



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Ana Paula Lopes de Melo

**“Mulher Mulher” E “Outras Mulheres”:
gênero e homossexualidade(s) no Programa de Saúde da Família**

Rio de Janeiro

2010

Ana Paula Lopes de Melo

**“Mulher Mulher” e “Outras Mulheres”:
gênero e homossexualidade(s) no Programa de Saúde da Família**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de Concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Sérgio Luis Carrara

Rio de Janeiro

2010

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBC

M528 Melo, Ana Paula Lopes de.

“Mulher Mulher” e “Outras Mulheres”: gênero e homossexualidade(s)
no Programa de Saúde da Família. / Ana Paula Lopes de Melo. – 2010.
150f.

Orientador: Sérgio Luís Carrara.

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de
Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Mulheres – Brasil – Comportamento sexual – Teses. 2. Serviços de saúde – Teses. 3.
Lesbianismo – Teses. 4. Homossexualismo – Teses. 5. Programa Saúde da
Família (Brasil) – Teses. I. Carrara, Sérgio Luis II. Universidade do
Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III.
Título.

CDU 613.885

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta
dissertação.

Assinatura

Data

Ana Paula Lopes de Melo

“Mulher Mulher” e “Outras Mulheres”: gênero e homossexualidade(s) no Programa de Saúde da Família

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de Concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Aprovado em 19 de abril de 2010.

Orientador:

Prof. Dr. Sergio Luís Carrara
Instituto de Medicina Social - UERJ

Banca Examinadora:

Prof^a. Dr^a. Maria Luiza Heilborn
Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof. Dr. Ruben Araújo de Mattos
Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof. Dr. G. Silva de Almeida
Faculdade de Serviço Social - UFF/Rio das Ostras

Rio de Janeiro
2010

DEDICATÓRIA

Para minha mãe, Graça, e meu pai,
Marcos Melo (*in memorian*).

Para Júlia, com esperança que cresça e
ajude a construir uma sociedade
humanamente diversa, socialmente igual
e completamente livre.

AGRADECIMENTOS

Ao Sergio Carrara por ter me deixado “escolhê-lo”, pelos ensinamentos, trocas e disponibilidade constante. Mais que isso, pelo cuidado, gentileza e calma que sempre permeou nossos encontros.

A todos os profissionais de saúde entrevistados e aos profissionais e estudantes que fazem o dia-a-dia da “USF Córrego das Flores”. Aos gestores que gentilmente me receberam e aceitaram contribuir com a pesquisa.

À tia Therezina, tio Geraldo, Geo e D. Olívia, pela receptividade, acolhimento e apoio que foram fundamentais na minha chegada ao Rio de Janeiro.

Aos professores do Instituto de Medicina Social, em especial à Jane Russo, Fabíola Rohden e Keneth Rochel. E às professoras Márcia Arán e Marilena Corrêa pelo conhecimento compartilhado e acolhimento na instituição.

Às profissionais da Secretaria do IMS e ao Marcos pela simpatia, ajuda e disponibilidade.

À professora Cláudia Bonan com quem tive o prazer de dialogar durante o curso “Saúde Integral da Mulher” no Instituto Fernandes Figueira.

Aos membros da Banca Examinadora, professores Maria Luiza Heilborn e Guilherme Almeida pelas contribuições desde o projeto de qualificação e também ao professor Ruben Mattos pela disponibilidade, colaborações acerca do texto e por representar a possibilidade de integralidade entre as áreas da Saúde Coletiva na composição da banca.

À Mary Mesquita pelas primeiras conversas a respeito do tema da lesbianidade que foram fundamentais para minha motivação em elegê-lo como campo de estudo.

À CAPES e à SPM pela bolsa de mestrado e financiamento do projeto que resultou nesta pesquisa.

Na minha estada no Rio de Janeiro conheci pessoas incríveis que permitiram aliar a beleza da cidade aos momentos de conhecimento, diversão e troca. À Rosângela Castro, Fátima, Heliana Hemetério e Cláudio Nascimento pela simpatia e por me apresentarem o movimento LGBT no Rio de Janeiro. À Nívia, Adolfo, Ximena, German, Ana Condeixa, Guilherme, Vanessa, Gustavo (os dois), Joseane, Raphael, Gabriel, Rita, Adriano, Marcos Nascimento e Claudia por tornarem essa estada mais que agradável e prazerosa. Aos amigos de turma Marina Nucci, Marcos Carvalho, Danielle Veiga,

Cynthia Carvalho e Antônio Sousa e aos colegas “do planejamento” Felipe, Alfredo, Elaine, Karen e Aline.

De maneira especial deixo registrado meus agradecimentos aos amigos Marcos (Dabata), Antônio (Tonito), Joseane (Josi) e Raphael (Rafa) pela companhia na divertida e bagunçada convivência diária no “ap. do Catete” e aos amigos e vizinhos Rita, Marina e Gabriel pelas conversas teórico-boêmias, boas risadas e chopes coletivos nos botecos cariocas, nas – nada criativas – saídas para a Lapa e/ou na sala de casa acompanhados de bizarros vídeos do “youtube”.

À Guilherme Almeida e Cláudia Mora pela amizade, permuta bibliográfica e apoio durante o processo de construção dessa dissertação.

Aos amigos com quem trabalhei na Secretaria de Saúde do Recife. Em especial à Bernadete Antunes e Paulette Albuquerque, com as quais aprendi as melhores lições de Saúde Coletiva, compromisso e Ética que nenhum curso formal conseguiria produzir. À Zailde, Tuda, Suelene, Germana, Ana Wlândia, Tereza, Eduardo, Edivaldo, Valéria, Angélica, Rosinha, Dijane, Simone e Pacheco por compartilharem da garra e motivação diária para a construção de um Sistema de Saúde melhor e mais inclusivo. E aos companheiros da Gestão do Trabalho: Sueli, Ângela e Marlene (no DS2) e Eliane, Jô e, especialmente, Washington e Márcia (na DGGT) pela disponibilidade e ajuda.

À Tuda e Anamaria pela forte amizade. E aos amigos de Recife: Gleidson, Ana Roberta, Maristela, Márcia, Luck, Narinha, Verônica, Dijane, Kika, Glícia, Jô, Erika, Synara, e Tais pelo apoio intercalado aos momentos de diversão. “Diz que eu tô voltando!”

Às mulheres que fazem o Coletivo de Lésbicas e Mulheres Bissexuais de Pernambuco, em especial à Sandrinha, Tais, Synara, Joyce, Ana Carla, Gal e Bruninha com quem tenho convivência mais próxima.

À minha mãe, por tudo! Mas principalmente pelo apoio incondicional e pelos valores de solidariedade e respeito que tem sido fundamentais nas minhas escolhas. À Karina, Kika, Daniel e tia Glória pela preocupação e cuidado. À Júlia, Rodrigo, Guga, Melca, Pedrinho, tio Fernando, Fernandinha, tia Rose e Mari por fazerem parte da minha vida. E ao meu pai pela torcida enquanto estive perto e presença ainda aqui comigo.

À Salomé, Shiva, Cléo e Bonita pelos apanchos que me fizeram sentir menos sozinha.

À Rô pelo carinho, apoio, paciência, conforto e principalmente pelo seu sorriso. Sem você eu não conseguiria.

A Sexualidade enquanto possibilidade e caminho de alongamento de nós mesmos, de produção de vida e de existência, de gozo e de boniteza, exige de nós essa volta crítico-amorosa, essa busca de saber de nosso corpo. Não podemos estar sendo, autenticamente, no mundo e com o mundo, se nos fecharmos medrosos e hipócritas aos mistérios de nosso corpo ou se os tratarmos, aos mistérios, cínica e irresponsavelmente.

Paulo Freire

RESUMO

MELO, Ana Paula Lopes. **“Mulher Mulher” e “Outras Mulheres”: gênero e homossexualidade(s) no Programa de Saúde da Família.** 2010. 151f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

Situada no âmbito dos estudos de gênero e sexualidade e suas interfaces com a Saúde Coletiva, essa pesquisa procurou compreender, a partir do discurso de profissionais atuantes no Programa de Saúde da Família de Recife, aspectos que favorecem ou dificultam a aproximação de mulheres com práticas homoeróticas dos serviços de saúde. Foram realizadas entrevistas com 16 profissionais, entre médicos, enfermeiros e agentes de saúde e observação participante em uma unidade de saúde da família. Os resultados apontam um modelo de serviço que prima pela relação de reciprocidade com usuárias e usuários, ao mesmo tempo que dirige suas ações eminentemente para o público feminino. Os discursos indicam concepções de gênero, conjugalidade e orientação sexual que corroboram a representação de que toda mulher é, em princípio, heterossexual, destinada à reprodução e à maternidade. O pressuposto da heterossexualidade das usuárias contribui para a menor visibilidade de mulheres homossexuais e as tornam perceptíveis apenas quando, em sua aparência, apresentam características atribuídas ao gênero oposto. A suposta masculinidade de mulheres homossexuais reflete-se no modo como a atenção lhes é dispensada e situam-nas em um plano secundário, com a minimização de suas demandas e o prevalecimento da noção de invulnerabilidade no que se refere a transmissão de doenças por via sexual.

Palavras-chave: Homossexualidade feminina. Saúde da família. Acesso a serviços de saúde.

ABSTRACT

This thesis is about gender, sexuality, and its connections with Public Health. The research aimed to understand, from the discourse of health professionals working for the Family Health Program of Recife, aspects that favours or make it difficult for women with homoerotic practices to approach health services. Interviews with 16 professionals, including medical doctors, nurses and “care provider” and participant observation at one family health service, were used in data collection. The results suggest a model of service that prioritizes the reciprocal relationship with users (man and women) but at the same time direct their actions rather to the female public. Their statements indicate conceptions of gender, marital and sexual orientation which corroborate the representation that every woman is, primarily, straight and destined for reproduction and motherhood. The assumption that all female users are straight contributes to a lower visibility of homosexual women, making them visible only when, in their appearance, they have characteristics assigned to the opposite gender. The supposed masculinity of homosexual women reflects on the quality of attention they receive and places them at a secondary level, with minimization of their claims and the preponderance of the notion of invulnerability regarding the transmission of disease through sexual practices.

Keywords: Female homosexuality. Family health. Health services accessibility.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Acquired ImmuneDeficiency Syndrome)
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CISAM	Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros
DIU	Dispositivo Intra Uterino
DS	Distrito Sanitário
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Equipe de Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana (Human Immunodeficiency Virus)
HPV	Papiloma Vírus Humano (Human Papilloma Virus)
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis
MSM	Mulheres que fazem Sexo com Mulheres
NOB	Norma Operacional Básica
ONG	Organização Não Governamental
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISM	Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher
PSF	Programa de Saúde da Família
RPA	Região Político Administrativa
SENALE	Seminário Nacional de Lésbicas
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SPM	Secretaria de Políticas para Mulheres
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para Infância (The United Nations Children's Fund)
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	13
1	MULHER, MEDICINA E HOMOSSEXUALIDADE(S): VISIBILIZANDO O OBJETO DA PESQUISA	26
1.1	Mulher e feminilidade vistas pelas ciências biológicas e pela medicina	26
1.2	Homossexualidade e Medicina: uma relação estreita	31
1.3	Impacto do movimento de lésbicas na construção de uma agenda de demandas no campo da saúde	35
1.4	Estudos e pesquisas nacionais sobre lesbianidade e saúde	39
2	PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: APRESENTANDO O CONTEXTO DA PESQUISA	49
2.1	Para quem é destinado o Programa Saúde da Família?	54
2.2	Programa de Saúde da Família em Recife	56
2.3	A dinâmica na USF Córrego das Flores	57
2.4	Profissionais e motivações para atuação no PSF	65
2.4.1	<u>Enfermeiros</u>	67
2.4.2	<u>Médicos</u>	70
2.4.3	<u>Agentes comunitários de saúde (ACS)</u>	71
3	UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UM LUGAR DE (E PARA) MULHERES	76
3.1	De Grávidas a usuárias: a maternidade como habilitação para entrada no serviço	78
3.2	“Dia da saúde da mulher”: a sexualidade olhada a partir de recortes de classe, geração e heteronormatividade	83
4	HOMOSSEXUALIDADE FEMININA E SAÚDE: O (NÃO) OLHAR DOS PROFISSIONAIS	94
4.1	Percepções e tipos de atitude frente à(s) homossexualidade(s)	94
4.2	“Não precisa perguntar que tá obvio” – quais e como são identificadas as homossexualidades femininas no PSF	109

4.3	Vulneráveis? Elas?! – demandas e necessidades de saúde de mulheres homossexuais sob o ponto de vista das profissionais do PSF.....	120
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	127
	REFERÊNCIAS	132
	APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido	141
	APÊNDICE B – Quadro com perfil resumido dos profissionais entrevistados	142
	APÊNDICE C – Roteiros de entrevista	144
	ANEXO A – Parecer de Aprovação no Comitê de Ética	148
	ANEXO B – Mapas: áreas pobres do Recife e áreas de implantação de unidades básicas de saúde no Recife	149
	ANEXO C – Quadros com características dos profissionais atuantes no Programa de Saúde da Família de Recife por idade e sexo	150
	ANEXO D – Ficha de saúde da mulher	151

INTRODUÇÃO

Ela resolvera procurar um ginecologista, pois estava sentindo-se incomodada com uma coceira e vermelhidão que há alguns dias começara a sentir em sua região genital. Passou por um exame físico onde foram observados os sintomas e durante a consulta, quando perguntada pelo histórico de suas parcerias sexuais anteriores, Inês informou que nunca teve relações com homens e, pela primeira vez numa consulta médica, criou coragem para informar que namorava e mantinha relações sexuais com mulheres. Ela foi medicada e encaminhada para realizar exames complementares, entre eles uma ultrassonografia endovaginal¹. Ao ser atendida no centro diagnóstico, foi solicitada à tirar toda a roupa, vestir uma bata de uso comum em hospitais e clínicas e deitar em posição ginecológica numa maca. O exame - que até então imaginava tratar-se de uma ultrassonografia semelhante a outras que já havia realizado na região abdominal – seria uma nova experiência para a qual ela não tinha sido preparada. A tentativa de introdução do equipamento no canal vaginal causou dor e esta sensação foi informada à profissional que realizava o procedimento. Esta, por sua vez, lhe deu como resposta a explicação de que o desconforto era resultado da sua tensão corporal e continuou a forçar a introdução do aparelho. Novamente a dor foi informada, novamente a enfermeira respondeu que a dor ocorria porque ela não estava devidamente relaxada para o exame. Não suportando a situação, Inês disse que era “virgem” e expressões faciais de susto e descrédito tentaram ser inibidas (ou reforçadas!) com perguntas do tipo: “como assim? Você nunca teve penetração? Qual a sua idade?” ao que seguiu uma resposta constrangida “nunca tive relações com homens”. A profissional saiu para informar ao médico a situação. Ele, junto com mais três pessoas, dirigiu-se à paciente e perguntando, novamente, se ela nunca teve relações sexuais, ao que ela respondeu “com homens não”. Enquanto Inês permanecia na maca, ainda em posição ginecológica, à espera de uma “solução para o seu caso”, o médico entrou em contato com a colega de profissão que havia solicitado o exame. Decidiram trocar o procedimento por uma ultrassonografia pélvica. Inês, informada da modificação, foi solicitada a vestir a roupa e aguardar na recepção até que fosse chamada para a realização do novo procedimento. De volta à sala de espera, Inês sentiu-se como se todos os outros profissionais da clínica tivessem conhecimento

¹ Exame realizado pela introdução na vagina de um transdutor, em formato cilíndrico, que ao deslizar pelas paredes vaginais, fornece imagens do aparelho genital feminino, especificamente: útero, tubas uterinas e ovários. (descrição adaptada do site <http://www.flavioqueiroz.com.br/exames2.asp?id=21&info=descricao#info> acesso em 05/11/2009)

do fato que acabara de acontecer na sala ao lado. Exame realizado e desculpas verbalizadas, Inês retornou ao consultório de Ginecologia para entrega dos exames, afinal necessitava de um diagnóstico conclusivo sobre seus sintomas. Chegou a falar sobre a situação constrangedora a que tinha sido submetida, porém, seguiu-se a consulta sem comentários mais detalhados sobre a situação. Inês não retornou mais àquela profissional e quiçá tenha retornado a outro ginecologista ou profissional de saúde.

Esse poderia ser um relato fictício, mas trata-se de uma história real, vivenciada por uma mulher jovem, lésbica, usuária de serviços de saúde². Apesar de ser uma experiência particular, essa situação evidencia aspectos importantes da relação estabelecida entre profissionais de saúde e mulheres com práticas homoeróticas. Relação muitas vezes permeada por situações de desconfiança, ocultamento e violência.

Durante vários anos, situações como essa estiveram à margem das produções acadêmicas, das formulações teóricas e de políticas públicas no campo da saúde. Quando tomei conhecimento desse relato, atuava na saúde pública há alguns anos e também havia participado de pesquisa e discussões no campo dos direitos sexuais e reprodutivos de mulheres e jovens. Porém, apenas a partir do contato com o caso relatado acima, dei-me conta do quanto a sexualidade não heterossexual das mulheres é um assunto pouco discutido (e até mesmo desconhecido) e abordado no campo da saúde, seja de assistência pública ou privada. Na situação relatada acima, chamava-me a atenção, particularmente, o fato da profissional de saúde parecer ignorar o relato da orientação sexual daquela usuária, bem como a informação que a mesma nunca havia mantido relações com homens. Da mesma maneira, os profissionais do centro diagnóstico, ao perguntar mais de uma vez sobre a ocorrência de relações sexuais anteriores, pareciam não compreender como legítimo um ato sexual que prescinde a penetração.

Tomada por uma inquietação com essa situação, resolvi tomar o tema “saúde de mulheres lésbicas” como campo de pesquisa no curso mestrado que resolvia enfrentar após alguns anos longe da academia. O tema parecia coadunar-se com a área de atuação profissional que havia escolhido (a gestão em Saúde Coletiva), com as recentes experiências numa pesquisa sobre direitos sexuais e reprodutivos dos jovens³ e com a participação nas

² O relato dessa situação foi feito pela própria protagonista à autora desse trabalho anos antes do início dessa pesquisa. O nome utilizado nesse relato é fictício, bem como todos os outros nomes de profissionais entrevistados, bairros e unidades de saúde visitadas nessa pesquisa.

³ Pesquisa “Exercício dos direitos sexuais e reprodutivos: caminhos para a construção de novos olhares sobre os jovens”, coordenada pelo Instituto PAPAÍ em parceria com outras instituições e financiada pelo Ministério da Saúde. A pesquisa foi realizada nos anos de 2004 e 2005.

oficinas do projeto “Nosso Corpo e Nosso Afeto nos Pertencem: diálogos sobre direitos sexuais e reprodutivos entre feministas e lésbicas”⁴. Considero que tais experiências foram fundamentais para dar início a uma reflexão crítica no campo da saúde, envolvendo sexualidade e desigualdade de gênero e de orientação sexual.

Em 2004, quando resolvi me inscrever no projeto “*nosso corpo e nosso afeto ...*”, fui indagada se participaria como “feminista” ou como “lésbica”. Essa questão, já naquele momento, causou-me espanto imediato, pois, ao mesmo tempo em que me questionava até que ponto essas duas categorias (feminista e lésbica) poderiam ser excludentes, a escolha parecia também demandar subliminarmente o posicionamento num dos pólos da clássica divisão entre heterossexualidade e homossexualidade. Desse modo, classificar-se como feminista parecia, supostamente, declarar-se heterossexual; enquanto que a classificação como lésbica aparentava a exclusão da possibilidade de reconhecer-se feminista. Assim, surgiam as primeiras questões: onde se aproximavam e onde se afastavam as demandas do movimento feminista e do movimento de lésbicas? E por que a “necessidade” de auto-classificação quanto à identidade/orientação sexual, como se esta pudesse definir os sujeitos, suas práticas cotidianas e suas subjetividades?

Além disso, meu interesse particular pelo campo da saúde pública favoreceu a percepção de que a saúde de mulheres lésbicas é um assunto silenciado, pouco abordado tanto entre elas, quanto nas publicações acadêmicas. Fato que se espelha em documentos e falas públicas da militância lésbica brasileira que afirma a necessidade de uma política de saúde que considere suas especificidades. Assim, passei a questionar por que, mesmo existindo uma política de atenção integral a saúde da mulher no Brasil desde o início da década de 1980, tendo sido formulada inclusive com a participação movimento feminista, a questão da saúde de mulheres lésbicas permaneceu invisibilizada ao longo dos anos.

Minha entrada no mestrado foi permeada por essas questões. Pretendia estudar práticas, concepções e significados que aproximam ou afastam dos serviços de saúde as mulheres que mantêm práticas afetivo-sexuais com outras mulheres. Porém, as primeiras orientações trouxeram a necessidade de delimitar um campo mais preciso e exequível para

⁴ Projeto desenvolvido por Marylucia Mesquita e apoiado pelo Programa GRAL - Gênero, Reprodução, Ação e Liderança, da Fundação Carlos Chagas. Teve como objetivo promover o diálogo e o confronto de ideias sobre direitos sexuais e liberdade de orientação sexual entre educadoras feministas e lésbicas através da realização de oficinas sobre temas variados que buscavam ajudar na compreensão da construção sócio-histórica de situações de discriminação, bem como viabilizar ferramentas teóricas para o empoderamento político e atuação frente a tais situações.

uma dissertação de mestrado. Ao longo do tempo, fui tendo clareza que me inquietavam menos comportamentos, práticas e conhecimentos que as mulheres possuem acerca de prevenção e cuidado, e mais o contexto da relação estabelecida entre elas e os profissionais de saúde, ou seja, como se dariam o acolhimento, o atendimento e os encaminhamentos decorrentes desse contato. E, de alguma maneira, penso que mesmo as situações onde não ocorre esse atendimento (por desistência ou falta de procura) parecem relacionadas também a essa relação diádica, ou seja, ao modo como o campo da saúde, representado predominantemente pelas práticas médicas, tem construído conhecimento acerca da mulher e da sexualidade.

O recente aumento da produção científica em torno da sexualidade, saúde e reprodução, bem como a atuação do movimento social, vem favorecendo um olhar mais crítico para os fenômenos envolvidos no processo de saúde e adoecimento de mulheres com parcerias e práticas homoeróticas. Questões como vulnerabilidade na transmissão de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e AIDS, condições de saúde, práticas preventivas, acesso e estratégias de cuidados dessas mulheres têm sido incluídas na ampla lista de temas e objetos de investigação no campo dos estudos de gênero, saúde, sexualidade e reprodução.

Essa produção ainda é incipiente, se comparada aos estudos sobre saúde e homossexualidade masculina ou às pesquisas que tem como objeto de análise aspectos ligados a saúde, reprodução e sexualidade feminina. Estudos sobre a “saúde de mulheres lésbicas” têm sido produzidos, em sua maioria, a partir de informações epidemiológicas e também a partir de abordagens qualitativas, sendo mais facilmente encontrados em periódicos e livros produzidos nos Estados Unidos, Inglaterra, Holanda, Canadá e Austrália (HEILBORN; FACCHINI; BARBOSA, 2007). No Brasil, tais produções ainda são escassas⁵, havendo uma maior preferência metodológica pela coleta de dados e informações a partir do ponto de vista delas, das mulheres lésbicas, bissexuais ou “mulheres que fazem sexo com mulheres” (MSM). Esse caminho parece óbvio, uma vez que é importante conhecer o que as atinge, o que as aflige e o que lhes afeta a saúde. Entretanto, além de informações epidemiológicas e biomédicas acerca da prevalência de doenças, risco, vulnerabilidade e de formulações advindas de pesquisas de cunho sócio-antropológico que buscam compreender as trajetórias sexuais e moralidades envolvidas no comportamento dessas mulheres; o conhecimento da estrutura dos serviços de saúde, da formação e da atitude dos profissionais dessa área são

⁵ No capítulo I, detalharei melhor a produção científica brasileira acerca do tema da homossexualidade feminina e saúde. Porém, deixo registrado de imediato os estudos de Barbosa e Facchini (2006); e Almeida (2005) que considero imprescindíveis para quem deseja obter informações a respeito do assunto.

fatores que merecem destaque por interferirem diretamente no acesso e garantia do direito a saúde.

Pesquisas desenvolvidas na área da saúde da mulher, sexualidade e reprodução tem evidenciado que atitudes e práticas de preconceito e discriminação influenciam diretamente nas questões de saúde, promovendo dificuldade de acesso e injustiças sociais cujos danos são dificilmente mensuráveis e às vezes irreversíveis⁶. Quando ocorrem nos serviços de saúde ou são exercidas por profissionais desse setor, tais práticas e atitudes podem ser experimentadas como situações de violência (por vezes silenciosa e por vezes concreta) que podem contribuir para o afastamento dos cuidados com o próprio corpo e com a saúde.

Avanços em vários aspectos no campo da saúde pública e no campo dos direitos humanos são perceptíveis, porém nem sempre estão entrecruzados⁷. Nessas situações é nítido o distanciamento entre conquistas alcançadas no campo dos direitos sexuais – como legislações específicas em alguns municípios e estados brasileiros e maior visibilidade pública da população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) – e os direitos garantidos no campo da saúde pública – como acesso e atendimento integral. O relato a partir do qual iniciei essa dissertação demonstra que há um caminho a ser trilhado e desafios importantes a serem ultrapassados no sentido de compreender e intervir nos aspectos individuais e coletivos envolvidos no acesso a saúde e garantia de direitos de mulheres com trajetórias homoeróticas. Considero que para avançar nessa direção é importante ter em conta o contexto social que circunda tanto as vivências dessas mulheres, quanto dos profissionais de saúde, cuja atuação técnica e pedagógica traz elementos importantes para reflexão.

Esse estudo toma o profissional de saúde como um informante privilegiado para buscar compreender aspectos que possam favorecer ou dificultar a aproximação de mulheres com práticas homoeróticas dos serviços de saúde. Procurei obter, a partir da ótica dos profissionais, pistas que pudessem evidenciar contextos que favorecem o silenciamento e a invisibilidade da vivência homoerótica feminina, particularmente nas relações estabelecidas entre elas e técnicos do setor saúde.

⁶ À guisa de exemplo, o trabalho de Santos, Guimarães e Araújo (2007) encontrou um risco maior de morte de mulheres negras (pretas+pardas) para todas as causas de óbito e faixas etárias estudadas, excetuando-se o óbito por câncer de mama nas faixas etárias de 30-39 e 50-59 anos cujo risco maior foi para as mulheres brancas. Os resultados encontrados por esse estudo demonstraram que as iniquidades sociais têm interferência direta não apenas na promoção, prevenção, tratamento em saúde, mas também na **vida** das mulheres.

⁷ A esse respeito Heilborn, Facchini e Barbosa (2007) destacam que “os discursos e práticas da saúde pública e dos direitos humanos surgiram ambos no mesmo momento histórico, há uns 200 anos. No entanto, tradicionalmente têm permanecido separados em alguma medida. Além disso, nos textos das convenções de direitos humanos, a **saúde pública aparece como um dos fatores que permitem que certos direitos permaneçam suspensos**” (p. 159. Original em espanhol. Tradução e grifos meus)

Situo essa investigação no âmbito dos estudos de gênero e sexualidade e suas interfaces com a Saúde Coletiva, campos que vêm ganhando grande visibilidade na área das Ciências Humanas e Sociais ao longo das duas últimas décadas. A abordagem dessas ciências tem contribuído para o deslocamento de explicações estritamente biológicas do comportamento humano. No enfoque da homossexualidade, alguns acontecimentos sociais, ocorridos especialmente a partir da segunda metade do século XX, contribuíram para estremecer pilares cristalizados de um modelo de organização de sociedade fortemente arraigado em estruturas que têm como norma a superioridade do masculino sobre o feminino e a heterossexualidade. A ampliação e o fortalecimento do movimento feminista, a produção de conceitos importantes (como gênero e direitos reprodutivos), os avanços em torno do controle e planejamento da natalidade (contraceptivos hormonais, por exemplo), o surgimento do movimento de gays e lésbicas, o advento da epidemia de HIV/AIDS e suas consequências políticas, foram fatores importantes para viabilizar mudanças nos paradigmas utilizados nos estudos sobre sexualidade e reprodução. Ao mesmo tempo, no campo da saúde, a mudança da noção estritamente biomédica que via a saúde como ausência de doença, trouxe a demanda da interlocução entre campos de saber diversificados e tornou evidente a associação e implicações das questões sociais ao complexo processo de saúde e adoecimento. Quanto ao entendimento de comportamentos e práticas ligados à sexualidade e às relações humanas, a abordagem teórico-conceitual construtivista tem contribuído para romper com visões reducionistas e naturalizadas. Atos, identidades e desejos relacionados à sexualidade passam a ser compreendidos como realidades construídas nos marcos de uma dada cultura e em um determinado momento histórico. Dessa maneira, discorrer acerca de qualquer aspecto ligado a sexualidade implica necessariamente buscar compreender configurações históricas, políticas e culturais que influenciaram e continuam influenciando certos modelos hegemônicos.

Essas concepções serão tomadas como plano de fundo ao longo da dissertação, na qual busquei colocar em diálogo informações obtidas através de entrevistas, observações e documentos. Antes de passar para uma breve descrição dos capítulos, farei algumas reflexões sobre as escolhas metodológicas e o processo de obtenção dos dados.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE O PERCURSO METODOLÓGICO E A INCURSÃO NO CAMPO

O *locus* escolhido para a realização da pesquisa foi o Programa de Saúde da Família⁸ (PSF) do município de Recife/PE. No que tange a essa opção metodológica, ela se justifica pela importância e expansão que esse programa vem ganhando nacionalmente a partir de estímulo financeiro e argumento ideológico viabilizado pelo Ministério da Saúde do Brasil⁹. E, particularmente em Recife, tive a oportunidade de acompanhar o crescimento exponencial da cobertura do Saúde da Família no período de 2001 à 2008. Nesse período, atuei junto aos profissionais vinculados às equipes de saúde da família, inicialmente em um distrito sanitário onde desenvolvia cursos e oficinas de educação popular enfocando a promoção à saúde e cidadania¹⁰.

Além de critérios objetivos que pareciam corroborar essa escolha como, por exemplo, o conhecimento geográfico que possuía do espaço da pesquisa, a intimidade com a cidade, o conhecimento da política de saúde local e a relação estabelecida com profissionais e gestores em atuação; a configuração proposta pelo PSF, enquanto um programa de saúde, pareceu apresentar-se como privilegiada para a questão dessa pesquisa, uma vez que vem se estabelecendo como principal mecanismo de reorientação do modelo brasileiro de atenção à saúde, demandando modificações nas práticas profissionais com o objetivo de garantir os princípios de universalidade, integralidade e equidade do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, a disposição proposta nos principais documentos do PSF pretende que os profissionais de saúde estabeleçam uma “aproximação” com a realidade de vida dos usuários e usuárias, rompendo com a exclusividade da lógica biomédica que tem como foco a atuação na doença.

⁸ O Ministério da Saúde tem preferido utilizar o termo “Estratégia” ao invés de “Programa” por compreender que esse tipo de ação torna-se um caminho para a reorientação global do modelo de atenção a saúde adotado no Brasil. Além disso, o termo “programa” remete a estruturas verticalizadas de organização dos sistemas e ações de saúde que a mudança do termo para “estratégia” procuraria romper. Opto, entretanto, por manter o termo original (*Programa de Saúde da Família*) por ser mais difundido e, principalmente, como tentarei mostrar no capítulo 2, porque essa política, embora contribua para a aproximação com usuários e usuárias, não parece ser capaz de, sozinha, originar tal reorientação, o que demandaria várias outras ações integradas.

⁹ Em 1996, através da Norma Operacional Básica (NOB), o Ministério da Saúde criou o Piso de Atenção Básica e definiu o Programa de Saúde da Família como a principal estratégia de reorganização do modelo de atenção. A partir dessa norma é possível observar a crescente implantação desse programa nos diversos municípios do país. Segundo informações do Ministério da Saúde, até agosto de 2008, cerca de 50% da população brasileira já estava sendo atendida por equipes de saúde da família. Se incluídos os agentes comunitários de saúde que atuam sem equipe completa (Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS), a cobertura de atenção básica chega a 60% no país (Fonte: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php> acesso em 01/11/2008).

¹⁰ Esse programa também foi tema de minha monografia de especialização em saúde pública: “*Programa de Saúde da Família: a informação em saúde como ferramenta de auxílio no planejamento das ações*”, defendida em 2003 no curso de especialização em saúde pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães / FIOCRUZ – Recife-PE.

