda, por sua significativa relação com o câncer de colo de útero.

Segundo estudos de prevalência, mulheres com DST apresentam lesões precursoras do câncer do colo de útero cinco vezes mais frequentemente, principalmente se houver infecção pelo HPV (BRASIL, 2006c).

A prevenção é a estratégia reconhecida, pelo Ministério da Saúde, como básica para o controle das DST e só poderá ser efetivada, por meio de informação constante, através de atividades educativas que priorizem: a percepção do risco, as mudanças no comportamento sexual, a promoção e adoção de medidas preventivas, com ênfase no uso do preservativo (BRASIL, 2006c).

A oferta de preservativos, masculinos ou femininos, é o método considerado mais eficaz para redução do risco de transmissão do HPV, HIV e outros agentes sexualmente transmissíveis (BRASIL, 2006c).

Chama atenção o desconhecimento entre as lésbicas, no que se refere à sua vulnerabilidade concreta para contrair qualquer DST, incluindo-se HIV e HPV, o que certamente, contribui, conforme constatado, pelos profissionais, para que não adotem as medidas de prevenção de DST disponíveis e que se ajustam às suas práticas sexuais.

Esse desconhecimento entre as lésbicas e a crença na vulnerabilidade às DST associada apenas às relações heterossexuais e ainda, à penetração, pelo pênis, impõe uma reflexão profunda sobre os possíveis determinantes. Há que se questionar o acesso dessas mulheres às atividades educativas e campanhas de saúde; o conteúdo veiculado nessas práticas pedagógicas; e ainda, a qualidade dessas ações, no que se refere ao acolhimento de todas as pessoas, contemplando todas as sexualidades e possibilidades de práticas sexuais.

É possível inferir, com base na heteronormatividade que permeia a consulta à mulher, no campo da saúde sexual e reprodutiva, que as atividades educativas também tenham caráter heteronormativo e que sejam conduzidas tomando por referência as práticas sexuais de pessoas heterossexuais e mais especificamente, na relação pênis e vagina.

A heteronormatividade na condução das práticas educativas sobre as medidas de prevenção das DST e a valorização das metodologias muito centradas na demonstração da técnica de colocação da camisinha no pênis, podem exercer uma eficácia simbólica tal que contribua para fazer supor e/ ou reforçar a ideia de que apenas casais heterossexuais ou *gays*, entre os quais subentende-se esta prática sexual, da penetração, sejam vulneráveis às DST.

Outra questão percebida, pelos profissionais, entre as lésbicas, é a crença na fidelidade das parceiras, o que também opera como um fator que favorece a baixa adesão ao uso da camisinha. Entretanto, na concepção do grupo de profissionais, esta crença não é exclusiva dos casais lésbicos, sendo percebida entre todos os tipos de casais, indistintamente, independente da orientação sexual.

Essa crença que elas tem na fidelidade da parceira, faz com que tenham uma confiança que acabam se despreocupando com a prevenção das doenças. Na verdade, isso acontece mesmo entre os casais heterossexuais. (E18)

A questão da crença na fidelidade da parceira também contribui para que não se previnam de DST. (E24)

Quando expliquei que as doenças podem sim ser transmitidas de mulher para mulher, alegaram que eram casadas e acreditavam na fidelidade uma da outra. Noto que raros são os casais mais estáveis que utilizam camisinha, mesmo os heterossexuais. (M10)

Nas relações estáveis, desconheço quem usa. No fundo, acho que todo mundo que acredita na fidelidade da relação, não usa nada para se prevenir. Isso ainda existe. (M11)

A crença na fidelidade entre os casais, hetero ou homossexuais, demonstra a força da imposição histórico-cultural ocidental do exercício monogâmico das relações sócio afetivas, o que é efetivado por meio da fidelidade.

As DST são decorrentes das práticas sexuais e por esta razão, sua abordagem, pelos profissionais, implica lidar com muitas questões históricas, culturais e de foro íntimo. Portanto, as questões apresentadas pelas pessoas devem ser cuidadosamente valorizadas, pelos profissionais de saúde.

No contexto assistencial das DST, o profissional deve ter em mente a necessidade de ter clareza sobre os valores do paciente, envolvendo questões sobre sexualidade, fidelidade, prazer, desprazer, violência, conceito de risco, de doença, de saúde, os quais são apresentados de acordo com suas histórias de vida, seu meio socioeconômico, e sua personalidade (BRASIL, 2006c).

Uma situação referida em menor frequência, pelos profissionais, mas, não menos importante, diz respeito às situações que envolvem a ocorrência de DST e a necessidade de tratamento simultâneo da parceira sexual. Nesse contexto, os profissionais constataram que as lésbicas se surpreendem diante da prescrição de medicação para a parceira, manifestando o entendimento de que esta recomendação seria restrita apenas aos casais heterossexuais.

Nesse caso, que te falei, da trichomoníase, quando passei a medicação para o casal usar, notei que ela [lésbica] não entendeu [...]. Também é comum que pensem que, a parceira por ser mulher, não vai precisar usar a medicação. (M3)

Uma coisa que também já percebi é que elas estranham, quando a gente prescreve a medicação para o casal. Elas acham que isso só é necessário entre os casais hetero. (M21)

Essa percepção, também se relaciona à crença na não transmissão das DST entre mulheres e precisa ser muito bem esclarecida para que, de fato, se interrompa a cadeia de transmissão da doença.

Também é preciso considerar as dificuldades conjugais envolvidas no contexto das DST e que podem conduzir ao silêncio, para que se evite a confrontação direta sobre a origem do contágio.

Revelar à cliente a presença de DST e a necessidade do conhecimento e tratamento da(o) parceira(o) sexual cria a difícil situação de precipitar problemas conjugais, uma vez que esta informação traz, em si, a revelação de que houve relação extraconjugal por alguém ou ambas(os) (CANELLA; MALDONADO, 2003).

É essencial que o profissional esteja disponível e preparado para conversar com franqueza e incentivar a necessidade de encontrar meios para tratar as(os) parceiras(os) envolvidas(os).

Outra situação que merece destaque diz respeito à percepção, pelas próprias lésbicas, da inadequação das tecnologias disponíveis para prevenção de DST, às suas práticas sexuais. A partir da citação direta, pelos profissionais, de alguns depoimentos de lésbicas, vê-se claramente que estas mulheres sugerem aos profissionais, a inadequação da camisinha à algumas de suas práticas sexuais, o que parece não ter sido compreendido, ou mesmo, ignorado, devido a insistência do profissional em relação ao uso da camisinha.

Ela me perguntou: "Quando se tem relação com homem se usa camisinha e com a minha parceira, como é que é que eu lido com isso?" Aí, expliquei que deveria usar também. (E22)

Quando eu falei que pegava [transmissão de DST], ela perguntou assim, abertamente: "Doutora, tem algum remédio para evitar pegar doença, pelo sexo?" Daí, eu respondi que tinha camisinha. Aí, foi que ela falou: "Mas, não dá para eu usar. [...] Não dá jeito". (M13)

Cabe esclarecer que dentre as práticas sexuais, apontadas como de maior frequência entre as mulheres lésbicas, incluem-se: o sexo oral, a penetração vaginal,

mediante uso de brinquedos sexuais, a manipulação genital e o tribadismo (ALMEIDA, G., 2005).

Em relação às tecnologias que podem ser utilizadas, pelas lésbicas, em suas práticas sexuais, podemos analisar que “*cling film*” (plástico de uso frequente na embalagem de pães, frutas e legumes) e películas de látex ou poliuretano adaptadas de luvas e camisinhas, masculina ou feminina, recortadas, podem ser utilizadas no sexo oral; a camisinha se aplica aos brinquedos sexuais, para penetração vaginal ou anal; a luva para manipulação genital; mas, para o tribadismo, não há qualquer tecnologia disponível para uso.

No que se refere à baixa adesão das lésbicas a essas medidas de prevenção, G. Almeida (2005) comenta que além de visualmente desinteressante e associado à doença e à assepsia hospitalar, somam-se as dificuldades na introdução de mudanças nos hábitos sexuais das pessoas, acostumadas a toda uma vida de sexo despreocupado. O autor acrescenta ainda, que as recomendações para o sexo seguro entre lésbicas envolvem mudanças comportamentais que incluem a frequência ao ginecologista e ao exame preventivo, a não escovação dos dentes e o não uso do fio dental antes das relações sexuais, a não retirada das cutículas e a abstinência de relações sexuais durante a menstruação.

A inexistência de tecnologia para prevenção de DST entre lésbicas, especialmente, para o uso em práticas sexuais reconhecidas como exclusivas dessas mulheres, como é o caso do tribadismo, aponta para a falta de interesse e investimento em estudos e pesquisas, dirigidos às especificidades e necessidades dessas mulheres, tanto pelos profissionais de saúde, quanto pelos órgãos competentes da saúde, seja no nível federal, estadual ou municipal, que parecem insistir em não reconhecer essas mulheres, contribuindo para mantê-las na invisibilidade e à margem dos direitos à saúde. Esta situação de exclusão demonstra claramente a violência simbólica a que estas mulheres estão sujeitas, no campo da saúde sexual e reprodutiva.

A desatenção às mulheres lésbicas, à sua sexualidade e suas práticas sexuais, a desconsideração sobre suas especificidades e necessidades de saúde, faz com que se beneficiem das tecnologias disponíveis, como que tomando-as por empréstimo, na medida em que foram desenvolvidas e pensadas para os heterossexuais e, gays, esses últimos, em razão da epidemia da AIDS.

Cabe comentar ainda, a partir dos depoimentos dos profissionais de saúde,

que a insistência do profissional quanto ao uso da camisinha, como a única alternativa para prevenção de DST, pode demonstrar à mulher, a sua não compreensão, acerca da demanda apresentada, o que poderá levá-la a se sentir incompreendida. Outra alternativa, nesta situação, seria o profissional pedir para que a mulher expressasse mais claramente o que esta querendo dizer, em uma atitude de abertura de espaço para a conversa ou ainda, compartilhar com a mulher, da indignação frente a ausência de recurso tecnológico para prevenção de DST e do reconhecimento da necessidade de pesquisas para o seu desenvolvimento.

Neste sentido, Marques, Oliveira e Nogueira (2013) afirmam que as mulheres precisam sentir que suas necessidades, preocupações e hesitações são compreendidas e integradas, pelos profissionais, com os quais se relacionam. Os autores afirmam ainda, que estes são os elementos básicos para o estabelecimento de relações colaborativas e de confiança.

Falando sobre as medidas de prevenção de DST entre as lésbicas, foram poucos os profissionais de saúde que mencionaram a prática do tribadismo, sem, contudo, utilizar este termo, e apontaram ainda, a falta de investimento no desenvolvimento de tecnologia de prevenção de DST para uso nessa prática sexual. Também merece destaque a percepção de que todo o investimento já realizado, no desenvolvimento de tecnologias de prevenção de DST, foi centrado na prática da penetração e no pênis.

Muitas transam roçando uma genitália na outra e aí, não tem plástico que fique aderido. Essa paciente que te falei, do condiloma, pelo que entendi, foi assim que uma pegou da outra. Deveriam inventar alguma coisa para esse uso. Porque você vê que a camisinha feminina é para receber o pênis e a masculina, para vestir o pênis e quando não tem pênis na jogada? Não faz prevenção! (E2)

Pode usar a camisinha cortada para cobrir a vulva ou então, o papel filme, aquele papel de cozinha, para o sexo oral. A camisinha também é recomendada quando tem penetração com objetos sexuais. Agora, quando fazem o atrito entre as genitálias, não há o que recomendar para usar. (E23)

Quando o sexo é entre homem e mulher, a gente recomenda a camisinha. Quando é homem com homem, também é camisinha. Agora, mulher com mulher, entre as genitálias, fica mais difícil. A gente recomenda camisinha para o sexo oral e os vibradores, mas, tem certas práticas que elas usam que não há o que recomendar. Falta inventarem. (M14)

Agora, o uso da camisinha entre elas, só nos brinquedos e no sexo oral, porque aí dá para segurar o plástico [camisinha cortada] com as mãos, não é? E se fizerem fricção genital? Aí, não dá! Falta inventar essa tecnologia. (M6)

A partir da análise dos depoimentos, há que se comentar que nenhum dos profissionais de saúde, participantes deste estudo, reconhece responsabilidade própria, no sentido de realizar estudos e pesquisas que contribuam com o desenvolvimento de novas tecnologias de prevenção de DST que contemplem a prática sexual lésbica do tribadismo, como uma das atribuições de suas profissões.

Acresce-se a análise de que o desenvolvimento das tecnologias de prevenção de DST, centradas na prática da penetração e do pênis, evidenciam a força simbólica, mágica e invisível da heteronormatividade na formulação dos objetos das pesquisas para o desenvolvimento das tecnologias.

Nos depoimentos dos profissionais, no que tange às especificidades lésbicas em relação às suas práticas sexuais e as medidas de prevenção de DST, figura um novo elemento que compõe o conteúdo das representações desses profissionais sobre essas mulheres: a crença de que o sexo oral seja a prática sexual mais adotada por elas. Por esta razão, os profissionais consideram que devem reforçar as orientações sobre as medidas de prevenção de DST relativas a essa prática sexual.

A única diferença da abordagem dessas mulheres [lésbicas], para as outras [heterossexuais], é que você precisa focar mais as medidas de prevenção de DST, em relação ao sexo oral, a cortar a camisinha, essas coisas. (E21)

Então, como o sexo oral é uma prática muito comum entre elas, a gente explica que ela tem que se prevenir, tem que tomar cuidado, usando a camisinha cortada ou filme plástico de cozinha. (E17)

Quando tem na unidade [de saúde], gosto de dar a camisinha feminina para elas, porque é melhor para o uso no sexo oral, que é o que elas praticam mais. A camisinha feminina, por ser maior que a masculina, quando cortada, cobre uma área maior da vulva, não é? (M13)

Essa prática de cuidado referida pelos profissionais de saúde, pautada na ênfase às medidas de prevenção de DST aplicadas às práticas de sexo oral, entre suas orientações, em razão de sua representação sobre a frequência com que essas mulheres adotam esta prática sexual, evidencia a nítida correlação entre a representação social e a prática de cuidado.

Fato é que a maior parte dos profissionais de saúde, tanto as enfermeiras, quanto os médicos, reconhece haver entre eles um desconhecimento sobre as medidas de prevenção de DST, que seriam mais adequadas às práticas sexuais de lésbicas, sendo estas últimas, também desconhecidas, o que impõe uma dificuldade a ser enfrentada. Cabe ainda, comentar que, por vezes, esse desconhecimento não

é claramente atribuído a si próprio, sendo referido como algo percebido no outro profissional.