Logo fui conduzida à questão de buscar entender se essa reciprocidade pretendida entre profissionais e usuários (nesse caso, as usuárias) favoreceria o rompimento de barreiras de acesso possivelmente existentes para a prática de cuidado com a saúde. Ou, se a proximidade social e geográfica de profissionais de saúde com as usuárias poderia, de alguma maneira, levar a algum tipo de receio das moradoras em abordar “certos assuntos” com o “pessoal do posto de saúde”.

Assim, a escolha por realizar a pesquisa em Recife não foi aleatória e trouxe reflexões e inquietações que tornaram a entrada no campo mais do que uma “simples” etapa da pesquisa. Realizar mestrado no Rio de Janeiro trouxe como consequência o desligamento do meu contrato de trabalho com o serviço público de saúde que, desde 2002 tinha mais claramente se apresentado para mim como local, não só de atuação profissional, mas principalmente de reflexões conceituais e técnicas acerca do direito à saúde e transformação social. O retorno para coletar os dados em Recife, no segundo ano do mestrado, incluía também nova mudança, re-encontros familiares, o início de uma união estável, carnaval, além, evidentemente, do retorno ao serviço a partir de uma nova ótica, a partir de um novo lugar.

Transformar o familiar em exótico¹¹ tornava-se imperativo. Era preciso estranhar o contexto do PSF com o qual estava “acostumada” e, subjetivamente, tinha certeza que essa tarefa não seria fácil e nem imediata, podendo, inclusive, ocorrer posteriormente à coleta de dados. Precisava de certo distanciamento que possibilitasse reaprender com os profissionais a partir do lugar, não mais de gestora ou técnica da secretaria de saúde, mas agora como pesquisadora. Já “em casa”, os primeiros contatos precisariam funcionar como um rito de passagem que permitisse estabelecer novas formas de relacionamento com as pessoas que me ajudariam na difícil tarefa de encontrar pistas para entender as questões que o campo me traria e que reflexivamente eu levaria para o campo. Ao mesmo tempo, não poderia esquecer a posição anterior com a qual ainda me reconhecia e era reconhecida. Precisava me apresentar como pesquisadora e estabelecer esse novo lugar, demarcar o território recém descoberto. Mas, por vezes, fazer alusão ao vínculo anterior com o serviço e ao conhecimento relativo que eu tinha do funcionamento dos serviços de saúde de Recife, facilitou a interação e a cumplicidade necessárias à nova relação que acabava de estabelecer.

Essa mistura de lugares pode ser apreendida pelo registro que fiz de uma das visitas ao distrito sanitário onde trabalhei durante 3 anos:

(...) encontrei muitas pessoas conhecidas e ouvi diversas vezes as mesmas perguntas: “está por aqui? O que você anda fazendo? Mestrado? E quando volta

¹¹ Uso essa expressão tomando como referência o artigo de Da Matta (1983).

para o distrito? Está morando aqui de novo?”. Em alguns minutos de espera, enquanto aguardava para entrar [na sala da diretoria], várias pessoas foram passando pela recepção e sempre aquele reencontro e sempre aquelas perguntas. (diário de campo de sexta-feira, 08/05/2009)

Como bem ressaltou Da Matta (1978), o processo de construção da pesquisa com um mínimo de referencial antropológico não pode abdicar da vivência pessoal/existencial. Ela se constrói pela interação e interpretação permanente entre as vivências pessoais da pesquisadora, o acúmulo teórico adquirido e a dinâmica com a qual se está em contato no dia-a-dia do campo. O desafio que o campo me trouxe não foi abdicar de um desses lugares, porque logo percebi isso não seria preciso (e nem possível), mas sim ter a clareza do posicionamento em que eu estava escolhendo situar-me, ou que era situada, em cada contato estabelecido.

O trabalho de campo teve início em fevereiro de 2009¹² quando estabeleci os primeiros contatos com setores do serviço e com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)¹³. Porém, a tramitação administrativa do processo junto à Secretaria de Municipal de Saúde de Recife (SMS) demonstrou-se um tanto quanto morosa e burocrática, “impossibilitando” que as entrevistas fossem realizadas de imediato. A SMS-Recife tem como norma para liberação de pesquisas realizadas em seus órgãos vinculados a exigência da apresentação de parecer de aprovação do projeto junto a um Comitê de Ética em Pesquisa, pelo pesquisador. A apresentação desse documento e do projeto não autoriza a pesquisa, é necessário ainda uma avaliação interna do projeto tanto pelo setor onde é protocolado quanto por todas as diretorias responsáveis pelos setores onde a pesquisa será executada. Assim, como o presente projeto tinha como proposta inicial a observação de unidades e entrevistas com profissionais dos seis Distritos Sanitários, teve que ser aprovado pelas seis respectivas diretorias. Cabe ressaltar que o CEP, para análise do projeto, solicita uma carta de anuência do serviço que apenas é liberada após a análise e ciência das diretorias onde a pesquisa será realizada. Ou seja, tive de início um impasse, pois havia dois órgãos, um aguardando a aprovação do outro para dar encaminhamento às análises. Fato que apenas foi solucionado quando tomei a iniciativa de

¹² Embora esteja considerando essa data como marco do início do trabalho de campo, nas visitas anteriores à Recife, realizei contatos com a Coordenação de Saúde da Mulher do município, coordenação de DST/AIDS, profissionais de saúde e antigos gestores para dialogar e levantar informações sobre o objeto da pesquisa. Alguns dados dessas conversas constam em minhas anotações de campo compondo o conjunto de informações levantadas para esse estudo.

¹³ Essa pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa do Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (CISAM) sob o parecer nº 009/2009. O projeto encaminhado ao comitê de ética foi registrado sob o título “*Saúde das Lésbicas, bissexuais e mulheres que fazem sexo com mulheres: violência de gênero e violência institucional dificultando o acesso aos serviços*”. Esse título é o mesmo sob o qual também submeti o projeto de mestrado ao edital de seleção do Programa Mulheres em Ciências de Apoio ao Ensino e à Pesquisa Científica e Tecnológica da CAPES (edital nº 003/2008) sendo posteriormente aprovado. O parecer final do comitê de ética foi liberado em 28/07/2009. A cópia do parecer de aprovação encontra-se no anexo A.

um acordo com a Secretaria de Saúde para que aceitasse o protocolo do projeto no CEP para dar encaminhamento aos processos internos. A liberação oficial da pesquisa por ambos os órgãos ocorreu cinco meses depois¹⁴.

Nesse entremeio, tive encontros informais com três diretoras de Distrito Sanitário (DS) que se dispuseram a conversar sobre a pesquisa¹⁵. Esses encontros exploratórios visaram sondar percepções das gestoras quanto ao tema da pesquisa e levantar informações que me ajudassem a eleger as equipes de saúde da família (ESF) e profissionais que seriam entrevistados. Em decorrência da morosidade na autorização formal da pesquisa, o início das visitas às unidades de saúde da família (USF) e contato direto com os profissionais de saúde da família foi iniciado em 15 de junho de 2009. Ainda em junho houve uma grande paralisação dos profissionais do setor saúde do município que culminou com a greve de todas as categorias profissionais do PSF nos meses de junho e julho.

Essa pesquisa foi realizada através de entrevistas com 16 profissionais que atuam há mais de um ano no Programa de Saúde da Família do Recife, sendo três médicos, cinco enfermeiros e oito agentes comunitários de saúde¹⁶. As entrevistas foram realizadas na própria unidade de saúde, em salas que funcionam como consultórios, e no horário de funcionamento da USF. Apenas uma entrevista foi realizada na sede do distrito sanitário à pedido do profissional que estaria naquele local para uma reunião de trabalho. A escolha do local e horário para realização das entrevistas ficou à critério dos profissionais que às vezes interrompiam as atividades para dar início à conversa e, às vezes, marcavam em horários de maior conveniência (geralmente no fim do expediente). A opção pelo consultório como local da “conversa” parecia ser a opção mais fácil visto que nós já nos encontrávamos na USF, a sala promovia certa privacidade¹⁷ e as atividades relacionadas ao trabalho na unidade

¹⁴ Embora essa descrição detalhada seja um pouco cansativa, considero importante mantê-la registrada, pois, além aproximar o leitor do processo de “fazer o campo”, pode trazer elementos para pensar o papel do serviço na liberação de pesquisas, bem como a pertinência do uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Mesmo não tendo como objetivo explorar detalhadamente essa questão, ressalto o cuidado que a gestão demonstra para com as pesquisas realizadas dentro dos serviços. Compreensível, esse cuidado pode, entretanto, transformar-se em uma forma de controle e regulação dos projetos, evitando críticas indesejáveis. Do mesmo modo, embora não tenha sido o caso dessa pesquisa, destaco que a exigência do TCLE em pesquisas qualitativas, principalmente nas de cunho sócio-antropológico, pode, dado o teor formal do documento inibir ou dificultar uma relação entre pesquisador-pesquisado que se baseie na aproximação e confiança. Para uma discussão mais detalhada a respeito da ética em pesquisas qualitativas em saúde ver, por exemplo, o volume 13 – número 2 de 2008 da revista *Ciência e Saúde Coletiva*.

¹⁵ Não foi possível conversar com a direção dos outros três Distritos Sanitários, apesar das várias tentativas de agendamento realizadas.

¹⁶ O quadro descritivo com um perfil mínimo dos profissionais entrevistados, encontra-se no apêndice B. Todos os profissionais foram informados do tema geral da pesquisa e concordaram em assinar o TCLE. O modelo utilizado para TCLE encontra-se no apêndice A. Além dessas 16 entrevistas, foi realizada ainda uma entrevista com um estagiário de enfermagem e com uma auxiliar de higiene de uma das USF. No entanto, essas entrevistas não serão consideradas na análise dessa dissertação, pois optei por manter apenas profissionais que compõem a equipe mínima do PSF e que estão formalmente vinculados ao programa.

¹⁷ Algumas vezes as entrevistas foram interrompidas por outros profissionais ou usuários que necessitavam de alguma ajuda ou informação, sendo retomadas logo que resolvida a demanda.

poderiam ser logo retomadas. As entrevistas tiveram duração média de uma hora. Duas delas, por necessidade de algumas das entrevistadas, foram pausadas e retomadas em momento posterior.

Além das entrevistas, foi escolhida uma unidade de saúde para realização de observações acerca da rotina de atividades dos profissionais, participação de usuárias e usuários e do seu funcionamento diário. As observações realizadas durante uma semana foram registradas através de anotações em diário de campo. Esses registros e a transcrição das entrevistas compõem o conjunto de dados principal que foi utilizado na análise dessa pesquisa¹⁸.

Nos contatos com as diretoras de DS, fiz um levantamento das unidades e equipes de saúde da família que, segundo avaliação delas, desenvolviam um bom trabalho voltado para saúde da mulher e que poderiam estar sensibilizadas para o atendimento a mulheres lésbicas. Inicialmente a “lógica” pretendida seria entrevistar três dessas equipes em cada distrito sanitário. Porém, os desvios apresentados pelo campo direcionaram a “seleção” das unidades de saúde pela facilidade de contato e disponibilidade para participação, concentrando a maioria das entrevistas (12 de 16) num único distrito sanitário. A tentativa de manter uma possível homogeneidade na “escolha” da rede de informantes foi frustrada por diversas razões que incluíram: a greve do setor saúde, dificuldade de contato e agendamento, recusas dos profissionais e a hierarquia administrativa¹⁹ que muitas vezes dificultava o acesso aos profissionais. A dinâmica do trabalho de campo, muitas vezes leva-nos a roteiros não programados e talvez essa seja a principal virtude obtida num processo de pesquisa. As demais entrevistas surgiram a partir do contato com uma técnica do SOS Corpo – Instituto Feminista para a Democracia, que me convidou a colaborar com o processo de coleta de dados da pesquisa “Direitos Sexuais e Necessidades de Saúde de Lésbicas e Mulheres Bissexuais na Percepção de Profissionais de Saúde e Usuárias do SUS”²⁰. Minha participação nesse estudo esteve condicionada à etapa pertinente às entrevistas e observações no PSF, pois assim, daria continuidade ao trabalho de campo do mestrado e poderia trocar experiências a partir do diálogo com outras pesquisadoras.

¹⁸ O diário de campo contém também informações relativas a situações ou observações encontradas durante o processo de contato com os profissionais, seja nas visitas às USF ou em diálogos que obtive com diretoras de distrito sanitário e outros profissionais de saúde. Informações constantes no site da secretaria de saúde e documentos fornecidos pelos próprios profissionais também fazem parte do conjunto e serão oportunamente referenciados.

¹⁹ Algumas vezes foi solicitado que o contato com os profissionais fosse mediado pela gerente de território do distrito sanitário e essa mediação às vezes foi bastante complicada por dificuldades de comunicação e horário comum. A maioria das entrevistas foi obtida quando resolvi quebrar essa norma e realizar o contato direto com os trabalhadores. Ressalta-se que essa mediação era desejada e não exigida, mas percebendo (talvez tardiamente) que seguir esta orientação administrativa estava atrasando os prazos e a obtenção das informações, resolvi modificar a estratégia.

²⁰ A síntese dos resultados dessa pesquisa podem ser encontrados na publicação de Portella (2009a; 2009b).

Dessa maneira, parte dos dados aqui apresentados (os registros de observação da dinâmica da unidade Córrego das Flores e 4 entrevistas) foram utilizados também na pesquisa desenvolvida pelo SOS Corpo, cuja unidade foi selecionada por ter sido citada como serviço frequentado por parte das mulheres lésbicas participantes do referido estudo²¹. Importante destacar que esse caminho metodológico teve como consequência a adoção de dois roteiros de entrevistas (apêndice C) que não prejudicaram a abordagem, pois ambos continham os eixos temáticos considerados fundamentais para alcançar os objetivos aqui propostos.

Trata-se de um estudo qualitativo que, segundo Minayo (2000), busca trabalhar com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos. Este tipo de metodologia é a que melhor se adapta aos objetivos do estudo, uma vez que estarão sendo analisados o lugar e os papéis dos sujeitos (profissionais de saúde) nas suas interações, formas de percepção do mundo e da organização dos serviços de saúde. O método qualitativo, ao privilegiar as relações entre os atores envolvidos, leva em consideração o papel da subjetividade, da narrativa dos sujeitos e da história contada por estes, buscando compreender, além dos aspectos objetivos da informação, o contexto geral onde tal história é construída, as aspirações e inter-relações entre profissionais, o serviço e a comunidade. Por essa razão, essa pesquisa não se propôs a ser estatisticamente representativa nem pretende generalizar percepções, pensamentos e práticas dos profissionais de saúde da família.

As barreiras com as quais me deparei na dinâmica da incursão no campo não parecem ter prejudicado o objetivo final de explorar pistas que ajudem a compreender o contexto no qual se insere as relações estabelecidas entre o serviço/profissionais de saúde da família e mulheres com parcerias afetivo-sexuais femininas. Concluindo essa introdução farei uma breve descrição dos conteúdos que serão abordados nos capítulos que seguem.

No capítulo I tomei a saúde das mulheres com práticas homoeróticas como questão de pesquisa. Parti de concepções presentes nos discursos da ciência moderna que repercutem diretamente em aspectos ligados à saúde da mulher, fazendo uma reflexão sobre a possível contribuição de tais visões do feminino para a invisibilidade da homossexualidade feminina no campo da saúde. Aproximando o olhar para os comportamentos e práticas afetivo-sexuais entre mulheres, pontuo a importância do movimento social para a construção de uma agenda positiva para a inclusão de demandas específicas de mulheres lésbicas no campo da saúde e

²¹ Essa pesquisa realizou entrevistas com mulheres que se auto-definiram como lésbicas e profissionais de saúde de serviços citados por elas como locais que frequentam. Apenas os dados concernentes a unidade e aos profissionais de saúde da família foram utilizados em ambos os estudos.

finalizo com a revisão de alguns estudos nacionais sobre práticas de cuidado, identificação de riscos e incidência de doenças em mulheres com parcerias femininas.

O capítulo II apresenta a dinâmica de funcionamento do Programa de Saúde da Família. A partir das observações obtidas com o trabalho de campo e dos relatos dos profissionais tentei identificar limites e possibilidades dessa lógica de serviço de saúde para as relações estabelecidas entre usuários(as) e profissionais. Quais as principais atividades desenvolvidas, como o serviço é percebido pelos profissionais ali inseridos e quais os percursos e motivações que tornaram-se relevantes para a inserção dos profissionais nessa proposta.

O terceiro capítulo explora a participação da mulher como usuária do PSF. Nele, reflito sobre as atividades especificamente voltadas para elas, as situações em que se fazem presentes na unidade de saúde e na rotina de visita dos profissionais; como são percebidas e quais as principais demandas trazidas por elas conforme percebidas pelos profissionais.

No capítulo IV abordo as visões dos profissionais sobre homossexualidade(s), especificamente a visão da homossexualidade feminina a partir do contexto do programa. Quais as moralidades vigentes nos seus discursos, os argumentos presentes, as experiências envolvendo a homossexualidade feminina (e masculina) na dinâmica do serviço.

Nas considerações finais, busquei dar destaque aos elementos apontados por essa dissertação que parecem ser importantes para refletir e entender a relação estabelecida com os profissionais de saúde, buscando uma reflexão sobre o contexto de violência que a abordagem na saúde pode ocasionar. Tal violência não se constitui por uma via de mão única dirigida dos profissionais para as usuárias e esta não pode ser entendida apenas como posicionamentos individuais. Atos de homo(lesbo)fobia (explícitos ou não) são também resultados de uma organização social que os favorece.

1. MULHER, MEDICINA E HOMOSSEXUALIDADE(S): VISIBILIZANDO O OBJETO DA PESQUISA

*É porque a mulher, quando vira mãe... [...] A gente não existe. A gente para de existir e começa a servir. Para de existir pra gente e começa a servir a uma criança e a um homem. É assim a vida da mulher.*²²

1.1 Mulher e feminilidade vistas pelas ciências biológicas e pela medicina

O corpo feminino tem sido, durante muito tempo, objeto privilegiado de atenção das ciências, em especial para aquelas áreas ligadas à medicina e ao funcionamento biológico do organismo. A partir do século XIX, o corpo foi sendo cada vez mais tomado como fonte de causalidade, não apenas dos fenômenos orgânicos, mas também de comportamentos, desejos e modos de ser dos indivíduos, definindo características comuns (ou intrínsecas) a cada sexo. E o corpo feminino ganhou um lugar de destaque nesse contexto. As mulheres tornam-se “objetos” de conhecimento a serem definidos, explicados, singularizados.

Importante destacar que até o final do século XVII predominava nos círculos científicos o modelo grego que Laqueur (2001) chamou de “sexo único”, ou seja, a desigualdade entre homens e mulheres não era percebida sob o ponto de vista de diferenças qualitativas ancoradas na anatomia dos órgãos sexuais e sim a partir de um ponto de vista gradualista e hierárquico: a mulher era entendida como um homem que não chegou a se desenvolver plenamente e, por isso, como um ser menos perfeito. Os órgãos sexuais da mulher eram entendidos como órgãos sexuais masculinos introvertidos, que, por não terem recebido calor vital suficiente na gestação, não puderam exteriorizar-se e chegar ao estágio final. Essa diferença hierárquica era definitiva para demarcar o papel social a ser desempenhado e a abertura para uma maior ou menor atuação política. Não era o critério estritamente sexual que importava nessa diferença e sim o *status* social.

No mundo clássico, importava menos o sexo do parceiro e mais o papel social desempenhado por esse. Assim, a pouca consequência atribuída ao sexo entre mulheres advinha do mínimo poder social desempenhado por elas na sociedade da época. Consequências muito mais graves adviriam no caso de as mulheres desempenharem posição

²² Fala de Iracema, enfermeira, em entrevista para a pesquisa.

ativa na prática sexual com um homem, pois assim, estariam simbolicamente questionando relações de poder socialmente solidificadas.

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

- 1) 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;
- 2) 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;
- 3) havia uma ênfase na 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 reflexo do papel social desempenhado por cada um deles.
- 4) havia uma reificação das mulheres e seu corpo era tomado como objeto de prazer a serviço do homem.

Tais características podem ajudar a entender como as relações entre mulheres eram praticamente invisíveis naquela época. Esse tipo de relação parecia não corresponder ao domínio do sexual. O papel social atribuído a mulher favorecia que as relações entre elas não colocasse em questão a ordenação hierárquica da sociedade e, principalmente, a “ausência” de penetração colocava essas relações fora do domínio do sexual.

Fazendo referência ao período em que o modelo do sexo único estava em vigência plena, Laqueur ressalta:

escreveu-se muito mais sobre sexo entre homens que entre mulheres porque as consequências sociais e políticas imediatas do sexo entre homens eram potencialmente muito maiores. Já o sexo entre mulheres tinha relativamente pouca consequência. (LAQUEUR, 2001, p. 67)

A partir do século XVIII, as ideias de dimorfismo sexual e de distinção ontológica entre homens e mulheres, fundamentada nas diferenças biológicas do aparelho genital, passaram a fazer sentido e romperam com o paradigma do “modelo grego de sexo único” até então vigente. Entretanto, como apontou Laqueur essa mudança de concepção não foi decorrente apenas de avanços científicos que permitiram verificar as diferenças anatômicas entre corpos de homens e mulheres (afinal, as técnicas de anatomia, dissecação de cadáveres e intervenções médicas e cirúrgicas no corpo encontravam-se disponíveis desde o século anterior). Rupturas epistemológicas (revolução científica, estabelecimento de dicotomias e classificações etc) e políticas (tensões geradas com a entrada da mulher no mercado de

trabalho, urbanização, maior participação pública das mulheres etc) ocorridas a partir daquele período, funcionaram como lentes que, utilizadas pela ciência, tornaram possível olhar para os corpos de homens e mulheres e percebê-los como essencialmente distintos. O olhar diferenciado para o corpo e para a anatomia das mulheres ocorre, então, em um momento em que foi politicamente importante naturalizar essa distinção, já que, nessa época, as disputas de poder entre homens e mulheres e a busca, por parte delas, de ampliação do espaço de atuação na esfera pública colocavam em xeque posições sociais outrora estabelecidas.

No livro *Sexual Visions*, Ludmila Jordanova (1989) apresenta reflexões acerca do olhar das ciências biológicas e médicas para os corpos masculino e feminino entre os séculos XVIII e XX. Para essa autora, a disparidade na forma de representar e na quantidade de imagens ou escritos científicos relativos a cada um dos sexos sinalizam que o chamado “conhecimento natural” é permeado por concepções de gênero que tomam diferenças entre homens e mulheres para regular pressupostos científicos. Esses, por sua vez, funcionam como mediação do conhecimento social. Ou seja, representações feitas pela (e em nome da) ciência, ao buscar explicar – por métodos objetivos e “comprovados” – fatos não apenas biológicos difundem-se e fundamentam noções sociais sobre papéis e diferenças de gênero. A argumentação dessa autora deixa nítido como as relações de similaridade entre mulher/natureza e homem/cultura foram estabelecidas a partir de metáforas científicas que tinham como base preceitos sexuais, como por exemplo, “penetração na natureza para descobrir seus segredos”, “dominação da natureza pela cultura”, “mãe natureza” ou “natureza fértil” que remetiam a funções e relações estabelecidas entre homens e mulheres. A suposta sensibilidade feminina, sua vocação para o cuidado e tendência a maior afetividade passam a ser explicadas em função de caracteres fisiológicos tais como fibras, ovário, útero²³ que reforçam uma ideia subjacente de feminilidade vinculada a capacidade reprodutiva.

Desta maneira, as imagens e representações científicas não seriam puros reflexos da realidade, mas sim das ideias presentes em torno daqueles sobre os quais tais representações se formularam. São fatos políticos que, ao reforçar modelos e fornecer explicações com base em fatos “naturais”, funcionam também como mantenedoras da ordem social²⁴. O privilégio dado às representações femininas nesse período parece demonstrar a necessidade de maior

²³ Recentemente, hormônios e neurônios podem ser considerados “a bola da vez” nas análises e ênfases das ciências biomédicas que tomam tais caracteres fisiológicos como responsáveis por boa parte dos comportamentos e desejos humanos. Uma análise atual a esse respeito pode ser encontrada nos trabalhos de Carvalho (2010) e Nucci (2010).

²⁴ No citado livro de Jordanova, há várias fotografias reproduzindo protótipos femininos de cera cuja ênfase em detalhes como sobrancelhas delineadas, imitação de pêlos, cabelos, cor da pele e expressões faciais buscavam refletir a melhor aproximação possível com o “natural”. Essas imagens parecem querer refletir a natureza intrínseca, não apenas do feminino, mas também de outros fenômenos do mundo que devem ser revelados pelo conhecimento científico.

vigilância sobre as mulheres, pois estas seriam mais propensas ao afastamento do “natural” e, nesse caso, representariam uma ameaça aos propósitos reprodutivos.

Analisando esse contexto a partir de teses produzidas na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro do século XIX, Fabíola Rohden (2001; 2003) demonstrou como, na verdade, esses “fatos naturais”, essas diferenças essenciais entre homens e mulheres, possuíam um caráter instável, pois eram percebidos como passíveis de influências sociais/culturais, que precisavam ser monitoradas pelas ciências biológicas e médicas. Estas desempenham um papel fundamental, pois fornecem normas pedagógicas que buscam evitar o desvirtuamento do que foi “naturalmente provido”. Os médicos tornavam-se então uma espécie bússola que, com seus ensinamentos e orientações, direcionava o comportamento das mulheres e sua “instabilidade emocional e sexual” no caminho dos propósitos naturais. Não é à toa que nessa época multiplicaram-se os tratados e manuais com ensinamentos sobre os comportamentos e atitudes desejáveis para as “damas”. Para essa autora, as teses estudadas evidenciam que

as características biológicas observadas nas mulheres correspondem, do ponto de vista dos médicos, a uma clara delimitação das suas capacidades físicas e mentais e, portanto, dos papéis que podem assumir na sociedade. (ROHDEN, 2003, p. 210).

As teses analisadas por essa autora sugerem que havia uma grande preocupação dos médicos brasileiros da época com os aspectos ligados à sexualidade e reprodução das mulheres. Voltavam-se, sobretudo, ao estudo de órgãos e funções reprodutivas femininas, dando pouca atenção a esses mesmos aspectos no caso dos homens. Nessa produção, alguns trabalhos eram direcionados, por exemplo, para o período da puberdade, pois nele constituía-se com maior clareza a delimitação anatômica da diferença sexual e, conseqüentemente, as características que tornariam a mulher essencialmente diferente do homem, vinculando sua anatomia e sexualidade exclusivamente à reprodução. Da mesma maneira, os estudos sobre menstruação, masturbação e menopausa reforçam a noção da instabilidade feminina e a necessidade de conhecer seus corpos, seus processos fisiológicos para garantir a diferença entre os sexos e o desenvolvimento natural da vida feminina. Numa das teses citadas pela autora fica evidente como o corpo qualifica também a vida social:

“em consequência do tamanho e da conformação dos ossos, da pequenez e moleza dos músculos, todos os movimentos são morosos, e que por isso mesmo a vida sedentária [ou seja, doméstica] lhes torna como necessária, correspondendo no físico à fraqueza que temos notado no moral.” (ANADRADE apud ROHDEN, 2001, p. 119. Acréscimo em colchetes meu.)

Nesse sentido, a ordem cultural exerce papel preponderante sobre os entendimentos científicos e as leituras a respeito da natureza e do ideal de mulher a ser atingido. Definindo a função reprodutiva como principal finalidade das práticas sexuais, a conduta sexual torna-se

objeto de observação, análise e intervenção. Diversas orientações sobre o modo correto de conduzir a vida sexual e afetiva passam a ser viabilizadas como normas a serem seguidas e o conhecimento médico torna-se uma das principais fontes de conhecimento a respeito da sexualidade, não apenas no meio científico, mas também no meio popular.

É fundamental destacar que, para as mulheres, a vinculação do sexo estritamente à reprodução trouxe como consequência o deslocamento do sentido do prazer sexual feminino. Analisando o conhecimento sexual na Inglaterra entre os anos 1500 e 1750, Patrícia Crawford (1998) 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 feto²⁵. A ligação entre prazer sexual/orgasmo feminino e concepção era tão forte nesse período que os casos de estupro resultantes em gestação não eram considerados como tal pela lei, pois a gestação seria a prova que teria havido do orgasmo feminino e, portanto, a atração da mulher pelo estuprador. Da mesma maneira, as mulheres poderiam recusar um potencial 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 reprodução²⁶, o prazer feminino deixou de ter uma função na procriação. O próprio prazer, ou necessidade de orgasmo para a reprodução, foi tomado como mais uma das diferenças fisiológicas 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 ideal a ser atingido.

Obviamente, como se pode perceber na argumentação desenvolvida até agora, no modelo de mulher desse período (e ainda presente na atualidade) não cabiam aquelas cujo comportamento, atitudes, práticas e desejos se assemelhassem ao que hoje conhecemos como homossexualidade feminina, pois isso seria contrariar os desígnios da natureza. A própria

²⁵ Essas ideias também estão presentes no texto de Laqueur (2001).

²⁶ Laqueur cita exemplos de situações da época que contribuíram para essa mudança de concepção como mulheres que engravidaram dormindo ou em coma.

homossexualidade, como um problema social, também surge nesse contexto e o termo passa a categorizar o erotismo entre pessoas do mesmo sexo como patologia/perversão, sendo considerado não apenas como uma prática, mas como um modo de existência antinatural. No tópico seguinte, veremos como a medicina contribuiu para o surgimento da noção de homossexualidade como algo patológico e antinatural.

1.2 Homossexualidade e Medicina: uma relação estreita

A relação estreita entre o campo médico²⁷ e a homossexualidade não é fato recente, ocorre desde o século XIX na Europa, quando o próprio termo foi difundido e as primeiras teorias científicas a respeito do tema foram formuladas²⁸, sendo o assunto logo apropriado 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. Esse lugar de poder assumido pela medicina perante os assuntos sexuais ganha força no final do século XVIII quando, segundo Foucault (2009), houve uma intensa produção de discursos sobre o sexo e a vida sexual que deixou de ser regida unicamente por preceitos da moral cristã, configurando-se como um objeto legítimo de estudo e contemplação pelas ciências médicas.

Uma gama de tratados e publicações médicas relativas às questões sexuais começou a circular naquele período, desde conselhos em revistas “femininas” sobre os comportamentos aceitáveis para mulheres casadas ao famoso *Psychopathia Sexualis*, de Krafft-Ebing, que consistiu num tratado sobre os mais diversos “transtornos sexuais humanos”²⁹. Tais escritos

²⁷ Ao utilizar o termo “campo médico”, refiro-me não apenas à medicina, mas a todas as disciplinas e profissões que se entrecruzam na prática médica. Recorro a esse termo, ao invés de “campo da saúde”, por reconhecer a forte influência que o saber biomédico exerce na maioria dos contextos dos serviços de saúde. Além disso, no caso da homossexualidade, a medicina, através da psiquiatria, foi um dos campos de saber que mais exerceu influência na inclusão e manutenção das práticas homoeróticas no conjunto das perversões.

²⁸ Uma das primeiras teorias sobre homossexualidade é creditada a Karl Ulrichs, um jurista, que nos anos 1860 elaborou o modelo de “hermafroditismo da alma”, tendo como objetivo legitimar e descriminalizar as relações entre pessoas do mesmo sexo, pois, segundo sua teoria, esse seria um comportamento natural e por essa razão não poderia ser criminalizado. No mesmo período (em 1869) foi criado o termo “homossexualidade” por Kertbeny que, tal como Ulrichs, ansiava pelo fim da prisão para quem mantinha práticas homossexuais. (ERIBON, 2008)

²⁹ Num artigo que analisa a contribuição de Krafft-Ebing para a criação da noção de sadismo na medicina, Pereira (2009) situa a atuação médica frente às chamadas perversões no século XIX afirmando que “antes da Revolução Francesa, a vida sexual não constituía propriamente uma preocupação médica. Tampouco a justiça estava preocupada com os atos eróticos em si, quando praticados no contexto da vida privada, apenas com suas consequências concretas no âmbito do escândalo público e da violência. Nesse momento histórico, o perito médico era solicitado apenas para deliberar sobre os eventuais danos

corroboraram a tese apresentada por Foucault (2009) no primeiro volume da História da Sexualidade, onde afirma que a incitação ao discurso, e não sua repressão, possibilitou a apropriação médica dos comportamentos sexuais e a produção de novas “verdades” sobre o sexo. Para Foucault, a própria emergência da noção de sexualidade pode ser situada nesse período, quando vocabulários específicos, categorização e classificação de atos e condutas sexuais, antes de promover apenas mecanismos repressivos ou proibidores de atos considerados ilícitos, passaram a definir os próprios sujeitos.

A implantação de uma nova racionalidade sobre os aspectos ligados aos modos de exercer papéis e comportamentos sexuais tornou-se – a partir da construção da diferença sexual – objetos de observação, análise e intervenção científica. A incitação ao discurso sobre o sexo produziu uma nova verdade, não mais explicada pelo ideal estritamente religioso e sim a partir do rigor metodológico que passa a “demonstrar” como determinados comportamentos atendem às “funções naturais” de cada um dos sexos. Enunciados técnicos passam, a partir de então, a traduzir os “fundamentos da natureza”.

Para Gayle Rubin (1993) permanece em nossas sociedades uma escala de aceitabilidade, um regime de valor sexual, onde o casamento heterossexual e monogâmico com sexo em casa para fins de reprodução, apresenta-se como o bom sexo e tudo que é diferente desse é considerado o sexo mau e anormal. Para ela, a opressão sexual ocorre também no controle sobre a vida erótica, tem finalidade política e a sexualidade humana não pode ser compreendida em termos puramente biológicos. Afirma ela:

como gênero, a sexualidade é política. Ela está organizada em sistemas de poder que recompensam e encorajam alguns indivíduos e atividades, enquanto punem e reprimem outros. (RUBIN, 1993. p. 34. Tradução minha³⁰.)

Comportamentos ou práticas que contrariem tais fundamentos passam a ser objeto de perseguição e interdição, não mais de caráter proibitivo e condenatório de culpas e pecados (como as perseguições inquisitoriais do século XVI), mas passam ao caráter pedagógico reguladas por um discurso técnico que determina sobre normalidade e patologias. Sexualidades tidas como desviantes (aquelas afastadas do trinômio configurado pela monogamia, casamento, heterossexualidade) são postuladas diferentemente umas das outras e surgem uma série de categorias classificatórias de doenças e desvios a elas relacionados.

Como apresentado no início desse capítulo, questões relativas ao corpo e à saúde da mulher vêm sendo apropriadas como objeto de estudo e intervenção da medicina e de outras

sofridos pelas vítimas de abusos. Só posteriormente – por ação da nascente sexologia no regime pós-revolucionário – é que o médico passaria a ser consultado para a avaliação clínica do acusado.” (p. 381)

³⁰ Like gender, sexuality is political. It is organized into systems of power, which reward and encourage some individuals and activities, while punishing and suppressing other.

áreas da saúde ao longo dos séculos. Entretanto, a estreita estabilidade entre sexo e função reprodutiva – reforçada pelo discurso médico-científico desde o século XIX – torna acidentado o processo de constituição das mulheres como sujeitos sexuais. Qualquer aspecto relacionado a possível existência de uma sexualidade feminina, ou seja, afastada do propósito reprodutivo foi, nesse período, lançada ao campo da patologia. Ora, se o sujeito da homossexualidade (ou a *espécie* homossexual, como preferiu Foucault) é construído na (e pela) sexualidade, a existência de uma homossexualidade feminina afronta a essa própria noção de que as mulheres seriam particularmente assexuadas. A “sexualidade” seria restrita ao âmbito masculino e falocêntricamente construída, ou seja, não há sexo sem penetração.

Sob o olhar da sociedade do século XIX, a homossexualidade feminina passa a ser situada entre dois poderosos dispositivos de regulação da sexualidade propostos por Foucault (2009). De um lado, a *histerização do corpo feminino* (relativa à patologização da sexualidade feminina em geral). Assim, como mulheres, as homossexuais sofrem com as condenações das atitudes e comportamentos que podem afastá-las da “vocação” para família e o cuidado das crianças. De outro, a *psiquiatrização do prazer perverso* (relativo a normatização das condutas sexuais). Desse modo, ao direcionar seus desejos para o mesmo sexo, mulheres homossexuais são expostas a concepções médicas e morais que as classificam como pervertidas sexuais. Esses dois dispositivos atuam no sentido de uma dupla patologização das práticas homoeróticas femininas. Se mulheres “normais” não têm desejos sexuais (pelo menos não tão imperiosos quanto o dos homens) o que dizer daquelas que não só os possuem, mas ainda os dirigem para outras mulheres? A despeito desses fatos, o homoerotismo feminino tem permanecido à sombra de um modelo que toma a heterossexualidade como norma, atribui privilégios ao homem/masculino e patologiza o prazer feminino. Esses fatos, aliados à ideia de que atos sexuais envolvem necessariamente penetração peniana, contribuem para a invisibilidade das mulheres homossexuais.

No século XX, as classificações médico-psiquiátricas foram sistematizadas no Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais³¹ (DSM), cuja primeira edição (de 1952) incluiu a homossexualidade no campo dos desvios sexuais permanecendo aí até a revisão da terceira edição do manual, em 1987, quando finalmente foi abolida do rol de transtornos psiquiátricos³². A retirada da homossexualidade da lista dos transtornos sexuais foi um

³¹ O DSM encontra-se atualmente na sua IV edição e tem sido um instrumento bastante difundido e utilizado por profissionais de saúde de vários países para auxiliar no diagnóstico dos comportamentos tidos como transtornos mentais.

³² Russo e Venâncio (2006), resgataram a trajetória política das revisões do DSM, destacando que o DSM III representou uma ruptura no modelo de descrição dos diagnósticos propondo-se uma edição com critérios objetivos e empiricamente comprováveis. Se, por um lado, essa edição favoreceu a retirada de categorias amplas com pouca possibilidade de comprovação através de critérios objetivos, por outro multiplicaram-se os comportamentos sexuais tratáveis e medicalizáveis.

fenômeno cercado de embates políticos, tanto entre correntes diversas da psiquiatria/psicanálise, quanto pela atuação do recente, e crescente, ativismo gay dos Estados Unidos, cujos militantes participaram com protestos e reivindicações das reuniões decisivas da revisão do DSM III.

Deixada de ser considerada formalmente uma patologia³³, a homossexualidade continua presente no campo da saúde. Com advento da epidemia da AIDS, no início da década de 1980, instaurou-se uma nova dimensão na relação entre medicina, saúde e homossexualidade, que se desloca da patologização para o cuidado. A associação entre práticas sexuais homoeróticas e a transmissão da AIDS, ocorrida no início da epidemia, ajudou a reforçar preconceitos, criou novos estigmas e, paradoxalmente, tornou imperativo o acesso ao serviço de saúde, medicamento e tratamento adequado. No Brasil, a articulação entre o Ministério da Saúde e os grupos sociais organizados ocorreu logo que surgiram os primeiros casos notificados. Essa aproximação permitiu a ampliação das políticas de prevenção às DST/HIV-AIDS, o financiamento para organizações não governamentais e instituições da sociedade civil, bem como a ousada quebra de patente de medicação antiretroviral realizada pelo governo brasileiro³⁴. A política de enfrentamento da epidemia da AIDS provocou uma transformação na sociedade brasileira, por um lado, possibilitou o debate sobre sexo e sexualidade de maneira mais clara, nos espaços de sociabilidade, nas campanhas de saúde e na mídia, por exemplo. Por outro, trouxe também a percepção de que os problemas de saúde da população homossexual seriam restritos às doenças sexualmente transmissíveis e HIV-AIDS, o que provocou duas consequências sérias: primeiro reduziu o conceito de saúde dessa população e, segundo (não menos grave), reforçou preconceitos acerca da “promiscuidade” de determinado segmento.

Entretanto, como venho ressaltando até agora, o olhar privilegiado das ciências biomédicas para a mulher enquanto sujeito reprodutivo, mas não sexual, excluíram do foco de atenção mulheres cuja prática, relações e desejos sexuais são homoeroticamente orientados. Da mesma maneira, a inclusão do cuidado com a saúde de homossexuais, inicialmente

³³ Os principais órgãos de saúde mundiais publicaram resoluções ou posicionamento contrário a patologização da homossexualidade. Em 1973 a Associação Psiquiátrica Americana (APA) retirou a homossexualidade do conjunto de comportamentos considerados transtornos mentais. Em 1990, em assembleia geral extraordinária, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou que a homossexualidade “não constitui doença, nem distúrbio, nem perversão”. No Brasil, o Conselho Federal de Medicina (CFM) adotou esse posicionamento em 1985 e o Conselho Federal de Psicologia (CFP) publica em 1999 resolução regulamentando a atuação dos psicólogos frente as questões de orientação sexual, proibindo a atuação no sentido do tratamento das mesmas.

³⁴ Para maiores detalhes sobre a quebra de patente de medicamentos antiretrovirais no Brasil e a posterior política de produção de medicamentos genéricos, ver, por exemplo, o estudo de Loyola (2008).

decorrente do contexto surgido com a epidemia de aids³⁵, foi direcionada para o sexo entre homens em decorrência da crença numa suposta invulnerabilidade de mulheres homossexuais à transmissão da doença. Na sessão seguinte darei destaque a importância da trajetória do movimento social na construção de uma agenda política para a inclusão de demandas específicas de lésbicas no campo da saúde.

1.3 Impacto do movimento de lésbicas na construção de uma agenda de demandas no campo da saúde

Com o advento da aids no início dos anos 1980, os estudos acerca da sexualidade vêm ganhando especial atenção das Ciências Humanas (VANCE, 1995; RUBIN, 2002). Entretanto, pode-se dizer que na produção acadêmica a homossexualidade feminina tem sido um tema pouco explorado se comparado às produções sobre homossexualidade masculina e sexualidades heterossexuais³⁶. Recentemente, o tema da saúde das mulheres lésbicas vem ganhando visibilidade em decorrência, principalmente da pressão do movimento social, que o tem inserido sistematicamente em sua agenda política. O tema esteve presente em todos os seis Seminários Nacionais de Lésbicas (SENALE)³⁷, realizados até o momento, e na Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Transexuais e Travestis (GLBT), de 2008³⁸.

A inserção do tema no movimento político pode ser resgatada a partir dos trabalhos de Almeida (2005; 2009) que, em sua tese de doutorado, traçou a trajetória do movimento organizado de lésbicas na busca pela produção de um corpo significativo no campo da saúde, especialmente no que diz respeito à vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e

³⁵ A partir de agora usarei nesse capítulo o termo aids em minúsculas para referir-me não à sigla de uma doença, mas ao fenômeno político ocorrido com o início da epidemia de AIDS (em maiúsculas em referência apenas ao fenômeno médico da doença). Embora, como demonstra Bastos (2002), a separação entre política e ciência é bastante difícil nesse contexto.

³⁶ A respeito das produções acadêmicas sobre homossexualidade masculina no Brasil, ver, por exemplo, o artigo de Carrara e Simões (2007).

³⁷ Seminário que acontece com periodicidade mínima de dois anos e reúne mulheres lésbicas e bissexuais com o objetivo de debater questões específicas da homossexualidade feminina. O dia 29 de agosto é assumido por boa parte desse movimento como “Dia da Visibilidade Lésbica” e essa data foi escolhida porque, nela, no ano de 1996, ocorria o primeiro SENALE.

³⁸ Em 2008 ocorreram diversas conferências públicas nos estados e municípios com participação de gestores, convidados, militantes e “representantes” de lésbicas, gays, bissexuais, transexuais e travestis como etapas preparatórias para a Conferência Nacional que aconteceu de 5 a 8 de junho em Brasília. Essa conferência teve como objetivo a discussão de vários temas e formulação de propostas de políticas públicas que visem garantir cidadania para esses grupos. Uma das decisões da plenária final, cercada de controvérsias, foi a adoção da sigla LGBT e não mais GLBT para fazer referência ao movimento. Essa mudança surgiu como demanda do movimento de lésbicas que vem lutando por maior visibilidade pública e política dentro do movimento social.

aids. Um caminho estratégico, segundo apontado em seu trabalho, para a inclusão de outras necessidades de saúde. Nesse percurso, é possível perceber que o início da década de 1990 inaugura a preocupação com a saúde do corpo lésbico no Brasil, quando a proximidade política e social com o movimento gay favoreceu a preocupação com a possibilidade de infecção pelo HIV e outras DST³⁹. Além disso, o contato com entidades internacionais que já discutiam o tema ofereceu os primeiros conhecimentos acerca de técnicas de prevenção/barreira que poderiam ser utilizadas no sexo entre mulheres.

É importante destacar que no início do movimento homossexual brasileiro não havia a distinção entre os grupos de gays e grupos de lésbicas. Essa distinção começou a ocorrer quando houve a percepção, por parte de algumas ativistas, de que havia demandas próprias e de que era necessária uma maior visibilização e afirmação dessa identidade. Aliado a isso, a identificação com proposições feministas, ou seja, a identificação com a pauta de “libertação” da mulher e com vivências mais “livres” da sexualidade, 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).

Ganhando identidade própria, os grupos organizados por lésbicas mantiveram diálogo e aproximação com o movimento gay e com o movimento feminista⁴⁰. A aproximação, no entanto, trazia tensões de ambos os lados, visto que a participação no movimento feminista de mulheres que, mantendo relações afetivo-sexuais com outras mulheres não assumiam uma identidade homossexual, ia de encontro à afirmação identitária, uma das principais bandeiras do movimento lésbico. Por outro lado, o movimento feminista, que lutava contra alguns estereótipos que recaíam tradicionalmente sobre feministas (tais como “mal amada, rancorosa e sapatão”), não assumia abertamente as demandas das mulheres lésbicas, contribuindo para a sua invisibilidade no seio do próprio movimento. Conforme afirma a esse respeito Almeida:

Existiria ainda uma forte “lesbofobia” no movimento feminista que é denunciada pelas entrevistadas e gira em torno da incorporação dos atributos tradicionalmente associados ao gênero masculino entre as lésbicas. Para algumas feministas, rejeitar as lésbicas seria legítimo por essas últimas tenderem a reproduzir em suas relações afetivas e sexuais os padrões de dominação vigentes entre homens e mulheres, principal alvo da crítica feminista. (ALMEIDA, 2005, p. 89-90).

Salienta-se ainda que, embora articulações feministas tivessem iniciado (desde o final dos anos 1970 e início dos anos 1980) uma pressão junto ao Estado para o rompimento da lógica materno-infantil e para a reestruturação da política de atenção à saúde da mulher

³⁹ Doenças Sexualmente Transmissíveis. Recentemente vários estudos têm utilizado a sigla IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis para fazer referência também às doenças transmitidas por contato sexual.

⁴⁰ Ao me referir aos movimentos feminista, gay e lésbico no singular não pretendo afirmar que havia ou que haja unidade em qualquer um desses três movimentos. Porém, por hora, opto por mantê-los no singular, visto que assim atende-se ao propósito de destacar características gerais dessas articulações políticas implicadas na problemática explorada nesse projeto.

visando a um modelo integral⁴¹, a referência a identidades como “lésbica” e “bissexual” ou à prática de sexo entre mulheres não foi uma questão prioritária nas primeiras formulações. Em 2004, o novo texto da Política Nacional de Atenção a Saúde da Mulher (ainda vigente) passa a incluir um tópico específico voltado para a “saúde das mulheres lésbicas”.

Se a invisibilidade da identidade lésbica dentro do movimento feminista pode ser apontada como um dos fatores que contribuíram para o não aparecimento de demandas específicas de lésbicas nas reivindicações por saúde reprodutiva e sexual iniciada por feministas, o contexto político instaurado com o surgimento da aids, em contrapartida, favoreceu a construção – pelo próprio movimento de lésbicas – de um corpo vulnerável no campo da saúde e do adoecimento. Ao mesmo tempo, é importante ressaltar que o caminho iniciado pela atuação das mulheres enquanto sujeito político, através do questionamento das normas patriarcais e da rigidez da posição da mulher na sociedade, possibilitou a recusa do modelo heteronormativo de sexo/gênero e a abertura para o surgimento do próprio movimento homossexual. A presença de lésbicas no movimento feminista contribuiu com esse processo, porém foi necessária a emergência de um sujeito político – “lésbicas” – para que se tornasse possível a sua visibilidade e existência pública.

A modificação no perfil da epidemia de AIDS, com aumento da incidência entre mulheres no início da década de 1990, contribuiu para instalar entre as ativistas a preocupação com a sua possibilidade de transmissão no sexo entre mulheres, posto que lésbicas nem sempre restringiam suas relações sexuais a mulheres exclusivamente lésbicas – podendo manter relações com homens, com mulheres bissexuais ou outras mulheres consideradas à época como “grupo de risco” (usuárias de drogas injetáveis ou que recebiam transfusão sanguínea). Com o tempo, a preocupação com a aids foi ampliada e direcionada para o cuidado com a infecção por outras DST, uma vez que ainda não havia comprovação da transmissão de HIV no sexo entre mulheres. A demanda por políticas públicas voltadas para saúde parece ter sido menos motivada pela “descoberta” de doenças prevalentes ou de um particular risco de adoecimento, e mais pela articulação político-estratégica junto ao movimento homossexual masculino nas ações de prevenção à AIDS, que permitiu uma maior

⁴¹ Embora o termo *modelo integral* proposto nessa época estivesse longe de atender à totalidade das necessidades de saúde das mulheres, é importante destacar que o PAISM (Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher), formulado pelo Ministério da Saúde em 1984, foi fruto também das articulações do movimento feminista que buscava a adoção de uma visão ampliada das mulheres pelo serviço de saúde, não necessariamente vinculada à maternidade ou ao controle de natalidade pelo Estado. Dessa maneira, as atividades ofertadas às mulheres no sistema de saúde com a implantação do PAISM foram ampliadas, sendo implantados, por exemplo, serviços de prevenção ao câncer de colo do útero e atividades de planejamento familiar com a possibilidade de escolha pela própria mulher do(s) método(s) a ser(em) utilizado(s). (VILLELA; MONTEIRO, 2005).

aproximação com gestores do Ministério da Saúde na busca por informação e financiamento de atividades de prevenção também para grupos de mulheres homossexuais⁴².

A via que passava pela aids, pelo movimento gay e pelas articulações junto ao Ministério da Saúde foi o caminho estratégico encontrado para dar visibilidade a questões de saúde/doença pertinentes a mulheres que mantêm relações afetivo-sexuais com outras mulheres. Como destaca Almeida:

Dizer que as lésbicas interpretam o apelo à saúde sexual como um atalho para a visibilidade pública não significa dizer que a vulnerabilidade das lésbicas não exista ou dizer que as lésbicas sejam oportunistas a pegarem carona na trajetória da Aids. Significa sim, dizer que o movimento de lésbicas busca dar, através da luta política em torno da Aids, os primeiros passos na direção de transformar um corpo de necessidades em um campo de reivindicações. (ALMEIDA, 2005 p. 86)

Como sabemos, a existências de grupos sociais organizados que demandam ações estatais pressupõe que há algo negado com relação aos seus direitos. A saúde, a partir de então é tomada pelo movimento de lésbicas como mais um dos direitos sociais que lhes são suprimidos. Sendo assim, a preocupação (pelo movimento de lésbicas) com a possibilidade de infecção por DST e AIDS nas práticas homoeróticas femininas deu início à reivindicação de maior atenção por parte do Estado para uma série de demandas no campo da saúde que a partir de então passavam a ser explicitadas.

Atualmente, a aproximação desse movimento com setores estatais locais e nacionais tem levantado preocupações não apenas no âmbito da saúde sexual, como também para outros aspectos da saúde física e mental, bem como questões estruturais de organização dos serviços tais como acessibilidade e formação dos profissionais para abarcarem tais demandas. Entretanto, há uma série de dificuldades que precisam ser enfrentadas. Para Almeida, um dos maiores entraves aos avanços na dimensão social do adoecimento de lésbicas diz respeito a própria assunção dessa identidade pelas mulheres:

Se as “mulheres que fazem sexo com mulheres” nem sempre se definem e querem ser vistas como lésbicas, torna-se difícil utilizar indicadores capazes de revelar o perfil da população lésbica no que se refere ao acesso à informação, bem como revelar seus gastos sociais e de saúde, seu acesso aos serviços de saúde, seu índice de desenvolvimento humano e a relação entre gastos com educação e saúde deste “grupo”. (ALMEIDA, 2005, p. 249)

Essa tem sido também uma das principais dificuldades da comparabilidade de estudos voltados para essa população no campo da saúde. Vários termos - como “lésbicas”, “bissexuais”, “mulheres que fazem sexo com mulheres”, “mulheres homoeroticamente orientadas” etc - têm sido utilizados para descrever ou fazer referência às mulheres que

⁴² Destaca-se que o Ministério da Saúde e mais recentemente a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM) têm sido fontes importantes de financiamento para a realização dos SENALE. Esses seminários têm sido um dos principais espaços de interlocução entre as diferentes organizações de lésbicas e mulheres bissexuais brasileiras e têm reunido nas suas seis edições um número crescente de participantes.

mantêm relações 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.

Considero importante que a reflexão sobre o objeto da presente pesquisa leve em consideração não apenas como os profissionais percebem a saúde de mulheres que se reconhecem numa identidade não-heterossexual, mas também daquelas que, não se reconhecendo identitariamente dessa maneira, mantêm práticas sexuais com mulheres e/ou mesmo daquelas que, sem reconhecimento identitário e sem prática sexual não-heterossexual, imaginam ou desejam parceria com outra mulher⁴³. Nesse sentido, mesmo considerando que a expressão *mulheres que mantêm relações afetivo-sexuais com outras mulheres* melhor se aproxima da reflexão proposta, opto por utilizar com maior frequência no decorrer do texto termos de maior conhecimento público (como lésbicas e mulheres homossexuais), que foram utilizados por mim nas entrevistas e conversas com os profissionais de saúde para a abordagem do tema⁴⁴, procurando possibilitar uma compreensão imediata do assunto por parte dos entrevistados, visto que são termos utilizados no cotidiano e de mais fácil compreensão.

No tópico seguinte trarei uma breve revisão de alguns, dentre os poucos, estudos nacionais sobre práticas de cuidado, identificação de riscos e incidência de doenças em mulheres com parceria feminina.

1.4 Estudos e pesquisas nacionais sobre lesbianidade e saúde

As citadas publicações de Almeida entre as pesquisas no campo da saúde de mulheres lésbicas são bastante importantes para compreender o contexto brasileiro que deu início a inclusão de demandas “lésbicas” no campo da saúde. Tais publicações ressaltaram a atuação do movimento social junto ao Estado buscando transformar um corpo tido como imune às

⁴³ Para um aprofundamento da discussão sobre identidades e práticas sexuais ver, por exemplo, Facchini (2008), Heilborn (1996), Dolan, (2005) e Carrara e Simões (2007).

⁴⁴ Em citação de estudos relacionados ao tema, manterei o termo utilizado pelos autores.

DST/AIDS em um corpo vulnerável à possibilidade dessa transmissão, fato que abriu caminho para afirmação de uma identidade social e política com necessidades específicas no campo da saúde. Com base em sua pesquisa, esse autor delimitou os principais argumentos utilizados para caracterizar essa vulnerabilidade, tanto por lésbicas quanto por ginecologistas⁴⁵. Do ponto de vista da *vulnerabilidade individual*, um dos argumentos encontrados buscava o afastamento da ideia de masculinização que caracterizaria lésbicas e a consequente associação do “corpo lésbico” ao feminino, objetivando com isso situá-las nas ações direcionadas às mulheres já abarcadas pela Ginecologia (como a prevenção às DST/AIDS e ao câncer de colo de útero) - senão pela sua prática sexual, ao menos por uma suposta identidade corporal feminina. Essa estratégia, entretanto, no âmbito do atendimento, parecia não ser muito eficaz, pois as lésbicas continuavam sendo percebidas pelos profissionais de saúde como “não mulheres”. Da mesma maneira, supostas práticas de risco (como a troca de fluidos corporais e o compartilhamento de acessórios sexuais) foram também utilizados como afirmação do argumento em torno da vulnerabilidade individual de lésbicas.

Outra série de argumentos gira em torno da construção da *vulnerabilidade social* desse grupo. Aqui são incluídos comportamentos gerais (não necessariamente ligados à sexualidade, tais como uso de álcool, drogas), situações de risco social (como o pertencimento a classes sociais menos favorecidas), e violências e desigualdade de poder nas relações que contribuiriam para limitar o acesso a informações de saúde e as negociações em torno do uso do preservativo, bem como a vigilância/alerta para o uso de barreiras e práticas de proteção.

O autor ainda elaborou, com base nas entrevistas com médicos e lésbicas, uma série de argumentos que também reforçam a ideia de uma *vulnerabilidade programática* de lésbicas à transmissão de DST/AIDS. Esses argumentos tomam os aspectos estruturais e de organização dos serviços de saúde, tais como, a dificuldade de acesso aos serviços, os programas oferecidos (notadamente voltados para a prevenção da transmissão da AIDS - mais que outras DST - e para as questões relacionadas a reprodução) e pouco preparo dos profissionais como fatores favorecedores da vulnerabilidade à infecções. Para o autor:

O problema da acessibilidade das lésbicas aos serviços de saúde foi um problema apontado como de maior complexidade do que aparenta. Ele envolveria e mobilizaria tensões em torno da revelação ou não da identidade, pois mesmo quando alguns grupos organizados (que trabalham de forma rotineira a necessidade de revelação da identidade) ofereciam serviços particulares com gratuidade às lésbicas desejosas e/ou necessitadas de consultas ginecológicas, o problema nem sempre era resolvido. Esbarrava-se no receio e na vergonha de enfrentar um profissional que, *a priori*, conheceria a identidade sexual. (ALMEIDA, 2009, p. 320-321)

⁴⁵ O autor se refere a esses profissionais como ginecologistas alternativos, em oposição à ginecologia tradicional cujas intervenções no corpo feminino são baseadas num modelo heterossexual/reprodutivo.

Além do trabalho de Almeida, outros estudos recentes têm despertado o interesse pelo tema⁴⁶. Pesquisas quantitativas populacionais e epidemiológicas, nacionais e internacionais, têm geralmente abordado questões como: vulnerabilidade para DST e AIDS, uso de álcool, fumo e outras drogas e revelam pouca possibilidade de comparabilidade quanto aos resultados encontrados em decorrência das diferenças de definição e seleção da população estudada.

Preocupadas com essa questão, Barbosa e Koyama (2006) buscaram estimar a população de mulheres que fazem sexo com mulheres no Brasil a partir de pesquisa com mulheres sexualmente ativas. Os resultados desse estudo demonstraram que 3% das mulheres já experienciaram práticas sexuais com parceria do mesmo sexo *ao longo da vida*. Quando observados outros recortes temporais mais recentes (*últimos cinco anos* e o *ano anterior*) esses dados diminuíram para 1,7%. Quando observados a partir do recorte referente ao sexo das parcerias sexuais (“exclusivamente com o mesmo sexo” e “com ambos os sexos”), o percentual para relações exclusivas com parcerias do mesmo sexo torna-se praticamente insignificante se considerada toda a vida das mulheres estudadas, definindo um número mais significativo (entre 1,2% e 1,7%) no período recente da vida. Esses resultados demonstram a fluidez de experiências sexuais ao longo da vida e apontam para a necessidade da incorporação de questões bem definidas sobre comportamentos homossexuais e bissexuais em inquéritos de base populacional.

Particularmente com relação ao HIV/AIDS, a feminização da epidemia, como já apontado, é um fator que vem contribuindo para uma maior atenção quanto à possibilidade de transmissão do vírus através de relações sexuais entre mulheres. Porém, os estudos sobre o perfil da epidemia deixam a desejar quanto ao registro da informação sobre orientação sexual das mulheres e, embora existam casos de AIDS registrados em mulheres que se auto-definem como lésbicas, não há consenso quanto à importância da transmissão por via sexual entre elas (PINTO, 2004; FACCHINI; BARBOSA, 2006). Por outro lado, vários estudos epidemiológicos têm apontado a existência prévia de DSTs como um fator que favorece a transmissão do HIV através do contato sexual. A tese de Valdir Pinto (2004) procurou descrever as características epidemiológicas das DSTs em mulheres que fazem sexo com mulheres e identificou que cerca de 40% das entrevistadas relataram história prévia de DST e os exames realizados durante a pesquisa foram positivos para vaginose bacteriana (33,8%), crescimento em cultura de fungos/candidíase (25,6%), trichomoníase (3,5%) clamídia (1,5%),

⁴⁶ É importante destacar que pesquisas anteriores sobre homossexualidade feminina foram realizadas no Brasil, dentre os quais pode-se destacar os trabalhos de Mott (1987), Portinari (1989), Muniz (1992) e Heilborn, (2004). Tais estudos, importantes para reflexão e contextualização das conjugalidades, discursos e sociabilidade homoerótica feminina, não abordaram diretamente a questão da saúde.

citologia oncótica anormal (7,7%); infecção por HPV (6,3%), hepatite B (7,0%) e C (2,1%) e infecção por HIV foi de 2,9%. Além disso, esse autor ressaltou ainda a importância da troca de fluidos ocasionada pela prática de sexo com parceira menstruada ou compartilhamento de acessórios sexuais para o aumento da possibilidade de infecção por HIV e por outras DST. Os dados encontrados nesse estudo apontaram que 44% das mulheres entrevistadas afirmaram a realização de sexo oral ou penetração (digital e com acessórios) com parceira menstruada e 45,5% não têm o hábito de trocar o preservativo em acessórios sexuais quando compartilhado com a parceira.

Para a reflexão proposta no presente estudo, mais importante que verificar a susceptibilidade ou ocorrência de doenças nessa população, é explorar a influência da heteronormatividade no cuidado e atenção a saúde de lésbicas. Nesse sentido, por exemplo, as pesquisas sobre mulheres que fazem sexo com mulheres realizadas por Facchini (2004), Granado (1998) e Meinerz (2005), destacaram 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 performance de gênero, classificadas como “mais femininas”. Assim, a suposição da heterossexualidade de tais mulheres (por familiares ou profissionais de saúde) facilitaria a adequação ao modelo heteronormativo e à representação comum de que “mulheres devem, desde a adolescência, procurar o ginecologista para receber orientações sobre sua sexualidade”.

Nessa mesma direção, a recente publicação de Facchini e Barbosa (2009) direcionada para avaliação do acesso aos cuidados de saúde de mulheres que fazem sexo com mulheres (de diferentes segmentos sociais, trajetórias e identidades sexuais, residentes na grande São Paulo), identificou 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 (hetero)sexual 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 a sexualidade⁴⁷.

⁴⁷ Sobre a frequência ao ginecologista, as respostas das mulheres homossexuais e bissexuais participantes da pesquisa realizada durante a 5ª. Parada da Diversidade de Pernambuco, 5% delas nunca frequentaram o ginecologista; 10% foram apenas uma vez; 13,8% frequentaram algumas vezes e 46,5% frequentam ao menos uma vez ao ano. (CARRARA et al, 2006)

Isso parece afetar também a própria condução de consultas ginecológicas que, de maneira geral, seguem protocolos baseados na conjectura de vida sexual heterossexual. De modo geral, os profissionais de saúde fazem perguntas sobre prevenção de gravidez e receitam medicamentos anticoncepcionais, mesmo para mulheres que mantêm relações exclusivamente homoeróticas. O entendimento de profissionais e das próprias mulheres quanto à necessidade de frequentar ou não o serviço de saúde pode estar assim relacionado à negação da (homo)sexualidade feminina, como se o sexo entre mulheres não fosse percebido como sexo real, sendo, portanto, as questões de saúde/doença associadas a vida sexual relativas exclusivamente às mulheres heterossexuais. Nesse sentido, a pesquisa de Coelho revelou que:

Das 52 mulheres que não falaram com o(a) ginecologista sobre sua orientação sexual, 30,6% receberam indicação de uso de métodos anticoncepcionais, 19,4% receberam indicação de uso de preservativo masculino (supondo relações heterossexuais), 3,2% foram encaminhadas para exames para verificação de gravidez e 4,8% ouviram o médico mencionar gravidez como hipótese diagnóstica. [...] das 59,5% de mulheres que já falaram sobre isso [sua orientação sexual] com o ginecologista, 15,3% afirmaram já terem vivido alguma situação desagradável.” (COELHO, 2001)

É possível que informações consideradas relevantes para o atendimento sejam ocultadas por receio das reações decorrentes da revelação de duas práticas sexuais. Isso pode impactar diretamente no tipo de abordagem, no tratamento indicado, na frequência ou não ao serviço e, conseqüentemente, nas condições de saúde dessas mulheres. Se as formulações de políticas de saúde, a estrutura ou organização dos serviços e os valores e concepções dos profissionais não levam essas questões em consideração é possível que os direitos de acesso a saúde e exercício da livre orientação sexual estejam sendo diariamente negados (BARBOSA; FACCHINI, 2006; FACCHINI, 2009). Como escrevem Barbosa e Facchini:

a consulta é vista como lugar de exposição da intimidade física e comportamental, sendo comuns relatos sobre a possibilidade de que o corpo possa de algum modo denunciar uma sexualidade/erotismo "desviante". (...) para a paciente, há a dúvida sobre a relação custo-benefício de informar ao profissional sua orientação ou práticas sexuais e, optando por informar, há a tensão e a ansiedade em relação ao acolhimento e à conduta posterior do profissional.” (BARBOSA; FACCHINI, 2006, p 27.)