Eu nunca tinha pensado em prevenção de DST para mulheres lésbicas. Essa que é a verdade. (M13)

Acho que os profissionais de saúde não sabem como orientar. Vejo isso quando rola o assunto. (M21)

Essa parte de orientações para prevenção de DST entre lésbicas, a maioria dos profissionais não sabe. A gente percebe que nem sabe direito como essas mulheres transam. (E2)

Não saberia como orientar em relação às DSTs. A prevenção é fácil de orientar entre os gays, mas, entre as lésbicas, não saberia orientar. Tenho que admitir. (E20)

Em consequência a esse desconhecimento, os profissionais acabam oferecendo às lésbicas, orientações apoiadas em improvisos e adaptações dos conhecimentos que possuem sobre as medidas de prevenção de DST entre casais heterossexuais.

O que a gente orienta de DST é pensado com base nos conhecimentos que a gente tem de relação homem mulher. A gente faz uma adaptação. (M13)

Sempre dou todas as orientações normais de prevenção de DST, conforme faço com os casais [heterossexuais]. Eu enfoco sempre o uso de proteção no sexo oral, com a camisinha cortada, como os homens fazem com as mulheres. (M15)

A gente orienta em relação às medidas de prevenção recomendadas, do mesmo modo que as orientações para as que são heterossexuais. Não há nada específico para elas. (E18)

Faço de improviso, pelo que sei sobre as medidas de prevenção [DST] entre nós, [heterossexuais]. (E9)

Esta prática de cuidado, que inclui orientações formuladas com base no improviso e, portanto, inespecíficas, insuficientes e mesmo, negligenciadas, apoiadas em um padrão de sexualidade que não corresponde à sexualidade da mulher, pode ser devida ao desconhecimento e/ ou o não reconhecimento das práticas sexuais dessas mulheres, o que acaba por promover iniquidades, maior vulnerabilidade dessas mulheres às DST, insatisfação e exclusão do serviço de saúde.

Portanto, a falta de iniciativa e o desinteresse dos profissionais de saúde em buscar o conhecimento para adequar seus cuidados, suas orientações, às necessidades singulares dessas mulheres, adotando a prática do improviso, só

contribui para camuflar a falta de qualidade do atendimento dessas mulheres. Desta maneira, os profissionais contribuem com a manutenção da ordem, relativa à falta de acesso, dessas mulheres, a um cuidado justo e adequado às suas singularidades.

O trabalho de perpetuação do modelo de sexualidade dominante, realizado pelos profissionais de saúde, através de suas práticas de cuidado, empreende às lésbicas a persistência de sua situação de vulnerabilidade às DST, sua exclusão do acesso aos direitos à saúde e a violência simbólica.

De acordo com Bourdieu (1999), certos agentes singulares, por meio de instituições, perpetuam no curso de uma história bastante longa, a estrutura das relações de dominação entre os sexos, os princípios de visão e divisão geradores dos gêneros, as diferentes categorias de práticas sexuais, constituindo a própria heterossexualidade como padrão universal de toda prática sexual normal.

Neste sentido, Facchini e Barbosa (2006) acrescentam que a violência simbólica, marcada pela desvalorização pública do patrimônio afetivo e das práticas corporais dessas mulheres, também é um forte componente passível de afetar o “conforto mental” dessas mulheres.

No que diz respeito à natureza do desconhecimento dos profissionais de saúde, sobre as medidas de prevenção de DST entre as mulheres lésbicas, os profissionais investigados, atribuem responsabilidades aos cursos de graduação na área da saúde e ao silêncio sobre esta temática, nos manuais e outros materiais educativos elaborados, pelo Ministério da Saúde, conforme se vê nos depoimentos que se seguem.

Na faculdade a gente não estuda nada de DST entre lésbicas. Então, eu não sabia nada. O pouco que hoje eu sei, aprendi na porrada, conversando com as pacientes e deduzindo. (E16)

Aqui, entre os residentes e mesmo alguns profissionais, vejo muitas dúvidas, dificuldades mesmo na orientação desse grupo [lésbicas], quanto à prevenção de DST. Não sabem como orientar. Mas, também não é culpa deles. A gente não tem isso na faculdade. A gente aprende na vida. (M5)

Você vê que os manuais do ministério não entram nesse mérito de mulher com mulher. Falta um material educativo com recomendações para os profissionais e também, folders para as mulheres. (E24)

Uma vez, fui numa ONG e lá tinha um folheto bem legal sobre prevenção de DST entre lésbicas. Aprendi muita coisa com esse material. Eu nem sabia direito como duas mulheres transavam. Agora, os manuais do Ministério da Saúde, não abordam nada sobre as recomendações a essas mulheres. Se você for agora, no almoxarifado, você vai ver folheto de camisinha,

masculina e feminina, à torto e à direita, com orientações para os hetero. Agora, direcionado para homoafetivas não tem nada. (M21)

Cabe aqui a consideração de que os manuais preconizados e publicados, pelo Ministério da Saúde, são formulados por profissionais de saúde. Portanto, compete aos profissionais manterem-se atualizados para atender as demandas de saúde das pessoas, de modo a exercer impacto positivo sobre os indicadores de saúde e desta maneira, sobre a realidade social.

Quanto aos cursos de graduação na área de saúde, é fundamental que a temática das sexualidades e das DST, assim como todas as outras questões de saúde presentes entre as pessoas LGBT, sejam abordadas, em profundidade e com qualidade.

A condição de saúde das mulheres lésbicas depende muito da expansão do conhecimento que se tem sobre suas condições de saúde, necessidades e singularidades, do rigor das pesquisas científicas e da transformação das práticas profissionais. A formação deve, portanto, ser compreendida como uma das estratégias para o desenvolvimento dessas competências entre os profissionais de saúde.

7.2.2 O exame preventivo do câncer do colo do útero

O câncer do colo do útero é considerado um problema de saúde pública nos países em desenvolvimento devido às altas taxas de prevalência e mortalidade. Entretanto, a mortalidade por este tipo de câncer é plenamente evitável, uma vez que o avanço das tecnologias permite o diagnóstico precoce de lesões precursoras, evitando assim, sua progressão para o câncer (BRASIL, 2013b).

A estratégia mais utilizada e que apresenta um resultado altamente eficaz é o rastreamento em mulheres assintomáticas, por meio do exame citopatológico, conhecido como exame preventivo, que permite o diagnóstico ainda em fase inicial, sendo possível a obtenção da cura em até 100% dos casos.

Quanto à população alvo e periodicidade do exame, o Ministério da Saúde recomenda realizá-lo prioritariamente em mulheres de 25 a 60 anos de idade, uma vez por ano e, após dois exames anuais consecutivos negativos, a cada três anos

(BRASIL, 2013b).

Cabe destacar que o Ministério da Saúde recomenda aos profissionais de saúde, considerar as especificidades das mulheres e relacioná-las à sua situação ginecológica, em especial, aos cânceres do colo do útero e das mamas, fazendo referência às lésbicas, como um grupo que deva ter suas especificidades consideradas (BRASIL, 2013b).

Entretanto, essas especificidades de lésbicas não são pormenorizadas, pelos manuais técnicos dirigidos aos profissionais, permanecendo desconhecidas por muitos destes.

É preciso que os próprios profissionais e pesquisadores do campo da saúde, reconheçam essa necessidade de conhecimento como uma atribuição sua. Somente a partir deste reconhecimento, exercerão um posicionamento ético, político de solidariedade com essas mulheres, por meio da produção e publicação de pesquisas científicas, que contribuam com a visibilidade pública de suas demandas de saúde e com a melhoria do acesso e qualidade da atenção à saúde.

Entretanto, é preciso também que essas mulheres enfrentem seus temores em relação às possíveis reações de preconceito e discriminação, e saiam da condição de invisibilidade na relação com os profissionais de saúde, o que também deverá contar com a solidariedade humana e apoio profissional das enfermeiras e médicos.

A partir da experiência acumulada no cotidiano da atenção à saúde de mulheres lésbicas, por meio da realização das consultas individuais, os profissionais de saúde descrevem as suas impressões e constatações, no que se refere às crenças demonstradas, pelas lésbicas, em relação ao exame preventivo do câncer do colo do útero, na ocasião da realização deste.

Na primeira vez que vieram [o casal de lésbicas], uma delas, nunca tinha feito o preventivo e achava que não tinha necessidade. Ela contou que tinha transado com homem apenas uma vez, e por isso, achava que não precisava fazer o exame. Já a outra, que até já tinha sido casada [com homem] fazia sempre. (E11)

Profissionalmente, o que me marcou muito e que eu nunca vou esquecer foi o caso de uma senhora, que eu já tinha atendido inúmeras vezes, devido à hipertensão e, por acaso, um dia conversando, ela me falou que não fazia preventivo porque não era necessário. Quando perguntei o motivo, aí é que ela explicou que era homossexual. (E15)

Ela [lésbica] entendia que porque não tinha relação com homem, nunca tinha tido relação com homem, não precisava fazer o preventivo. (M1)

Elas acham que por não ter relações com homens, não precisam mais fazer preventivo. Ficaram [casal de lésbicas] vinte anos, que era o tempo do relacionamento delas, sem fazer exame porque não estavam transando com homens. (M10)

Conforme os depoimentos, podemos constatar que os profissionais de saúde investigados identificaram que as lésbicas consideram o exame preventivo do câncer de colo de útero desnecessário, quando não mantém relações sexuais com homens.

Essa crença entre as lésbicas tem, portanto, o mesmo fundamento da crença que dispõem em relação à necessidade de adoção das medidas de prevenção de DST, que também consideram desnecessário por não manter relações sexuais com homens e, mais especificamente, por não praticarem a penetração vaginal, pelo pênis.

Ao que tudo indica este tipo de associação elaborado, pelas lésbicas, que estabelece uma estreita relação entre a necessidade de certos cuidados com a saúde e as práticas sexuais com homens, e mais especificamente, aquelas práticas que envolvem a penetração vaginal, pelo pênis, contribui para que negligenciem o rastreio do câncer de colo de útero e a adesão às medidas de prevenção de DST.

Desta forma, podemos inferir que as lésbicas não costumam apresentar estas demandas aos profissionais de saúde, quando comparecem aos serviços. Sendo assim, esta singularidade entre essas mulheres indica a necessidade de uma maior atenção profissional, no que diz respeito ao rastreio do câncer de colo de útero e à adesão às medidas de prevenção das DST.

Esta constatação tem respaldo nos estudos realizados por Facchini e Barbosa (2009), que identificaram que a frequência ao ginecologista é menor entre as lésbicas cuja trajetória sexual é caracterizada por pouco ou nenhum contato com o sexo oposto, devido à compreensão da ausência de necessidade, em decorrência do pouco ou nenhum contato com homens, suposto transmissor de AIDS e outras doenças ligadas ao sexo.

Conforme já descrito anteriormente, entre os profissionais de saúde investigados, é marcante, a classificação que fazem das mulheres lésbicas e sua distinção entre as masculinas e as femininas.

No que se refere à adesão ao exame preventivo, o grupo de profissionais não menciona a percepção de qualquer dificuldade entre as lésbicas femininas, comparativamente às mulheres heterossexuais, o que contribui para sua

classificação, por generalização.

Já no que diz respeito às lésbicas com expressão de gênero masculino, os profissionais de saúde percebem que essas mulheres não gostam de fazer o exame preventivo e acreditam seja devido ao fato de não gostarem do espelho e da penetração vaginal. A partir desta crença, os profissionais justificam a menor adesão dessas mulheres ao exame e ainda, o desrespeito à periodicidade recomendada para a sua realização.

Aquelas [lésbicas] que são mais masculinas, mesmo as que já transaram com homens, não gostam de fazer preventivo por causa do espelho. Elas não gostam de penetração. Por isso, fazem menos [o preventivo]. (E1)

Muitas dessas mulheres [lésbicas masculinas] tem sexo sem penetração vaginal e não gostam. Geralmente, as mais masculinas que não gostam de penetração. Daí, quase sempre tem receio em relação ao preventivo. (E24)

Acho que as homossexuais masculinas fazem menos [exame preventivo] que as outras porque tem medo do espelho, medo de machucar. (E8)

Elas não respeitam o intervalo recomendado. Ficam anos e anos sem fazer o exame porque não gostam. Já as mais femininas, não. Essas [lésbicas femininas] não tem problemas com isso. (E10)

Noto também que elas dão um intervalo grande entre os exames [preventivo]. Essas mais pesadas [masculinas] não gostam mesmo. Acho que associam o espelho ao pênis. (M16)

A questão de nunca ter feito preventivo me chamou atenção porque tive umas seis mulheres homossexuais que me disseram isso. Todas essas eram daquele tipo que te falei, mais masculinas. Essas não gostam de penetração. (M1)

As masculinas não gostam de fazer preventivo. A gente vê essa divisão muito grande entre elas. Acho que não gostam porque o preventivo é coisa de mulher e elas se sentem em outro universo, não é? Elas não gostam de homem e da penetração. (M2)

Também ofereço o espelho para ela [lésbica] mesma colocar, se quiser, conforme estamos acostumadas a fazer aqui, porque sei que muitas não gostam da penetração. Na verdade, nenhuma mulher [heterossexuais] gosta muito do exame especular, porque é um pouco desconfortável mesmo, mas, percebo que essas que são mais masculinizadas tem mais dificuldades com isso. (M13)

A análise dos depoimentos deixa claro que os profissionais de saúde investigados pressupõem que essas mulheres, com expressão de gênero masculino, não gostem de práticas sexuais que envolvam a penetração vaginal e por esta razão, rejeitam o espelho e, conseqüentemente, o procedimento que envolve a coleta de material para o exame preventivo.

A explicação destes profissionais para a menor adesão das lésbicas com expressão de gênero masculino ao exame preventivo se apoia numa suposta associação, feita pela lésbica masculina, entre o espelho e o pênis e entre a inserção vaginal do espelho e a prática sexual da penetração.

Essa é uma crença que integra o conteúdo das representações deste grupo social sobre essas mulheres e que merece ser investigada diretamente, junto às lésbicas.

Fato é que essa associação está carregada de um forte simbolismo sexual que frequentemente está envolvido no ritual da consulta, no campo da saúde sexual e reprodutiva.

Esse simbolismo sexual encontra respaldo em Canella e Maldonado (2003) que afirmam que, especialmente, na área ginecológica, há uma sexualização da consulta, presente tanto no profissional, quanto na cliente.

No entender de Bourdieu (1999), é a percepção dessa conotação, potencialmente sexual do exame ginecológico, que determina que o profissional acabe transformando a consulta em um verdadeiro ritual que visa neutralizá-la.

Assim, para se proteger, os profissionais procuram favorecer a permanência de uma terceira pessoa no consultório, que possa testemunhar em seu favor, se for preciso, nos casos de possíveis equívocos de interpretação, pelas pacientes.