Outra questão destacada nos trabalhos de Meinerz (2005) e Facchini (2004) diz respeito à ideia de que a própria relação entre mulheres seria um fator de proteção para DST e AIDS, já que há um imaginário em que tais doenças seriam transmitidas apenas nas relações com homens. Assim, as mulheres bissexuais ou as que mantêm relações com homens estariam supostamente em maior risco. Além disso, a fidelidade ou “estabilidade” conjugal é também referida como forma de prevenção, indicando a valoração moral das relações e parcerias. É importante observar que os materiais técnico-informativos e as campanhas na mídia têm destacado a penetração peniana como uma das principais formas de transmissão de

DST/AIDS e pouco ou quase nenhum enfoque tem sido dado a outras formas de contato sexual. Assim, os métodos de proteção (preservativos masculinos e femininos) também são pensados a partir de modelos de sexualidade heterocentrados. Os métodos de proteção/barreira difundidos para o sexo entre mulheres são, na verdade, adaptações de materiais utilizados para outros fins (tais como luvas, filme plástico, látex de uso odontológico ou camisinha masculina) e que, por essa razão, dificultam sua incorporação nas práticas sexuais, além de revelarem o precário investimento no desenvolvimento de novas tecnologias.

A pesquisa realizada por Mora (2009; MORA; MONTEIRO, 2009) analisou as relações entre vulnerabilidade às DST/AIDS e fluidez das práticas/identidades sexuais de mulheres jovens auto-classificadas como lésbicas ou bissexuais frequentadoras de espaços de sociabilidade pública no Rio de Janeiro. Com relação à expressão da sexualidade e práticas sexuais, esse estudo reforçou a fluidez na trajetória de experiências sexuais das jovens. Embora adotando narrativas que situam seus desejos e práticas no âmbito homoerótico, algumas jovens relataram encontros sexuais ocasionais com homens. Para elas, a susceptibilidade à transmissão de HIV/AIDS é reconhecida como uma preocupação para as mulheres heterossexuais e, de maneira geral, não se reconhecem como grupo que deve adotar um repertório de cuidados especiais com a saúde e com o corpo. A adoção de uma identidade dentro do repertório homoerótico, mesmo com experiências ocasionais com o sexo oposto, traduz, para elas, a ideia de proteção com a consequente baixa adoção estratégias de cuidado ou barreiras de transmissão (mesmo com conhecimento relatado de tais métodos). Entretanto, algumas participantes atribuíram pouca confiança na proteção da transmissão de HIV/AIDS nas relações estabelecidas com mulheres auto-definidas bissexuais, pois seu contato com homens supostamente aumentaria o risco de transmissão. Por outro lado, mulheres auto-identificadas bissexuais relataram, com mais frequência, a utilização de métodos de proteção com o sexo oposto.

Como conclui a autora desse estudo:

as expressões das (homo)sexualidades não se apresentam como estáticas. Estas informam experiências relativas a períodos, trajetórias de vida dos sujeitos, vivências em ocasiões mais ou menos circunscritas à esfera privada. Isto significa que o processo de construção da identidade social e sexual, em constante movimento, influencia a maneira como os indivíduos percebem e enfrentam situações de exposição ao risco para a AIDS. Dessa maneira, a desconstrução de representações alusivas a uma "invulnerabilidade" imaginária de mulheres com práticas homoeróticas (Dolan, 2005), colocado em pauta o desafio de elaborar estratégias de prevenção que vão além do uso contínuo de barreiras de proteção. (MORA, 2009, p.122. Tradução minha.)⁴⁸

⁴⁸ las expresiones de las (homo)sexualidades no se presentan como estáticas. Éstos informan de experiencias relativas a períodos de las trayectorias de vida de los sujetos, vivencias en ocasiones más o menos circunscritas al ámbito privado. Esto significa que el proceso de construcción de la identidad social y sexual, en constante movimiento, influye en la manera en

Esses são elementos importantes no atual contexto de demandas no campo da saúde para mulheres com parceria feminina. O papel desempenhado pelo movimento de lésbicas para a afirmação dessa identidade política e para a visibilidade pública dessas mulheres foi fundamental para o reconhecimento de suas necessidades no campo da saúde. Entretanto, as questões explicitadas pelo estudo de Mora trazem, para o movimento social e para o direcionamento de políticas públicas, a necessidade de reconhecer a fluidez de categorias, identidades e práticas sexuais e de intervir considerando a história sexual das mulheres, de modo que aquelas que não se auto-reconhecem lésbicas possam também ser inseridas como sujeitos de direitos no campo da saúde.

Como vimos, a produção acadêmica nacional que toma como objeto questões relacionadas a saúde das mulheres lésbicas tem dado grande ênfase aos aspectos relacionados a saúde sexual, seja com abordagem voltada para a transmissão de DST/AIDS (maior parte dos trabalhos), para a dinâmica das consultas ginecológicas ou ainda para o acesso ao exame Papanicolau⁴⁹. Essa característica pode ser justificada pela trajetória de criação de uma agenda de demandas no campo da saúde que surgiu e foi direcionada para o contexto de transmissão de DST/AIDS, sendo esses estudos parte das respostas demandadas pelo movimento, academia e órgãos geradores e executores de políticas públicas. É importante que esses enfoques sejam ampliados considerando, por exemplo, aspectos relacionados aos contextos de violência (física, social, institucional e psíquica) que muitas vezes estão interligados a outros agravos relacionados a saúde mental, uso de álcool e outras substâncias ou outros problemas orgânicos e psicossomáticos, favorecendo um conhecimento e direcionamento da atenção a saúde dessa população de maneira mais integral.

Além disso, tais pesquisas têm tomado como sujeitos ou informantes do estudo mulheres com experiência de parceria (sexual ou afetiva) feminina ou com identidades incluídas no repertório homoerótico. As falas das mulheres pesquisadas têm ecoado no sentido da necessidade de compreender também quais as concepções, modelo de formação e valores que podem estar relacionados ao modo como o atendimento é realizado e como as políticas de saúde são direcionadas. Abordar profissionais de saúde como informantes privilegiados nesse campo é fundamental, pois suas concepções e práticas relacionadas à

que los sujetos se perciben y enfrentan situaciones de riesgo frente al Sida. De esta forma, la deconstrucción de las representaciones alusivas a una “invulnerabilidad” imaginaria de mujeres con prácticas homoeróticas (Dolan, 2005), coloca en pauta el desafío de elaborar estrategias de prevención más allá del uso continuo de barreras de protección.

⁴⁹ A ONG Grupo Arco-Íris do Rio de Janeiro também realizou entre 2007 e 2008 pesquisa com mulheres sobre lesbianidade, bissexualidade e comportamento sexual com enfoque para a relação entre práticas sexuais e transmissão de DST e HIV que resultou numa cartilha informativa sobre o tema. Mais informações podem ser acessadas no site <http://www.arco-iris.org.br/lacoseacasos/home/>

sexualidade de usuárias (como demonstrou Almeida ao explicitar os argumentos para a vulnerabilidade programática) incide diretamente no maior ou menor acesso a informações e atendimentos nos serviços e, conseqüentemente, no acolhimento e cuidado com a saúde.

Até o momento, foram localizados apenas dois estudos nacionais⁵⁰ que incluíram, além de “mulheres que fazem sexo com mulheres” ou “lésbicas”, profissionais de saúde como sujeitos da pesquisa. Um desses estudos (PORTELLA 2009a; 2009b) foi desenvolvido em Recife/PE pelo SOS Corpo – Instituto Feminista para a Democracia⁵¹. As entrevistas com as mulheres, nesse caso, reafirmam dados encontrados em outros estudos que reforçam a ideia de que a presença de características percebidas como masculinas em mulheres lésbicas é fator importante para o maior afastamento dos serviços de saúde e para experiências de maior preconceito nos contextos de atendimento. As trajetórias amorosas, sexuais e reprodutivas das mulheres entrevistadas apresentaram-se semelhantes às de mulheres heterossexuais, com início da vida sexual dado a partir de relações com homens. As relações com homens, entretanto (mesmo quando ocorrendo em simultaneidade ou intercaladas com relações com mulheres), não favoreceram, para as mulheres entrevistadas, a auto-identificação como “bissexuais” e, no que se refere à esfera da saúde, são consideradas mais arriscadas para a transmissão de doenças, bem como para situações de violência. Em relação à transmissão de DST/AIDS, esse estudo corroborou a ideia de que mulheres lésbicas sentem-se menos expostas a essas doenças, embora muitas entrevistadas tenham referido diagnóstico de DSTs enquanto mantinham relações exclusivamente com mulheres.

A observação do funcionamento de unidades de saúde e entrevistas com profissionais (dos serviços de emergência, saúde da família, especializados para atendimento em DST/AIDS e policlínica) permitiram que as pesquisadoras categorizassem os discursos dos profissionais em relação à homossexualidade em “conservadores” e “progressistas”. Os conservadores tendiam a classificar a homossexualidade como pecado ou algo errado e os progressistas referiram maior preocupação com injustiças e exclusão social dessa população. A quase inexistência de formação técnica específica em torno da temática da homossexualidade e saúde reflete-se na prática profissional, pouco preparada para abordagem direcionada a pessoas não heterossexuais havendo, inclusive, dificuldade de identificar

⁵⁰ Ambos financiados pelo Ministério da Saúde/ Programa Nacional de DST/AIDS e desenvolvidos entre os anos de 2007 e 2009. Está em andamento outra pesquisa que tem como informantes médicos ginecologistas do Rio de Janeiro e está sendo realizada pelo Grupo Arco-íris (<http://www.arco-iris.org.br>).

⁵¹ Nessa pesquisa foram entrevistadas 17 usuárias dos serviços públicos de saúde de Recife que se auto-identificaram como lésbicas e 29 profissionais que atuam também em serviços públicos de saúde da capital pernambucana. Os profissionais entrevistados variaram entre médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, psicólogos, agentes comunitários de saúde, assistente social, nutricionista, auxiliar de higiene, estagiário de enfermagem, maqueiro, recepcionista e técnico de laboratório.

problemas de saúde que podem acometer mulheres lésbicas. A reflexão sobre o tema é dissociada da prática e geralmente é fundamentada em convivência com pessoas de diferentes orientações sexuais. Entretanto, aqueles que atuam em serviços especializados na orientação e tratamento de DST/AIDS demonstraram estar “mais sensibilizados”. Tal como as mulheres, os profissionais ouvidos por essa pesquisa mantiveram o discurso da baixa vulnerabilidade às DST/AIDS e reforçam práticas bissexuais como de maior risco.

A outra pesquisa, realizada em Porto Alegre por Knauth (2009), além de mulheres, teve como informantes médicos atuantes na rede pública do município⁵². Tal como no estudo de Portella (2009), esta pesquisa identificou o pouco preparo dos profissionais para trabalhar com questões relativas à sexualidade e diversidade de gênero, advinda da ausência de formação técnica. Todos os profissionais referiam que a abordagem do tema durante a graduação foi praticamente ausente e, quando existente, esteve vinculada ao conteúdo das disciplinas da Psiquiatria. No discurso referente à prática clínica, os profissionais demonstram insegurança e despreparo. Citam suas experiências pessoais de vida como instrumento “técnico” na abordagem de usuários homossexuais, por permitir – a partir dos seus contatos com amigos ou familiares gays e lésbicas – “compreender as queixas trazidas pelos pacientes” (p. 31). A pesquisa também identificou como recorrente nos discursos dos profissionais a atitude de “aceitação da homossexualidade”, que ora se justifica por um “não ter o que fazer” por se tratar de “uma condição física”, ora remete-se à solidariedade para com o suposto sofrimento psíquico de homossexuais que necessitariam de ajuda psiquiátrica. No que se refere ao atendimento ginecológico, bastante enfatizado por esse estudo, a autora destaca:

a expressão de gênero masculina, o fato de não ter filhos e a inexistência de relações heterossexuais na trajetória afetivo-sexual [de lésbicas] são os principais elementos que dificultam o acesso da população ao atendimento de saúde. Mais do que fatores isolados ou problemas específicos de uma parcela da população, esses resultados apontam também para os padrões de gênero que orientam o atendimento de saúde de uma maneira geral. (KNAUTH, 2009, p.51)

O pressuposto da heterossexualidade e a ideia de que tratar do tema é uma invasão de privacidade são as razões que, durante o atendimento, dificultam a abordagem da orientação sexual por parte dos profissionais. Por outro lado, para as mulheres, a explicitação verbal da orientação sexual é feita, de maneira geral, apenas quando questionadas a respeito pelo profissional de saúde, gerando o que a autora chamou de “pacto de silêncio” entre profissionais e usuárias. Os médicos argumentam o pequeno risco de infecção por DST/AIDS

⁵² Esse estudo foi desenvolvido a partir de entrevistas individuais, em casal ou em grupo com 35 “mulheres que fazem sexo com mulheres” usuárias dos serviços de saúde de Porto Alegre e entrevistas com 14 médicos atuantes em serviços públicos de saúde do município cujas especialidades variaram entre ginecologistas, infectologistas, clínicos gerais e médicos de família e comunidade.

com base em evidências epidemiológicas que descaracterizam essa população como vulnerável. Talvez por isso, o aconselhamento para uso de proteção durante o sexo foi pouco referido. A pesquisa também ressalta que olhar para lésbicas como um grupo homogêneo, com práticas sexuais fixas, tem contribuído para que se as considere como grupo menos suscetível à transmissão de DST/AIDS. A concepção de fixidez na orientação e na trajetória sexual (como também apontaram os já citados estudos de Portella e Mora) contribuem para a desconsideração de fatores importantes na transmissão de DST/AIDS tanto por parte dos profissionais de saúde quanto por mulheres que se auto-identificam lésbicas.

Como indicado na introdução, o interesse da presente pesquisa está centrado nas questões que perpassam a relação entre profissionais de saúde e usuárias, fatores que podem favorecer ou dificultar o atendimento e como essas questões são percebidas pelos próprios profissionais. Essa análise foi realizada tomando como recorte de pesquisa os profissionais e a dinâmica de funcionamento do Programa de Saúde da Família (PSF) que tem sido preconizado como a principal política pública do Estado brasileiro para viabilizar a universalidade no acesso aos serviços de saúde. No capítulo seguinte, apresentarei essa estratégia de saúde, sua implantação e funcionamento no município de Recife analisando limites e possibilidades desse modelo para a relação entre profissionais e usuárias(os).

2. PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: APRESENTANDO O CONTEXTO DA PESQUISA

Tem casos que a gente quer fazer alguma coisa para o paciente e termina ficando de mãos atadas, porque não tem condições. Porque, na verdade, falam muito de PSF, porque PSF é... como eu posso dizer?... tem limite.⁵³

Após 20 anos da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), é difícil visualizar a garantia efetiva da *saúde como direito de todos e dever do Estado*. Apesar dos avanços obtidos e dos diversos esforços que têm sido empreendidos por profissionais de saúde, sanitaristas, gestores, movimento social etc no sentido de buscar proporcionar melhorias na qualidade de vida e saúde da população, alguns entraves parecem ajudar a perpetuar políticas de saúde e regulação da oferta de serviços pautadas sob a lógica biologizante e centralizadora.

No Brasil, a crítica à concepção limitada de saúde ganhou expressão, principalmente a partir da década de 1970, com a atuação dos movimentos pela reforma sanitária que culminaram nas propostas da 8ª Conferência Nacional de Saúde e nos princípios do SUS incorporados à Constituição de 1988. Cabe destacar, no entanto, que as discussões a respeito da descentralização e hierarquização dos serviços de saúde aconteciam no Brasil desde a criação do Ministério da Saúde na década de 1950, sendo ofuscadas durante a ditadura militar e finalmente retomadas na década de 1980. Nesse período de retomada, acrescentaram-se discussões internacionais a respeito da concepção de saúde, que passou a ser entendida como direito de cidadania, ganhando também força a ideia da participação dos usuários nas discussões das políticas e na estruturação dos serviços de saúde. (LUZ, 2000)

Esse contexto favoreceu a criação, em 1994, do Programa de Saúde da Família que veio a se tornar uma proposta de mudança no modelo de atenção à saúde no Brasil, cujas ações devem estar direcionadas também para promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos⁵⁴. Desde então, esse programa tem sido apresentado como uma das principais ferramentas da política de saúde brasileira no sentido de viabilizar a mudança no modelo de atenção e, conseqüentemente, a melhoria de acesso e dos indicadores de saúde da população. Sua operacionalização tem ocorrido essencialmente através da implantação de unidades de saúde com equipe multidisciplinar formada por profissionais de medicina, de enfermagem (de

⁵³ Fala de Marina, 31 anos, agente de saúde em entrevista quando perguntada sobre as facilidades e dificuldades de trabalhar no saúde da família.

⁵⁴ Ao colocar ênfase na promoção de saúde e prevenção de doenças e agravos como uma das prioridades no PSF não significa dizer que essas ações devem ser realizadas em detrimento de outras ações de assistência à saúde, pois esse Programa tem como finalidade a resolutividade de grande parte dos problemas de saúde da população, evitando assim que esses cheguem a outros níveis de complexidade do sistema.

nível médio/técnico e graduado) e agentes comunitários de saúde.⁵⁵ Além disso, a estrutura física da unidade de saúde é situada no seio da *comunidade*⁵⁶ (em local vizinho ou próximo às residências da população atendida) e os profissionais devem atuar dentro de um território delimitado, passando a fazer parte de sua “clientela” apenas os residentes nessa área geográfica pré-estabelecida.

Essa proximidade geográfica, de acordo com os preceitos do programa, busca favorecer o contato dos profissionais com as condições de vida e de moradia dos usuários e parece demandar também certa reciprocidade e interação que extrapolam o tradicional modo de atuação dos profissionais, exigindo que seja levado em consideração – além das características da doença – o contexto social no qual os usuários e usuárias encontram-se inseridos. Mais que isso, o contato frequente dos moradores com os profissionais (nas consultas, intervenções, ações educativas ou mesmo na circulação pelas ruas do bairro), contribuiria para superar o paradigmático distanciamento profissional na relação médico⁵⁷–paciente, e o olhar fragmentado que caracteriza o modelo biomédico de compreensão da doença. Dessa maneira, a atuação dos profissionais não ficaria restrita às paredes do consultório ou da unidade de saúde, sendo esperado deles uma atuação no sentido da melhoria das condições de vida da comunidade, como se eles mesmos, ao participar do programa, passassem a fazer parte dela⁵⁸.

Criado inicialmente como um programa, “o Saúde da Família” tem sido apresentado atualmente como uma *estratégia* de mudança no modelo de atenção à saúde e, desde 1996, com a publicação da Norma Operacional Básica do SUS, sua implantação vem sendo estimulada pelo Ministério da Saúde, inclusive com incremento financeiro para os estados e municípios que a adotam. De fato, essa proposta foi inspirada em iniciativas particulares de profissionais de saúde e alguns movimentos sociais (no Brasil a partir de ações das pastorais de saúde e da criança, e de atividades de trabalhadores de saúde junto a comunidades mais

⁵⁵ Alguns estados e municípios brasileiros possuem equipes que integram ainda outros profissionais, tais como odontólogo, auxiliar de consultório dental, assistente social e psicólogo.

⁵⁶ Termo comumente utilizado por gestores e profissionais de saúde que atuam no PSF para fazer referência à população das áreas geográficas atendidas pelo programa. É importante frisar, como fez Mouzinho (1999), que a utilização dessa categoria remete também a grupos populacionais de baixa renda, à classe trabalhadora e grupos sociais que precisam manter certa organização para reivindicar e obter direitos. O termo “comunidade” é pouco ou quase nunca utilizado para fazer referência a grupos de camadas médias ou altas, mesmo que esses sejam organizados em associações ou entidades semelhantes.

⁵⁷ e outros profissionais de saúde.

⁵⁸ Nas equipes do PSF, o único personagem que faz parte de fato da vida comunitária é o agente comunitário de saúde. Diferente dos demais profissionais da equipe, o agente comunitário de saúde (ACS) não tem necessariamente uma formação específica da área da saúde. No processo seletivo são considerados principalmente o conhecimento que possuem sobre a comunidade (história, pessoas influentes, contato com lideranças) e a capacidade de articulação que possuem junto aos moradores. Além disso, devem residir há algum tempo na área de atuação da equipe de saúde da família da qual fará parte. A lei federal 11.350/2006 passa a exigir como requisito para o exercício dessa atividade: residir na área da comunidade em que atuar; haver concluído, com aproveitamento, curso introdutório de formação inicial e continuada; e conclusão do ensino fundamental, porém, esses requisitos não são aplicáveis aqueles que na data da lei já estivessem exercendo a função.

pobres) e também no modelo de médicos de família adotado em Cuba⁵⁹, cujas experiências exitosas no que diz respeito a aproximação com a comunidade, incentivo ao controle social, promoção de saúde e mudança na qualidade de vida da população acompanhada favoreceram as bases de sua formulação pelo Ministério da Saúde.

Chamo atenção para o fato que outras estratégias ou iniciativas no país que também são inspiradas nas bases ideológicas da promoção à saúde e melhoria da qualidade de vida para atendimento aos princípios do SUS não têm sido olhadas e incentivadas da mesma maneira pelo Ministério da Saúde, tornando o PSF a principal política de atenção primária a saúde no Brasil. Dessa maneira, o PSF parece manter a estrutura verticalizada de programas de saúde no Brasil que, mesmo criticada por diversos analistas de saúde, continua dificultando a autonomia dos estados e municípios. O financiamento vinculado à implantação de equipes de saúde da família colabora para a dependência hierárquica entre os entes federativos forçando os municípios a adotarem as estratégias propostas pelo Ministério da Saúde sob o risco de não conseguirem dar sustentabilidade a outros serviços de saúde para a população.

Nesse contexto, o Saúde da Família vem crescendo de maneira exponencial e continua como uma promessa de mudança no modelo de atenção a saúde no Brasil. Todavia, a motivação e o projeto político que viabilizaram a criação do SUS e repercutiram nas discussões e investimentos na atenção básica e promoção a saúde no Brasil não são as mesmas. A Saúde Coletiva volta (se é que deixou em algum momento) a conviver com a tensão junto ao campo biomédico que é refletida na formação dos profissionais de saúde.

A inversão na lógica do cuidado é uma das consequências positivas esperadas com a implantação das equipes de saúde da família. A mudança da prática assistencialista, focada na atuação sobre a doença, para uma atuação que leve em consideração as condições sociais, o diagnóstico de saúde da comunidade e a articulação intersetorial, exige que os profissionais atuem extrapolando as fronteiras do paradigma flexineriano da formação médica. Na portaria 648/2006 do Ministério da saúde, dentre as atribuições de todas as categorias profissionais vinculadas às equipes de saúde da família, estão incluídas, por exemplo:

“I - participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

IV - **garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde**, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde;

VI - **realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;**

⁵⁹ A respeito das interfaces do modelo dos médicos de família cubano com as primeiras experiências de médicos de família no Brasil ver, por exemplo, a tese de Bonet (2003).

VII - responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;

IX - **promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;**

X - identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersectoriais com a equipe, sob coordenação da SMS.” (BRASIL, 2006, grifos meus)

Porém, mesmo considerando que a configuração do PSF, ao exigir a aproximação com a comunidade e uma concepção ampliada de saúde, possa favorecer a atuação influenciada por saberes diversos que incorporem outras práticas de saúde como, por exemplo, a medicina popular ou a fitoterapia, as orientações contidas no programa nem sempre conseguem ser executadas na prática diária dos profissionais que, tradicionalmente formados e habituados à lógica biomédica, podem ter dificuldade em rompê-la, repetindo o modelo dos antigos postos de saúde com ambulatórios nos bairros.

O agente comunitário de saúde (ACS), por exemplo, mesmo possuindo *habitus* compartilhado com seus pares comunitários (pois também faz parte da comunidade), termina por internalizar posturas, linguagem e práticas consideradas condizentes com a atuação profissional na área da saúde. Tal internalização, ao mesmo tempo que favorece a diminuição da barreira entre ele e seus companheiros de equipe (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem), pode também viabilizar uma certa distinção na comunidade. As ações e intervenções, frutos do conhecimento acumulado na sua participação na comunidade (valorizadas pelo Programa de Saúde da Família como um fator que pode favorecer a aproximação com os outros moradores e a troca de experiências), passam a disputar poder com o campo biomédico que, pela sua hegemonia na área da saúde, é facilmente percebido como “único” dotado de legitimidade. Desse modo, um dos pontos fortes do PSF pode se evaporar, pois, ao se apropriarem desse campo de saber, afastam-se do saber construído junto à comunidade, distanciando-se dos seus pares e deixando de ser uma ponte entre dois mundos distintos.

Tal fato remete ao conceito de *sincretismo epistemológico*, utilizado por Octavio Bonet (2003) ao analisar a construção da identidade dos médicos da família no Brasil e na Argentina. Esse conceito indica a mesclagem de elementos provenientes de diversos campos de saber na atuação do profissional de saúde. Assim, a valorização do uso da fitoterapia, automassagem ou homeopatia como rotina pelos profissionais, por exemplo, pode conviver ao mesmo tempo com a consulta direcionada para sinais e sintomas e a utilização de medicamentos alopáticos. Contudo, para Bonet, a organização hierárquica entre esses elementos/campos de saber será dada pelos sujeitos (nesse caso os profissionais de saúde) –

que dará prioridade a utilização de um ou mais elementos em detrimento de outros – em função de sua história, sua formação, seus projetos e suas crenças.

Ora, se frequentemente o campo da biomedicina tem desvalorizado outros saberes e estigmatizado conhecimentos produzidos fora do seu controle e do seu campo (por exemplo, o tratamento de doenças ou males por parte de rezadeiras e “raízeiras” são associadas à ignorância e a credices das populações pobres) e como a formação médica continua privilegiando o modelo especializado, hospitalocêntrico e voltado essencialmente para atuação sobre a doença e os agentes etiológicos; não é difícil perceber que apenas a formulação de um programa como o saúde da família, mesmo que concebido como uma estratégia de mudança, seja insuficiente para modificar as práticas e, consequentemente, o modelo de saúde brasileiro.

Porém, como todo campo social, a configuração do PSF é permeada por relações de poder, conflitos e disputas (simbólicas, intelectuais, culturais etc). O desafio da viabilidade do programa para os fins propostos parece residir na capacidade de coordenar conflitos de diversas naturezas, contestando ou tensionando saberes hegemônicos. Assim, é importante lembrar que o *habitus* também possui uma capacidade geradora que fornece as estratégias de ação aos agentes, capacitando-os para atuar criativamente, desestabilizando o *status quo* (Bourdieu, 1990). Assim, profissionais de saúde, mesmo inseridos numa estrutura que favorece a biomedicina, possuem a capacidade de intervir e modificar essa estrutura, gerando novas acepções para no campo da saúde.

Os próprios princípios constantes nos documentos de formulação do programa parecem configurar-se como uma tentativa de ruptura que, num processo de constante tensão, busca subverter a ordem tradicional. Por isso, para favorecer, na prática, não um programa de saúde, mas uma estratégia de mudança no modelo de atenção, é importante que sejam gerados meios de fortalecer saberes não hegemônicos a partir, por exemplo, da interlocução com outras áreas de conhecimento, como as Ciências Humanas e Sociais e a própria Saúde Coletiva.

O que pretendo argumentar a partir do exposto, (e que os dados dessa pesquisa corroboram) é que o “saúde da família” *per si* não modifica a estrutura de serviço centrada na doença e nos programas prioritários e, muito menos, rompe com o olhar biomédico para o adoecimento no campo da saúde. Porém, suas formulações, as motivações pessoais dos envolvidos (trabalhadores, gestores e usuários), o contato com a realidade local e a interlocução diária com os agentes comunitários de saúde são elementos que podem potencializar a criação de novas práticas que permitam rupturas com elementos consolidados.

Esse jogo de forças – entre, por exemplo, os conhecimentos formais de médicos e enfermeiros, as representações dos agentes de saúde, os conhecimentos populares da comunidade e as vivências pessoais de usuários e usuárias – é constante e exige dos atores uma nova configuração de saber que rompa com a hegemonia de uma prática focal e fragmentada.

2.1 Para quem é destinado o Programa Saúde da Família?

Como destacado anteriormente, a equipe de saúde da família atua em uma área geográfica delimitada e sua população ou clientela é previamente estabelecida. Essa “aproximação” com a comunidade e a ênfase na promoção à saúde são, talvez, os dois principais fatores que diferenciam esse modelo dos outros de serviços tradicionais de atenção básica.

A definição das populações que serão cobertas pelas equipes segue geralmente o critério de risco: a prioridade é dada às áreas pobres, com baixos índices de saúde e precárias condições de moradia⁶⁰. Esse critério, guiado pelo princípio da equidade do SUS que prevê a disponibilização de serviços diferenciados para quem tem necessidades diferenciadas, coloca em questão o princípio da universalidade do acesso, uma vez que outros usuários (ou potenciais usuários) são estimulados, pela própria fragilidade do sistema público e precária oferta de serviços, a utilizar planos e serviços privados de saúde. A estratégia de saúde da família e a proposta de reorientação do modelo de atenção a saúde do país não é direcionada a todos os brasileiros. O critério de risco é uma forma de diminuir as desigualdades e possibilitar o acesso àqueles que têm maior dificuldade em obtê-lo e, de fato, algumas avaliações do programa têm demonstrado que sua implantação viabiliza mudanças nas condições de saúde daquelas populações⁶¹.

O direcionamento da estratégia para “a família” é outro elemento que merece reflexão. Desde o século XIX, as intervenções da medicina sobre a reprodução tornaram-se uma

⁶⁰ É importante destacar que nos municípios pequenos, aqueles com menos de 10.000 habitantes, a cobertura do Programa de Saúde da Família chega a ser praticamente universal (ou seja, para o total da população desses municípios). Por outro lado, a dificuldade em garantir a permanência de profissionais (especialmente médicos e enfermeiros) nessas localidades dificulta a qualidade das ações prestadas.

⁶¹ A esse respeito ver, por exemplo, a revisão de literatura realizada por Lourenção e Soler (2004). Em Recife, por exemplo, a ampliação do número de equipes ajudou a diminuir as taxas de mortalidade infantil, abandono de tratamento de tuberculose e hanseníase e número de internações hospitalares. Esses dados foram informados pela então Secretária de Saúde Tereza Campos no III Seminário Internacional de Atenção Primária, realizado em Recife em 2007.

estratégia eficaz de biopoder⁶². Essa nova configuração, tornou a família um *locus* privilegiado do olhar e atuação da medicina, que, enquanto saber legítimo, passou orientar sobre os devidos cuidados que deveriam ser tomados dentro do lar conjugal. É nesse período que a família, além de manter linhagens passa a incorporar a função “primordial” da reprodução higiênica e a responsabilidade para com a educação dos futuros adultos. Esta educação será viabilizada pelo saber médico que transformará essa “célula social” em um agente de constante de medicalização, através de intervenções e orientações sobre higiene e educação das crianças (FOUCAULT, 1979).

As mulheres passam então a desempenhar um papel fundamental nessa nova configuração familiar, pois dela será cobrada a garantia da boa educação das crianças. A naturalização de uma certa “vocação” para a família e o cuidado das crianças tornará condenável qualquer comportamento ou atitude que as afaste desse “caminho” sendo expostas a concepções médicas e morais que as classificam como histéricas ou pervertidas sexuais. Essas ideias têm permeado o olhar da ciência sobre as mulheres desde o século XVIII e permanecem refletindo-se vigorosamente nos atuais modelos de atendimento à saúde da mulher, inclusive aquele adotado no PSF, apesar das discussões forjadas no campo dos direitos sexuais e reprodutivos⁶³. Num olhar mais acurado para outros grupos que também podem demandar cuidados na área da saúde, como por exemplo, adolescentes, homens, gays, lésbicas etc, é possível perceber que a maioria dos serviços e dos profissionais de saúde não possuem respaldo técnico para lidar com essas demandas.

Essa breve apresentação da proposta do PSF e do contexto no qual ele surge, é importante para compreender o modelo de organização e funcionamento desse programa em Recife que será abordado no próximo tópico. Nos capítulos que seguem, será explorado como esse tipo de estrutura acomoda-se para atender mulheres e como os profissionais compreendem suas demandas e, sobretudo, como atendem aquelas mulheres cuja orientação sexual foge à norma heterossexual.

⁶² O biopoder é uma forma de controle das populações que se configura por intermédio de processos globais (como as estruturas técnico-científicas e médicas, como as técnicas de controle de natalidade e mortalidade) que agem sobre a vida das populações. O conceito foi elaborado por Foucault e está presente no volume I da História da Sexualidade (2009).

⁶³ A atenção dada às mulheres no PSF será explorada no capítulo seguinte.

2.2 Programa de Saúde da Família em Recife

Recife, capital do estado de Pernambuco, possui uma população de 1.612.270 habitantes, sendo que 46% com menos de 25 anos de idade e 53,5% desse total formada por mulheres⁶⁴. A beleza das pontes sobre os rios Capibaribe e Beberibe; das turísticas praias de Boa Viagem e Pina e das construções históricas dos séculos XVII e XVIII não consegue esconder as enormes desigualdades sociais que marcam a vida dos seus habitantes. Quase metade da população, cerca de 43%, possui renda per capita inferior a meio salário mínimo, constituindo a maior taxa de pobreza do país⁶⁵. As contradições sociais são visíveis por onde se anda: prédios altos, construções de luxo e grandes *shopping centers* estão ao lado de favelas em áreas planas e em morros que, em épocas de chuva, correm risco de alagamentos e desabamentos. Segundo levantamento da prefeitura, nenhum bairro da cidade está situado a mais de 1,2 km de distância de uma favela⁶⁶. Ao mesmo tempo, há regiões da cidade cujo índice de desenvolvimento humano (IDH) é maior que o calculado para países ricos, como, por exemplo, a Noruega. Tais contradições são também visíveis no campo da oferta de serviços de saúde. A expressiva expansão da rede pública de saúde municipal contrasta com o maior pólo médico do Nordeste, representado por um grande complexo hospitalar privado situado num bairro de classe média da cidade.

No que concerne ao Programa de Saúde da Família, as primeiras equipes foram implantadas em 1998 e em 2000 somavam 27. A partir de 2001 houve um significativo aumento na cobertura da atenção básica municipal que passou a contar com 103 equipes de saúde da família. Em 2009, o número de equipes chegava a 240, cobrindo cerca de 54% da população. Tal mudança pode ser atribuída ao contexto político nacional de incentivo à ampliação da atenção básica desde a publicação da NOB 1996, mas parece resultar principalmente do empenho das gestões da prefeitura e secretaria de saúde do município depois de 2001⁶⁷. No Plano Municipal de Saúde referente ao período de 2002 à 2005, fica evidente, entre as diretrizes⁶⁸ de gestão apresentadas no documento, a prioridade dada ao PSF:

⁶⁴ Segundo ultimo censo do IBGE.

⁶⁵ Segundo dados do IPEA (2009). Disponível em

http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/comunicado_presidencia/comunicado_da_presidencia_n25_2.pdf acesso em 12/01/2010.

⁶⁶ Araújo (2002).

⁶⁷ Desde 2001 a prefeitura do Recife é comandada por representantes de um mesmo partido político, sendo de 2001 à 2008 dois mandatos consecutivos do mesmo prefeito e a partir de 2009 pelo seu sucessor.

⁶⁸ Dentre as diretrizes apresentadas por esse plano também consta a melhoria da atenção a saúde da mulher com a “implantação de uma Política de Atenção à Saúde da Mulher. Redução da Mortalidade Materna. Humanização do Parto. Acesso a todos os meios Contraceptivos” (RECIFE, 2001, não paginado). O modelo de mulher para o qual o PSF está organizado e preparado será tema de discussão no capítulo seguinte dessa dissertação.

Ampliar para 150 equipes de Saúde da Família em dois anos. Nos 100 primeiros dias [de gestão] a ampliação deverá ser de 55 novas equipes. [...] Constituir o Programa de Saúde da Família e o PACS⁶⁹ como portas de entrada no Sistema de Saúde Municipal, garantindo atendimento resolutivo e de qualidade.” (RECIFE, 2001. Não paginado)

Essa mudança na oferta de serviços ampliou o acesso e a cobertura de saúde da população, tomando como prioridade as chamadas “áreas de risco social” com baixos indicadores de saúde e qualidade de vida. Nos mapas constantes no anexo B é possível observar que as áreas de implantação das unidades de atenção básica – PSF e unidades convencionais⁷⁰ – coincidem com as áreas mais pobres da cidade, cujos indicadores de saúde também são considerados precários.

Para buscar compreender a dinâmica de funcionamento de uma Unidade de Saúde da Família (USF) tomaremos como exemplo a USF Córrego das Flores⁷¹ onde realizei observação participante acompanhando as atividades desenvolvidas pelos profissionais.

2.3 A dinâmica na USF Córrego das Flores

Segunda-feira, oito horas da manhã. Desço a ladeira que dá acesso a comunidade do Córrego das Flores, passo pelo terminal de ônibus que fica numa área larga, para onde confluem as ruas, ladeiras e escadarias do bairro. Avisto logo a unidade de saúde. As cores, branco e vermelho, características dos demais serviços de saúde públicos do município e a grande placa com o símbolo da prefeitura e o nome da unidade sinalizam para onde devo ir. Nas paredes externas a pintura em grafite⁷², com desenhos coloridos e frases temáticas sobre saúde (“*saúde é vida*”; “*saúde a gente aprende brincando*”), parece querer seduzir a população adolescente e jovem para a aproximação com o espaço.

⁶⁹ O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) é anterior ao PSF e é baseado principalmente na atuação dos agentes de saúde (sob supervisão de profissional graduado na área da saúde, geralmente enfermeiro). A atuação desses profissionais tem sido bastante importante no combate à desnutrição, redução da mortalidade infantil e no aumento da cobertura vacinal. As experiências pioneiras de instituições como a UNICEF (Fundo das Nações Unidas para Infância) e a Pastoral da Criança no final da década de 1980 foram inspiradoras para a implantação do programa pelo Ministério da Saúde na década de 1990.

⁷⁰ Os termos “unidades de saúde convencionais” ou “modelo convencional de atenção básica” são bastante utilizados pelos gestores do município para referirem-se (em contraposição ao PSF) a unidades de saúde que são organizadas com foco no atendimento clínico realizados por médico e que oferecem atendimentos de especialidades consideradas básicas, tais como Ginecologia, Pediatria e Clínica Médica.

⁷¹ A unidade é batizada com o nome de um médico, porém é mais conhecida pelo nome popular que remete à comunidade. Essa situação é bastante comum nas USF de Recife e a adoção do nome da comunidade parece criar uma relação de adoção do espaço e dos seus profissionais como também pertencentes ao lugar.

⁷² Tipo de pintura em muros com frases e desenhos realizada com tinta spray. Atualmente o grafite já é considerado como forma de expressão incluída no âmbito das artes visuais.

Saúdo com um “bom dia” o vigilante que se mantém em pé próximo da entrada e me dirijo a uma sala em frente à entrada (“sala de marcação”⁷³) procurando a “Dra. Isaura”. Essa médica foi a primeira profissional da unidade com a qual estabeleci contato, tendo lhe apresentado anteriormente a pesquisa, buscando agendar o período de observação. Ela ainda não havia chegado e fui recebida pela enfermeira Carla, que me disse ter conhecimento da pesquisa através da médica Isaura, que havia comunicado o nosso contato aos outros profissionais. Carla logo trata de me apresentar a estrutura física da unidade, levando-me a cada uma das salas e informando sobre as atividades desenvolvidas em cada um dos espaços.

Há na unidade duas equipes de saúde da família. Cada uma delas é formada por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, além de cinco agentes de saúde na chamada “equipe 2” e seis na “equipe 1”⁷⁴. Cada equipe é responsável pelo atendimento de aproximadamente 1000 famílias ou cerca de 4000 pessoas. Uma equipe de saúde bucal formada por uma cirurgiã dentista e uma auxiliar de consultório dentário atua na USF Córrego das Flores, dando suporte para a população de ambas as equipes no que se refere às atividades de promoção, prevenção e intervenção sobre a saúde bucal⁷⁵. Além dos profissionais que compõem essas equipes, há os profissionais de serviços gerais, vigilantes, residentes e outros estudantes que, embora não façam parte do quadro fixo da unidade, realizam atendimento e auxiliam os profissionais nas rotinas de atividades.

Com a apresentação dos profissionais, logo percebi que a unidade é também um espaço por onde passam vários estudantes (residentes em Saúde Coletiva, residentes em saúde da família multiprofissional, estudantes do último ano dos cursos de medicina e enfermagem e outros estudantes vinculados a projetos de extensão e trabalhos acadêmicos com passagem mais esporádica que os primeiros). No período da pesquisa, havia no mínimo 13 estudantes desenvolvendo atividades na unidade.

Os profissionais, de modo geral, pareciam não estranhar minha circulação, nem as perguntas e anotações que fazia. O modo como fui acolhida e integrada às atividades desenvolvidas na unidade parecia situar-me próxima daqueles estudantes, como “mais uma que estava ali para aprender”. Mesmo assim, minha presença não passava despercebida e – da

⁷³ Um pequeno cartaz na porta indica o nome da sala. Nesse local são registrados os agendamentos de consulta e funciona também como uma espécie de ‘setor administrativo’ da unidade onde ficam computador, impressora, telefone, onde são afixados documentos como ofícios e comunicações internas para conhecimento dos profissionais e é a sala onde estão guardados os prontuários das famílias atendidas.

⁷⁴ Também é bastante comum em Recife que em USF onde atuam mais de uma equipe, cada uma delas seja reconhecida por um número que segue o nome convencional da unidade. Assim, nesse exemplo, as equipes são conhecidas como Equipe 1 do Córrego das Flores e Equipe 2 do Córrego das Flores.

⁷⁵ A proporção de equipes de saúde bucal em Recife segue a lógica de aproximadamente 1 para cada 2 equipes de saúde da família.

mesma maneira que eu buscava informações pertinentes à pesquisa – eles pareciam também “pesquisar” minhas intenções e avaliações a seu respeito. O diálogo estabelecido com a ACS Carolina é exemplar. Após ceder-me uma entrevista, ela pede meus números de telefone e avisa que vai me convidar para participar do grupo “*das pessoas consideradas pela sociedade diferentes*” referindo-se a ideia de formar um grupo com gays e lésbicas na comunidade. E comenta:

Quer dizer que você estava me observando e não me falou! [É, eu comentei com Isaura e também com algumas outras pessoas daqui da unidade] *E não falou pra mim!* [(risos) você também me viu esses dias aqui na unidade e não perguntou] *Eu não sou curiosa assim não. Agora eu que vou te entrevistar. O que você achou aqui do posto?* [e continuamos a conversa sobre a rotina da unidade de saúde de maneira descontraída].

Nesse mesmo dia, mais cedo, Carolina já havia comentado “*Eu acho Ana tão quietinha, fica aí só anotando*”, a enfermeira respondeu “*ela observa*” e Carolina continuou “*E é? Está escrevendo o que de mim aí? Só escreve coisas boas, visse?*”. Nessa aproximação (era a primeira vez que se dirigia diretamente a mim), ao mesmo tempo que sondava informações sobre minha permanência no serviço, parecia deixar claro os cuidados que eu deveria manter com uma possível avaliação negativa do funcionamento da unidade.

Quanto à estrutura física da unidade, apesar de conter um número razoável de salas (11, incluindo consultórios, farmácia, “marcação”, sala de vacina, sala de curativo dentre outras) não há muito espaço. O estreito corredor de acesso aos ambientes funciona também como “sala de espera” ao mesmo tempo que é local de circulação de pessoas. Por vezes, o grande número de pessoas, a falta de espaço e o calor (especialmente no período da tarde) causava-me sensações de desconforto. As portas e paredes funcionam como quadro de avisos e é possível perceber diversos informes – cartazes relativos ao funcionamento da unidade (horários de atendimentos e grupos), documentos perdidos, cartazes sobre eventos de saúde e sobre doenças, matéria de jornal sobre terapia comunitária, informe de uma ONG sobre cursos profissionalizantes (pedreiro, carpinteiro, eletricista, armador de ferragem), anúncios de eventos e festas na comunidade, dentre outros.

As consultas acontecem em dias e turnos específicos, dependendo da demanda que se está buscando resolver e os atendimentos são previamente agendados ou, no caso de atendimentos de idosos ou de “prevenção”⁷⁶, no mesmo dia. Geralmente são destinadas 10 vagas por turno de atendimento. Quando a consulta já está marcada ou quando há os

⁷⁶ Como são chamados os atendimentos para realização de exames citológicos e entrega desses resultados. Detalharei melhor essa atividade no capítulo 3.

atendimentos por demanda livre no mesmo dia, é comum que as usuárias e usuários cheguem e aguardem o atendimento nos bancos do estreito corredor de espera, na calçada da unidade ou saindo para dar uma volta e retornando em seguida para a consulta (essa situação é menos comum). Percebi alguns usuários reclamando do tempo de espera, mas, de maneira geral, observei que as pessoas não costumam esperar muito para o atendimento (algo entre 15 e 20 minutos).

Segundo informações da médica Isaura, a marcação é realizada por horário marcado e não por ordem de chegada. Assim, as pessoas agendadas para atendimento às 10 horas, por exemplo, precisariam chegar apenas próximo desse horário. Porém, é comum chegarem bem antes do horário agendado, inclusive antes do horário de abertura da unidade. Essa situação, provavelmente, está relacionada à época em que o serviço oferecido tinha os moldes de uma “unidade básica tradicional” e a dificuldade de marcação e agendamento favoreciam longas filas de espera. O atendimento direcionado a um número delimitado de usuários parece auxiliar na identificação de prioridades e melhor organização desses atendimentos. Entretanto, o único momento de marcação de consultas que presenciei foi bastante tumultuado:

Quando retornei do almoço, havia muita gente na porta da unidade. Não tinha visto uma quantidade de pessoas assim desde o primeiro dia de observação. Um aglomerado na porta da unidade do lado de fora, outro aglomerado do outro lado da calçada e quando entrei na unidade já havia algumas pessoas. contei rapidamente 44 pessoas, incluindo algumas crianças e dessas 44, apenas 2 homens. (para se ter uma ideia, imaginei que era alguma manifestação da comunidade para reclamar da greve das auxiliares de enfermagem que já durava várias semanas). Perguntei na unidade o que havia acontecido para tanta gente estar aglomerada e eles, estranhando um pouco minha pergunta, responderam “ah, é por causa da marcação para dentista”. Como o movimento dessa semana foi atípico (greve, faltas de um dos médicos, cancelamento dos exames de citologia) e esse era o primeiro dia de marcação durante a semana, isso parecia justificar o tumulto. Porém, segundo um dos profissionais, sempre que tem marcação o movimento é mais agitado. Hoje tudo parecia mais agitado que nos outros dias. Muita gente, cachorros latindo na rua (um chegou a entrar na unidade), crianças, furadeira funcionando (para colocação de uma grade na farmácia). No meio do aglomerado de pessoas uma voz grita “chegou Dr. Murilo” e todas em coro gritam “ê ê ê”. Várias mulheres aguardavam consulta com esse médico. (registro do diário de campo, quinta-feira 02/07/2009)

Nessa e em outras unidades em que visitei, é comum a organização das atividades por dias e expedientes da semana. Assim, por exemplo, na USF Córrego das Flores, as manhãs das segundas-feiras são reservadas para os atendimentos médicos direcionados aos idosos e, nesse mesmo período, as enfermeiras de ambas as equipes realizam consulta de pré-natal com gestantes. À tarde as enfermeiras realizam puericultura e os médicos atendimentos ou visitas. Nas terças à tarde, há atendimento médico na equipe 2 e exames de citologia realizados pelas enfermeiras. Nas quartas há atendimento de odontologia para usuários chamados de “especiais” (idosos, hipertensos, diabéticos e deficientes), tal atendimento é feito por demanda

espontânea. As tardes desse dia são reservadas ao grupo de “terapia comunitária”⁷⁷. As manhãs das quintas são reservadas para a realização do “grupo de homens”⁷⁸ que é coordenado por três ACS, com a participação de outros profissionais. Às sextas-feiras, no expediente da tarde, acontecem reuniões de equipe e a atividade que os profissionais chamam de “expediente interno”, na qual se organizam documentos e prontuários.

O diferencial do funcionamento de uma Unidade de Saúde da Família está na ruptura com os limites impostos pelos muros e pela estrutura física do serviço. As atividades dos profissionais não são limitadas aos consultórios, salas de vacina ou curativo. As consultas, reuniões educativas, grupos e outras atividades podem ser realizados nos domicílios, na rua, em igrejas, no terraço ou na sala da casa de um dos moradores. Assim acontece no Córrego das Flores, onde tive a oportunidade de acompanhar várias atividades em que a unidade parecia ocupar simbolicamente todo o bairro: a reunião do “grupo de homens” aconteceu num grande terraço sobre a laje da casa de um dos participantes; a “terapia comunitária” foi realizada na varanda de outra residência. As visitas que acompanhei junto com o médico transformaram os quartos e salas das casas em consultórios.

Isso não quer dizer que a implantação de uma unidade de saúde da família implique naturalmente o rompimento dos muros simbólicos de um atendimento focado na consulta médica ou de enfermagem, nos sinais e sintomas da doença, especialmente aquelas consideradas prioritárias para o Ministério da Saúde ou para as gestões estaduais ou municipais. O risco de uma USF funcionar de maneira semelhante à uma unidade de saúde básica tradicional é constante. Porém, o modelo proposto pela estrutura de uma equipe de saúde da família, na medida em que prevê a multidisciplinariedade e o contato diário com uma clientela específica, cria possibilidades de rompimento dessa lógica.

Nas visitas domiciliares que acompanhei com agentes de saúde e um dos médicos da unidade, pude perceber a relação de reciprocidade que esses profissionais estabelecem com as usuárias e usuários do serviço. Embora breve, esses momentos possibilitaram que eu entrasse

⁷⁷ A terapia comunitária é um grupo de convivência coordenado por dois agentes de saúde e por um dos médicos da unidade que passaram por um curso de formação antes de iniciar essa atividade como rotina no serviço. Funciona uma vez por semana no terraço de uma das casas da comunidade onde mora uma das frequentadoras do grupo. No dia que frequentei o encontro participaram cerca de 50 pessoas, era um momento também festivo por se tratar do aniversário de um ano de funcionamento do grupo. Segundo me informou o médico, o processo de terapia comunitária ocorre a partir do compartilhamento de alguns problemas ou situações de sofrimento vivenciadas pelos participantes. Depois, por votação, é escolhida uma das situações relatadas para diálogo no grupo. Como também era festa de comemoração, eles inovaram no processo pedindo que as pessoas contassem situações de vitória ou de orgulho, elegendo uma delas para ser comentada pelo grupo. A formação é em roda e há quatro princípios básicos: *silêncio* (quando um fala o outro escuta); *falar de si* (falar apenas de situações relativas a sua própria vida ou vivência pessoal); *não dar sermão ou dar conselho* (não dizer o que o outro tem que fazer, mas o que você pensa); *se alguém lembrar de uma música, canta* (a qualquer momento durante o processo).

⁷⁸ Grupo direcionado aos homens da comunidade com o objetivo de discutir temas relativos a saúde que são escolhido pelos próprios usuários. Detalho um pouco mais o funcionamento desse grupo no capítulo 3.

em contato com a realidade local, as condições de moradia e vida daquela comunidade. Enquanto caminhávamos pelas ruas do bairro, subindo e descendo as escadarias que davam acesso as casas do alto do morro, cruzávamos com moradores que sempre cumprimentavam e eram cumprimentados pelos profissionais que, geralmente, dirigiam-se a eles pelo nome.

A ocupação de um terreno próximo à unidade trouxe novos moradores para uma região periférica do bairro, exigindo a sua incorporação à clientela adstrita das equipes. As visitas que acompanhei com o ACS Paulo tinham como objetivo entregar os cartões com os novos números pelos quais a partir daquele momento as famílias seriam identificadas⁷⁹. “*Hoje vamos na 35, 42 e 55*”, comentou Paulo assim que saímos da unidade de saúde, referindo-se, pelos números, às famílias que iríamos visitar. A prioridade dessa visita foi dada por critérios de risco. Iríamos visitar famílias que, segundo avaliação dele, estavam em risco de adoecimento ou agravamento da sua situação de saúde. Essas visitas tinham como objetivo realizar uma nova avaliação daqueles casos e a atualização dos registros nos prontuários das famílias. Percebi que as visitas que fizemos naquele dia foram direcionadas a usuárias(os) idosas(os) ou hipertensas(os). As perguntas de rotina eram sobre as pessoas que moravam na casa, seus problemas de saúde, utilização adequada da medicação, renda familiar e condições de moradia (existência de mofo ou parede molhada, por exemplo). O ACS Paulo parecia conhecer a “personalidade” de cada uma das famílias que estava na programação e isso lhe permitia elaborar estratégias de acesso e organização do seu trabalho. Deixou por ultimo uma casa em que, segundo sua avaliação, a usuária era muito falante e gostava de conversar, avisando-nos para não puxarmos muito assunto. Noutra visita, sabendo da resistência que a moradora tinha em recebê-lo, resolveu visitar primeiro o filho, que morava na casa ao lado, e, dizendo que precisava também falar com a mãe dele, disfarçadamente possibilitou a convocação dela pelo filho.

As visitas dos outros profissionais (residentes, estudantes, médicos e enfermeiros) são geralmente acompanhadas do ACS “responsável” pela família. Há uma espécie de código de conduta implícito que não permite a visita desacompanhada do ACS. As visitas feitas pelo médico – diferentemente daquelas que acompanhei com ACS e estudantes – não tinham como objetivo o levantamento de informações para avaliação de risco, tratava-se de consulta domiciliar onde realizavam-se os procedimentos clínicos de aferição de pressão, ausculta, perguntas sobre sinais e sintomas, prescrição de medicação e anotações em prontuário.

⁷⁹ Cartão utilizado pelos profissionais para identificar o número de cadastro da família e informações como o nome do chefe do domicílio (geralmente a mulher), nome da rua e número da casa que serve também para ajudar a localizar o prontuário nos dias de atendimento na unidade.

Geralmente a necessidade dessas visitas é identificada pelo ACS, que informa e agenda um expediente para acompanhamento do médico. Essas são direcionadas, via de regra, para usuários acamados – idosos ou deficientes – que não possuem mobilidade para ir à unidade de saúde. Embora configure-se como uma consulta clínica, o contato com a vida cotidiana daqueles usuários muitas vezes exige que se extrapole o protocolo clínico, como podemos perceber no registro abaixo:

Na primeira casa que visitamos, havia uma moça de 28 anos deficiente (com paralisia cerebral decorrente de uma queda quando ela era ainda um bebê). Ela vive numa cama, não fala, “não interage” e tem os membros, braços e pernas, atrofiados. Quem cuida dela é uma mulher idosa de 69 anos (mãe), que, além dela, ainda cuida de duas crianças (netas), uma menina de 7 anos e um menino de 2. Quando chegamos na casa, a senhora nos levou até o quarto onde fica a jovem. [...] O quarto estava bastante sujo de poeira e o próprio médico tomou a iniciativa de tentar limpar o ventilador (que estava realmente muito sujo) com um pano úmido. Chamou um adolescente que também mora na casa (também neto da dona da casa) e solicitou ajuda para passar um pano no chão na tentativa de diminuir a poeira do cômodo. [...] Depois de tentar minimizar a situação de poeira excessiva, seguiu a consulta perguntando informações sobre a situação de saúde da moça e também da senhora idosa. Perguntou sobre as medicações que estavam tomando, renovou as receitas e prescreveu novos medicamentos. Enquanto isso a ACS também anotava algumas informações e aproveitou para perguntar à senhora sobre a última vez que tinha realizado a “prevenção”, informando em seguida os dias desse tipo de atendimento no posto. Depois que saímos da casa, o médico me falou que a tentativa de envolver o adolescente na limpeza do quarto foi de ‘caso pensado’, pois a relação dele com a avó é complicada e essa estratégia era uma maneira de tentar fazê-lo perceber ‘o quanto é difícil a situação da avó tendo que tomar conta de 2 crianças e da filha deficiente’, buscando assim sensibilizá-lo para a maior participação nas atividades de casa. [registros de diário de campo, manhã de sexta-feira 03/07/2009]

Nessa situação, a ida à residência permitiu o contato com uma realidade que dificilmente teria sido identificada na conversa do consultório. O problema respiratório que foi identificado na jovem com deficiência era também resultado de uma casa empoeirada, úmida e escura. Mais que isso, era decorrente também do contexto familiar que exigia de uma senhora de 69 anos a realização da limpeza da casa, a preparação da comida e o cuidado com a filha e dois netos pequenos. A iniciativa de “limpar o ventilador” – dificilmente imaginada para o papel social desempenhado por um médico – foi o caminho encontrado por ele para aproximar-se da única pessoa que poderia minimizar e dividir as responsabilidades da casa: um adolescente que, espelhando-se na imagem do médico, poderia mudar a atitude frente aos problemas enfrentados pela família.

Essa reciprocidade entre profissionais e moradores, entretanto, não deixa de ser uma interferência na vida privada dos indivíduos. A participação de médicos, enfermeiros,

auxiliares, agentes de saúde e outros profissionais na vida diária da comunidade impõe a adaptação a um modelo médico-sanitário que às vezes implica uma espécie de choque entre valores culturais diferentes. A ideia de saúde relacionada aos mais diversos aspectos da vida humana pode reforçar a interferência também nos mais diversos aspectos da vida social, tendo como consequência desde a aplicação de recursos em setores alheios ao campo (com a justificativa de estar promovendo saúde), até a agregação e legitimação de novos discursos e dispositivos de poder reguladores das condutas⁸⁰.

Vejamos outra situação reveladora, presenciada em uma visita com essa mesma dupla de médico e agente de saúde:

Na segunda casa também havia uma senhora idosa (aproximadamente 73 anos) e duas filhas, uma delas grávida. Além das perguntas sobre a situação de saúde da senhora, o médico perguntou sobre a vacinação do cachorro que havia na casa, pediu um pouco d'água para beber e perguntou sobre a forma de armazenamento e purificação dessa. Quando soube que a água que bebiam era armazenada em um pote de barro coada por um pano, receitou um medicamento caseiro (mel com hortelã miúda) para verme (giárdia) dizendo em seguida que inclusive ele iria tomar esse medicamento, pois havia tomado a água da casa. A ACS informou a gestante sobre o grupo de gestantes da unidade e disse também que as mulheres que participam desse grupo têm maior facilidade na marcação de dentista; informou a outra filha sobre os dias de atendimento para “prevenção” e sobre o uso do hipoclorito para higienizar a água. Depois das perguntas e procedimentos da consulta, o médico pediu para ver o pé de hortelã miúda que uma das filhas falou haver no quintal. Chamou-me para ir com ele e ver, além do o pé de hortelã, quatro papagaios que viviam no quintal. Saímos da casa, eu e o médico com mudas de hortelã. [registros de diário de campo, manhã de sexta-feira 03/07/2009]

À tarde, já na unidade, a agente de saúde comentou comigo que havia encontrado novamente a moradora da casa que visitamos:

“Lembra daquela mulher que a gente foi hoje pela manhã? A da água? [respondei que sim com a cabeça] Ela encontrou comigo e reclamou do que o Dr. falou. Ela disse que quase que dava uma resposta a ele: ‘ele fala [da minha água], mas [é ele que] só vive doente’⁸¹”. [a ACS então fez um gesto apontando para a cabeça como quem diz: ‘já pensasse que mentalidade!?’].

Aqui fica claro o desconforto da usuária ocasionado pela conduta médica em sua residência. Talvez, em outro contexto (a consulta no consultório, por exemplo) o comentário sobre a qualidade da água não tivesse sido percebido como invasivo. Durante a visita, o fato

⁸⁰ Sobre os riscos da adoção de um modelo ampliado de saúde ver, por exemplo, os artigos de Favoreto e Camargo Jr (2002); e Camargo Jr (2007).

⁸¹ Não tenho elementos suficientes a partir dessa pesquisa para registrar a fonte de informações que levou a usuária a afirmar que “o médico só vive doente”, porém, na semana que estive na unidade esse médico faltou por três dias consecutivos que pode ter sido compreendido por ela (ou mesmo informado por outros) que o motivo da ausência poderia ser decorrente de problemas de saúde.

ganhou outra dimensão por vir de um agente externo que, “sem ser convidado”, pareceu ignorar as influências culturais daquele modo de vida e interferiu nos hábitos daquela família.

A observação da dinâmica da USF Córrego das Flores demonstrou que há limites, mas também possibilidades. A valorização de cada um dos membros da equipe nos seus diferentes papéis descentra a figura do médico como única possível de promover a saúde. Os grupos educativos (à exemplo do “grupo de homens”) e sessões de “terapia comunitária”, conduzidos também por agentes de saúde e estudantes a partir de uma proposta pedagógica baseada no modelo de educação popular, demonstram que é possível ampliar a participação da comunidade e tomá-la como agente ativo na mudança das condições sociais e de saúde.

Porém, o exemplo da USF Córrego das Flores não pode ser tomado como modelo de funcionamento de todas as outras unidades e equipes de saúde da família, pois a história de cada comunidade, o compromisso, a formação e integração entre os diversos profissionais das equipes e a proposta de gestão adotada pelo município vão fazer com que cada modelo seja único, mesmo em unidades situadas em um mesmo bairro. Porém, a descrição da dinâmica do dia-a-dia da USF Córrego das Flores ajuda-nos a entrar em contato com situações cotidianas com as quais esses profissionais podem se deparar em decorrência de um modelo que propõe a aproximação e reciprocidade com a população.

2.4 Profissionais e motivações para atuação no PSF

A ampliação no número de equipes impactou o quadro de profissionais da Secretaria de Saúde do município. Atualmente há 2.679 profissionais atuando nas equipes de saúde da família do município (entre agentes de saúde, médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, cirurgiões dentistas, auxiliar de consultório dentário e técnicos de higiene dental). Os profissionais das equipes de saúde da família (incluindo as equipes de saúde bucal) representam cerca de 33% do quadro de profissionais ativos da secretaria de saúde e, como salientado anteriormente, são responsáveis pelo atendimento básico de saúde de 54% da população do município. Além desses, há ainda outros profissionais que não fazem parte da equipe, mas atuam nessas unidades como, por exemplo, agentes administrativos, gerentes, auxiliares de limpeza e agentes de saúde ambiental.

Os quadros constantes no anexo C apresentam o número atual de profissionais vinculados às equipes de saúde da família por categoria profissional, sexo e idade. Note-se

que a maioria é composta por trabalhadores com idade entre 26 e 45 anos, e as mulheres constituem cerca de 90% do total⁸². Quando observadas por categoria profissional, a participação das mulheres é um pouco menor entre cirurgiões dentistas e médicos, mas ainda assim constituem mais de 70%. A participação feminina nas profissões da área de saúde não é característica dos serviços de saúde da família. Tradicionalmente as mulheres vêm ocupando uma parcela importante do setor saúde, representando cerca de 70%⁸³ do total nacional e atuam, sobretudo, nas áreas cujas funções mantêm uma relação direta com o cuidado, tais como aquelas ligadas à Pediatria, Enfermagem, Psicologia etc. Tal fato parece reforçar a ideia de “profissões de mulheres” e “profissões de homens”, sendo as primeiras entendidas geralmente como mantendo características atribuídas ao comportamento e atitude do gênero feminino (tais como delicadeza, sensibilidade etc), parecendo manter a contiguidade com o “trabalho”⁸⁴ maternal (cuidado, higiene, assistência etc) e doméstico (limpeza, culinária, costura etc).

Na dinâmica do PSF de Recife, esse dado é bastante interessante, pois há equipes onde não existe sequer um profissional do sexo masculino. Por outro lado, quando há homens em funções como enfermeiro ou auxiliar de enfermagem, ocorre muitas vezes resistência por parte das usuárias a determinados tipos de atendimento, especialmente aqueles que envolvem aspectos da sexualidade. Como afirmaram alguns dos profissionais entrevistados:

Aliás a gente tá tendo uma dificuldade até com questão a prevenção porque como [o enfermeiro] é homem elas vem como um tabu não é?. 'Homem, não, não vou contar minhas intimidades íntimas a ele não, não'. [...] geralmente as mulheres tem esse tabu de [se for] homem não falar, não comentar, não dizer. Meu marido mesmo ele foi ACS e agora tá como auxiliar de enfermagem. Ele disse que no começo ele passou muito preconceito, falar de saúde da mulher, [ela] contar o que estava sentindo, tá entendendo? E ele foi conquistando a amizade delas, o respeito, saber que ele respeita ela como profissional por causa do tempo. Antes, pra tirar ponto [do parto] tinha umas que não queriam, só queriam mulher e hoje ele vê que a recepção é bem melhor. (Rita, ACS, 36a)

É importante salientar que o objetivo central desse estudo – identificar e analisar concepções presentes no discurso de profissionais das equipes de saúde da família acerca do atendimento e das necessidades de saúde de mulheres homossexuais – não pode ser dissociado do contexto de atuação e formação desses profissionais, pois parto do pressuposto que tais vivências são determinantes para as concepções de mundo desses sujeitos, para as

⁸² Esses números são similares aos encontrados em Minas Gerais, segundo dados do Observatório de Recursos Humanos em Saúde da UFMG (BARBOSA; RODRIGUES, 2006)

⁸³ Dados do censo da educação superior (INEP, 2003)

⁸⁴ Muitas vezes essas atividades nem são consideradas formalmente como trabalho e constituiriam uma das características intrínsecas de uma suposta natureza feminina.

relações que estabelecem com as usuárias, bem como para suas interpretações a respeito da sexualidade e dos fenômenos ligados ao adoecimento e a vida.