Geralmente, quando faço a consulta e a queixa é ginecológica e tenho que fazer o exame preventivo, eu peço a alguém para ficar junto comigo, dentro do consultório, para servir de testemunha, caso alguém diga que eu toquei no corpo com alguma segunda intenção, não é? (E5)

Da mesma maneira que um ginecologista homem não atende uma mulher sozinho, sem uma auxiliar de enfermagem no consultório, eu acho que com essas mulheres [lésbicas], eu sofro o risco de ser mal interpretada num exame físico completo, p.ex. Eu sendo mulher, corro o risco de uma homossexual achar que eu estou dando encima dela. (M19)

Além disto, ainda mais que sou homem, não gosto e não atendo mulheres estando sozinho na sala. Exijo que tenha sempre um acompanhante, ou uma auxiliar, ou um aluno para me proteger de possíveis erros de interpretação. (M8)

Apesar da constatação da menor adesão da lésbica com expressão de gênero masculino, ao serviço de saúde e aos cuidados relativos ao rastreio do câncer de colo do útero, nada tem sido feito, pelos próprios profissionais, que se eximem da responsabilidade direta de fazê-lo, recomendando que as campanhas de

saúde o façam, conforme podemos observar no depoimento abaixo.

Acho que essa falta mesmo de apelo às lésbicas, nas campanhas é prejudicial e seria interessante porque acaba reforçando que elas não precisam fazer. [...] Uma campanha de preventivo deve chamar todas as mulheres, não é? E é difícil você ver no cartaz da campanha uma mulher com um aspecto mais masculinizado, como propaganda daquela campanha. (M11)

Acho que as lésbicas são pouco atingidas, pelas campanhas de saúde, para prevenção do câncer de colo de útero. Percebo isso. (E18)

Essa postura profissional de omissão e transferência de responsabilidade, diante de uma necessidade de cuidado à saúde identificada e reconhecida, camufla uma discriminação e uma atitude desfavorável frente a essas mulheres, o que é compatível com sua classificação por particularização. Essa atitude profissional contribui para que as lésbicas masculinas sejam mantidas na posição de exclusão do serviço e dos cuidados, socialmente rotulados e nomeados femininos, expressando a violência simbólica a que estão sujeitas.

Desta forma, a hierarquização das lésbicas, a partir de sua ancoragem na ideologia de gênero, faz com que as lésbicas com expressão de gênero masculino sejam situadas na posição, mais distante possível, em relação ao protótipo socialmente aceito de mulher. Esse posicionamento promove sua maior discriminação, em relação às lésbicas femininas, entre os profissionais de saúde.

Esse tipo de discriminação no serviço de saúde, que se manifesta de maneira sutil porque não se materializa como uma ação explicitamente contrária a essas mulheres, mas, sim, em uma ausência de ação em favor delas, e que resulta na sua permanência à margem dos cuidados considerados essenciais às mulheres, integra o ciclo da violência simbólica.

Assim, aquilo que os profissionais de saúde pensam sobre as lésbicas funciona como um princípio organizador de sua tomada de posição e de suas práticas, frente às necessidades dessas mulheres.

Dentre as situações identificadas, pelo grupo de profissionais, como as que impõem dificuldades à realização do exame especular, seja para a coleta de material para o exame preventivo, ou para a avaliação cervical, todas estão relacionadas às mulheres com expressão de gênero masculino e justificadas em função das dificuldades que essas mulheres apresentam em relação à penetração vaginal. Desta maneira, as dificuldades enumeradas incluem a indisponibilidade de

espéculos de virgem ou de tamanho pequeno e a dificuldade de obter o relaxamento perineal necessário, pela lésbica.

Aqui, nós não estamos preparados para colher preventivo de homossexuais virgens porque não temos espéculo de virgem. Essas mulheres são encaminhadas para uma unidade maior e isso é uma coisa que elas reclamam. Acho que muitas desistem e isso é problemático. (M9)

Para as lésbicas que são virgens, a gente precisa do espéculo pequeno, ou o de virgem, para o preventivo e aqui, não tem. Nesses casos, tem que encaminhar para fazer em outro lugar. Elas se chateiam com isso, porque, às vezes, ficam um tempão esperando e na hora, a gente ainda encaminha. (E14)

Quando nunca tiveram relação com homem e nem nenhum tipo de penetração é uma dificuldade. Às vezes, tem queixas suspeitas [de câncer de colo de útero], idade de risco para câncer ou outras situações que recomendam o exame especular, até mesmo para ver o estado do colo, mas aqui não temos o espéculo de virgem. Dá até para usar o espéculo pequeno, mas, para isso ela teria que estar bem relaxada e o medo é tanto que para essas [masculinas] é impossível. (M17)

É sempre mais difícil fazer o exame [preventivo] nessas mulheres mais masculinas, porque na hora de colocar o espéculo, elas estão mais ansiosas e se contraem toda [períneo]. Ainda mais quando tiveram um exame muito doloroso no passado. (E1)

Talvez, o profissional não tenha levado em consideração o fato de que ela não transava com penetração, há muito tempo e pode ter usado um espéculo grande. Daí, ela teve dor e interpretou isso até como um maltrato. Ficou muito tempo sem fazer exame e só veio porque estava com dor. Também, não deixa de ser um maltrato, não é? A gente tem que ter esse cuidado. (M3)

Lembro que precisei chamar a médica, que é ginecologista, para me ajudar na colocação do espéculo e ela, com muito jeitinho, conseguiu. Ela [lésbica masculina] dizia sentir dor, mesmo antes de encostar nela. Mas, ela já tinha feito o exame antes, com especulo, e devia ter uma lembrança ruim disso, não é? (E23)

Cabe questionar a falta de solução para a indisponibilidade de um material de uso corriqueiro e de baixo custo, como é o caso dos especulos, e, especialmente, por faltarem apenas aqueles de tamanho apropriado às necessidades dessas mulheres.

Essa dificuldade, ao que tudo indica, pode estar firmemente associada ao descaso com que essas mulheres são percebidas e tratadas no campo da saúde sexual e reprodutiva. Estando sujeitas, como qualquer outra mulher, aos riscos concretos de contrair qualquer DST, inclusive aquelas que as vulnerabilizam ainda mais, ao câncer de colo de útero, como é o caso do HPV, é inadmissível que falem especulos de tamanho adequado às necessidades dessas mulheres, chamando

ainda mais atenção, que faltem apenas para elas.

Deste modo, parece que a desqualificação e desvalorização da sexualidade e das práticas sexuais dessas mulheres, contribui mesmo para que sejam penalizadas, pela negligência com os cuidados à sua saúde sexual e reprodutiva. A violência, neste caso, é travestida de falta de material.

A análise dos depoimentos, no que se refere à dificuldade de obtenção de um relaxamento perineal favorável ao procedimento técnico envolvido no exame, também aponta a crença entre os profissionais de que possa ser devido à vivência, pelas lésbicas, de experiências anteriores negativas, sendo ocasionalmente interpretadas como maltrato. Nesses casos, os profissionais apontam a possibilidade de erros de avaliação profissional, quanto ao tamanho adequado do espelho.

A avaliação do profissional de saúde quanto ao tamanho mais adequado do espelho à mulher, deve respeitar suas singularidades, não somente relacionadas às características biológicas, mas também à história de suas práticas sexuais e as condições emocionais envolvidas no momento do exame. Esta avaliação se reveste de especial importância, uma vez que a inadequação do tamanho do espelho pode causar desconforto, dor, desestímulo ao retorno para um próximo exame e ainda, a possibilidade de ser interpretado como um mau-trato.

Esta constatação encontra respaldo nos estudos realizados, por G. Almeida (2009), que afirma que no campo da saúde, as lésbicas por serem vistas como “não mulheres”, são excluídas do acesso a exames papanicolaou e de mama, que são parte do protocolo de exames comuns às mulheres, o que deveria independe de sua identidade sexual.

Tomando por base o sistema de conhecimentos e crenças dos profissionais sobre as lésbicas, em especial, sobre aquelas com expressão de gênero masculino, as quais são agrupadas por meio de atributos masculinos de conotação negativa e classificadas por particularização, é possível inferir que essa representação tão penetrante em suas mentes, nos seus discursos e tão compartilhada e naturalizada no campo da saúde sexual e reprodutiva, estructure um modo de agir e cuidar dessas mulheres, compatível com sua exclusão das práticas de cuidado percebidas como femininas.

Assim, a desconsideração de suas demandas de saúde como parte das demandas femininas significaria vulnerabilizá-las, o que representa uma violência simbólica.

Outra questão referida em menor proporção (5), pelo grupo social estudado, porém, não menos importante, diz respeito às situações em que a lésbica não permite a realização do exame especular, o que dificulta a avaliação cervical e conseqüentemente, o raciocínio clínico para um diagnóstico mais preciso, conforme podemos identificar nos depoimentos abaixo:

Já aconteceu de uma dessas, mais masculina, não me deixar fazer o exame especular. Aí, nesses casos, nos apoiamos na abordagem sindrômica e nos exames complementares, mas não é o mesmo que ter acesso à visualização do colo. Pode escapar alguma coisa ao diagnóstico clínico que é sempre soberano. (M13)

Tem mulheres que não deixam colocar o espelho. Daí, eu não posso ir além e fica realmente dificultada a avaliação ginecológica. Um sangramento, por exemplo, se o motivo for um pólipo cervical, com o exame [especular] a gente vê e resolve na hora. (M3)

Essa situação evidencia o quanto é necessário um diálogo aberto e franco entre o profissional e a mulher para que, nestes casos, a mulher tenha a possibilidade de compreender melhor a importância do exame e assim, quem sabe, permiti-lo ou mesmo, se colocar mais disponível, pelo menos, para tentar.

Não é o caso de entrar num debate circular e, portanto, pouco frutífero, envolvendo argumentos relativos à escassez de tempo para conversa, ao despreparo e escassa sensibilidade dos profissionais, para situações dessa natureza, mas sim, é preciso buscar caminhos que concretamente contribuam para a solução de situações dessa ordem, pondo em discussão a necessidade da escuta sensível, comprometida com a acolhida e amparo das pessoas e ainda, a necessidade de desconstrução da estrutura rígida e hierarquizada de atendimento, exercitando novas formas que deem conta das singularidades.

Nesse sentido, existem relatos de experiências bem sucedidas, nesse campo de atuação, a partir do estímulo à participação ativa das mulheres no exame especular, por exemplo, abrindo a possibilidade para que a própria mulher introduza o espelho vaginal, o que reduz seu desconforto. Outras experiências dessa ordem merecem ser estimuladas, entre os profissionais de saúde, tendo em vista a

importância do exame preventivo no diagnóstico precoce do câncer de colo (VARGENS; PROGIANTI; ARAUJO, 2007).

O diálogo é emancipador e deve se constituir não só em um meio, mas, ainda, em um fim da prática em saúde, porque valoriza os sujeitos, reafirma outras formas de relação entre poderes distintos, quebra hierarquias e restaura o sentido de totalidade corporal. O diálogo constrói-se com base na escuta, na interpretação dos significados contextuais e subjetivos presentes nas manifestações, através de uma comunicação ampla, mediada pelas palavras, pelo tato, pelos gestos, pelo olhar, enfim, pelos sentidos (MANDÚ, 2004).

Fato é que o campo da saúde sexual e reprodutiva deveria ser aquele no qual os agentes encontram-se melhor preparados para lidar com as múltiplas possibilidades de vivência das sexualidades. Os agentes deste campo deveriam ainda, ser os mais capacitados e empenhados a cuidar das pessoas, no que diz respeito à vivência de sua sexualidade, especialmente, daquelas pessoas que vivem as sexualidades contranormativas, em razão dos efeitos do preconceito e da discriminação sobre sua saúde.

Entretanto, neste campo, as mulheres recebem um cuidado profissional que não leva em consideração a possibilidade de uma vivência de sexualidade que não seja a heterossexual, contrariando os princípios e diretrizes das políticas públicas de saúde voltadas para as mulheres, tanto a PNAISM quanto a PNSILGBT.

A heteronormatividade norteia o cuidado e a prática profissional de tal maneira que ao serem atendidas como heterossexuais, as lésbicas deixam de ter sua sexualidade e as singularidades decorrentes de suas práticas homossexuais levadas em consideração, pelos profissionais, nas conversas e orientações em saúde. Às lésbicas masculinas, somam-se ainda, os prejuízos resultantes do descaso profissional no que se refere a medidas que visem assegurar o seu acesso, com respeito e qualidade, a procedimentos técnicos para realização de exames, como é o caso da coleta de material para rastreamento do câncer cérvico-uterino.

7.2.3 A maternidade lésbica

A homoparentalidade ganhou maior visibilidade pública e, por esta razão, é um dos temas que ocupa o centro das atenções e dos debates sobre as concepções de organização familiar, colocando em xeque a noção hegemônica de família nuclear.

O desejo da maternidade entre as lésbicas é frequentemente questionado e considerado inconcebível entre as pessoas mais conservadoras, que associam a maternidade à união heterossexual.

A maternidade lésbica chama ainda mais atenção quando a mulher opta pela gravidez, em detrimento da adoção, e rejeita a procriação sexuada, recorrendo às novas tecnologias reprodutivas.

Entretanto, essas novas tecnologias de reprodução humana assistida envolvem um alto custo financeiro e o acesso na rede pública de saúde é muito limitado, inclusive para as mulheres heterossexuais.

A Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida (PNAIRHA) instituída no âmbito do SUS em 2005, pela portaria nº 426/ GM, prevê a atenção integral em reprodução humana assistida aos casais com algum problema de infertilidade, definida como a ausência de gravidez após doze meses de relações sexuais regulares, sem uso de contracepção e ainda, aos casais que podem se beneficiar desse recurso no controle da transmissão vertical e/ou horizontal de doenças (BRASIL, 2005).

A análise desta PNAIRHA deixa claro que as lésbicas estão excluídas de sua população-alvo e desta maneira, apenas os casais heterossexuais tem assegurado o exercício dos seus direitos reprodutivos.

A PNSILGBT, instituída no âmbito do SUS em 2011, inclui dentre as suas responsabilidades e atribuições, a definição e implementação de estratégias para a garantia dos direitos reprodutivos para as pessoas LGBT (BRASIL, 2010).

No ano de 2013, o Conselho Federal de Medicina (CFM) adotou normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida, através da Resolução CFM nº 2013/2013, e levou em consideração o reconhecimento, pelo Supremo Tribunal Federal, da união estável homoafetiva como uma entidade familiar, que deveria usufruir destas técnicas, respeitado o direito da objeção de consciência do

médico (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2013).

Esta resolução, ao atrelar o acesso da lésbica às técnicas de reprodução assistida, à disponibilidade de algum profissional médico que não tenha objeção de consciência em realizá-las, mantém essas mulheres sob a tutela médica.

Em meio a esse contexto, falando sobre a maternidade lésbica, apenas 03 profissionais dentre os participantes do estudo, todos da categoria médica e, especialistas em ginecologia, referiram ter experiência com a demanda de lésbicas para as técnicas de reprodução assistida. É possível inferir que essa situação seja decorrente de um conhecimento prévio, entre as lésbicas, de que este tipo de demanda compete a esses profissionais e assim, elas os procurem diretamente, por ocasião do agendamento das consultas.

A partir dos depoimentos desses profissionais, podemos verificar que na rede pública de saúde, a homossexualidade feminina não é uma indicação prevista e aceita, no encaminhamento dessas mulheres para o acesso a essas técnicas de reprodução assistida. Os protocolos instituídos nos serviços, para encaminhamento de mulheres, exigem dos profissionais a realização de investigação diagnóstica prévia que comprove a infertilidade, por meio de resultados de exames.

Existe um protocolo para infertilidade, mas esse protocolo só atende as hetero. As homossexuais não estão previstas. É para as mulheres hetero. Eu tenho até o protocolo aqui na gaveta. Nele está descrito tudo o que eu tenho que fazer antes de encaminhar para um serviço de infertilidade. A mulher precisa ser infértil. Na rede privada, isso é fácil. É só ter recursos. Aqui não. É um absurdo, mas é assim que funciona. (M19)

Entre as que querem engravidar, eu tenho experiência de encaminhamento para reprodução assistida, apenas no serviço privado, no consultório. Na rede pública, nem pensar. Não são oferecidas condições para isso. (M3)

Se uma mulher quiser fazer uma reprodução assistida porque não quer transar com homem, eu não tenho como encaminhar na rede pública. Só posso encaminhar, pelo protocolo da infertilidade, com resultado de exames que atestem a infertilidade. (M21)

Pode-se observar ainda, que o acesso às técnicas de reprodução assistida está restrito às lésbicas de melhor poder aquisitivo, que podem pagar por este serviço na rede privada de saúde.

A análise dos depoimentos também deixa claro que a PNSILGBT ainda não alcançou efetividade, no sentido de assegurar às lésbicas seus direitos reprodutivos.

De acordo com G. Almeida (2005), a maioria das lésbicas não tem acesso às

técnicas de reprodução assistida o que as motiva a buscar soluções caseiras para a inseminação, como o uso de seringas com sêmen doado, o recurso às relações sexuais com amigos ou ainda, a opção por relações sexuais, sem qualquer vínculo pessoal, apenas com a finalidade de engravidar.

Estas alternativas entre as mulheres lésbicas, motivadas pela falta de acesso às técnicas de reprodução assistida, acentuam sua vulnerabilidade, na medida em que as expõem às DST.

A exclusão das lésbicas do acesso às técnicas de reprodução assistida marca uma intervenção moral sobre a autonomia dessas mulheres, afetando aquilo que lhes é mais íntimo, seu corpo e seu desejo de tornar-se mãe.

Entre os profissionais de saúde investigados há um consenso quanto ao reconhecimento do desejo e do direito dessas mulheres se tornarem mães. Entretanto, há uma crença entre eles, de que ainda que se tornem mães, a homossexualidade impõe à lésbica, certa privação deste desejo, pela impossibilidade de compartilhar o patrimônio genético com a pessoa com quem mantém a relação afetivo-sexual.

Eu imagino que elas [lésbicas] devam ter essa vontade de ser mãe e há uma certa privação mesmo desse desejo, na medida em que não há como o filho ser fruto do casal. (M11)

As mulheres que sentem vontade de engravidar, independente de serem hetero ou homo, eu acho que elas tem que ter esse direito garantido. [...] É claro que lésbicas podem ser mães por adoção, inseminação, mas é bem legal você poder ver no filho que você gerou, características genéticas do teu parceiro e isso entre elas [lésbicas], nunca vai poder rolar. (M6)

Toda mulher deve ter o direito de ser mãe. As homossexuais também. Mas, aquele desejo de ter o filho biológico com a pessoa de quem se gosta, elas nunca terão. Podem até ficar grávidas, mas, de um homem qualquer e não da pessoa que elas amam. (E22)

Acho que toda mulher deve receber apoio quando quer ser mãe. [...] Como eu sempre quis muito ser mãe e acho lindo você ver na criança essa mistura [características físicas], do pai e da mãe, acho que elas [lésbicas] não se sentem completas porque nunca terão isso. (E19)

A crença de que a lésbica jamais será uma mãe plenamente realizada, integra o conteúdo das representações deste grupo social sobre essas mulheres, e se apoia na concepção conservadora de filho, tal e qual a concebida no modelo tradicional de família nuclear heterossexual, que valoriza os filhos com base nos aspectos biogenéticos, em detrimento dos sociais, e vincula o amor materno à

consanguinidade e não à sua construção social.

Embora, os discursos dos profissionais manifestem certo reconhecimento da legitimidade do desejo da lésbica de tornar-se mãe, sugerindo uma atitude favorável frente a essas mulheres e, por consequência, aos novos arranjos familiares, fica evidente a posição conservadora do grupo, no que se refere à associação que estabelecem entre a qualidade do filho e a plenitude de realização do desejo de tornar-se mãe.

De acordo com Fonseca (2008), a tradicional família nuclear utiliza categorias para estabelecer distinções entre os filhos legítimos, adotivos, adulterinos e outros. Em oposição, na concepção de família moderna é o primado do afeto que deve decretar a irrevogabilidade da relação filial.

Pelo exposto, podemos constatar que o pensamento social compartilhado pelo grupo de enfermeiras e médicos investigados, do campo da saúde sexual e reprodutiva, sobre as mulheres lésbicas, sua sexualidade, suas relações afetivo-sexuais e suas singularidades de saúde, é nitidamente impregnado por elementos de caráter moral, normativos e ideológicos.

A partir desta representação, os profissionais assumem uma atitude desfavorável para com as lésbicas e, especialmente, com aquelas cuja expressão de gênero é a masculina.

Numa clara hierarquia de transgressão da ordem e das normas socialmente aceitas, a lésbica masculina é classificada, pelos profissionais de saúde investigados, como a que mais se destaca e, portanto, torna-se o alvo maior de discriminação e exclusão, no campo da saúde sexual e reprodutiva.

Entretanto, a lógica da discriminação neste campo, opera mais como uma ausência de cuidado, uma omissão, do que propriamente como uma ação negativa, manifesta como um descuido ou uma desatenção intencional. Assim, pode-se afirmar que a atenção à saúde dessas mulheres é marcada pela violência simbólica. A sutileza da discriminação se deve ao fato de que os profissionais de saúde tem a clara noção da posição de poder que ocupam no campo e das suas atribuições, que lhes são exigidas e aguardadas, em conformidade com esta posição e com a profissão que exercem.

Desta forma, contrariando muitas vezes o próprio discurso, os profissionais de saúde realizam uma prática de cuidados que contribui para manter as mulheres lésbicas e suas necessidades de saúde na invisibilidade, o que assegura sua

exclusão do acesso a bens e direitos em saúde, assegurados apenas às heterossexuais e, sob certa medida, às lésbicas que mais se aproximam do protótipo de mulher heterossexual.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não se pretendeu esgotar a discussão sobre as representações sociais de enfermeiras e médicos e a intrínseca relação entre essas representações e as práticas de saúde, envolvidas na interação entre estes profissionais de saúde e a mulher lésbica, no campo da saúde sexual e reprodutiva.

Ao contrário, o estudo põe em evidência a existência de inúmeras lacunas no conhecimento sobre essas mulheres, seus modos de viver, suas crenças, singularidades, vulnerabilidades e demandas em saúde. Esta constatação aponta a necessidade de maior investimento em pesquisas que possam contribuir com este conhecimento, fornecendo subsídios para melhorar a formação dos profissionais de saúde, a estrutura dos serviços de saúde, a efetividade das políticas públicas de saúde e, principalmente, a mudança das mentalidades sobre as sexualidades contranormativas e as mulheres lésbicas. Compreende-se que este é o caminho para interromper o ciclo de violência a que estas mulheres estão sujeitas no campo da saúde sexual e reprodutiva.

A identidade lésbica é, na maior parte das vezes, presumida pelos profissionais, com base na rígida articulação que fazem entre o sexo biológico e a expressão de gênero masculino, da própria mulher ou daquela que se supõe ser a parceira sexual, o que traduz a força que a ideologia de gênero e a heteronormatividade exercem, como elementos do conteúdo da representação do grupo.

A representação social sobre a mulher lésbica é permeada por elementos da representação social do grupo sobre a homossexualidade, o que indica sua estreita relação com esta representação, apontando para a possibilidade de tratar-se de uma representação não autônoma.

No processo de construção da representação, pelos profissionais participantes do estudo, as lésbicas são classificadas como masculinas ou femininas, e os elementos de maior conotação negativa, presentes no conteúdo da RS, são atribuídos às lésbicas masculinas, do que é possível apreender que as lésbicas são melhor aceitas, quanto menos rompam com as normas sociais.

A reflexão sobre os condicionantes da extensa lista de vulnerabilidades à saúde a que estão sujeitas as mulheres lésbicas, especialmente, os de ordem social e programático, ao que tudo indica, resultam, em sua maioria, dos efeitos do preconceito social, incluindo-se o preconceito dos próprios profissionais e gestores de saúde.

O preconceito entre os profissionais de saúde integra a dimensão afetivo-valorativa de suas representações sociais e é capaz de afetar de maneiras distintas, a qualidade das práticas de cuidado à saúde das pessoas homossexuais, incluindo-se as lésbicas, sendo um condicionante da maior vulnerabilidade e menor acesso aos bens e serviços em saúde, comparativamente às pessoas heterossexuais.

Há um verdadeiro silêncio sobre as lésbicas e suas demandas de saúde, nos materiais de divulgação das campanhas de saúde; nos materiais educativos, voltados para as usuárias dos serviços e para os profissionais de saúde; no conteúdo programático das práticas educativas coletivas em saúde e na própria formação profissional; nas pesquisas no campo da saúde da mulher; e no investimento para o desenvolvimento e inovação de recursos tecnológicos que possam contribuir com a qualidade do cuidado à saúde de lésbicas.

O silêncio, a omissão, a acomodação e a transferência dessa responsabilidade para um outro, que não se sabe quem, se não os próprios profissionais de saúde, são comportamentos que deixam claro o descompromisso, o descaso, a desvalorização, o desrespeito e a atitude desfavorável dos profissionais de saúde para com as mulheres lésbicas, e integram o ciclo de violência e exclusão dos direitos à saúde a que estão sujeitas.

Dentre todas as formas de violência a que as lésbicas estão expostas, a violência simbólica parece mesmo ser a que opera com maior frequência, no campo da saúde sexual e reprodutiva. Exercida de forma sutil e invisibilizada, contra a qual poucos reagem, este tipo de violência assegura sua eficácia e perversidade.

A análise das dificuldades no atendimento das mulheres lésbicas, apontadas pelas enfermeiras e médicos participantes deste estudo, não deixa dúvidas de que as mais nocivas são aquelas oriundas da dimensão afetivo-valorativa das representações do grupo sobre a homossexualidade, de um modo geral, e sobre as lésbicas. Entretanto, muitas das dificuldades referidas pelos profissionais de saúde, participantes do estudo, independem das representações sociais e dizem respeito à inadequação e precarização das condições de trabalho. Sendo assim, estas

dificuldades se estendem a todas as mulheres e independem da orientação sexual. Embora as dificuldades se revelem potencialmente passíveis de solução, elas dependem em muito dos próprios profissionais, sendo necessário que se reconheçam como agentes estratégicos dessa mudança.

Neste sentido, os agentes que ocupam as posições privilegiadas de poder, tanto no campo da saúde, quanto no campo da educação, na formação dos próprios profissionais de saúde, exercem papel fundamental e estratégico em proporcionar as melhores condições possíveis ao trabalho e o debate e reflexão sobre as sexualidades, especialmente, a homossexualidade. A reflexão crítica é um instrumento muito eficaz e, por esta razão, compreende-se que poderá contribuir com a desconstrução dos argumentos que proclamam em favor das ideologias de gênero e da normatividade heterossexual, que promovem preconceitos, atitudes desfavoráveis e sustentam as representações sociais e as práticas de saúde correlatas, permeadas por dominação e violência.

O cuidado à saúde deve se apoiar na ética e na justiça e não em princípios morais e religiosos, que promovem o desrespeito às liberdades e escolhas individuais. Desta maneira, os profissionais de saúde eticamente comprometidos com a defesa das liberdades e da equidade, que asseguram a igualdade de direitos à saúde, devem pressionar a adoção de medidas que venham, de fato, promover o respeito à dignidade humana.

É preciso admitir que o profissional de saúde possui certa autonomia e liberdade para agir e age de acordo com as suas representações. Tendo em vista as representações de enfermeiras e médicos, do campo da saúde sexual e reprodutiva, sobre a mulher lésbica e as práticas de saúde dirigidas a essas mulheres e a complexidade da situação apresentada, é urgente reconhecer a necessidade de fortalecer o controle social, especialmente, das pessoas que sofrem os processos de discriminação nos serviços de saúde e promover entre os profissionais de saúde, a apropriação dos conhecimentos sobre as sexualidades, a consciência sobre os processos de discriminação dos quais se é participante, a desconstrução de preconceitos e a transformação da violência simbólica, presente no cuidado às lésbicas. Ao que tudo indica esse é o caminho viável ao início do longo processo de transformação das representações.

Os profissionais de saúde que exercem as posições de poder na estrutura do campo da saúde, precisam se utilizar dos mecanismos de que dispõem, e que estão

institucionalmente exigidos e autorizados a utilizá-los, para fazer valer os direitos de todas as mulheres, inclusive, das lésbicas, no acesso a cuidados que, de fato, contemplem suas necessidades de saúde, proporcionando ainda, melhores condições de trabalho aos profissionais e cobrando destes, sua efetiva atuação frente às demandas de saúde dessas mulheres.

A inclusão da sexualidade entre as temáticas abordadas nas reuniões científicas de equipe; o estímulo e apoio às pesquisas e aperfeiçoamento profissional; a criação de mecanismos de monitoramento e avaliação da atenção à saúde; e o fortalecimento à participação das usuárias nos processos de avaliação dos cuidados à saúde, são medidas que certamente contribuiriam com a qualidade da atenção à saúde.

O acesso aos conhecimentos e à reflexão sobre as sexualidades e os modelos possíveis de arranjos familiares, a aproximação às pessoas não heterossexuais e o conhecimento sobre seus problemas, em especial, os decorrentes do preconceito, é muito necessário aos agentes da saúde, para que ampliem seu apreço pelos direitos humanos, pela liberdade, pela dignidade e justiça social.