Para essa pesquisa, contribuíram como informantes, profissionais médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde, sendo quatro do sexo masculino e 12 do sexo feminino, atuantes em unidades de saúde da família do Recife há, pelo menos, um ano. Finalizo esse capítulo com uma breve apresentação desses profissionais identificando características de suas histórias de vida que motivaram a inserção no PSF. Pretendo assim aproximar as leitoras e leitores dessa dissertação com as(os) informantes desse estudo, antes de abordar suas concepções sobre mulher, homossexualidade feminina e saúde, objeto dos capítulos seguintes.

2.4.1 Enfermeiros

Joana atua em uma USF da zona norte do Recife. É branca, tem 34 anos e é católica praticante. Formou-se em 2001 numa universidade pública do estado. Já tendo concluído um curso de especialização em Saúde Coletiva, cursa atualmente outra pós-graduação, sendo essa na área de auditoria. Seu envolvimento com o PSF ocorreu logo após sua formatura de graduação, quando conseguiu trabalho como enfermeira de saúde da família num município do interior do estado⁸⁵. Joana passou por três unidades de saúde da família no interior do estado até ser aprovada no concurso público⁸⁶ para o PSF de Recife, onde atua desde setembro de 2008.

Eu já tinha estagiado, estágios de faculdade e tudo e sempre foi assim, os caminhos foram me levando ao PSF. (Joana, enfermeira, 34a)

Dentre as enfermeiras entrevistadas, **Dora**, é a que possui idade mais avançada: 46 anos. É casada em uma relação heterossexual, mãe de dois filhos, e se atribui a cor “parda”. Quando criança foi educada no catolicismo, porém, quando adulta, após buscar por algo que

⁸⁵É muito comum a demanda por profissionais para atuação no programa em cidades do interior, porém, a baixa fixação e a alta rotatividade dos graduados nesses municípios são bastante comuns, gerando uma oferta quase permanente de vagas para médicos e enfermeiros que muitas vezes, antes da conclusão da graduação, já possuem o primeiro emprego garantido. A precária infraestrutura dos municípios e os também precários vínculos de trabalho são, talvez, as principais razões dessa rotatividade. A respeito da baixa fixação e rotatividade dos profissionais ver, por exemplo, os trabalhos de Maciel Filho (2007); e Campos, Machado e Girard (2009).

⁸⁶ Em 2008, foi realizado o primeiro concurso público para os cargos de Saúde da Família do município de Recife. Antes disso, até 2001 os vínculos se caracterizavam por prestação de serviço e ou por atuação via cooperativas de profissionais. Entre 2001 à 2008 a Secretaria de Saúde manteve vínculo por contratos temporários formais de trabalho. Vale ressaltar que a configuração política da década de 1990, com ajustes fiscais e Reforma de Estado de inspiração neoliberal no país (Governos Collor e Fernando Henrique Cardoso) trouxe, como consequência, a precarização das relações de trabalho no PSF, contribuindo para que o início desse programa fosse caracterizado pelo desrespeito aos direitos trabalhistas e às mais diversas formas de “vínculo” dos profissionais ao Programa.

lhe permitisse “uma ligação com deus” teve contato com o Candomblé e o espiritismo Kardecista, tornando-se finalmente Adventista do 7º Dia, religião que pratica há 20 anos. Formou-se há 16 anos em enfermagem por uma universidade pública de Pernambuco em 1992 e antes de concluir a graduação atuou como auxiliar de enfermagem. Sua entrada no PSF ocorreu há apenas três anos através de “adesão”⁸⁷. Diferente das outras enfermeiras e do enfermeiro entrevistados, Dora ainda não cursou pós-graduação.

Eu sou prática. Estou aprendendo aqui com a médica, com a outra enfermeira, com as meninas [médica, outra enfermeira e auxiliares]. Elas são ótimas. (Dora, enfermeira, 46a)

Tal como Dora, **Iracema**, já possuía vínculo com a secretaria de saúde do Recife. Quando assumiu o cargo de enfermeira, após passar por concurso público em 1995, esperava atuar em policlínicas e emergências, mas foi convidada para trabalhar no então recente Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) onde permaneceu por apenas dois anos porque, segundo ela, achou “a coisa muito solta”. Depois de passar por uma unidade de atenção básica (onde ficou responsável pelos programas de pré-natal, hanseníase e tuberculose), retornou ao PACS em outro bairro e finalmente assumiu uma equipe de PSF em 2001. Iracema formou-se em 1994 também por uma universidade pública de Pernambuco e possui duas especializações, sendo uma em Saúde da Família e a outra na área pedagógica ou de licenciatura (tem dificuldade de precisar porque não gostou do curso). Além do vínculo com o PSF, também atua como enfermeira plantonista em maternidade pública estadual. Tem 39 anos, é casada em uma relação heterossexual e mãe de uma filha. Afirma não ter religião, mas acredita em “Deus, forças superiores e um pouco de tudo”.

Quando começou essa transformação da unidade básica tradicional para o PSF, eu achava que já estava encaixada com isso. Era todo o trabalho que eu já fazia na unidade: plantão, vacina, puericultura, tuberculose.... foi natural tudo. (Iracema, enfermeira, 39a)

Emília, a mais jovem dentre as enfermeiras, tem 30 anos e quanto à raça/cor considera-se “parda”. Teve educação católica, mas interessa-se pelo “espiritualismo”. Vive em união consensual com um homem e não possui filhos. Como todas as demais, formou-se em universidade pública, tendo concluído o curso em 2001. Cursou duas especializações, sendo uma em Saúde Pública e a outra em Saúde da Família. Como Joana, assim que se

⁸⁷ Adesão é uma espécie de programa de transferência oferecido pela secretaria de saúde do Recife para profissionais que já mantêm vínculo efetivo em serviços de saúde públicos e desejam atuar no PSF de Recife. A transferência se dá com incentivo financeiro de modo a equiparar à diferença salarial que o PSF mantém dos outros serviços. À guisa de exemplo, atualmente o salário de enfermeira do PSF de Recife está em torno de R\$ 4.748,00 (salário + gratificações) com carga-horária de 40 horas diárias. Uma enfermeira que atua em outros serviços da secretaria de saúde do Recife recebe salário de R\$ 1.481,20 para o exercício em 30 horas diárias.

formou começou a atuar em uma unidade de saúde da família do interior de Pernambuco onde passou 6 meses. Depois disso, atuou como enfermeira contratada do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) de Recife por três anos e, em seguida, como Gerente de Território⁸⁸ (também em Recife) por dois anos. Atuou ainda por três anos em outro PSF da região metropolitana de Recife e há quase um ano retornou para atuar em unidade de saúde da família do Recife, após ter sido aprovada em concurso público. Além do vínculo no PSF, Emília é enfermeira plantonista da emergência geral de um grande hospital estadual, mas não gosta muito. Falante, explica que desde a faculdade identificava-se com disciplinas e atividades voltadas para a Saúde Coletiva e o estágio realizado num dos Distritos Sanitários⁸⁹ de Recife durante a graduação motivou-a a atuar na área da saúde pública.

Então acho que, desde que eu me formei assim, eu tô nessa área de saúde pública. Sempre passo em PSF. [...] Eu senti um choque [quando passou no concurso para o hospital], sabe, em vir pra hospital, pra parte assistencial. Mas hoje em dia eu me adaptei. (Emília, enfermeira, 30a)

Carlos é o único homem dentre os profissionais de enfermagem entrevistados, e um dos 18 enfermeiros homens que atuam no PSF de Recife (enfermeiras são 264). Solteiro, 46 anos, auto-identifica-se como “negro” e tem dois filhos adotivos. Educado “em berço católico”[sic], a partir dos 11 anos tomou conhecimento da doutrina espírita kardecista que adotaria para si, quando adulto. Formado há 10 anos, também por uma universidade pública de Pernambuco, fez residência em Saúde Coletiva e cursou duas especializações: uma em saúde da família e outra em educação para a saúde. Acredita que ingressou na área de Saúde Coletiva por sua história de vida, pois desde cedo envolveu-se com ações da igreja católica, com a teologia da libertação e com um grupo que trabalhava em favelas tentando ajudar a comunidade a enfrentar os problemas sociais. Além disso, acredita que a formação em enfermagem contribui para o “pensar a Saúde Coletiva”. A primeira experiência de trabalhar no PSF ocorreu em 2001, num município da região metropolitana de Recife, embora já tivesse atuado no setor de atenção a saúde e na gerência de território logo que se formou. Em 2005, através do processo de adesão, ingressou na unidade de saúde da família onde atua até o momento.

Na verdade, eu acho que a formação, a história de vida da gente, leva muito a essa questão. Então como eu fui sempre muito envolvido com a questão da igreja, religiosa. Então a gente tinha um grupo e esse grupo trabalhava problemas sociais

⁸⁸ Gerente de Território é um cargo de supervisão e apoio dos serviços de saúde oferecidos em cada Distrito Sanitário. A esse profissional cabe o acompanhamento da situação sanitária da região que supervisiona, além de buscar promover articulação entre os setores de saúde ambiental, saúde da família, clínicas básicas e especializadas.

⁸⁹ A Cidade de Recife é dividida em seis regiões político administrativas (RPA). Para fins de gestão da secretaria de saúde do município, essas áreas são chamadas de Distritos Sanitários. Cada uma delas possui sede administrativa própria com equipe de trabalho que coordena e gerencia toda rede de saúde municipal implantada naquele território.

em favelas e por aí vai. E daí passou para o interesse pelo coletivo e, depois da academia, pela Saúde Coletiva especificamente. (Carlos, enfermeiro, 46a)

2.4.2 Médicos

Joca é um médico de 68 anos⁹⁰ que atua na Clínica Médica há 40 anos. É aposentado do cargo de médico vinculado ao Ministério da Saúde e atua em unidade de saúde da família de Recife há 7 anos. Esta é sua única experiência no PSF, embora antes de ingressar nessa função mantivesse consultório para atendimento popular (com foco para usuários portadores de diabetes e hipertensão) num bairro próximo ao local de atuação atual. Quando soube da ampliação do PSF, conversou com a Gerente de Atenção Básica de um dos Distritos Sanitários de Recife, demonstrando interesse em atuar no programa, sendo logo convidado para assinar um contrato e iniciar o trabalho. Passou recentemente no concurso público que o mantém com vínculo efetivo na mesma unidade de saúde da família onde iniciou o trabalho há 7 anos. Tem especialização em Saúde da Família.

Não é uma experiência nova, não, porque é mais uma questão de humanização, de uma medicina mais global. Porém o que nós sentimos ainda um déficit nessa medicina é que o povo ainda está carente de uma educação que é o principal [...] E a educação doméstica quando não existe já é consequência de alguma causa anterior de pessoas sofridas, né. Então é político. Também é político. (Joca, médico, 68a)

Isaura tem 51 anos, é casada numa relação heterossexual da qual possui duas filhas. Foi educada e permanece praticante da religião católica. Quanto a raça/cor, Isaura acredita-se “parda”. É médica há 24 anos e atua no programa de saúde da família de Recife há 3 anos, tendo atuado antes em outra unidade de saúde da família de município da região metropolitana. Possui duas especializações, sendo uma em Saúde da Família e a outra em Gerontologia.

Eu gosto muito de trabalhar com grupo, independente até da minha função aqui dentro, eu sempre gostei, desde o tempo de escola, essa coisa toda e até dentro da própria comunidade que eu moro mesmo, já participei de alguns momentos, algumas atividades, assim, Pastoral da Saúde, de grupos religiosos. Então, eu gosto. É uma coisa que não só permeia a questão da minha atividade profissional, mas da minha questão individual, mesmo, pessoal. (Isaura, médica, 51a)

Terezinha é a médica mais jovem, dentre os médicos entrevistados. Tem 39 anos e define-se como “branca”. Católica praticante, Terezinha é casada com o pai de sua única filha,

⁹⁰ Há apenas 20 profissionais (sendo 3 médicos, 1 enfermeira e 16 ACS) na faixa etária acima dos 65 anos em todo quadro de profissionais (2679) do PSF.

hoje com sete anos. É médica formada há 15 anos por uma universidade pública de outra capital da região Nordeste, sua cidade natal. Reside em Recife desde que se formou, pois nesse município cursou a residência médica em Ginecologia e Obstetrícia. Logo que concluiu a residência, em 2008, foi convidada por uma colega enfermeira para atuar em uma das primeiras equipes de saúde da família do município. Cursou também a primeira turma de especialização em saúde da família oferecida em Pernambuco. Nunca exerceu a Obstetrícia e tem atuado em Ginecologia dentro do ambulatório do PSF. Inicialmente, sua entrada no PSF ocorreu porque a experiência compensaria financeiramente as dificuldades enfrentadas por um casal recém-casado. Nessa época, possuía poucas informações sobre o programa, pois ele estava iniciando no Brasil. Assim que iniciou o trabalho, passou a se identificar por ver semelhanças com uma experiência que manteve, durante dois anos na graduação, num *“postinho comunitário do interior”*. Nesses 14 anos de atuação no programa, Terezinha passou por três USF. Após nove anos atuando na primeira USF, considerou que seu vínculo com a comunidade tornara-se *“um pouco cansativo, as mesmas queixas, as mesmas pessoas, o mesmo ritmo”*. Um *“problema com um paciente”* foi associado ao desenvolvimento de uma crise de síndrome do pânico que apressou sua transferência para outra USF em fase de implantação, onde permaneceu por um ano e seis meses, solicitando novamente transferência por uma questão de *“proximidade com o seu domicílio”*.

a minha ideia inicialmente, nos primeiros meses de PSF, era só fazer uma poupanzinha e depois montar um consultório de Obstetrícia e seguir a minha carreira normal. Só que aí eu mudei completamente né, de visão, depois que eu comecei a praticar mesmo a saúde comunitária né. Então assim eu comecei a ver que era realmente a minha praia né, assim... (Terezinha, médica, 39a)

2.4.3 Agentes comunitários de saúde (ACS)

A agente de saúde **Ana** tem 55 anos, é “parda”⁹¹, casada numa relação heterossexual possui formação e prática na religião católica. Iniciou suas atividades nessa função há 16 anos, sendo 11 deles trabalhando no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e os cinco anos mais recentes numa unidade de saúde da família da Zona Norte do Recife. A história de início no PACS é bem comum para boa parte das agentes de saúde de Recife. Em 2000, embora houvesse apenas 27 equipes atuando no PSF do município, o número de agentes de saúde era de 900 profissionais que foram, paulatinamente, sendo incorporadas às USF implantadas. Quando houve a seleção para agentes de saúde, Ana trabalhava como

⁹¹ Todas as classificações de raça/cor foram auto-atribuídas pelos entrevistados.

professora numa escola de primeiro grau do bairro e, de início, não teve interesse em participar porque achava que a função exigiria *“muito trabalho”*. Porém, estimulada por outros moradores que percebiam sua vocação para a função, resolveu participar da seleção no ultimo dia de inscrição e foi aprovada. Depois que iniciou o trabalho, passou a gostar e desde então não leciona mais. Ana mora, desde que nasceu, no mesmo bairro em que atua como agente de saúde.

Rita tem 36 anos, é “morena”, casada em relação heterossexual e praticante da religião evangélica. Atua como agente de saúde há 3 anos, após ter sido aprovada numa seleção pública para o cargo⁹². Com curso técnico em magistério, lecionou para uma turma de jovens e adultos, mas desistiu porque *“achava que não conseguia fazer com que eles aprendessem”*. Ela e o esposo estavam desempregados quando resolveram participar do processo seletivo para a função de agente de saúde. *“Vai ter uma seleção. Já que eu não tenho emprego mesmo aí eu me inscrevi, né?”*. O esposo passou em segundo lugar e foi logo contratado, ela foi classificada em terceiro lugar e não foi chamada de imediato, passando a trabalhar como auxiliar de higiene para uma empresa que presta serviço à prefeitura do Recife. Após dois anos, foi convocada para assinar o contrato como agente de saúde.

fiquei em dúvida se vinha ou não vinha porque eu tinha meu empregozinho certinho, tinha minha carteira assinada aí eu pensei ‘vou largar tudo por uma coisa....’ (Rita, ACS, 36a)

Lucas é o mais jovem agente de saúde entrevistado. É “negro”, tem 29 anos, não possui religião e define-se como “homossexual”. Atua como agente de saúde há sete anos e mora desde o nascimento na comunidade em que atua. Iniciou essa função em outra unidade de saúde da família geograficamente situada próxima da atual. Segundo ele, por decisão da secretaria de saúde a unidade foi fechada e os profissionais transferidos para a atual USF que é também conhecida como uma “unidade mista”, pois lá funciona tanto um serviço tradicional de atenção básica com médicos de especialidades, como também duas equipes de saúde da família. Atualmente, Lucas cursa a formação técnica em enfermagem e pretende exercer trabalho na área, com foco para o cuidado com pessoas idosas.

Meu trabalho é basicamente cadastrar as famílias. Depois de cadastradas, é ficar supervisionando essas casas. Com visitas domiciliares, mensalmente. E tem as

⁹² Tal como os outros profissionais das equipes de saúde da família, até 2001 os vínculos de trabalho caracterizavam-se por prestação de serviço e ou atuação por intermédio de cooperativas. No período de 2001 à 2008 foram formalizados contratos de trabalho temporários com esses profissionais. O vínculo público efetivo da maioria dos agentes de saúde atuantes em Recife foi viabilizado pela Emenda Constitucional nº 51 (de 14/02/2006) que permitiu a dispensa de processo seletivo público aos ACS que, tendo passado por seleção pública anterior, estivessem contratados na data de publicação da emenda. A partir de 2006 o vínculo profissional efetivo de agente comunitário de saúde no município passou a ser viabilizado por concurso público.

prioridades, que são as gestantes, os menores de um ano, hipertensos, diabéticos, tuberculose, hanseníase, que são os Programas da Saúde da Família. E idoso, principalmente. (Lucas, ACS, 29a)

Carolina é agente de saúde há 15 anos e recentemente concluiu o curso de auxiliar de enfermagem, o qual iniciou por incentivo da médica da equipe em que atua. Tem 50 anos e mora na comunidade de atuação há 42 anos. Foi criada na religião evangélica (Batista) e tem tio e avó pastores. Ainda participa de algumas atividades da igreja, mas não se considera frequentadora assídua. Foi casada, mas separou-se sem divórcio oficial e atualmente mantém um relacionamento que dura 16 anos com outro homem. Não moram juntos, pois, segundo ela, *“ele bebe muito (...) isso influencia. Assim, também o comportamento, a agressividade. Que nenhuma pessoa quer passar o dia todo trabalhando e chegar em casa e ser mal tratada, né?”*.

Paulo também é um jovem agente de saúde. “Branco”, 33 anos, solteiro sem relacionamento no momento. Foi educado na religião católica, frequenta a igreja em períodos festivos e lê a bíblia com certa frequência. Possui 2º grau completo e possui várias formações complementares como libras, inglês, espanhol, massagem terapêutica, auriculoterapia e Reik, o que permite outra forma de atuação profissional durante seu tempo “livre”. Atua como ACS há três anos, depois de atuar no movimento social e em instâncias de participação popular. Mora na comunidade desde que nasceu.

Bom, agente de saúde servidor público há 3 anos. Mas eu já fazia um trabalho de agente de saúde há um tempo atrás porque eu era voluntário, ficava no conselho gestor do X [diz o nome de um hospital psiquiátrico local], na categoria usuário do Distrito Sanitário e fazia parte do Conselho Municipal de Saúde, categoria de usuário. Aí a gente já desenvolvia o trabalho de agente de saúde porque o trabalho do agente de saúde voluntário tem uma história aqui na comunidade. A gente já trabalhava para a comunidade. (Paulo, ACS, 33a)

Marina, agente de saúde, “parda”, 31 anos, não possui religião, mas foi educada na religião católica. Diz que não se interessava pelo catolicismo e passou a se identificar com a religião protestante chegando a praticar, mas percebeu *“que não tinha nada a ver comigo também. Hoje eu acredito em deus”*. Tem um companheiro do sexo masculino com quem vive uma relação há cinco anos e moram juntos há cinco meses. É mãe de duas crianças, sendo uma filha de nove anos do primeiro casamento e um filho de um ano do relacionamento atual. Possui formação como auxiliar de enfermagem, mas nunca chegou a exercer a função. Atualmente, além do trabalho como ACS, sempre que consegue faz alguns “bicos” como garçone, cozinheira e lavadora de pratos para complementar a renda. O companheiro é

motoqueiro e trabalha fazendo entregas. Marina mora na comunidade onde atua desde os 16 anos. Aos 18 anos, Marina passou por uma seleção na comunidade para exercer a função de ACS. Foi motivada por uma tia que já realizava esse trabalho:

Eu achava muito bonito o trabalho dela. Ir nas portas, falar sobre saúde e acompanhar aquelas famílias, as crianças. Eu achava bonito. (Marina, ACS, 31a)

Evangélica desde criança, **Laura**, de 41 anos não possui filhos. Teve um companheiro com quem foi casada, mas desde que passaram a morar em casas separadas não iniciou nenhum relacionamento. Não chegou a concluir o segundo grau⁹³ e parou de estudar aos 17 anos. Aos 30 anos foi convidada para participar de uma seleção de agente de saúde, segundo ela, porque era professora numa escola comunitária para crianças (*“prezinho”*) e *“na época, as pessoas que tinham experiência com a comunidade eram bem mais vistas para ficar nesse trabalho”*. Iniciou a função no PACS e, em 2001, passou a integrar uma equipe de saúde da família. Sobre a motivação para participar da seleção, Laura diz:

E eu já achava muito bonito o jeito que elas [outras agentes de saúde] trabalhavam, como elas lidavam com a comunidade. Porque a gente tinha um vínculo de educação, elas tinham um vínculo de saúde. Como eram agentes de saúde, elas iam na casa da pessoa, tinham um vínculo maior. Eu achava muito bonito aquela questão da integração da pessoa, daquela confiança que a pessoa tinha na agente de saúde, aquela coisa. (Laura, ACS, 41a)

Ligia, católica, 41 anos, “indígena” e “cigana”, é divorciada, mãe dois de filhos (21 e 23 anos). No momento da entrevista não mantinha relacionamento amoroso. Concluiu o 2º grau com um curso técnico em contabilidade, mas nunca chegou a atuar nessa área. Iniciou o trabalho como agente de saúde em 2002, após ter sido aprovada numa seleção na comunidade. Como outros agentes de saúde, esteve vinculada a uma equipe do PACS e, após um ano, passou a integrar uma equipe de saúde da família. Quando decidiu participar da seleção, Ligia vinha de um período de dois anos desempregada, havia trabalhado *“em casa de família”* e também como camareira, mas, no período sem emprego, passou por algumas dificuldades: *“era um real pra comprar dois pacotes de fubá e um quilo de sal para eu e meus filhos comer”*. Foi informada da seleção por uma amiga, também agente de saúde. O processo seletivo foi demorado desde a divulgação até a convocação para o contrato. Nesse ínterim, conseguiu um trabalho *“em casa de família”*. Quando convocada, recebeu do casal para quem

⁹³ A lei federal nº 10.507/2002 que cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde passou a exigir, para o exercício da profissão, o ensino fundamental completo e o curso de qualificação básica para ACS. Todos os agentes em atuação cursaram a qualificação básica para ACS que foi organizada pelo município em parceria com a Escola Técnica de Saúde. Muitos dos primeiros agentes de saúde do município não possuíam o ensino fundamental completo, porém essa situação foi revertida a partir de 2001, quando a secretaria de saúde forneceu e incentivou a participação desses profissionais em turmas e telecursos de ensino fundamental e médio.

trabalhava a proposta de equiparação salarial à função de ACS e carteira de trabalho assinada. Mesmo assim, Ligia decidiu ingressar na profissão de agente de saúde. Nas palavras dela:

Eu me sinto bem em saber que estou ajudando o próximo. E então estou aí até agora”. “[...]uma coisa é a gente trabalhar tomando conta do filho dos outros. Não são todos os dias que estamos de bom humor. [...] como agente de saúde, o fato de eu não estar na mesma casa todos os dias, e poder ajudar as pessoas, para mim é muito gratificante. (Ligia, ACS, 41 anos)

Antes de passar ao próximo capítulo, retomo as motivações que me fizeram optar por ter os profissionais de saúde da família como informantes de uma pesquisa que tem como tema a saúde de mulheres homossexuais. Além das motivações ligadas a minha trajetória profissional na saúde pública e meu interesse pessoal pelo PSF, a configuração de atendimento disposta por esse programa tende a favorecer, como vimos, uma relação de reciprocidade entre profissionais e usuários. A clientela adstrita e a participação na rotina da comunidade permite que os profissionais busquem o contato com as usuárias e não apenas aguardem a demanda externa (como nos consultórios tradicionais). Além disso, a relação estabelecida individualmente com cada usuária e usuário não pode ser dissociada daquela estabelecida com os demais membros da família ou com a comunidade já que as diretrizes do programa valorizam a dimensão coletiva em detrimento da individual. Essas características tornam-se importantes uma vez que, como vimos no capítulo anterior, várias pesquisas têm demonstrado o afastamento dos cuidados de saúde por mulheres que se auto-identificam lésbicas ou que mantêm práticas homossexuais e o PSF tem se tornado, no caso de Recife, a principal via de acesso aos serviços de saúde para a população que depende do SUS para conseguir atendimento. Ao mesmo tempo, essa escolha impõe uma questão crucial para os objetivos pretendidos nesse estudo: como um modelo que demanda aproximação com a comunidade, conhecimento da família de usuárias e usuários e inserção na realidade local consegue estabelecer limites para garantir a autonomia e privacidade dos sujeitos? E como profissionais e usuárias lidam com situações que, se reveladas, podem explicitar estigmas sociais e levar a atitudes de preconceito, violência e discriminação?

3. UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UM LUGAR DE (E PARA) MULHERES

As mulheres vêm, na maioria das vezes, pra trazer os filhos. [...] quando ela está gestante, também vêm pra essa questão do acompanhamento, pra fazer prevenção, as mulheres vêm mais. [...] Ela vem muito mais. Mulher de toda idade⁹⁴.

A preocupação com as condições de saúde da mulher no Brasil pode ser demarcada a partir da segunda metade do século XX⁹⁵, quando o alarme com os altos índices de mortalidade infantil no país favoreceram a identificação da necessidade de uma atenção específica às mulheres no pré-natal como medida de promoção de um melhor parto e, conseqüentemente, da proteção da vida da criança no primeiro ano de vida. O cuidado pré-natal, embora voltado para a mulher grávida, tinha como objetivo primordial a saúde do recém-nascido antes mesmo que esse viesse ao mundo. Assim, era pouco provável que mulheres fossem vistas pelos profissionais de saúde da época considerando necessidades que não incluíssem o cuidado com as crianças.

O aumento da preocupação das lideranças mundiais com o tamanho das populações (especialmente nos países em desenvolvimento) e o avanço nos métodos de controle da natalidade propiciaram a inclusão dos medicamentos contraceptivos e cirurgias de laqueaduras tubárias entre as ações viabilizadas pelo Estado para a saúde da mulher. Porém, o foco na concepção e contracepção reafirmava a valorização social da maternidade para as mulheres. Assim, o binômio materno-infantil permaneceu como enfoque principal das ações de atenção a saúde da mulher até a década de 1980. (VILLELA; MONTEIRO, 2005)

O fortalecimento do movimento feminista no Brasil e o aquecimento do debate mundial acerca das noções de direitos reprodutivos e direitos sexuais contribuíram para situar as mulheres como sujeitos de direitos, independente das funções reprodutivas e maternas atribuídas a elas. Tal fato teve repercussão na estruturação de novos programas de saúde e, em 1984, o Programa Materno Infantil do Ministério da Saúde foi substituído pelo Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM). O PAISM, elaborado pelo ministério da saúde a partir de contribuições do movimento feminista, representa um marco para a assistência a saúde da mulher no país, pois ajudou a ampliar a atenção e o acesso das mulheres aos serviços de saúde e a disseminar entre os profissionais do setor a necessidade de uma assistência que leve em consideração - além da tríade gestação, pré-natal e puerpério - outros aspectos da

⁹⁴ Fala de Laura, agente de saúde, durante entrevista para a pesquisa.

⁹⁵ Antes desse período, o foco das preocupações de saúde era voltado para as crianças, com ênfase nas ações educativas de cuidado e higiene, vacinação e nutrição.

vida da mulher tais como a saúde sexual, a prevenção ao câncer de colo e câncer de mama e a saúde mental. (BRASIL, 1984)

Entretanto, como ressaltado por Villela e Monteiro (2005, p.21), a conjuntura política que se instalava com a implantação do SUS e o advento da epidemia de HIV/AIDS no início da década de 1990 foram alguns dos fatores determinantes para a não implantação efetiva do PAISM tal como foi formulado. A descentralização da gestão e dos serviços de saúde no país, ao mesmo tempo em que favoreceu a ampliação do acesso de usuárias e usuários, trouxe dificuldades, pois alguns técnicos e gestores locais não foram tecnicamente preparados para dar conta da implantação e acompanhamento das ações propostas pelo PAISM. Por outro lado, o investimento no Programa Nacional de DST/AIDS como estratégia de controle da epidemia favoreceu um modo de abordagem e intervenção em sexualidade e saúde, cujo enfoque no ato sexual desconsiderava a abordagem integral proposta pelo PAISM. Mais adiante, ao analisar as interfaces entre homossexualidade feminina e saúde, retomarei a análise do contexto de surgimento da epidemia de HIV/AIDS como momento estratégico para a aproximação do movimento social junto ao Estado e os paradoxos inerentes a essa parceria.

Ainda que formulado a partir de um texto considerado progressista para época – e mesmo com outros avanços propostos pelas diretrizes da atual Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (BRASIL, 1984; 2004) que busca ampliar ainda mais o olhar para as necessidades de saúde das mulheres ao focar as desigualdades de gênero, inserir a atenção em saúde mental, o recorte de raça e de orientação sexual – as dificuldades de consolidação de uma política de saúde da mulher que ultrapasse os papéis sociais tradicionalmente atribuídos a um corpo anatomicamente definido como feminino parecem ainda ressoar nos atuais modelos de atendimentos.

A estratégia de saúde da família adotada no Brasil não escapa a essas concepções. A ruptura com a lógica materno-infantil demandada pelo movimento feminista desde as décadas de 1960 e 1970 parece ainda difícil de ser visualizada. Algumas pesquisas recentes sobre a atuação dos profissionais de saúde da família têm indicado as mulheres como “alvo” preferencial das intervenções desse programa. O privilégio de ações curativas, modelos de educação em saúde que pouco favorecem a promoção e que enfocam principalmente “planejamento familiar” e a amamentação, reproduzem atitudes disciplinadoras que corroboram valores de ordem moral e remetem concretamente e simbolicamente as mulheres à condição naturalizada de mães de família (SCHRAIBER, 2005; SCOTT, 2005; MOUZINHO, 1999; ALBUQUERQUE, 2003).