Nesse sentido, o ensino, a pesquisa e a extensão, se articulados de maneira indissociável, podem operar como um instrumento muito eficaz e de caráter transformador das mentalidades, das interações humanas, do campo da saúde e da violência simbólica às lésbicas, a qual se encontra praticamente institucionalizada nos serviços de saúde.

É no cotidiano das interações sociais no campo da saúde e da educação que é possível agir sobre as bases que criam e sustentam discriminações, iniquidades e violência, introduzindo novas formas de pensar o sexo, as sexualidades, os gêneros, o corpo e as famílias, negociando-as no grupo e, pondo em xeque determinados dogmas, normas e ideologias, para contribuir com a construção de uma nova imagem pública da mulher lésbica.

Nesse sentido, a porosidade da extensão universitária traz uma enorme contribuição, possibilitando o intercâmbio das experiências, dos conhecimentos científicos e consensuais, entre a universidade, os profissionais de saúde dos serviços e, principalmente, as mulheres.

A qualidade da atenção à saúde de lésbicas, pelos profissionais de saúde e instituições, depende de um conjunto articulado de fatores relacionados ao

conhecimento prévio das particularidades e necessidades dessas mulheres, a ação direta e efetiva dos profissionais e o funcionamento dos serviços de saúde.

A formação dos profissionais de saúde, iniciada na graduação, deve ser concebida como um processo contínuo e permanente de atualização, pesquisa e intervenção no campo, para o desenvolvimento de novas tecnologias de relacionamento humano e também, de recursos materiais identificados como necessários à qualidade dos procedimentos envolvidos no cuidado em saúde.

Os projetos político pedagógicos dos cursos de formação em saúde, em particular, da enfermagem e da medicina, devem ser revistos com o objetivo de consolidar entre os estudantes, a adoção de uma postura ético-política, que assegure o direito das mulheres, de exercer sua liberdade sexual e de ter acesso a um cuidado justo e de qualidade.

As competências de comunicação devem ser valorizadas na formação para contribuir com a abordagem das temáticas consideradas difíceis, pelos profissionais, em especial, as sexualidades e as práticas sexuais, favorecendo o desuso das rotinas heteronormativas, de modo a dar legitimidade às lésbicas e atender as suas singularidades, favorecendo a construção do vínculo de confiança, tão necessário à interação entre o profissional e a cliente.

Como se pode constatar, é preciso sensibilizar os profissionais de saúde para as questões que envolvem a vivência das sexualidades contranormativas, o preconceito e seus efeitos sobre a saúde dessas mulheres. É necessário ainda, divulgar a PNSILGBT e suas recomendações, bem como, instigar os profissionais de saúde e estudantes a realizar pesquisas que incluam as mulheres lésbicas e suas singularidades, em suas reflexões sobre medidas de prevenção, detecção precoce, terapêuticas e recursos tecnológicos até então, pensados para atender exclusivamente as mulheres heterossexuais.

É imprescindível assegurar nos campos da saúde e da formação em saúde, especialmente, no campo da saúde sexual e reprodutiva, a postura laica e progressista, no que se refere à abordagem das questões relativas aos corpos, aos gêneros, ao sexo e às sexualidades.

Enfermeiras e médicos, em especial, aqueles que atuam na rede pública de saúde, devem ter a compreensão de que, na qualidade de agentes exercentes da função pública, devem nortear suas práticas em consonância à diretriz política da

laicidade do Estado, não cabendo atitudes respaldadas em objeções de consciência ao cuidado das pessoas, com apoio em princípios de ordem moral e religiosa.

Frente às constatações, análises e discussões tecidas ao longo deste estudo, é possível confirmar o pressuposto teórico e afirmar a tese de que as representações sociais de enfermeiras e médicos, do campo da saúde sexual e reprodutiva, sobre as mulheres lésbicas, apresentam um conteúdo fortemente normativo, com expressiva carga afetiva, que opera como substrato para a violência simbólica no cuidado dessas mulheres, contribuindo com o processo de exclusão dessas mulheres, do campo da saúde.

Considerando a força que a carga afetiva envolvida nas representações sociais de enfermeiras e médicos, do campo da saúde sexual e reprodutiva, sobre as mulheres lésbicas, exerce na determinação das práticas de cuidado a essas mulheres, é necessário implantar estratégias de avaliação da qualidade do atendimento que venham a pressionar os profissionais de saúde a desenvolverem práticas que não somente favoreçam a atenção às necessidades e especificidades de saúde das lésbicas, mas que também possam causar impacto futuro na transformação de suas representações. Este é o caminho possível para assegurar o acesso indistinto de todas as mulheres, a todos os bens e serviços de saúde, com qualidade.

Conhecer a realidade das mulheres lésbicas, as crenças envolvidas nos processos de saúde e doença, quanto à sua vulnerabilidade em saúde, a adesão aos cuidados à saúde, aos exames de rastreio de câncer ginecológico, às medidas de prevenção de DST/ HIV, suas dificuldades, temores, aspectos envolvidos na relação com os profissionais de saúde, e outros, se fazem de extrema importância ao adequado planejamento de cuidados. Nesse sentido, ressalta-se a importância da realização de pesquisas que possam contribuir com esse conhecimento, caracterizando as lésbicas, para melhor subsidiar modelos e metodologias de intervenção em sua saúde, que fomentem o desenvolvimento de novas tecnologias para prevenção de DST, adequadas às práticas sexuais dessas mulheres, bem como, recursos tecnológicos que possam proporcionar maior conforto na coleta de material para o exame preventivo do câncer de colo do útero.

Na perspectiva da intervenção sobre a realidade é necessário estimular as próprias lésbicas a assumirem sua identidade sexual, para que suas particularidades relacionadas à cultura afetivo-sexual e às demandas de saúde correlatas possam

ser conhecidas, reconhecidas, valorizadas, respeitadas e, desta maneira, melhor contempladas pelas políticas públicas e profissionais de saúde. Além disto, é fundamental que sejam estimuladas a participar nas esferas de decisão, planejamento e avaliação das políticas e serviços de saúde.

Cabe destacar as grandes contribuições do movimento homossexual brasileiro para a maior visibilidade das pessoas LGBT, de suas demandas sociais, políticas, de saúde e na discussão crítica dos sistemas classificatórios relativos às sexualidades. No que se refere especificamente à saúde cabe ainda, reconhecer a efetiva e estratégica participação das lideranças do movimento na luta pela redução da discriminação e de seu impacto sobre a saúde, o que culminou na formulação, aprovação e implantação na rede do SUS, da Política Nacional de Saúde Integral LGBT, restando aos profissionais de saúde contribuir com sua real efetivação.

Por fim, cabe reconhecer que a meta ideal é a mudança das mentalidades. Entretanto, até que essa meta possa ser alcançada, é preciso se inconformar com o desrespeito à dignidade humana, se solidarizando com a defesa dos direitos humanos e, no campo da saúde sexual e reprodutiva, com a adoção de todas as medidas necessárias ao cuidado ético, justo e respeitoso com as lésbicas e todas as pessoas socialmente discriminadas e oprimidas.

Está colocado o desafio e a responsabilidade de contribuir com a reconfiguração do modelo de atenção à saúde das mulheres, em especial, no que tange ao respeito e à atenção à pluralidade das sexualidades.

REFERÊNCIAS

ABRIC, J. C. Abordagem estrutural das representações sociais: desenvolvimentos recentes. In: CAMPOS P. H. F.; LOUREIRO, M. C. S. (Ed.). *Representações sociais e práticas educativas*. Goiânia: UCG, 2003. p. 37-57.

_____. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Org.). *Estudos interdisciplinares de representação social*. 2. ed. Goiânia: AB Editora, 2000. p. 27-38.

_____. O estudo experimental das representações sociais. In: JODELET, D. (Org.). *As representações sociais*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001a. p. 151-171.

_____. O estudo experimental das representações sociais. In: JODELET, D. (Org.). *As representações sociais*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. p. 151-171 apud SÁ, C. P. *Núcleo central das representações sociais*. Petrópolis: Vozes, 2002.

_____. Practicas sociales, representaciones sociales. In: ABRIC, J. C. (Org.). *Practicas sociales y representaciones*. Mexico: Ediciones Coyoacan, 2001b. p. 195-227.

_____. *Pratiques sociales et représentations*. Paris: Presses Universitaires de France, 1994.

_____. A zona muda das representações sociais. In: OLIVEIRA, D. C.; CAMPOS, P. H. F. (Org.). *Representações sociais, uma teoria sem fronteiras*. Rio de Janeiro: Museu da República, 2005. p. 23-24.

ALMEIDA, A. M. O. Abordagem societal das representações sociais. *Soc. Estado*, Brasília, DF, v. 24, p. 713-738, 2009.

ALMEIDA, G. Argumentos em torno da possibilidade de infecção por DST e Aids entre mulheres que se autodefinem como lésbicas. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 301-311, 2009.

_____. *Da invisibilidade à vulnerabilidade: percursos do corpo lésbico na cena brasileira face à possibilidade de infecção por DST e Aids*. 2005. 307f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

ARAUJO, L. M. *A Enfermeira como agente estratégico para a implantação das propostas de contracepção do CPAIMC: 1975-1978*. 2000. 121 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

- ARAUJO, L. M.; PENNA, L. H. G. A relação entre sexo, identidades sexual e de gênero no campo da saúde da mulher. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 134-138, jan./fev. 2014.
- ARAUJO, L. M.; PROGIANTI, J. M.; VARGENS, O. M. C. A consulta de enfermagem ginecológica e a redução da violência de gênero. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 328-331, 2004.
- ÁVILA, M. B. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 2, p. S465-S469, 2003.
- AYRES, J. R. C. M. et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 375-414.
- BARBOSA, R. H. S. A teoria da práxis: retomando o referencial marxista para o enfrentamento do capitalismo no campo da saúde. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 9-26, mar./jun. 2010.
- BARBOSA, R. H. S.; GIFFIN, K. Gênero, saúde reprodutiva e vida cotidiana em uma experiência de pesquisa-ação com jovens da Maré, Rio de Janeiro. *Interface comun. saúde educ.*, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 549-567, set./dez. 2007.
- BARBOSA, R. M.; FACCHINI, R. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, supl. 2, p. S291-S300, 2009.
- BARBOSA, R. M.; KOYAMA, M. A. H. Mulheres que fazem sexo com mulheres: algumas estimativas para o Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 109-118, 2006.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Brasil: Editora Edições 70, 2011.
- BARSTED, L. A. L. Sexualidade e reprodução: estado e sociedade. In: BILAC, E. D.; ROCHA, M. I. B. (Org.). *Saúde reprodutiva na América Latina e no Caribe: temas e problemas*. Campinas: PROLAP, ABEP, NEPO/UNICAMP; São Paulo: Ed. 34, 1998. p. 147-181.
- BOURDIEU, P. *A distinção: crítica social do julgamento*. 2. ed. Porto Alegre: Zouk, 2011.
- _____. *A dominação masculina*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.
- _____. Novas reflexões sobre a dominação masculina. In: LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E.; WALDOW, V. R. (Org.). *Gênero & saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 28-40.
- _____. *O poder simbólico*. 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998.

BOURDIEU, P. *Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico*. São Paulo: UNESP, 2004.

BOURDIEU, P.; PASSERON, J. C. *A reprodução: elementos para uma teoria do sistema de ensino*. 3. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1992.

BRASIL. Constituição (1988). Título VIII – Da Ordem Social, Seção II – Da Saúde – art. 196-200 da Constituição Federal. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Poder Legislativo, Brasília, DF, 05 out 1988. Seção 1, p. 1.

_____. *Lei nº 8080*, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 10 jul. 2013.

_____. Ministério da Educação. SPM/PR, SEPPIR/PR, SECAD/MEC, SEED/MEC, British Council, CLAM/IMS/UERJ. *Gênero e diversidade na escola: Formação de Professoras/es em Gênero, Sexualidade, Orientação Sexual e Relações Étnico-Raciais*. Livro de Conteúdo, Brasília, DF, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. *Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática*. Brasília, DF, 1984.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília, DF, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. *Documento preliminar*. Brasília, DF, jun. 2008a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 426/GM, de 22 de março de 2005. Institui, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 22 mar. 2005. Seção I, p. 22.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 648*, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Cria a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF, 2006a. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_648.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 675/GM, de 30 de março de 2006. Aprova Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, que consolida os direitos e deveres do exercício da cidadania na saúde em todo o país. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 31 mar. 2006b. Seção I, p.131.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.227/GM, de 14 de outubro de 2004. Dispõe sobre a Criação do Comitê Técnico para a formulação de proposta da política nacional de saúde da população de gays, lésbicas, transgêneros e bissexuais – GLTB. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 14 out. 2004a. Seção II, p. 24.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.836/GM, de 1º de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 02 dez 2011. Seção I, p. 35-36.

_____. Ministério da Saúde. *Relatório Final* da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, DF, 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 08 mar. 2012.

_____. Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher*. Brasília, DF, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher*. princípios e diretrizes. Brasília, DF, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres de colo de uterino e de mama. *Cadernos da Atenção Básica*, nº 13. Brasília, DF, 2006c. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abca13.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres de colo de uterino e de mama. *Cadernos da Atenção Básica*, nº 13. 2. ed. Brasília, DF, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Painel de indicadores do Sistema Único de Saúde nº 1*. 2006d. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/painel_de_indicadores_do_sus_1.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Painel de indicadores do Sistema Único de Saúde nº 2*. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/painel_de_indicadores_do_sus_2.pdf> Acesso em: 10 jul. 2013b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Painel de indicadores do Sistema Único de Saúde nº 3*. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/painel_de_indicadores_do_sus_3.pdf> Acesso em: 10 jul. 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Painel de indicadores do Sistema Único de Saúde nº 5*. Brasília, DF, 2008b.

Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/painel_de_indicadores_do_sus_5.pdf>

Acesso em: 10 jul. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Painel de indicadores do Sistema Único de Saúde nº 7*. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/painel_de_indicadores_do_sus_7.pdf>

Acesso em: 10 jul. 2013d.

_____. Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República.

Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília, DF: Presidência da República, 2009b.

BUTLER, J. *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Tradução de Renato Aguiar. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CAMPOS, G. W. S. et al. Reflexões sobre a Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (Org.). *Manual de Práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada*. 2. ed. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2010. p. 132-153.

CANELLA, P.; MALDONADO, M. T. *Recursos de relacionamento para profissionais de saúde*. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2003.

CARRARA, S. A “realidade” e o “sexo”. Debate sobre o artigo de Maria Andréa Loyola. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 886-888, 2003.

CASTAÑEDA, M. *A experiência homossexual: explicações e conselhos para os homossexuais, suas famílias e seus terapeutas*. São Paulo: A Girafa Editora, 2007.

_____. *O machismo invisível*. Tradução de Lara Christina de Malimpensa. São Paulo: A Girafa Editora, 2006.

CLARKE, A. E. et al. Biomedicalization: technoscientific transformations of Health, illness, and U. S. biomedicine. *Am. Sociol. Rev.*, New York, v. 68, p. 161-194, 2003.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). *Resolução nº 2013*. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 09 maio 2013. Seção I, p. 119.

CONSELHO NACIONAL DE COMBATE À DISCRIMINAÇÃO (Brasil). *Brasil sem Homofobia: Programa de combate à violência e à discriminação contra GLBT e de promoção da cidadania homossexual*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Comissão Nacional de Ética em Pesquisa/CONEP. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Resolução nº 466/12*. Rio de Janeiro: MS/FIOCRUZ, 2013.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Comissão Nacional de Ética em Pesquisa/CONEP. *Resolução nº 196/96*. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Rio de Janeiro: MS/FIOCRUZ, 1998. 44p.

CORRÊA, M. E. C. *Duas mães? Mulheres lésbicas e maternidade*. 2012. 218f. Tese (Doutorado em Saúde Materno Infantil) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-29042012-124625/>>. Acesso em: 26 nov. 2012.

CORRÊA, M.; GUILAM, M. C. O discurso do risco e o aconselhamento genético pré-natal. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 2145-2149, out. 2006.
CORRÊA, S. Cruzando a Linha Vermelha: questões não resolvidas no debate sobre direitos sexuais. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, n. 26, p.101-121, 2006.

COSTA, A. M. *Desenvolvimento e implementação do PAISM no Brasil*. Brasília, DF: NESP/ CEAM/ UnB, 1999. Mimeo.

COSTA, J. F. *Ordem médica e norma familiar*. 5. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2004.
CRAWFORD, P. Conhecimento sexual na Inglaterra, 1500 – 1750. In: PORTER, R.; TEICH, M. (Org.). *Conhecimento sexual, ciência sexual: a história das atitudes em relação à sexualidade*. São Paulo: UNESP, 1998. p. 105-132.

DANIEL, H. A síndrome do preconceito. In: DANIEL, H.; MICCOLIS, L. *Jacarés e lobisomens: dois ensaios sobre a homossexualidade*. Rio de Janeiro: Achaia/ Socii, 1983. p. 121-133.

DANIEL, H. *Vida antes da morte*. 2ª edição. Rio de Janeiro: Abia, 1994.

DESCHAMPS, J.; MOLINER, P. *A identidade em psicologia social: dos processos identitários às representações sociais*. Tradução de Lucia M. Endlich Orth. Petrópolis: Vozes, 2009.

DOISE, W. Da psicologia social à psicologia societal. *Psicol. Teor. Pesqui.*, Brasília, DF, v. 18, n. 1, p. 27-35, jan./abr. 2002.

EGYPTO, A. C. A medicina e as demandas sociais. Debate sobre o artigo de Maria Andréa Loyola. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 893-894, 2003.

FACCHINI, R. Movimento homossexual e construção de identidades coletivas em tempos de Aids. In: UZIEL, A. P.; RIOS, L. F.; PARKER, R. G. (Org.). *Construções da sexualidade: gênero, identidade e comportamento em tempos de aids*. Rio de Janeiro: Pallas, 2004a. p. 151-168.

_____. Mulheres, diversidade sexual, saúde e visibilidade social. In: RIOS, L. F. et al. (Org.). *Homossexualidade: produção cultural, cidadania e saúde*. Rio de Janeiro: ABIA, 2004b. p. 34-43.

_____. *Sopa de Letrinhas? Movimento Homossexual e produção de identidades coletivas nos anos 90*. Rio de Janeiro: Garamond Universitária, 2005.

FACCHINI, R.; BARBOSA, R. M. *Dossiê saúde das mulheres lésbicas: promoção da equidade e da integralidade*. Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Belo Horizonte: Rede Feminista de Saúde, 2006.

FAIRCLOUGH, N. *Discurso e mudança social*. Brasília, DF: Universidade de Brasília, 2001. 316p.

FERREIRA, V. A.; ACIOLI, S. Prática de cuidado desenvolvida por enfermeiros na atenção primária em saúde: uma abordagem hermenêutico-dialética. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 530-535, out./dez. 2010.

FLAMENT, C. Estrutura e dinâmica das representações sociais. In: JODELET, D. (Ed.). *As representações sociais*. Rio de Janeiro: UERJ, 2001. p. 173-186.

_____. Pratiques et representations sociales. In: BEAVOIS, J. L. et al. (Ed.). *Perspectives cognitives et conduites sociales*, I. Théories implicites et conflits cognitifs, Cousset: DelVal, 1987. p. 143-150 apud ABRIC, J. C. *Practicas sociales, representaciones sociales*. In: _____. (Org.). *Practicas sociales y representaciones*. Mexico: Ediciones Coyoacan, 2001. p. 195-227.

FOLHA DE SÃO PAULO. *Transmissão de HIV entre lésbicas é reportada pela primeira vez nos EUA*. São Paulo, 15 abr. 2014. Equilíbrio e saúde. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2014/03/1425977-transmissao-de-hiv-entre-lesbicas-e-reportada-pela-primeira-vez-nos-eua.shtml>>. Acesso em: 14 abr. 2015.

FONSECA, C. Homoparentalidade: novas luzes sobre o parentesco. *Est. Femin.*, Florianópolis, v. 16, n. 3, set./dez. 2008.

FONSECA, T. M. G. De mulher a enfermeira: conjugando trabalho e gênero. In: LOPES, M. J.; MEYER, D. E.; WALDOW, V. R. (Org.). *Gênero e saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 63-75.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública*, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008.

FOUCAULT, M. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. São Paulo: Graal, 2005.

FRANÇA, I. S. X.; BAPTISTA, R. S. A construção cultural da sexualidade brasileira: implicações para enfermagem. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, DF, v. 60, n. 2, p. 202-206, mar./abr. 2007.

FRY, P.; MACRAE, E. *O que é homossexualidade?* São Paulo: Brasiliense, 1987.

GERK, M. A. S. Consulta de enfermagem à mulher. In: FERNANDES, R. A. Q.; NARCHI, N. Z. (Org.). *Enfermagem e saúde da mulher*. Barueri: Manole, 2007. p. 92-115.

GIDDENS, A. A. *Transformação da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas*. 2. ed. São Paulo: UNESP, 1993.

GIFFIN, K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, supl. 1, p.146-155, 1994. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1994000500010&script=sci_arttext>. Acesso em: 02 set. 2013.

GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GRANADO, L. Mitos sobre a relação entre mulheres e a transmissão de DST/HIV. *Ousar viver*, v. 4, n. 6, 1998.

HEILBORN, M. L. Ser ou estar homossexual: dilemas de construção de identidade social. In: PARKER, R.; BARBOSA, R. *Sexualidades brasileiras*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1996, p. 137-141.

IBGE. *Censo 2010*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/censo2010/>>. Acesso em: 11 jul. 2013.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). *Atlas da mortalidade*. Brasília, DF, 2012.

_____. *Estimativas / 2012*. Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2011. 118p.

JODELET, D. Os processos psicossociais da exclusão. In: SAWAIA, B. B. et al. (Org.). *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. 13 ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2013. p 55-67.

_____. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. (Org.). *As representações sociais*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. p. 17-44.

_____. Représentation sociale: phénomènes, concept et théorie. In: MOSCOVICI, S. (Org.). *Psychologie sociale*. Paris: PUF, 1984. p. 357-378.

_____. Représentations sociales: un domaine en expansion. In: JODELET, D. (Ed). *Les représentations sociales*. Paris: Presses Universitaires de France, 1989. p. 17-44.

JODELET, D.; MOSCOVICI, S. Les représentations sociales dans Le champ social. *Rev. Int. Psychol. Soc.*, v. 3, p. 285-288, 1990.

KING, H. Preparando o terreno: sexologia grega e romana. In: PORTER, R. TEICH, M. (Org.). *Conhecimento sexual, ciência sexual: a história das atitudes em relação à sexualidade*. São Paulo: UNESP, 1998. p. 45-64.

KNAUTH, D. R. Sexualidade e medicina. Debate sobre o artigo de Maria Andréa Loyola. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 895-897, jul./ago. 2003.

KNAUTH, D. R.; MEINERZ, N. E. *As faces da homofobia no campo da saúde*. 2010. Disponível em: <<http://www.lbsaudelesbica.blogspot.com/>>. Acesso em: 17 jul. 2014.

KRAFFT-EBING, R. *Psychopathia sexualis*. Nova York: Physicians and Surgeons Book Company, 1931.

LAGE, M. C. Utilização do software NVivo em pesquisa qualitativa: uma experiência em EaD. *ETD – Educ. Tem. Dig.*, Campinas, v. 12, n. esp., p. 198-226, mar. 2011.

LAQUEUR, T. *Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001. 313 p.

LEOPARDI, M. T. *Metodologia da pesquisa na saúde*. 2. ed. Florianópolis: UFSC, 2002. 290p.

LIONÇO, T. Que direitos à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 11-21, 2008.

LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E.; WALDOW, V. R. (Org.). *Gênero e saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

LOURO, G. L. Pedagogias da sexualidade. In: LOURO, G. L. (Org.). *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. Tradução de Tomaz Tadeu da Silva. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2000. p. 7-34.

_____. Sexualidades contemporâneas: políticas de identidade e de pós-identidade. In: UZIEL, A. P.; RIOS, L. F.; PARKER, R. G. (Org.) *Construções da sexualidade: gênero, identidade e comportamento em tempos de aids*. Rio de Janeiro: Pallas, 2004. p. 203-212.

_____. Teoria Queer: uma política pós-identitária para a educação. *Estud. Fem.*, Florianópolis, ano 9, p. 541-553, 2001.

LOYOLA, M. A. Sexualidade e medicina: a revolução do século XX. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 875-899, jul./ago. 2003.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. *A pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: Pedagógica e Universitária, 1986.

MANDÚ, E. N. T. Intersubjetividade na qualificação do cuidado em saúde. *Rev. Latino-am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p. 665-675, jul./ago. 2004.

MARQUES, A. M.; OLIVEIRA, J. M.; NOGUEIRA, C. A população lésbica em estudos de saúde: contributos para uma reflexão crítica. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 2037-2047, 2013.

MCCALLUM, C. Explaining caesarean section in Salvador da Bahia, Brazil. *Sociol. Health Illn.*, Henley on Thames, v. 27, n. 2, p. 215-242, Mar. 2005.

McNAIR, R. P. *Lesbian health inequalities: a cultural minority issue for health professionals*. 2003. Disponível em: <http://www.mja.com.au/public/issues/178_12_160603/mcn10852_fm.html>. Acesso em: 10 jul. 2012.

MEINERZ, N. Método cem por cento garantido: práticas de sexo seguro em relações homoeróticas entre mulheres de segmentos médios em Porto Alegre. *Boletim Eletrônico Cidadania Sexual, America Latina*, v. 16, p. 1-7, 2005.

MÉLLO, R. P. Corpos, heteronormatividade e performances híbridas. *Psicol. Soc.*, Porto Alegre, v. 24, n. 1, p. 197-207, 2012.

MELLUCI, A. *Ilgiocco dell io*. Milão: Saggi/ Feltrinelli, 1992.

_____. *Ilgiocco dell io*. Milão: Saggi/ Feltrinelli, 1992 apud SAWAIA, B. B. Identidade: uma ideologia separatista? In: SAWAIA, B. B. et al. (Org.). *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. 13. ed. Petrópolis: Vozes, 2013. p 121-129.

MELO, A. P. L. *Mulher mulher e outras mulheres: gênero e homossexualidade(s) no Programa de Saúde da Família*. 2010. 136f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2010.

MEYER, D. E. E.; KLEIN, C.; ANDRADE, S. S. Sexualidade, prazeres e vulnerabilidade: implicações educativas. *Educ. Rev.*, Belo Horizonte, n. 46, p. 219-239, dez. 2007.

MINAYO, M. C. S. *Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 5. ed. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 2004a.

_____. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2004b.

MISKOLCI, R. Dossiê: a Teoria Queer e a sociologia - o desafio de uma analítica da normalização. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 11, n. 21, p. 150-182, jan./jun. 2009.

MORA, C. *Vulnerabilidade ao HIV-AIDS: sociabilidade e trajetórias de vulnerabilidade entre mulheres com práticas homoeróticas no Rio de Janeiro*. 2009. 153f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

MOSCOVICI, S. The myth of the lonely paradigm: a rejoinder. *Social Res.*, v. 51, n. 4, p. 939-967, 1984.

_____. The phenomenon of social representations. In: FARR, R. M.; MOSCOVICI, S. (Ed.). *Social representations*. Cambridge: Cambridge University Press, 1984. p. 3-69.

_____. *A Psicanálise, sua imagem e seu público*. Petrópolis: Vozes, 2012a.

MOSCOVICI, S. *La psychanalyse, son image et son public*. Paris: Presses Universitaires de France, 1976.

_____. *La psychanalyse, son image et son public*. Paris: Presses Universitaires de France, 1976 apud SÁ, C. P. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, M. J. (Org.). *O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social*. São Paulo: Brasiliense, 1993. p. 19-45.

_____. *A representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 2012b.

_____. *Representações sociais: investigações em psicologia social*. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2012c. 404p.

_____. The myth of the lonely paradigm: a rejoinder. *Social Res.*, v. 51, n. 4, p. 939-967, 1984 apud SÁ, C. P. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, M. J. (Org.). *O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social*. São Paulo: Brasiliense, 1993. p. 19-45.

MOTT, L. *O lesbianismo no Brasil*. Porto Alegre: Mercado Aberto, 1987.

MUNIZ, J. O. *Mulher com mulher dá jacaré: uma abordagem antropológica da homossexualidade feminina*. 1992. 183 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1992.

NUTTIN, J. Changement d' attitude et rôle playing. In: MOSCOVICI, S. (Ed.) *Introduction à la psychologie sociale*. Paris: Larousse, 1972. p. 13-58.

OLIVEIRA, D. C. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 569-576, out./dez. 2008.

_____. *A enfermagem e as necessidades humanas básicas: o saber/fazer a partir das representações sociais*. 2001. 225f. Tese (Professor Titular) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2001.

_____. Pontuando idéias sobre o desenvolvimento metodológico dos estudos de representações sociais nas pesquisas brasileiras. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, DF, v. 58, n. 1, p. 86-90, 2005.