3.1 De Grávidas a usuárias: a maternidade como habilitação para entrada no serviço

Como mostrei no capítulo anterior, as mulheres compõem a maioria do corpo de profissionais alocados no programa de saúde da família do Recife. As unidades de saúde da família, de maneira geral, têm se configurado como um local com predominância feminina, não apenas pelas profissionais que ali atuam, mas principalmente pela frequência de usuárias do sexo feminino. Nas salas de espera, elas são as personagens principais, seja com suas crianças, seja sozinhas ou acompanhadas por suas mães e amigas. Várias ações são direcionadas para elas e algumas unidades chegam a destacar um dia ou expediente específico para as chamadas “ações de saúde da mulher”. As visitas domiciliares também são direcionadas às “donas de casa”, aquelas geralmente eleitas para viabilizar informações sobre os demais membros da família e para quem as informações de saúde são dirigidas⁹⁶. No primeiro dia de observação na unidade do Córrego das Flores, pude ter uma ideia da participação feminina nas atividades daquele serviço e registrei:

No momento em que saí para acompanhar a visita, havia na sala de espera 12 mulheres e 6 homens. As mulheres, na maioria idosas, algumas grávidas e os homens todos idosos. [...] Por volta das 11h, quando retornamos da visita, a unidade já estava bem esvaziada, bem diferente do início da manhã. Havia 4 mulheres com crianças aguardando a consulta e um homem idoso. [...] No início da tarde o movimento estava tranquilo. Aguardavam atendimento um senhor de \pm 45 anos, uma garota de \pm 23 anos e duas mulheres com bebês aguardando para atendimento de puericultura realizado pelas enfermeiras. [...] À tarde, embora houvesse um número menor de pessoas do que pela manhã, o movimento parecia mais agitado. Havia muito choro de crianças. Comentei isso com a enfermeira Dora e ela disse “À tarde tem as mães com crianças e fica todo mundo querendo falar”. Uma mulher ao meu lado com um bebê complementa “e de manhã são as grávidas”. (diário de campo, 29/06/2009)

Essa observação foi corroborada pelas falas da agente de saúde Laura:

As mulheres vêm, na maioria das vezes, pra trazer os filhos. E pra ela também, quando ela está gestante, também vêm pra essa questão do acompanhamento, pra fazer prevenção, as mulheres vêm mais. Tudo isso. Também tem a prevenção de colo de útero, não é? Pra fazer prevenção, pra trazer as crianças, pra ela mesmo, que é a questão do pré-natal. Tudo isso ela vêm. Ela vem muito mais. Mulher de toda idade. E os idosos. As mulheres e os idosos, elas são muito presentes. (Laura, ACS, 41a)

Como possuem o conhecimento da unidade, do seu funcionamento, das pessoas que frequentam, as mulheres funcionam como uma espécie de ponte simbólica entre os demais

⁹⁶ A ênfase ao atendimento às mulheres não é privilégio das Unidades de Saúde da Família e sim uma tradição que vem se mantendo ao longo dos últimos dois séculos. Como destaca Rohden (2002), no século XIX, a mulher passou “a ter um lugar privilegiado no hospital, seja através do estabelecimento de maternidades, ou da criação de unidades de consulta ginecológica” (p.110). Nessa época, o maior conhecimento a respeito do processo biológico da reprodução e o desenvolvimento de técnicas cirúrgicas, de anestesia e antissepsia favoreceram a instauração dos cuidados médicos pré-natais, a criação de hospitais voltados para o atendimento à mulher e a inclusão das disciplinas de obstetrícia e Ginecologia nas faculdades médicas.

usuários e a unidade de saúde “aproveitando sua ida” para encaminhar demandas que não são apenas suas:

[...] normalmente, ela traz o filho, né? Vem com a criança, para a gente atender. [...]
 [Pesquisadora: Certo... aproveita que vem e traz o filho para ser atendido também?] *Aproveita que vem aí traz: o filho, traz o vizinho, eu acho engraçado aí traz o cartão do hipertenso que não veio para o grupo, aí ela traz porque ela desceu [o morro para ir ao posto], né? Aí aproveita. Aí traz, leva...* [Pesquisadora: É comum a gente ver muitas mulheres dentro da Unidade de Saúde, mais do que homens...] *Muita. É a grande maioria, a maioria é mulher...*
 (Iracema, Enfermeira, 39a)

As atividades promovidas no espaço da unidade propiciam a cristalização de padrões de gênero que naturalizam a maternidade e o cuidado como características intrínsecas a uma suposta natureza feminina. A enfermeira Iracema, ao refletir sobre a presença maior das mulheres, toma sua própria experiência como mãe para justificar a preocupação com a saúde como consequência do dever do cuidado com os filhos. Vejamos a continuidade do meu diálogo com ela:

[Pesquisadora: Por que você acha que isto [a presença maior das mulheres] acontece?] *(risos)* *Olhe, eu achava muita coisa, mas eu vou dizer a minha experiência como mãe agora. Fui mãe há pouco tempo. É porque a mulher, quando vira mãe... Eu não digo que todo mundo que vem são mães, mas a maioria que vem, são mães, elas... Elas não, vou falar por mim também. A gente não existe. A gente para de existir e começa a servir. Para de existir pra gente e começa a servir a uma criança e a um homem. É assim a vida da mulher. (risos altos).* [Pesquisadora: O que é que você pensava antes de ter filho? Você disse que pensava muita coisa... O que é que você pensava?] *É, eu pensava muita coisa! (risos)* [Pesquisadora: Essa unidade toda cheia de mulher... O que você pensava?] *(risos altos)* [Pesquisadora: ...Essas mulheres não têm o que fazer...] *Essas mulheres não tem o que fazer não... 'vão lavar uma trouxa de roupa!', eu pensava assim. Porque olhe! Eu em casa, não vinha pra posto não, eu pensava assim. Mas depois da experiência materna...* (Iracema, Enfermeira, 39a)

Esse excerto de fala parece colocar a maternidade como condição quase *sine qua non* para habilitar mulheres a tornarem-se usuárias do serviço. A busca por atendimento não motivada pelo cuidado filial – e, por contiguidade, pelos aspectos ligados a reprodução – é menosprezada. Sua presença no serviço em tais situações é, muitas vezes, percebida como pouco importante e representa a recusa às atividades domésticas e ao seu papel de mantenedora da ordem familiar. Nesse mesmo sentido podemos compreender a fala do médico Joca:

[Pesquisadora: Porque o Sr. Acha que isso acontece? essa frequência maior das mulheres no serviço?] *Sinceramente?! Falta do que fazer em casa. Às vezes. Pode confiar. Porque tem pessoas aqui no posto que vêm três vezes por semana. Olhe, o que é que você pode imaginar, então tá mal em casa. Mas nesses sete anos que eu pertencço ao posto, já teria morrido, não? É mesmo que... é como se fosse um passeio, elas frequentam demais mesmo, demais.* (Joca, médico, 68a)

Ressalto que, logo no início da entrevista, Joca me informou que o acompanhamento das “questões de saúde da mulher” são realizadas principalmente pela enfermagem e que ele,

embora ajude nessas questões, fica mais responsável pela “parte clínica”. Vemos então que a saúde da mulher, ao ser colocada como algo “menos clínico”, remete novamente à naturalização da reprodução e da maternidade como parte do funcionamento “normal” do organismo feminino. Temos assim que a dificuldade de romper com o tradicional enfoque biomédico das ações de saúde reflete-se na manutenção de um modelo de atendimento materno-infantil onde gravidez, pré-natal, puerpério e planejamento familiar configuram as principais ações de atenção à saúde da mulher.

Quando a equipe realiza atividades sistemáticas de educação em saúde com grupos de usuárias e usuários, é comum que, ao menos um desses grupos, seja formado por gestantes. Nesses momentos as informações viabilizadas, geralmente, giram em torno dos cuidados com o corpo, com a alimentação adequada durante a gravidez, amamentação e cuidados com o bebê. Para a médica Terezinha e a enfermeira Emília (ambas da mesma equipe) as gestantes são consideradas um grupo assíduo e de fácil adesão às suas recomendações.

a gestante, ela raramente falta à consulta. Então você marca semanal. No final da gestação você marca semanal ela vem toda semana bem direitinho. Tira dúvidas com você. Eu acho que a gente faz um vínculo muito bom. [...] atualmente a gente iniciou um grupo de gestantes. Amanhã vai ter até um grupo que vai falar um pouquinho de aleitamento materno. (Emília, enfermeira, 30a)

[Pesquisadora: Tem algum grupo que vocês têm aqui na unidade?] *De gestantes. É esse grupo de gestantes a gente tem realizado sem problemas porque... [...] Por ser um grupo menor né, ter um quantitativo menor e ser um grupo mais assíduo.[...] Tem uma adesão fácil. (Terezinha, médica, 39a)*

No entanto, essa percepção não pode ser generalizada. No Córrego das Flores, acompanhei algumas tentativas da equipe de estimular a participação das gestantes na atividade de grupo, pois consideravam que a frequência delas não estava acontecendo a contento. Uma das enfermeiras, preocupada com essa situação, informou-me que as duas equipes tinham pelo menos 20 gestantes sendo acompanhadas naquele momento e que não entendia porque poucas delas participavam com periodicidade no “grupo de gestantes”. Dentre as estratégias utilizadas pela equipe para aumentar essa adesão, foi possível perceber: a realização, pela enfermeira, de uma enquête no domicílio para identificar a motivação das gestantes para irem às reuniões; afixação de cartaz com o dia e horário do grupo no quadro de aviso da unidade; informe durante as visitas domiciliares nas residências em que havia gestante; destaque de um turno de expediente semanal de atendimento em saúde bucal para gestantes como uma espécie de “premiação” para aquelas que participassem dos grupos e que assim poderiam ir à consulta odontológica sem a necessidade de marcação prévia.

O foco na gestante como um dos “alvos” prioritários das ações educativas em grupo está ancorado na forte preocupação com a mortalidade neonatal e infantil⁹⁷. A realização de tais atividades em grupo tem como objetivo viabilizar, para um grande número de mulheres ao mesmo tempo, informações sobre o período gestacional e o cuidado com a criança que nem sempre conseguiriam ser fornecidas durante os momentos de exames e consultas, favorecendo assim, um melhor acompanhamento da gestação e um parto mais saudável.

Dependendo da escolha pedagógica empregada na formação dos grupos, esta atividade pode favorecer a manutenção de uma relação de poder marcada pelo controle, pela disciplina e pela vigilância dos seus comportamentos e práticas de higiene e saúde. O enfoque na criança que irá nascer, muitas vezes, invisibiliza a mulher que gesta, seus sentimentos, desejos e demandas, além de recair exclusivamente sobre elas, mais uma vez, responsabilidade com o zelo das crianças – posto que há pouca participação de uma rede de apoio formada, por exemplo, por companheiros, companheiras, pais e avós.

Os homens, mesmo quando convidados, praticamente não participam desse tipo de atividade. A ideia do homem como provedor que trabalha para manter o sustento da família continua fortemente arraigada dentro do PSF. O argumento do trabalho e da vida pública, fora de casa, serve para encobrir uma organização do serviço que, tendo a mulher como foco, não parece preparada para recebê-lo como usuário⁹⁸. A fala de Laura expressa melhor essa perspectiva:

[Pesquisadora: Os homens vêm também na quarta [dia em que há atividade voltada para saúde sexual]?] *Eles são convidados, mas é muito difícil vir. Também convida muito para vir para o grupo de gestantes.* [Pesquisadora: E eles vêm?] *A gente convida muito os pais pra essa questão. Também no pré-natal. Porque a enfermeira do pré-natal, ela gostaria que o marido viesse no pré-natal com a gestante. Eles são convidados, mas é muito difícil vir.* [Pesquisadora: Por que tu achas que eles não vêm?] *Eu acho que é a questão, também, do trabalho.* (Laura, ACS, 41a)

O vínculo estabelecido com as mulheres durante as atividades do pré-natal torna-se importante para garantir o posterior retorno ao posto de saúde e a participação dela em outras atividades. Assim, ser gestante é como receber um “passe” para entrar na rotina do serviço, ao mesmo tempo que o acolhimento dado às mulheres nessa situação torna-se uma espécie de sedução para os futuros atendimentos. Fato que pode ser observado a partir da fala de Carlos:

⁹⁷ Salienta-se que um dos indicadores mais utilizados para atestar o sucesso da implantação do PSF é a aguda redução da mortalidade infantil nos municípios onde foi implantado.

⁹⁸ A inserção dos homens nos serviços de saúde tem sido fruto de recentes debates entre alguns setores do movimento social, gestores e o meio acadêmico que tem contribuído com a discussão a partir de algumas pesquisas e artigos, dos quais podemos destacar os trabalhos de Carrara, Russo e Faro (2009); Lyra (2008), Gomes; Nascimento e Araújo (2007); Schraiber, Gomes e Couto (2005); e Aquino (2005). Estimulado por esses debates e visando diminuir a histórica distância entre homens e cuidados com a saúde, o Ministério da Saúde do Brasil lançou recentemente a Política Nacional de Atenção Integral Saúde do Homem (BRASIL, 2009).

A gente faz o pré-natal, retoma essa mulher através do atendimento da criança, do seu filho, e ela continua indo na Unidade e a gente continua trabalhando as necessidades dela, quer no planejamento familiar, quer nas necessidades individuais de doença. (Carlos, enfermeiro, 46a)

A relação entre profissionais e gestantes ganha outra dimensão quando elas são adolescentes. Apesar de continuar funcionando como um “passe de entrada” no serviço, a gestação nessa fase da vida costuma ser socialmente encarada (não apenas pelos serviços de saúde) como um algo negativo que precisa ser evitado. A sexualidade adolescente – comumente negada pelos adultos – é explicitada pela gravidez que traz, principalmente para a mulher, a culpabilização e a descrença na sua capacidade de cuidado consigo mesma e com o recém-nascido⁹⁹.

Durante a observação da rotina da USF Córrego das Flores pude perceber algumas adolescentes grávidas e outras com bebês na unidade de saúde, chamou-me atenção como elas pareciam invisíveis na sala de espera, como se o lugar de mãe lhes fosse desautorizado. Esse fato me chamou atenção e foi registrado no diário de campo:

Na sala de espera havia uma mulher com um bebê e uma adolescente. Percebi que a adolescente era a mãe da criança e a mulher que chegou com ela parecia ser a avó. Durante todo o tempo em que estiveram lá a avó ficou com o bebê no colo e as conversas das outras mães que também aguardavam atendimento eram dirigidas à avó e não à mãe da criança. Uma das mães olha para a adolescente e comenta com a avó que segurava o bebê: “eu lembro que ela era tão magrinha, né? Ela era tão magrinha”. Continuam a conversa sem direcionar a fala para a jovem mãe. [...] Chega outra adolescente mãe, também com a provável avó segurando o bebê. (diário de campo de 29/06/2009)

De maneira geral, as profissionais demonstram preocupação com situações de gravidez na adolescência e sentem-se pouco preparadas para lidar com a questão, como podemos perceber a partir da fala de Lígia, agente de saúde:

[Pesquisadora: O que é que é mais importante, mais relevante que aparece muito, que vocês ficam preocupados quando encontram?] *Eu me vejo às vezes, assim, preocupada com gravidez na adolescência. Quando eu vejo uma adolescente com uma barriga nascente, eu olho assim, eu me preocupo. Às vezes eu acho que faltou, assim, conversa de mãe pra filha. [Pesquisadora: Por que a gravidez na adolescência é um problema?] Poxa, é uma criança tomando conta de outra criança. Existe problema maior que esse? Imagina! No começo ela vai pensar que é um “bonequinho”, mas ali, quando ela se sentir pronta para voltar aos passeios, às danças, vai esquecer aquela “bonequinha” lá. E olha...! Se a mãe estiver, psicologicamente, emocionalmente preparada para tomar conta daquele neto, está bom. E se não tiver? E aí? Veja o problema que isso vai gerar.*

⁹⁹ A dissertação de Leite (2009) toma a avaliação dos direitos sexuais e reprodutivos de jovens a partir das representações constantes no discurso de membros de Conselhos da Criança e do Adolescente. Nessa pesquisa, a autora constatou como no campo das políticas públicas para adolescentes a sexualidade tem estado tradicionalmente ausente dos projetos e, quando aparece, é tomada como algo negativo, uma espécie de “problema” dos quais os adolescentes devem ser protegidos. Uma grande pesquisa intitulada *Gravidez na adolescência: um estudo multicêntrico sobre jovens, sexualidade e reprodução no Brasil* (HEILBORN, 2006) tomou os jovens de 18 à 24 anos como informantes. Os resultados desse estudo demonstram a necessidade de relativizar a noção bastante difundida na sociedade que gravidez na adolescência constitui risco e de compreender o contexto mais amplo que contemple não apenas o fato da ocorrência da gravidez, mas a história de vida, padrões de gênero e as trajetórias sexuais e sociais dos jovens.

Na mesma direção aponta a fala da enfermeira Emília que, embora reconheça que a experiência da gestação pode ser encarada pela adolescente como algo prazeroso, mantém a preocupação com os possíveis “riscos” desse acontecimento:

[Pesquisadora: E com relação a vocês profissionais, quais são os agravos, problemas de saúde que vocês têm uma preocupação maior? Problemas voltados para as mulheres.] *gravidez na adolescência que a gente tem esse mês... quando a gente fechou a produção seis pessoas abaixo de dezoito anos estão gestantes né. Mas assim isso preocupa, mas pra elas é uma coisa muito natural. Assim elas ficam felizes, já tem vontade de engravidar cedo. Parece uma coisa meio cultural aqui. Então a gente se preocupa por isso porque acho que tem uma de quinze anos que ela nunca fez uma prevenção. Uma pessoa que assim... conhece pouco sobre seu corpo e num tem nem como... Como é que vai assim cuidar de uma criança assim? Assim a gente tem muita coisa pra educar né. Eu me preocupo com gravidez na adolescência, porque assim pode gerar uma criancinha se não cuidar direitinho, se não acompanhar baixa o peso. Vários problemas podem acontecer.* (Emília, enfermeira, 30a)

Explorarei a partir de agora as atividades direcionadas à saúde da mulher que não tem como foco o ciclo gravídico-puerperal, dando destaque para o planejamento familiar e as atividades de diagnóstico e prevenção ao câncer de colo do útero que constituem as chamadas “ações de saúde da mulher”.

3.2 “Dia da saúde da mulher”: a sexualidade olhada a partir de recortes de classe, geração e heteronormatividade

O “Dia da saúde da mulher” – nomenclatura utilizada por algumas das entrevistadas para fazer referência aos momentos em que há atividades específicas para mulheres na unidade de saúde – geralmente concentra as atividades de planejamento familiar (que consiste basicamente na orientação e prescrição de métodos contraceptivos) e a “prevenção” (nomenclatura bastante utilizada pelas profissionais para se referir à realização do exame e entrega de resultados de citologia¹⁰⁰). Mesmo quando não concentradas em um dia ou turno específico, o planejamento familiar e a “prevenção” são as principais atividades do PSF, às vezes as únicas, voltadas também para mulheres que não estão no ciclo gravídico-puerperal. É comum que enfermeiras sejam as principais responsáveis pela coordenação das “ações de saúde da mulher” que é realizada através de atendimentos individuais no consultório e pode incluir também intervenções para grupos de usuárias, geralmente uma palestra ou roda de conversa (menos comum) onde são divulgadas informações sobre métodos contraceptivos,

¹⁰⁰ Tipo de exame realizado para detectar e prevenir o câncer de colo de útero, também conhecido com exame papanicolau.

transmissão e prevenção de DST/AIDS e sobre os procedimentos clínicos da coleta de citologia. Como explicado por Emília:

Eu deixei essa quarta-feira mais pra isso, entrega de citologia e planejamento familiar. Pra ver se a gente faz primeiro um grupo, uma reunião, depois se tiver uma demanda individual aí a gente fica com espaço pra isso também. Mas ainda tá acontecendo assim. Geralmente me procuram menos de dez pessoas aí eu faço consulta individual. Escuto as demandas, se for citologia entrego, ver a medicação se for necessário, se for planejamento familiar vai avaliar qual é a demanda da paciente. (Emília, enfermeira, 30a)

As ações são retratadas da mesma maneira pela agente de saúde Rita, atuante em outra USF:

[Pesquisadora: E as atividades que são voltadas pras mulheres, quais são?] *Aqui ainda... as mulheres a gente orienta né, fazer prevenção, o cuidado, o preventivo por conta do câncer de mama, de útero, mas assim, vamos supor, uma reunião sempre mensal enfocando isso a gente não tem não.* [Pesquisadora: Então as atividades que envolvem mulheres são essas que você falou... prevenção, orientação...] *Orientação, prevenção. D. [enfermeiro] sempre trata a saúde da mulher, né? Na terça-feira de tarde ele cuida da saúde da mulher que é entrega de exame preventivo ou alguma queixa que a mulher tem ou o homem, aí a gente passa pra ele. Na quarta-feira de manhã ele faz planejamento familiar que é orientação sobre o medicamento e passa medicamento para as mulheres evitarem a gravidez.* [Pesquisadora: É em grupo?] *Não, é individual. (Rita, ACS, 36a)*

Aos agentes de saúde cabe a divulgação dos dias e horários dessas ações e o reforço na orientação sobre a importância da realização do “preventivo” e do uso continuado e correto dos métodos contraceptivos:

[Pesquisadora: E com relação às atividades voltadas para a mulher aqui na unidade, que atividades seriam essas?] *A gente contou assim: a prevenção, geralmente, sempre é o foco da prevenção; e quando está grávida, tem o pré-natal; tem o planejamento familiar que a gente faz, que é na quinta à tarde, que a menina vem pegar a injeção, o comprimido, a gente faz o cartãozinho dela e ela fica recebendo a cada três meses, dependendo da injeção, dependendo do planejamento que ela faz.* [Pesquisadora: Vocês fazem orientação, nesse dia de saúde da mulher que você disse que entrega a injeção, o comprimido, orientação sobre esses métodos?] *Faz. A gente pergunta qual o [método] que ela faz, e ela diz que faz ‘esse’, a gente explica para não atrasar, porque corre o risco de ficar grávida, tomar a dose no dia certo, e não faltar ao planejamento familiar. Que tem que trazer o cartão. Esse tipo de atendimento. (Lucas, ACS, 29a)*

Lígia dá a impressão de não valorizar muito o seu papel educativo nesse processo e parece conferir aos cargos de “nível superior” a única possibilidade de modificação dos “problemas de mulheres” que nessas situações ganham ares de algo íntimo que não pode ser tratado com “qualquer pessoa”.

[Pesquisadora: E o que é que acontece nesse dia?] *Bem, nesse dia as consultas são de paciente para médico, de paciente para enfermeira¹⁰¹. A gente não fica presente nessas consultas. Mas, na maioria dos casos, elas vêm para pegar anticoncepcional, para ver resultado de prevenção, ou então para **conversar com o nível superior** [médica ou enfermeira] sobre algum problema que ela tenha. Aí algumas, vamos supor, se for da minha*

¹⁰¹ Todos os trechos de fala dos informantes grafados em negrito são grifos meus.

área, ela conversa comigo. Sabe, assim, “eu estou passando por isso, isso e isso, como é que eu faço?” Aí eu mando ela vir na quarta. (Lígia, ACS, 41a)

Essa concepção parece ancorada no espectro da necessidade de uma atenção especializada às “perturbações femininas”, tradicionalmente respondidas pela Ginecologia. Considero importante ressaltar que, em vários municípios (inclusive Recife), as equipes de saúde da família absorveram, entre outras atividades, ações “básicas” de Ginecologia (tais como exames preventivos, orientações quanto à gravidez e contracepção, consulta de pré-natal e orientações quanto à prevenção de DST/AIDS), antes realizadas por ginecologistas em unidades básicas de saúde. Com essa estrutura, os técnicos “de nível superior” do PSF muitas vezes são os que primeiro identificam, tratam ou dão encaminhamento aos chamados “problemas ginecológicos”, assumindo assim o lugar de saber sobre as doenças do aparelho genital, mas também sobre aspectos da sexualidade e de outras vivências femininas. Como podemos observar através do discurso de Carlos:

[Pesquisadora: Quais são as queixas mais comuns levadas por elas.] Os problemas geniturinários são sempre mais frequentes, mas a gente chega também com problemas de relacionamento, assim, com os parceiros, com os companheiros. Algumas coisas que, no corpo delas, elas não entendem, como “eu não consigo ter orgasmo”, “não tenho uma vontade mais de estar com o meu companheiro”, entre outras coisas, porque é tanta coisa que chega. [Pesquisadora: elas falam espontaneamente isso?] Falam, falam espontaneamente sobre isso. Como, por exemplo, umas que ‘pulam a cerca’ e dizem. E porque fazem também, por exemplo. Mas, geralmente, é porque não estão mais afim e pela dependência econômica não conseguem se desvencilhar do relacionamento. Mas elas chegam com “N” necessidades para desabafar. (Carlos, enfermeiro, 46a)

De maneira geral, a ação de planejamento familiar poderia ser apresentada como um dia de divulgação e entrega de métodos contraceptivos (em especial pílulas anticoncepcionais e contraceptivos injetáveis), com orientação direcionada e pouca, ou nenhuma, divulgação de outras possibilidades anticonceptivas.

A gente começou esse dia na quarta-feira à tarde o planejamento familiar. [...] vir renovar a receita de ser atendida, de ser ouvida e aquela demanda dela ser esclarecida. Se ela tem dúvida um pouco sobre o tipo de método contraceptivo, a forma de tomar corretamente o anticoncepcional, tem é... quem está amamentando tem algumas dúvidas, qual método pode utilizar né. Aí agente explica um pouquinho quais são os métodos que existem e ela escolhe. Faz a opção pelo método dela. É mais ou menos assim. (Emília, enfermeira, 30a)

A inserção do Dispositivo Intrauterino (DIU) para as mulheres é uma possibilidade, mas esbarra em dificuldades administrativas, de organização da rede de referência e contra-referência, exames que demandam tempo e terminam dificultando a adoção e credibilidade desse tipo de método. A explicação da enfermeira Emília nos dá uma noção dessa dificuldade:

[Pesquisadora: Tem encaminhamento pra DIU?] a gente tem conversado muito sobre isso nas palestras e algumas tão começando o preparo. Porque tem que ter uma citologia, fazer a colposcopia, uma cultura de secreção vaginal, uma urocultura e um ultrassom, a gente já manda elas encaminhadinhas. Até agora aquelas que estão em andamento ainda não tão com

todos os exames prontos né. Aí sempre deu uma alteração, aí tá esperando alguma coisa normalizar, repetir o exame pra poder agendar... Mas assim que você consegue concluir isso... eu num tive nenhuma concluiu ainda não. [...] poucas querem. Elas têm assim um preconceito com o DIU. "Não porque o DIU... dizem que causa câncer, o DIU dizem isso... dizem que engravida com o DIU, que ele sai do lugar." [...] Eu acho que duas ou três se interessaram. Aí comecei a dar andamento. Aí apresentou uma alteração na citologia, aí vai trata, repete depois, faz a cultura. Aí tem a dificuldade de passagem, de transporte, menstruou, teve outra queixa. Aí assim mais ou menos três pessoas que tão em andamento pra colocar. (Emília, enfermeira, 30a)

A grande preocupação com o número de gestantes na comunidade, em especial adolescentes, coloca nas mãos dos profissionais o poder de orientação e, porque não, de persuasão sobre a vida reprodutiva das usuárias comprometendo a autonomia das mulheres na escolha e decisão a respeito do método a ser utilizado. A gravidez parece representar um perigo a ser combatido e o planejamento familiar constitui a principal estratégia para debelá-lo. Opto por transcrever um trecho longo de uma das entrevistas, mas que considero emblemático para a reflexão acerca dos perigos implícitos na tomada de responsabilidade dos profissionais sobre a reprodução das usuárias.

*Eu vou acompanhando por microárea. [...] Quem tomou anticoncepcivo, se tá pegando, apesar de que às vezes pega e engravida eu não sei o que acontece, né? Eu não consegui ainda decifrar essa história de pegar o anticoncepcivo, não tomar e engravidar. Os meninos [ACS] dizem que [as usuárias] botam no xampu de cabelo. **É tanto que agora eu faço assim, é uma coisa troncha, mas assim... antes eu dizia "a gente tem tais métodos, não sei o que" agora eu digo "é melhor você tomar injeção!"** [...] Aí o que acontece, a gente tá sempre tendo muita mulher grávida e eu "o que é que tá acontecendo?". Aí a gente sabe: não se dá com o comprimido, o marido não quer camisinha, não tem ciclos regulares e acaba engravidando. Quando começou a usar o contracep [tipo de contraceptivo injetável] até que diminuiu mais, passou uns 3, 4 meses sem grávidas, só com 2, 3. Mas teve uma época aqui que bombou. eu "danou-se!". Aí quando você vai olhar aquela mulher, vai pesquisar, é a mulher que tava pegando bem regularzinho o comprimido. [...] Tanto é que a médica passou um tempo dando comprimido e quando chega a mulher tá grávida. E com o injetável não, diminuiu muito. Tava tendo muitas novinhas. Agora com três meses sem menstruar, pra engravidar tá meio difícil, né? Mas assim, lógico, tem umas que não querem e a gente tem que respeitar, né? **As que não têm muita opinião formada a gente consegue convencer a usar a injeção.** Por mais que você explique, por mais que você desmistifique, tudinho, tem sempre aquela questão.... **mas eu mesmo quando eu direciono, eu direciono pra injeção** digo "olhe, é bem melhor, fica sem menstruação, você tomar sua injeçãozinha, vai passar 3 meses, dá tempo de comprar se faltar" eu direciono pra injeção porque eu achei bem mais eficaz. É lógico que tem umas que não se dão, aí essas eu digo "tenho que dizer a você que existe isso, isso e isso", mas.... (Iracema, enfermeira, 39a)*

No exemplo acima, a preocupação com o número de grávidas trouxe como consequência o ocultamento de informações importantes que impedem o livre exercício dos direitos reprodutivos e distorcem a própria prática do planejamento familiar. O contraceptivo injetável, que deveria ser um método a mais, torna-se a possibilidade de acabar com o "problema da gestação" sendo utilizado como norma e não como opção, desconsiderando os riscos e a autonomia das mulheres. Tal fato nos lembra as primeiras estratégias de controle da

natalidade adotada por instituições privadas no Brasil nos anos 1960¹⁰², e parece colocar o pertencimento à camada popular como fator determinante para o julgamento da gestação das usuárias como problema¹⁰³. Possivelmente outra postura seria adotada em serviços de saúde privados ou direcionados para mulheres de outras camadas sociais. Respeitar a autonomia das mulheres na decisão sobre reprodução é considerá-las como “sujeitos, e não meramente como objetos, e como fins, não somente como meios das políticas de planejamento familiar e populacional” (CORRÊA; PETCHESKY, 1996, p. 163).

A ideia de direitos reprodutivos está ancorada na constatação de desigualdade entre os gêneros e na luta por direitos fundamentais reivindicados pelo movimento feminista em diversas partes do mundo. Para Corrêa e Petchesky, esse conceito pode ser definido como o “poder de tomar decisões com base em informações seguras sobre a sua própria fecundidade, gravidez, educação dos filhos, saúde ginecológica e atividade sexual; e recursos para levar a cabo tais decisões de forma segura” (1996, p. 149). Porém, essas autoras salientam que ao tomarmos-lo a partir do ponto de vista individual, da autonomia e do poder de decisão pessoal, corremos o risco de desconsiderar necessidades sociais que, na prática, impedem as mulheres de realizar escolhas na sua vida sexual e reprodutiva. Nesse sentido, fatores como pobreza, falta de acesso à saúde e pouco empoderamento das mulheres são obstáculos decisivos que impedem a real a garantia desses direitos. Assim, para elas, os direitos reprodutivos deveriam ser vinculados aos direitos sociais, pois apenas com a garantia dos segundos é que se pode prover de maneira igual para todas as mulheres o exercício dos primeiros.

Desde a década de 1980 o Brasil vem tentando modificar o enfoque das suas políticas sobre a reprodução deixando de regulá-la sob o ponto de vista do controle da natalidade e favorecendo ações de planejamento familiar considerem a reprodução sob o enfoque da necessidade de viabilização de informação sobre os diferentes métodos disponíveis e da participação da mulher no planejamento do número de filhos e forma de regulação da

¹⁰² Na década de 1960, figuravam iniciativas de estímulo ao uso de contraceptivos hormonais e esterilização feminina nas camadas populares realizadas por agências financiadas internacionalmente (Um dos exemplos mais conhecidos no Brasil é a BENFAM – Sociedade para o Bem-estar Familiar que iniciou sua atuação no país em 1965). Tais iniciativas foram denunciadas por feministas que criticavam o controle da reprodução das mulheres e o centralismo das intervenções no corpo feminino, reivindicando às mulheres a autonomia nas decisões quanto à reprodução. Com relação à implantação das agências de planejamento familiar nos países em desenvolvimento, Ferreira (2006) dá destaque ao contexto político internacional da época, cujas preocupações do governo estadunidense acerca de uma possível expansão das ideias comunistas nas camadas populares favoreceu o financiamento e o estímulo a tais iniciativas de controle de natalidade, como forma de prevenir a explosão demográfica e, consequentemente, o prejuízo à economia dos países ricos.

¹⁰³ Num dos dias de meu período de observação e participação na unidade Córrego das Flores, fui almoçar com uma enfermeira, um médico e uma médica da unidade e durante o almoço surgiu uma conversa sobre o atendimento às mulheres e me chamou a atenção o comentário da enfermeira dizendo que tem percebido, durante os exames, um número muito alto de mulheres laqueadas. A médica comenta que soube na comunidade que até uns 5 ou 6 anos atrás era comum as mulheres serem colocadas num ônibus e levadas para municípios do interior para fazerem a laqueadura. Perguntei quem financiava esse ônibus e ela me falou que era um vereador que fazia isso em troca de votos.

fecundidade. Esse tem sido o enfoque priorizado nos programas e políticas de saúde desde o PAISM, mantendo-se na atual Política de Atenção Integral a Saúde da Mulher e nas diretrizes do Programa de Saúde da Família. Enfoque que foi referendado no texto constitucional de 1988:

fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte das instituições oficiais ou privadas (BRASIL, CF; 1988 artigo 226, parágrafo 7º).