_____. *A promoção da saúde da criança: análise das práticas cotidianas através do estudo de representações sociais*. 1996. 315f. Tese (Doutorado Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

_____. A Teoria das Representações Sociais como grade de leitura da saúde e da doença: a constituição de um campo interdisciplinar. In: ALMEIDA, A. M. O.; SANTOS, M. F. S.; TRINDADE, Z. A. (Org.). *Teoria das representações sociais: 50 anos*. Brasília, DF: Technopolitik, 2011. p. 585-623.

OLIVEIRA, D. C. et al. Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: PAREDES, A. S. *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais*. João Pessoa: UFPB, 2005. p. 573-603.

_____. O Sistema Único de Saúde na Cartografia Mental de Profissionais de Saúde. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 377-386, jul./set. 2007.

OSTERMANN, A. C.; JAEGER, A. Gênero e Sexualidade no Consultório Ginecológico: pressupostos identitários jamais questionados. In: OSTERMANN, A. C.; MENEGHEL, S. N. (Org.). *Humanização, gênero, poder: contribuições dos estudos de fala-em-interação para a atenção à saúde*. Campinas: Mercado de Letras; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 119-132.

OSTERMANN, A. C.; ROSA, D. R. Do que não se fala: assuntos tabus e momentos delicados em consultas ginecológicas e obstétricas. In: OSTERMANN, A. C.; MENEGHEL, S. N. (Org.). *Humanização, gênero, poder: contribuições dos estudos de fala-em-interação para a atenção à saúde*. Campinas: Mercado de Letras; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 47-64.

OSTERMANN, A. C.; RUY, R. As relações de poder nas consultas ginecológicas e obstétricas. In: OSTERMANN, A. C.; MENEGHEL, S. N. (Org.). *Humanização, gênero, poder: contribuições dos estudos de fala-em-interação para a atenção à saúde*. Campinas: Mercado de Letras; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 65-81.

PARKER, R. Interseções entre estigma, preconceito e discriminação na saúde pública mundial. In: MONTEIRO, S.; VILLELA, W. (Org.). *Estigma e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p. 25-46.

PHELAN, J.; LINK, B.; DOVIDIO, J. Estigma e preconceito: um animal ou dois? In: MONTEIRO, S.; VILLELA, W. (Org.). *Estigma e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p. 183-203.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado em saúde*. 4. ed. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/ Uerj/Abrasco, 2005.

PINTO, V. M. et al. Sexually transmitted disease/HIV risk behaviour among women who have sex with women. *AIDS*, v. 19, Suppl. 4, p. S64-S69, 2005.

PITANGUY, J. A produção social do masculino e do feminino. *J. bras. psiquiatr.*, Rio de Janeiro, v. 31, p. 5-6, 1982.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE (PA). Secretaria Municipal de Saúde. *Diretrizes para a assistência à saúde de lésbicas, mulheres bissexuais e que fazem sexo com outras mulheres*. Porto Alegre, 2011.

PRINCÍPIOS DE YOGYAKARTA. *Princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero*, 2006. Disponível em: <http://www.clam.org.br/pdf/principios_de_yogyakarta.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2013.

PROGIANTI, J. M.; VARGENS, O. M. C. O processo de desmedicalização da assistência à mulher no ensino de enfermagem. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 38, n. 1, mar. 2004.

REDE FEMINISTA DE SAÚDE. *Saúde das mulheres lésbicas: promoção da equidade e da integralidade*. Belo Horizonte, 2006.

REINOSO, B. G. *Historia y análisis político del lesbianismo: la liberación de una generación*. Barcelona: Editorial Gedisa, 2005. (Colección Libertad y Cambio)

RIO DE JANEIRO (Estado). *Decreto Estadual nº 40.822*, de 26 de junho de 2007. Dispõe sobre a implantação do Programa Estadual Rio Sem Homofobia. Rio de Janeiro, 2007.

RIO DE JANEIRO (RJ). Secretaria Municipal da Casa Civil. *Cartilha das organizações sociais cariocas: um brinde aos dois anos de vigência da Lei Municipal nº 5.026, de 19 de maio de 2009*. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/2116763/243778/pef0.0.6.0.1.1.crtcartilhasite.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

RIOS, R. R. *Direitos sexuais de gays, lésbicas e transgêneros no contexto latino-americano*. 2007a. Disponível em: <<http://www.clam.org.br/pdf/rogerport.pdf>>. Acesso em: 04 abr. 2013.

_____. Notas para o desenvolvimento de um direito democrático da sexualidade. In: RIOS, R. R. (Org.). *Em defesa dos direitos sexuais*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007b. p.13-38.

ROHDEN, F. *A arte de enganar a natureza: contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

_____. *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

ROUQUETTE, M. L. Representações e práticas sociais: alguns elementos teóricos. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Org.). *Estudos interdisciplinares de representação social*. Goiânia: AB Editora, 2000. p. 39-46.

SÁ, C. P. *A construção do objeto de pesquisa em representações sociais*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

_____. *Núcleo central das representações sociais*. Petrópolis: Vozes, 2002.

_____. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, M. J. (Org.). *O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social*. São Paulo: Brasiliense, 1993. p. 19-45.

_____. A teoria do núcleo central das representações sociais. In: SÁ, C. P. *Núcleo central das representações sociais*. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 51-98.

- SANABRIA, E. From sub - to super - citizenship: sex hormones and the body politic in Brazil. *Ethnos J. Anthr.*, v. 75, n. 4, p. 377-401, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S1413-8123201400060185900000&lng=en>. Acesso em: 20 ago. 2012.
- SÁNCHEZ, A. I. M.; BERTOLOZZI, M. R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em saúde coletiva? *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 319-324, 2007.
- SANTOS, A. C. Entre natureza e (re)construção: da sexualidade reprodutiva às sexualidades emancipatórias. Debate sobre o artigo de Maria Andréa Loyola: *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 885-886, 2003.
- SAWAIA, B. B. Identidade: uma ideologia separatista? In: SAWAIA, B. B. et al. (Org.). *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. 13. ed. Petrópolis: Vozes, 2013. p 121-129.
- SEN, G.; GROWN, C. *Desenvolvimento, crise e visões alternativas: perspectivas das mulheres do terceiro mundo*. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1988.
- SILVA, R. C.; FERREIRA, M. A. Construindo o roteiro de entrevista na pesquisa em representações sociais: como, por que, para que. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 607-611, jul./set. 2012.
- SPINK, M. J. (Org.). *O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social*. São Paulo: Brasiliense, 1993.
- TEIXEIRA, F. S. et al. Homofobia e sexualidade em adolescentes: trajetórias sexuais, riscos e vulnerabilidades. *Psicol. Ciênc. Prof.*, Brasília, DF, v. 32, n. 1, p. 16-33, 2012.
- VALA, J. Representações sociais e psicologia social do conhecimento cotidiano. In: VALA, J.; MONTEIRO, M. B. (Org.). *Psicologia social*. Lisboa: Calouste Gulbenkian, 2000. p. 457-502.
- VALADÃO, R. C.; GOMES, R. A homossexualidade feminina no campo da saúde: da invisibilidade à violência. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1451-1467, 2011.
- VANCE, C. A Antropologia redescobre a sexualidade: um comentário teórico. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 1995. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000146&pid=S0103-7331200900020000400012&lng=en>. Acesso em: 10 jul. 2013.
- VARGENS, O. M. C.; PROGIANTI, J. M.; ARAUJO, L. M. Humanização como princípio norteador do cuidado à mulher. In: FERNANDES, R. A. Q.; NARCHI, N. Z. (Org.). *Enfermagem e saúde da mulher*. São Paulo: Manole, 2007. p. 277-287.
- VERGÈS, P. Os questionários para análise das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P. et al. (Ed.). *Perspectivas teórico metodológicas em representações sociais*. João Pessoa: UFPB, 2005. p. 201-228.

VIEIRA, E. M. *A medicalização do corpo feminino*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

WEEKS, J. O corpo e a sexualidade. In: LOURO, G. L. (Org.). *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. Tradução de Tomaz Tadeu da Silva. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2000. p. 35-82.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(aos participantes das técnicas de evocação livre e entrevista)

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “Representações sociais de enfermeiras e médicos da área de saúde sexual e reprodutiva acerca das mulheres lésbicas”. Você foi selecionado(a) porque é enfermeiro(a) ou médico(a), atua na área de saúde sexual e reprodutiva e sua atuação nesta área é igual ou anterior a 2011. Os objetivos desta pesquisa são: descrever o conteúdo e a estrutura das representações sociais de enfermeiras e médicos, da área de saúde sexual e reprodutiva, acerca das mulheres lésbicas; identificar as especificidades de saúde sexual e reprodutiva reconhecidas, pelos profissionais, entre as mulheres lésbicas; descrever as dificuldades encontradas, por enfermeiras e médicos, no cotidiano das práticas de atenção à saúde sexual e reprodutiva das lésbicas; discutir a influência das representações sociais de enfermeiras e médicos sobre suas práticas de atenção à saúde sexual e reprodutiva de lésbicas.

Esta pesquisa, com término previsto para dezembro de 2015 resultará em uma tese de doutorado, que dará à pesquisadora o título de Doutora em Enfermagem, pelo Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

A sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de alguns dados de identificação, um teste de palavras e um roteiro de entrevista contendo perguntas sobre a mulher lésbica e sua experiência prática na atenção à saúde destas mulheres. A entrevista será gravada em um gravador para posterior transcrição, e será guardada por um período de cinco (5) anos, sendo incinerada após.

Suas respostas e seu depoimento serão tratados de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome ou qualquer outra informação que possa favorecer sua identificação, em qualquer fase do estudo. Sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído por código, quando houver necessidade de exemplificar qualquer situação. Os

dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados através de eventos, publicações científicas ou ainda, em forma de livro.

A sua participação é inteiramente voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a Universidade.

Você não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. Não haverá riscos, de qualquer natureza, relacionados à sua participação. O benefício relacionado à sua participação será o de contribuir com o conhecimento científico no campo da saúde da mulher, acerca das singularidades na atenção à saúde de mulheres lésbicas, o que poderá beneficiar estudantes de enfermagem, medicina e outros profissionais que atuam nesta área.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e email da pesquisadora e da orientadora, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Cabe ressaltar que é necessária sua assinatura ou rubrica em todas as folhas que compõem este Termo de Consentimento.

Caso surja alguma dúvida quanto à ética do estudo, o(a) Sr(a) deverá se reportar ao Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos, subordinado ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, órgão do Ministério da Saúde, através de solicitação ao representante de pesquisa, que estará sob contato permanente, ou contactando o Comitê de Ética em Pesquisa situado à Rua São Francisco Xavier, nº 524, Bl. E, 3º andar, sala 3018 - Maracanã, RJ. CEP-20.559-900; Telefone: (21) 2334-2180; E-mail: etica@uerj.br

Ms. Luciane Marques de Araujo
Pesquisadora
Tel: (21)2568-8235; (21)99951-5297
lmdearaujo@gmail.com

Dra. Lucia Helena Garcia Penna
Orientadora
Tel: (21)2868-8235
luciapenna@terra.com.br

Diante do exposto nos parágrafos anteriores eu, firmado abaixo, atuante na Unidade _____ concordo em participar do estudo intitulado

“Representações de enfermeiras e médicos da área de saúde sexual e reprodutiva acerca das mulheres lésbicas”.

Eu fui completamente orientado(a) pela Enf^a. Luciane Marques de Araujo, acerca da natureza e propósito do estudo. Eu pude questioná-la sobre todos os aspectos do estudo. Além disto, ela me deu plena liberdade para decidir acerca da minha espontânea participação nesta pesquisa.

Depois de tal consideração, concordo em cooperar com este estudo e estou ciente que sou livre para sair do estudo a qualquer momento, se assim desejar, sem sofrer qualquer tipo de punição ou constrangimento.

Minha identidade jamais será publicada. Os dados colhidos poderão ser examinados por pessoas envolvidas no estudo com autorização delegada da pesquisadora.

Estou recebendo uma cópia assinada deste termo.

Participante da pesquisa: _____

RG nº _____

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 20__

APÊNDICE B – Roteiro para aplicação da Técnica de Evocação Livre aos Profissionais de Saúde

Questionário de Evocação Livre
(a ser aplicado antes da entrevista)

Ano em que iniciou sua atuação no campo da saúde sexual e reprodutiva: _____
(critério de inclusão na amostra = início de atuação igual ou anterior a 2011)

Participante: Nome _____ Código _____

() Enfermeira Sexo: () feminino () masculino

() Médico Sexo: () feminino () masculino

Área programática do município do RJ:

- () AP 1.0
- () AP 2.1
- () AP 2.2
- () AP 3.1
- () AP 3.2
- () AP 3.3
- () AP 4.0
- () AP 5.1
- () AP 5.2
- () AP 5.3

Nº de ordem da Evocação: _____

Os participantes deverão ser orientados a fornecer as primeiras palavras ou expressões que lhes ocorrerem em associação a uma palavra ou expressão indutora. O registro das respostas deverá ser feito pelo entrevistador.

- Diga, na ordem em que se lembrar, cinco palavras ou expressões que lhe vem logo à lembrança quando você pensa em: “mulher lésbica”

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Data de aplicação: __/__/__

APÊNDICE C – Roteiro Temático de Entrevista com os Profissionais de Saúde**Roteiro de Entrevista****1ª parte:** Pergunta Inicial

Fale-me a respeito da sua lembrança mais marcante que envolve uma mulher lésbica. Fale-me sobre esta experiência.

(explorar e aprofundar se essa lembrança se refere a uma implicação profissional ou anterior e as circunstâncias do envolvimento com a questão)

1. Para você, o que é ser lésbica?
2. Em sua opinião, qual a origem da homossexualidade feminina?
3. Quais imagens você associa à mulher lésbica?
Fale acerca destas imagens e das razões que acredita que as motivou?
4. Quais são seus sentimentos em relação a estas mulheres?
5. Em suas redes sociais, familiar e de amizades, você mantém contato com alguma mulher lésbica? Fale sobre esta experiência:
6. Considerando seus valores, como descreve a sua relação com estas mulheres? E em relação a seus colegas de trabalho: Como percebe esta relação?
7. Em sua opinião, qual é a visão de seus colegas de trabalho, enfermeiras e médicos, acerca de uma mulher lésbica?

2ª parte: Questões que serão apresentadas, no caso de não serem espontaneamente abordadas por ocasião da pergunta inicial. Os conteúdos das questões referem-se às experiências cotidianas das práticas de atenção à saúde de mulheres lésbicas, apontando para as informações, imagens, crenças e opiniões de que dispõem; as dificuldades encontradas; as especificidades de saúde sexual e reprodutiva, reconhecidas por estes profissionais; e as estratégias utilizadas para dar conta destas últimas.

Questões:

Quais são as suas lembranças acerca dos atendimentos às mulheres lésbicas?

a) **Caso afirmativo**, fale sobre esta experiência:

1. São as próprias mulheres que revelam sua identidade sexual, ou é você que pergunta?
2. O que vem à sua mente quando a mulher diz ser lésbica?
3. Quais traços você percebe em uma mulher e que acredita que possam lhe indicar que elas sejam ou não lésbicas? Fale sobre isto:
4. Você costuma abordar a questão da orientação sexual e das práticas sexuais? Como faz? O que sente ao fazê-lo?
5. Quanto aos seus colegas de trabalho, como percebe a experiência deles com estas mulheres?
6. Algum colega de trabalho já compartilhou com você uma experiência de atendimento à mulheres lésbicas? Fale um pouco sobre isto:
7. Alguma coisa lhe chama atenção nas demandas de saúde trazidas por estas mulheres? Fale sobre isto:
8. Você identifica alguma especificidade/ singularidade de saúde neste grupo de mulheres? Caso positivo: Qual? Ao que atribui?
9. Você faz algo de diferente para ajustar o seu cuidado às necessidades de saúde desta mulher? Fale sobre isto:
10. Da época em que iniciou sua atuação profissional até os dias atuais, você identifica alguma mudança no seu estilo de abordar e cuidar destas mulheres? Caso positivo: Quais são as mudanças e ao que atribui?
11. Como você percebe a relação de seus colegas de trabalho com estas mulheres? Existem dificuldades, já referidas por eles, no atendimento destas mulheres?
12. Como é para você atuar com mulheres lésbicas? O que sente? Quanto a seus colegas, o que pensa?
13. O que acredita que deva melhorar na atenção à saúde destas mulheres? E na formação dos profissionais?

b) **Caso negativo**: O que lhe faz acreditar nunca ter atendido uma mulher lésbica?

1. São as próprias mulheres que revelam sua identidade sexual, ou é você que pergunta?

2. Quais traços você percebe em uma mulher e que acredita que possam lhe indicar que elas sejam ou não lésbicas? Fale sobre isto:
3. Você costuma abordar a questão da orientação sexual e das práticas sexuais? Como faz? O que sente ao fazê-lo?
4. Algum colega de trabalho já compartilhou com você uma experiência de atendimento à mulheres lésbicas? Caso positivo: Como você percebe esta experiência dele? Fale um pouco sobre isto:
5. Você acredita que haja alguma especificidade/ singularidade de saúde neste grupo de mulheres? Caso positivo: Qual e ao que atribui?
Neste caso, o que faria de diferente para ajustar o seu cuidado a essas necessidades de saúde desta mulher? Fale sobre isto:
6. Da época em que iniciou sua atuação profissional até os dias atuais, você identifica alguma mudança no seu estilo de abordar e cuidar das mulheres? Caso positivo: Quais são as mudanças e ao que atribui?
7. O que acredita que deva melhorar na atenção à saúde destas mulheres? E na formação dos profissionais?

APÊNDICE D – Ficha de Participante – Profissionais de Saúde**Questionário de Caracterização dos
Participantes**
(a ser aplicado após a entrevista)

Participante (código): _____

Telefone e E-mail para contato: _____

Nº de ordem da Entrevista: _____

Instituição:

1- Nome da Unidade de Saúde onde atua: _____

2- Tempo de atuação nesta unidade de saúde: () anos () meses

3- Vínculo profissional:

() estatutário () celetista () outro vínculo, especificar: _____

Dados Pessoais:

4- Idade: _____

5- Autodeclaração em relação à raça/ cor: _____

6- Religião:

() católica

() espírita

() evangélica

() sem religião

() outras, especificar: _____

7- Em relação à religião, é praticante: () sim () não

8- Autodeclaração em relação à orientação sexual:

() heterossexual

() homossexual

() bissexual

() outra, especificar: _____

Formação e Atuação Profissional:

9- Ano de graduação: _____

10-Possui curso de especialização:

() sim () não () em curso Qual: _____

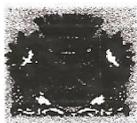
11-Tempo de atuação no campo da saúde sexual e reprodutiva:

Ano de início _____ (critério de inclusão: início em 2011 ou anterior)

Observações do Participante após o término da coleta de dados:

Observações do Entrevistador após o término da coleta de dados:

ANEXO A – Termo de Autorização da Unidade/ SMS-RJ



PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Afonso Cavalcanti, 455 – sala 710 - Cidade Nova
Rio de Janeiro – RJ – CEP: 20.211-901
Tel: (21) 3971-1463

Comitê de Ética em Pesquisa/SMS-RJ

Termo de Autorização da Unidade

Autorizo o pesquisador Luciane Marques de Araujo, responsável pelo projeto de pesquisa intitulado “Representações Sociais de Enfermeiras e Médicos da Área de Saúde Sexual e Reprodutiva Acerca das Mulheres Lésbicas”, e sua equipe a utilizarem os Centros Municipais de Saúde como campo de coleta de dados diretos e/ou indiretos. O referido projeto somente poderá ser iniciado nestas Unidades de Saúde mediante sua aprovação documental por este CEP/SMS-RJ.

Rio de Janeiro, 14/11/13.

Luciane Marques de Araujo

Assinatura do Pesquisador Responsável

José Carlos Prado Junior

Assinatura e Carimbo do Diretor Geral

ANEXO B – Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE DO ESTADO
DO RIO DE JANEIRO - UERJ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Representações Sociais de Enfermeiras e Médicos da Área de Saúde Sexual e Reprodutiva acerca das Mulheres Lésbicas

Pesquisador: LUCIANE MARQUES DE ARAUJO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 23015713.1.0000.5282

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem da UERJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 531.660

Data da Relatoria: 06/02/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de tese de doutorado que tem como objeto de estudo as representações sociais de enfermeiras e médicos da área de saúde sexual e reprodutiva acerca das mulheres lésbicas. Caracteriza-se como uma pesquisa quanti-qualitativa tendo como referencial teórico a teoria das Representações Sociais. O estudo está fundamentado na teoria das representações sociais e a discussão dos achados contará com apoio da teoria do poder simbólico, de autoria de Pierre Bourdieu. Os objetivos são: descrever o conteúdo e a estrutura das representações sociais de enfermeiras e médicos, da área de saúde sexual e reprodutiva, acerca das mulheres lésbicas; identificar as especificidades de saúde sexual e reprodutiva reconhecidas, pelos profissionais, entre as mulheres lésbicas; descrever as dificuldades encontradas, por enfermeiras e médicos, no cotidiano das práticas de atendimento à saúde sexual e reprodutiva das lésbicas; discutir a maneira como as representações sociais podem influenciar as práticas de atendimento à saúde sexual e reprodutiva de lésbicas. A apreensão do conteúdo cognitivo e simbólico elaborado, pelo grupo de profissionais, enfermeiras e médicos, da área de saúde sexual e reprodutiva, acerca das lésbicas, poderá nos ajudar a compreender a forma como as representações sociais podem exercer influência sobre as suas práticas de atendimento à saúde de mulheres lésbicas. O cenário do estudo incluirá os Centros Municipais de Saúde vinculados

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018

Bairro: Maracanã

CEP: 20.559-900

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2334-2180

Fax: (21)2334-2180

E-mail: etica@uerj.br

Continuação do Parecer: 531.660

a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, onde são realizadas consultas de enfermagem e médica, na área de saúde sexual e reprodutiva. Cabe esclarecer que o número total de CMS, distribuídos pelas 10 áreas programáticas do Município do RJ, é de 124 unidades. Entretanto, a coleta de dados terá início em um dos CMS de cada uma das 10 áreas programáticas, seguindo-se para o segundo CMS de cada uma das AP e assim por diante, até que o número total de participantes, previsto pelo estudo, seja alcançado. Cabe esclarecer que será respeitada, na medida do possível, a igualdade numérica de cenários e de profissionais, por área programática, de modo que seja assegurada a simetria de representação de todas as 10 áreas programáticas do Município do Rio de Janeiro. Os participantes serão enfermeiras e médicos que atuam nas unidades, na área de saúde sexual e reprodutiva, através da realização de consultas às mulheres, especialistas ou não em gineco-obstetrícia, e que concordem em participar da pesquisa, autorizando o uso de seus depoimentos nos relatórios de pesquisa, na comunidade acadêmica e científica. Como critério de inclusão na amostra, será exigido que o ano de início da atuação na área de saúde sexual e reprodutiva tenha sido igual ou anterior a 2011, ano em que foi instituído, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), assegurando que estes profissionais tenham vivido este processo. As técnicas de coleta de dados incluirão técnicas interrogativas, com entrevista semidirigida, técnicas associativas, a partir da evocação livre, técnicas de hierarquização e de substituição. A primeira técnica a ser aplicada a estes participantes será a técnica de evocação livre, seguida da hierarquização de itens e por fim, a realização da entrevista, no decurso da qual se aplicará a técnica de substituição. A técnica de evocação livre será realizada com 160 profissionais, sendo 80 enfermeiras e 80 médicos. Pretende-se realizar esta tarefa respeitando a proporcionalidade entre os sexos, bem como sua distribuição e representatividade por cada uma das 10 áreas programáticas (AP). Assim, será realizada a tarefa de evocação livre com hierarquização de itens com 8 médicos e 8 enfermeiras por AP, sendo 4 do sexo masculino e 4 do sexo feminino, por categoria profissional. Já as entrevistas em profundidade serão realizadas com aproximadamente, a terça parte dos participantes da evocação livre. Será feita uma triangulação de métodos de análise: elaboração do quadro de quatro casas com auxílio do software Evoc; e para as entrevistas utilizaremos a técnica de Análise de Conteúdo (temático categorial).

Objetivo da Pesquisa:

O estudo visa: descrever o conteúdo e a estrutura das representações sociais de enfermeiras e

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.559-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br

Continuação do Parecer: 531.660

mezdicos, da azearea de saude sexual e reprodutiva, acerca das mulheres lezsbicas; identificar as especificidades de saude sexual e reprodutiva reconhecidas, pelos profissionais, entre as mulheres lezsbicas; descrever as dificuldades encontradas, por enfermeiras e mezdicos, no cotidiano das praçticas de atenczazo a saude sexual e reprodutiva das lezsbicas; discutir a maneira como as representacozes sociais podem influenciar as praçticas de atenczazo a saude sexual e reprodutiva de lezsbicas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A presente pesquisa não apresenta riscos aos participantes.

O benefício relacionado a participação dos profissionais, enfermeiras e médicos, será de contribuir com o conhecimento científico no campo da saúde da mulher, acerca das singularidades na atenção da saúde de mulheres lésbicas, o que poderá beneficiar estudantes de enfermagem, medicina e outros profissionais da área da saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto apresenta-se bem estruturado e já tem parecer favorável do CEP da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro para o seu desenvolvimento. Quanto ao Roteiro Temático de Entrevista com os Profissionais de Saúde Sexual e Reprodutiva, sugere-se que na 2ª parte deste ICD sejam excluídas as perguntas que dizem respeito a experiência, vivência, pensamentos, sentimentos e percepções de outros profissionais que não exclusivamente o participante, simplesmente por entender que não é possível falar da experiência/vivência de outrem nem de qualquer situação que envolva a subjetividade de outro indivíduo (ex. E seus colegas de trabalho? Qual a experiência deles? O que pensam seus colegas de trabalho sobre as mulheres lésbicas? Quais são seus sentimentos? O que pensam seus colegas diretos de trabalho? E seus colegas? Como viveram este processo?).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os itens obrigatórios foram apresentados.

Recomendações:

Recomendamos incluir nos dois Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (evocação livre e entrevista; e, apenas evocação livre) a identificação e o endereço do CEP

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Ante o exposto, a COEP deliberou pela aprovação do projeto, visto que não há implicações éticas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018
Bairro: Maracanã CEP: 20.559-900
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br

UNIVERSIDADE DO ESTADO
DO RIO DE JANEIRO - UERJ



Continuação do Parecer: 531.660

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Faz-se necessário apresentar Relatório Anual - previsto para fevereiro de 2015. Além disso, a COEP deverá ser informada de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

RIO DE JANEIRO, 17 de Fevereiro de 2014

Assinador por:

Patricia Fernandes Campos de Moraes
(Coordenador)

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.559-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br

ANEXO C – Áreas Programáticas do Município do Rio de Janeiro

AP 1.0 - Benfica, Caju, Catumbi, Centro, Cidade Nova, Estácio, Gamboa, Mangueira, Paquetá, Rio Comprido, Santa Teresa, Santo Cristo, São Cristóvão, Saúde e Vasco da Gama

AP 2.1 - Botafogo, Catete, Copacabana, Cosme Velho, Flamengo, Gávea, Glória, Humaitá, Ipanema, Jardim Botânico, Lagoa, Laranjeiras, Leblon, Leme, Rocinha, São Conrado, Urca e Vidigal

AP 2.2 - Alto da Boa Vista, Andaraí, Grajaú, Maracanã, Praça da Bandeira, Tijuca e Vila Isabel

AP 3.1 - Bonsucesso, Brás de Pina, Complexo do Alemão, Cordovil, Ilha do Governador, Jardim América, Manguinhos, Maré, Olaria, Parada de Lucas, Penha Circular, Penha, Ramos e Vigário Geral

AP 3.2 - Abolição, Água Santa, Cachambi, Del Castilho, Encantado, Engenho da Rainha, Engenho de Dentro, Engenho Novo, Higienópolis, Inhaúma, Jacaré, Jacarezinho, Lins de Vasconcelos, Maria da Graça, Méier, Piedade, Pilares, Riachuelo, Rocha, Sampaio, São Francisco Xavier, Todos os Santos e Tomás Coelho

AP 3.3 - Acari, Anchieta, Barros Filho, Bento Ribeiro, Campinho, Cascadura, Cavalcanti, Coelho Neto, Colégio, Costa Barros, Engenheiro Leal, Guadalupe, Honório Gurgel, Irajá, Madureira, Marechal Hermes, Oswaldo Cruz, Parque Anchieta, Parque Columbia, Pavuna, Quintino Bocaiuva, Ricardo de Albuquerque, Rocha Miranda, Turiaçu, Vaz Lobo, Vicente de Carvalho, Vila da Penha, Vila Kosmos e Vista Alegre

AP 4.0 - Barra da Tijuca, Camorim, Cidade de Deus, Grumari, Itanhangá, Jacarepaguá, Joá, Recreio dos Bandeirantes, Vargem Grande e Vargem Pequena

AP 5.1 - Bangu, Campo dos Afonsos, Deodoro, Jardim Sulacap, Magalhães Bastos, Padre Miguel, Realengo, Senador Camará e Vila Militar

AP 5.2 - Barra de Guaratiba, Campo Grande, Cosmos, Guaratiba, Inhoaíba, Santíssimo, Senador Vasconcelos e Pedra de Guaratiba

AP 5.3 - Paciência, Santa Cruz e Sepetiba