Como vimos, o preceito constitucional está longe de se realizar na prática. O termo *planejamento familiar* pressupõe uma avaliação e programação a respeito da possibilidade de ter ou não filhos, bem como a quantidade de filhos de acordo com as expectativas. Quando promovida por profissionais de saúde, essa ação deve propiciar informações e ferramentas que auxiliem mulheres e homens na tomada de decisão. Contudo, como pudemos perceber a partir de algumas das falas apresentadas, o planejamento familiar se configura mais como uma estratégia de enquadramento que como uma ferramenta para proporcionar o poder de decisão feminino. Além disso, o termo nos remete a determinado modelo de reprodução que tem a família formada por casal adulto heterossexual, com vida conjugal estável, como estrutura legitimada para a procriação. Nesse sentido, situações que se afastam desse padrão costumam ir de encontro a valores que podem acarretar julgamentos morais que dificultam a consideração dos desejos e experiências das mulheres, favorecendo posturas de exclusão e preconceito.

Um caminho alternativo para a abordagem de planejamento familiar junto às mulheres parece estar sendo encontrado pelo enfermeiro Carlos. Para ele, o “dia de planejamento familiar”, inclui rodas diálogo que extrapolam a simples orientação sobre os métodos contraceptivos e incluem abertura para falar de aspectos da sexualidade e das relações conjugais, sendo o planejamento familiar um dos tópicos contidos nessa abordagem mais integral.

[Pesquisadora: A orientação sobre sexualidade ou planejamento familiar, como é que ela é feita?] *Ela é feita em roda, discutindo o que cada um sabe, estimulando a fala. E, a partir da fala, a gente vai conduzindo as orientações. Mas a gente estimula para que a pessoa se coloque dentro do tema. Sexualidade a gente divide, por exemplo, quando vai falar sobre o tema, em etapas. E procura nessas vivências, trabalhar a relação de cada um com essa questão. Desde consigo mesmo até com o parceiro ou parceira. Como é que está isso. Por exemplo, durante o pré-natal a gente sabe que alguns parceiros ficam com medo, receosos, de ter relação. A gente trabalha essa questão, como é isso, como está sendo isso na relação.* (Carlos, enfermeiro, 46a)

Por outro lado, as ações de planejamento familiar acontecem com pouca ou nenhuma participação masculina, mesmo com a oferta de preservativo masculino e vasectomia na rede pública de saúde de Recife. A ausência de envolvimento dos homens no planejamento

familiar revela a centralidade da responsabilidade pela contracepção na figura da mulher. Menos que representar a ideia de autonomia feminina sobre o corpo e do exercício dos direitos reprodutivos, o direcionamento dessas ações às mulheres parece refletir a concepção de que cabe a elas o encargo de evitar a gravidez não planejada. Ao mesmo tempo, representações culturais, como o maior vínculo dos homens com o trabalho e a responsabilidade deles pelo sustento familiar, ajudam a naturalizar sua ausência nas ações de saúde, como podemos perceber a partir da fala de Marina:

[Pesquisadora: Em alguns lugares que eu fui, tem um dia da semana que é o dia reservado para o atendimento das mulheres, da saúde da mulher. Aqui tem isso ou não?] *Só tem o planejamento familiar, que é na quarta-feira.* [Pesquisadora: É um dia só para as mulheres ou os homens fazem planejamento familiar também?] *Homem e mulher, mas nunca veio homem não. Só as mulheres.* [Pesquisadora: E vocês, quando dão a informação, que tem o dia, vocês avisam aos homens também ou só às mulheres?] *Não. Às vezes não tem nem como avisar aos homens porque eles trabalham.* [Pesquisadora: Mas é todo mundo que trabalha? todos os homens?] *Não, mas a gente conversa mais com mulher. É difícil ter um homem em casa.* [Pesquisadora: Mesmo que tenha um homem lá, vocês terminam falando mais com...] *E quando a gente começa a falar com um homem ele: “espera aí que eu vou chamar a minha esposa, é melhor tu falar com ela”.* (Marina, ACS, 31a)

Carlos, enfermeiro, percebe que está começando a haver uma mudança na frequência dos homens a essas atividades, justificada pela possibilidade de uma atuação mais próxima dos profissionais do PSF com os usuários. Mesmo assim, esse fato ainda é tido como exceção:

[Pesquisadora Tu achas que a organização do PSF favorece isso [a maior participação feminina?] ou é uma questão cultural das mulheres procurarem mais?] *Eu acho que é uma questão cultural, mas a organização do PSF hoje está mais próximo. [...] Apesar do desemprego, mas o homem ainda é quem trabalha mais fora para suprir a família, isso distancia também. Acho que a questão cultural, ela interfere, mas a organização, sim, do PSF é... Porque, hoje, na questão de Planejamento Familiar, a gente tem muito homem que tem ido através da discussão com essa mulher para fazer, por exemplo, a vasectomia e tirar a mulher dessa lógica...*

Antes de continuar, faço um breve adendo a questão do pouco envolvimento dos homens com as ações de saúde. Contrariando essa lógica, as equipes atuantes na USF Córrego das Flores têm conseguido manter há mais de um ano um grupo regular de educação em saúde voltado para os “comunitários” do sexo masculino. Formado por iniciativa de dois agentes de saúde que perceberam a dificuldade de integração dos homens às ações da unidade, o “grupo de homens” tem sido motivo de orgulho para a equipe e tem se configurado como uma importante estratégia de promoção de saúde. Como comenta orgulhosamente Carolina, uma de suas fundadoras:

a gente tem o trabalho também com o grupo de homens que é o que está bombando agora e eu acho que é o único que tem no Recife, é o grupo de homens. Que através dele a gente já conseguiu tirar, tinha uma pessoa dentro do grupo que era “fulgado” [sic] do [presídio] Aníbal Bruno e quando ele teve o contato com a gente ele resolveu voltar e se entregar para voltar livre pra participar das reuniões. Tem outro também que era alcoolista e fumava maconha também e que parou através do grupo. Aí isso pra mim é gratificante, eu gosto de trabalhar assim. [...] [Entrevistadora: E por que vocês resolveram fazer esse grupo de

homens?] *Porque eles viviam muito assim... agrupados, mas sem ter uma utilidade a não ser beber. Então a gente começou, eu F. (outro ACS) a gente ia lá na casa do pessoal. Às vezes eles iam bem 'golado' mesmo que o cheiro do álcool chega exalava, mas depois eles já foram conseguindo se transformar. Eles chegavam de sandálias, sujo, hoje em dia não. Já fosse visitar o grupo? Precisa ver. É muito bom mesmo. E eles tão se sentindo mais importantes porque têm dúvida aí vai Dra., vai as meninas aí todo mundo dá atenção a eles, escutam o que eles querem dizer.* (Carolina, ACS, 50a)

Tive a oportunidade de acompanhar um dos encontros do “grupo de homens” e um de seus diferenciais pode ser atribuído ao formato das reuniões, baseado na proposta de educação popular em saúde¹⁰⁴. Além disso, a participação de diversos profissionais em cada um dos encontros (seja médico, enfermeiros, agentes de saúde, auxiliares de enfermagem ou estudantes) dá um caráter de importância ao acontecimento que termina por valorizar também seus participantes, pela primeira vez olhados de maneira diferenciada pelos profissionais da unidade de saúde. Esse grupo funciona a partir da discussão de temas escolhidos pelos próprios usuários e pode ser um espaço potencial para a inclusão de debates que favoreçam a modificação nas desigualdades entre homens e mulheres e uma maior participação e responsabilização dos homens nas questões que envolvam sexualidade, reprodução e saúde.

A primeira parte desse capítulo não pode ser concluída sem antes explorar o contexto das ações direcionadas à prevenção e diagnóstico do câncer de colo de útero no “dia da saúde da mulher”. Popularmente chamada pelos profissionais de “prevenção”, essa atividade também é tida como prioridade dentro da rotina semanal das unidades de saúde da família e, diferente daquelas anteriormente citadas, não possui ligação direta com a reprodução/procriação¹⁰⁵, sendo uma das poucas atividades que pode ser destacada como voltada para “todas” as mulheres e não apenas para aquelas que poderíamos chamar de “mães de fato ou mães em potencial”. Ainda que o enfoque da “prevenção” seja a realização do exame de citologia oncológica¹⁰⁶ para detecção precoce do HPV (Papiloma Vírus Humano - responsável por cerca de 95% dos casos de câncer de colo do útero), é comum que esse momento seja aproveitado para abordar aspectos relacionados à transmissão e prevenção de

¹⁰⁴ Baseada nos ideais de educação de Paulo Freire, a proposta pedagógica da Educação Popular em Saúde tem sido apresentada como uma possibilidade para os profissionais de saúde estabelecerem e fortalecerem vínculo com a comunidade a partir da participação coletiva, reflexão, questionamento e construção crítica da realidade. Tem como um dos princípios a utilização do saber popular como matéria prima para o conhecimento. O trabalho de Albuquerque (2003) é bastante ilustrativo a respeito das possibilidades dessa proposta pedagógica como possibilidade de gerar e fortalecer a integralidade no serviço de saúde.

¹⁰⁵ Embora tenha relação com o ato sexual, uma vez que essa é a principal via de transmissão do vírus HPV que tem relação direta com os casos de câncer de colo de útero.

¹⁰⁶ Segundo Amorim, “A realização do exame de Papanicolaou é recomendada, por organizações nacionais e internacionais de saúde, para as mulheres que já tenham iniciado a atividade sexual. No Brasil, desde 1988, o Ministério da Saúde (MS) segue a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS), que propõe a realização do exame a cada três anos, após dois controles anuais consecutivos negativos para mulheres com até 59 anos de idade.” (AMORIM, et al; 2006, p. 2329)

outras DST/AIDS, câncer de mama, bem como para dar encaminhamento a outras demandas e queixas ginecológicas. Como nos indica a enfermeira Joana:

[Pesquisadora E quais são as queixas mais comuns [trazidas pelas mulheres]?] *As queixas mais comuns são as vulvovaginites. No caso são assim, corrimento vaginal, prurido, coceira né, na vagina, alguma coisa, queixa ginecológica. Porque até elas confundem muito a coleta de citologia com essas queixas, elas vêm mais quando estão com alguma queixa e a gente bate muito em cima dizendo que não é, que tem que vir anualmente como exame de rotina e não quando está sentindo alguma coisa, né? Até porque no dia de saúde da mulher também eu faço exame especular. Aí, por exemplo, se alguém tá com alguma queixa eu vou, eu já... eu atendo saúde da mulher justamente nessa sala porque é a sala que tem a cama ginecológica, a mesa ginecológica.* (Joana, enfermeira, 34a)

A resistência de mulheres à realização do exame preventivo tem sido relatada por vários estudos¹⁰⁷ e está relacionada a diversos fatores tais como vergonha e medo dos procedimentos realizados nesses atendimentos. Algumas entrevistadas reconhecem a dificuldade das usuárias e tentam minimizar com informações a respeito do procedimento realizado, buscando manter uma atitude de acolhimento e cuidado na intervenção que algumas vezes pode ser percebida pelas usuárias como invasiva e violenta. A esse respeito, vejamos o comentário da enfermeira Emília:

[Pesquisadora Com relação ao espelho tu tem notado incômodo das mulheres? Como é que é essa relação das mulheres com esse tipo de exame?] *elas tem um pouquinho de medo né, assusta. Melhora quando agente conversa antes. Aí a gente mostra o que é um espéculo, o que é que usa no exame, explica tudo direitinho etapa por etapa pra elas irem perdendo um pouquinho desse medo. Mas assim eu noto que hoje tá melhorando bastante né. E vai conhecendo você, sabe como você se comporta. Tem medo, às vezes assim quando não conhece, tem medo que você seja arrogante, de uma forma grosseira. Aí eu mostro pra elas que existem tamanhos diferentes. A maioria... eu tenho muito cuidado assim... eu faço muito delicadamente. Tento fazer assim sempre a maioria com o espelho 1 né. Que acho que é menos agressivo. E na hora assim vou conversando pra distrair um pouquinho aí noto que aí vai passando.* (Emília, enfermeira, 30a)

Cabe ressaltar que a técnica do exame citopatológico faz uso do espéculo, um instrumento de origem medieval que foi “reintroduzido na prática ginecológica no século XIX” (ROHDEN, 2002, p. 113). Várias mulheres tem relatado desconforto durante o exame e, por ser o equipamento introduzido para forçar a dilatação do canal vaginal, essa técnica, por vezes dolorosa, pode ser experienciada como violência sexual. O insignificante avanço técnico que se obteve nos procedimentos ginecológicos com uso do espéculo no sentido de torná-lo menos desconfortável para as mulheres, explicita uma relação histórica entre mulher e medicina que tem se estabelecido de maneira desigual e muitas vezes opressora,

¹⁰⁷ À exemplo de Amorim, et al (2006); e Duavy, et al (2007).

menosprezando a integridade corporal de mulher em nome da salvaguarda de “sua natureza”¹⁰⁸.

Emília e a agente de saúde Marina acrescentam que o constrangimento com a exposição do corpo e falta de intimidade com o profissional pode ser potencializado com a presença de outros profissionais durante o procedimento ou quando há ocasiões em que um homem é o profissional que realiza a intervenção:

E outra coisa que eu noto que elas não gostam de ninguém na sala, só você. Desde a faculdade eu já vi que é um momento assim muito íntimo, onde vai ter uma troca de experiências, uma conversa. E a gente vai precisar tá ali e dá pra a gente montar a sala que tudo fique pertinho direitinho que num precise ninguém estar lhe auxiliando. E eu acho isso muito positivo por que elas se sentem bem à vontade né. (Emília, enfermeira, 30a)

Algumas sim. Já reclamaram bastante. Teve um tempo, há anos atrás, se não me engano ficava um estudante na sala com a enfermeira, aí elas não se sentiam à vontade. Aí eu dizia “não, você peça a enfermeira que ela pede para o estudante sair”. E quando é homem, também, elas ficam envergonhadas. Elas preferem fazer mais o preventivo com mulher. (Marina, ACS, 31a)

Mulheres idosas são percebidas por agentes de saúde como aquelas que possuem mais resistência à participação na “prevenção” por entenderem que a diminuição da atividade sexual é um fator de proteção com relação aos problemas de saúde relacionados ao aparelho genital. As agentes de saúde Laura e Marina ressaltam a dificuldade de convencer mulheres idosas a realizarem o exame:

[Pesquisadora Que mulheres têm mais dificuldade?] *Principalmente aquelas mulheres que vão ficando mais idosas. Tem uma mulher que chegou lá na área, idosa, aí ela nunca fez prevenção, ela não faz. Você tenta, vai na casa, tudo, a enfermeira vai, tudinho, mas não tem quem convença ela a fazer a prevenção. “Eu não tenho nada, eu cheguei nessa idade!”. Muitas vezes até a doutora passa até outros exames, passa ultrassom, passa ‘não sei o quê’, porque ela não quer fazer. Ela fica tentando ver alguma coisa de outros tipos de exame, sem ser aquela prevenção... (Laura, ACS, 41a)*

[Pesquisadora Qual é o grupo de mulheres que é mais difícil vocês convencerem a fazer a prevenção?] *É as idosas. [Pesquisadora Por que?] A maioria delas, elas gostam de dizer assim: “mas eu não tenho mais homem”, “eu não faço mais isso”, “há muito tempo que eu deixei de fazer”. Outras também que retiraram o útero também é difícil. Elas acham que porque retiraram o útero não precisam mais fazer preventivo. (Marina, ACS, 31a)*

Por trás dessas ideias parece estar a noção ainda fortemente arraigada na nossa sociedade do sexo vinculado estritamente à reprodução e, quando realizado sem esse fim, é considerado com algo sujo, pecaminoso ou fonte de doenças. A suposta ausência de sexualidade e relações sexuais na velhice pode levar à crença de um corpo “limpo”, não

¹⁰⁸ Arrisco a seguinte formulação de equivalência: o exame especular está para as mulheres assim como o exame de toque retal está para os homens. Porém, enquanto que para o exame de toque retal a resistência se expressa por uma suposta afronta à masculinidade (viril, ativa, heterossexual), o equivalente não pode ser reproduzido para o exame especular, pois ele não põe em xeque a feminilidade. Nesse caso, o que parece estar em questão, além do desconforto físico, é a exposição da sexualidade feminina que precisaria ser resguardada, oculta, negada, exceto se tem como fim a reprodução.

vulnerável aos “males” sexuais. Ao lado disso, a mulher idosa carrega uma história de vida que pode ser marcada por uma maior repressão à sexualidade, à exposição corporal e mesmo ao discurso sobre o sexo.

A apresentação realizada até agora procurou desenhar o modelo de mulher para qual o Programa de Saúde da Família está preparado (adulta, heterossexual, mãe) e como organiza suas ações para atendê-lo (centradas no cuidado materno-infantil e nas doenças do aparelho genital e reprodutor). O prontuário de registro do atendimento às mulheres a “ficha clínica da saúde da mulher”¹⁰⁹ reflete esse modelo, pois enfoca os aspectos biológicos com destaque para o aparelho sexual. A mulher se reduz à sua anatomia genital.

Em nenhuma das entrevistas – enquanto explorei o funcionamento do serviço, a participação das mulheres e suas principais demandas – houve menção a mulheres homossexuais, mesmo que no contato com as profissionais eu apresentasse a pesquisa genericamente como “um estudo sobre saúde das mulheres lésbicas e a atenção que é dada a elas no PSF”. Propositadamente, o roteiro de entrevista foi organizado em blocos e nessa etapa o objetivo era buscar informações gerais sobre o atendimento às mulheres sem mencionar necessariamente grupos de mulheres específicos. Essa poderia ser uma justificativa para que o discurso das profissionais não mencionasse o atendimento a lésbicas, contudo, as perguntas também não foram direcionadas para explorar mulheres adolescentes, gestantes, idosas e mesmo assim tais mulheres apareceram frequentemente no discurso como grupos peculiares que despertavam interesse e práticas específicas. A vinculação da sexualidade à reprodução e a inclusão da homossexualidade no rol das perversões no século XIX parecem constituir fatores importantes que ainda influenciam atitudes e práticas na área da saúde. No campo da saúde, chama a atenção como o intenso interesse pelo corpo feminino tem desconsiderado especificidades de adoecimento e saúde de mulheres cujo afeto, desejos e práticas sexuais são homoeroticamente orientados.

No capítulo seguinte, dou continuidade a essa discussão analisando concepções desses profissionais acerca da(s) homossexualidade(s), em especial à homossexualidade feminina e suas interfaces com o cuidado em saúde. Busco destacar os argumentos e moralidades presentes nos discursos e as experiências, situações e fatos em que aspectos relacionados à homossexualidade feminina (e masculina) foram vivenciados pelos profissionais no serviço e fora dele.

¹⁰⁹ Anexo D.

4. HOMOSSEXUALIDADE FEMININA E SAÚDE: O (NÃO) OLHAR DOS PROFISSIONAIS

Como eu já te disse, essa questão das mulheres lésbicas não é uma questão que para mim faz muita diferença, não chama a atenção. A homossexualidade masculina ativa um sinal na hora da consulta, eu sei que devo pedir HIV ou alguma coisa assim, mas a homossexualidade feminina não tem nada que desperta, que eu me preocupe¹¹⁰.

Se, temas corriqueiros ligados à sexualidade e saúde – tais como reprodução e contracepção¹¹¹ – costumam ser abordados sob pressupostos normativos cujos subsídios técnicos têm deixado de lado aspectos afetivos e sociais; quando a consulta ou intervenção traz à tona aspectos da sexualidade que põem em xeque modelos hegemônicos de conjugalidade e família surgem valores morais que influenciam o atendimento, fazendo com que esse tipo de informação seja ignorada (ou, quando não, que se explicita o despreparo do profissional para lidar com ela). A homossexualidade é um desses temas frente aos quais o desconforto dos profissionais dos serviços de saúde pode ser facilmente identificado.

As mudanças ocorridas no campo da saúde no Brasil nas últimas três décadas – particularmente aquelas relacionadas à concepção de saúde e atuação dos profissionais da rede básica – têm exigido que a relação estabelecida com usuárias e usuários nos momentos de atendimento ultrapasse questões técnicas restritas à queixa ou motivo que originou o atendimento. Quando a consulta ou intervenção em saúde envolve aspectos ligados à sexualidade, a relação estabelecida entre profissionais e usuárias parece ainda mais complexa, uma vez que o conhecimento técnico é insuficiente para dar conta dos valores e das concepções morais envolvidas.

4.1 Percepções e tipos de atitude frente à(s) homossexualidade(s)

O material das entrevistas permite delimitar três tipos de atitude frente à homossexualidade: *rejeição*, *tolerância* e *aceitação*¹¹². Os que mantêm uma atitude de

¹¹⁰ Fala de médico de saúde da família em conversa com a pesquisadora durante o período de observação participante. (registrado no diário de campo de sexta-feira, 03/07/2009).

¹¹¹ Estes temas tradicionalmente têm feito parte de matérias obrigatórias em diversos cursos de saúde; têm sido objetos de políticas prioritárias do governo e são motivo de preocupação na atuação diária de profissionais e gestores de saúde.

¹¹² Essas e outras categorias têm sido utilizadas de diferentes maneiras para fazer referência a homossexualidade ou a outras situações que envolvem preconceito. Tomo a categoria *rejeição* para representar atitudes próximas de antipatia ou repulsa a

rejeição fazem uma leitura da homossexualidade como algo errado, anormal, que fere a “completude” homem-mulher – única relação em que é autorizada a prática sexual. Embora nenhum dos profissionais tenha relacionado diretamente a homossexualidade à doença, esses tendem a considerá-la como um desvio ou uma tendência decorrente de uma história familiar desagradável onde a homossexualidade é muitas vezes vista como uma espécie de castigo ao qual são condenados principalmente a família (e também a sociedade) pela falta de vigilância que permitiu o seu afloramento¹¹³. Como mostram as falas das agentes de saúde Ana e Carolina:

a gente tava vendo também muitos meninos homossexuais, alguns estavam ‘usando’ outros aí a gente começou a trabalhar, falar sobre isso também [nos grupos com adolescentes]. [Pesquisadora E o que você acha disso? Dessa questão da homossexualidade como você vê?] Acho que foi descuido, por necessidade a mãe deixou de olhar para os filhos. A gente tem dois casos aqui: um a mãe tem artrose e não conseguia acompanhar o filho e a outra trabalha aí não acompanha, quando vê, o filho já está com tendência, tem contatos. Acho que a homossexualidade vem de família, a pessoa trouxe aquela deficiência, às vezes não mostra, mas é dele. [Pesquisadora E a homossexualidade das mulheres? O que você acha?] Acho a mesma coisa. Trouxe da raiz, como diz os espíritas é carma que carrega. A bíblia também fala disso, lá diz que ‘o defeito dos pais, pagarão os filhos’. (Ana, ACS, 55a)

*Eu sou, pela palavra da bíblia, eu acho que é errado. Jesus deixou o homem pra mulher e a mulher pro homem. [...] Eu mesmo não acho certo não. [...] Eu não sei te explicar porque uns dizem que é de nascença, outros dizem que é safadeza. Eu acho que talvez teve até... é a convivência dentro da própria casa, quando o pai não tem um bom relacionamento com o filho. [...] Eu tenho um irmão que ele é homossexual, mas ele... ficou detestando o meu pai porque meu pai tinha muita mulher, dava mais atenção a outros do que os de casa. Quando pai chegava dentro de casa aí ele se escondia e isso foi machucando ele aí ele num. [...] **Eu acho que é da pessoa, é um modo de machucar a família também, indiretamente. Indiretamente, não, diretamente você tá atingindo sua família num é? Você não vê a família de Gretchen¹¹⁴, qual foi a educação que ela teve pra a filha dela? Na minha opinião, assim, a menina se revoltou. É uma forma de tá machucando, de a mãe num tá perto, dar um carinho, saber dar educação. Depois que a pessoa chegasse a certa idade ela ia ver o que ela queria ser realmente, num é?*** (Carolina, ACS, 50a)

Essas falas parecem demonstrar um paradoxo na própria concepção dos profissionais que ora colocam a homossexualidade como resultado da história de vida e ora colocam-na como uma pré-disposição sobre a qual pouco pode ser feito. A formação religiosa de algumas

homossexualidade e as categorias *tolerância* e *aceitação*, embora ambas, em certa medida, tenham a ver com atitudes de respeito para com a homossexualidade há uma diferença qualitativa entre elas que confere a *aceitação* não apenas a consideração e condescendência, mas a possibilidade de concordar e valorizar a perspectiva do outro, além de incluí-lo como parte “do seu mundo”. A pesquisa realizada por Saggese (2009) encontrou que “respeito” e “aceitação” são categorias bastante utilizadas por homens homossexuais ao analisarem processo de auto assumir-se (*coming out*) e enquanto a primeira denota um processo estruturante para a vida pública (nos ambientes de trabalho ou com amigos, por exemplo), a segunda é mais frequentemente referida nas elaborações a respeito dos seus processos de *coming out* no âmbito familiar.

¹¹³ Um artigo de Carrara e Lacerda (no prelo) que toma como foco de análise os dados produzidos por dois *surveys* nacionais realizados pela Fundação Perseu Abramo identificou uma relação entre opiniões que reprovam moralmente a homossexualidade e aquelas que a consideram como doença apontando a recorrência dessas duas opiniões, teoricamente contraditórias, entre 40% dos entrevistados.

¹¹⁴ Gretchen é uma cantora e dançarina brasileira que se tornou bastante conhecida nos anos 1980. A dança nas suas apresentações era caracterizada por um rebolado que chamava a atenção também em função das (poucas) roupas que utilizava.

profissionais¹¹⁵ também parece ter grande influência sobre essas concepções. O discurso conservador de correntes religiosas católicas e protestantes tem sido, ao longo de vários séculos, responsável pela manutenção da homossexualidade no âmbito do pecado que contraria os desígnios divinos¹¹⁶ e que deve ser combatida.

Na fala de Carolina, transcrita acima, vemos que o “segredo” da homossexualidade não é apenas do irmão que até o momento da entrevista não havia confirmado a suspeita que ela tinha a seu respeito¹¹⁷, mas, dela própria que também teme reações de rejeição aos “males” que acometem sua família:

Que às vezes também a gente tem vontade de desabafar, mas... fica aquilo remoendo dentro da gente e tem que ouvir as pessoas, que nem todo mundo entende. Mas tudo isso eu tenho dentro da minha casa, só não tenho a danada da... como é que os outros diz... saboeira. (risos) Que é conhecida assim, não é todo mundo que chama de lésbica não.” (Carolina, ACS, 50a)

Outro aspecto da atitude que denomino aqui de rejeição é a tentativa de separação entre *pessoas homossexuais* e *atos homossexuais*, sendo esses últimos caracterizados pela relação sexual com parceria do mesmo sexo. São eles que devem ser condenados por ir de encontro à função procriadora da relação sexual. Vejamos o que nos diz a enfermeira Dora:

*Eu não sei se é preconceito ou o que é. Eu gosto das pessoas, mas do ato não. A gente atende, não fico criticando, converso, se for pra tratar, se trata da saúde dela, é importante, converso. Se ela quiser seguir, ela segue não fico tem que ser assim, tem que ser assim. Mas eu sou contra. Não deve, não é certa. [Pesquisadora Tu achas que não é certa por quê?] Porque eu entendo assim... a minha justificativa. Hoje há a formação do homem e da mulher. O homem foi feito para a mulher e a mulher foi feita para o homem. Mesmo que tenham explicações de que a gente nasce sem sexo, não sabe se é menino ou menina quando está formando, fazendo a formação. Mas depois vai crescendo... Às vezes eu até observo, tem criancinhas que desde pequenininho que ele já é... **Se chama diferente. Ele tem umas tendências, mas se eu alimentar para ele seguir... Não é reprimi-lo, é conversar. É conversar, é conversar, é conversar. Mas eu até fico assim pensando, se acontecer isso com os meus filhos, eu não vou me afastar deles. Eu vou tentar conversar, mas se ele vai seguir, ele vai seguir. E sempre dizendo a ele: “você está fazendo, eu gosto de você, mas do ato não” [...]** Mas eu não sei se a gente vai deixando, se tem como impedir aquilo, eu não sei se eles nascem mesmo naquela formação. Eu não sei. Isso são coisas que Deus vai me explicar quando a gente se encontrar no céu. (Dora, enfermeira, 46a)*

Essa tentativa de separação parece um tanto quanto frustrada e traz sentimentos ambíguos para os profissionais quando se deparam com situações em que o julgamento da prática se contrapõe a percepção da relação afetiva. É o ato sexual que determina o limite

¹¹⁵ Quanto a isso, dentre os profissionais cujos trechos de fala foram apresentados até o momento nesse capítulo, a enfermeira Dora foi criada no catolicismo e atualmente é praticante da religião adventista do sétimo dia; a agente Ana mantém a prática católica na qual foi educada e a ACS Carolina, embora não tenha uma frequência muito ativa na igreja, teve formação batista numa família cujo avô e um tio são pastores.

¹¹⁶ Sobre o posicionamento conservador das igrejas evangélicas e católicas, ver, por exemplo, os textos de Natividade e Oliveira (2009); e Mott (2002).

¹¹⁷ “até hoje mãe num sabe que ele é homossexual porque ele tem um comportamento de homem. Ele num demonstra ser não, você passando por ele você nem diz que é. [Pesquisadora Tu conversa com ele sobre essas coisas?] Não. Ele não deixa, ele não se abre pra gente”. (Carolina, ACS, 50a).

entre afeto e desejo (entre fraterno e carnal) e impõe o lugar de rechaço para as relações entre pessoas do mesmo sexo. Como podemos notar ainda nos discursos de Dora e Carolina:

*[se] Eu descobrisse, meu filho é homossexual, eu iria conversar com ele. Mas eu já vi que eu não iria, aquelas coisas... Eu pensei que eu iria fazer assim: "ah, eu vou botar pra fora". Depois que eu assisti a um filme, 'O Segredo de Brokeback Mountain'¹¹⁸, dos cowboys. Menina, mas eu me emocionei tanto, eu vi a dificuldade. É muito difícil. É um relacionamento muito difícil, é uma luta muito difícil. Está indo contra tudo. Eu chorei, não assim... Eu fiquei emocionada... como é aquele amor nascer... É uma coisa meio estranha, é muito difícil. Eu achei muito bonito eles se amando, mas era muito proibido, era muito diferente. Às vezes eu até olhava "que história é essa de eu estar achando esse negócio ... É emocionante" **Eu fui pelo amor.** Mas eu também não sei como nasceu aquele amor entre eles, eu não sei como foi aquilo. Mas assim, eu tentaria conversar, tentaria desviá-lo, desviá-lo, mas se ele seguir... [Pesquisadora Você acha que é diferente o amor das pessoas heterossexuais...] Não, gosta. Gostar, gosta. Eu sinto que era amor. Agora eu não sei que tipo de amor, se é um amor de pessoa mesmo. Assim, eu amar você, como ser humano, eu lhe amar. Não aquela atração sexual, não sei se eles sentem mesmo. Aquele desejo, ou se é aquela vontade de ter um carinho, de ter uma proteção de outra pessoa. E se afirma tanto. [...] [Pesquisadora E quais são as diferenças entre as pessoas homossexuais e as heterossexuais, o que tu acha?] De ser humano, não tem não. É só o ato sexual. (Dora, enfermeira, 46a)*

[Pesquisadora Tu acha que tem diferença entre as pessoas homossexuais e as pessoas heterossexuais?] Carinho não, só tem a diferença do ato sexual mesmo. (Carolina, ACS, 50a)

Eribon (2008) ao analisar essa questão¹¹⁹ salienta que a afirmação da identidade homossexual traz como consequência a suposição da prática de atos homossexuais. Para ele, “dizer é fazer. Mas é, portanto, possível ‘ser’ homossexual, contanto que não se diga, e, assim, que não se deixe supor que tem a intenção de praticar atos homossexuais” (p.69). Acrescento que esse “dizer” não está necessariamente ligado à enunciação oral da identidade homossexual, mas também à percepção externa que os outros podem ter dela. Assim, comportamentos que vão de encontro a padrões de gênero hegemonicamente aceitos (tal como um “homem feminino” ou uma “mulher masculina”) da mesma maneira explicitam a suposta homossexualidade, ou seja, também “dizem” e da mesma maneira são condenáveis. Como ressalta ainda Eribon se a questão pudesse ser resumida simplesmente aos atos homossexuais bastaria proibi-los para que fosse superado o mal estar que suscitam. Porém, é preciso que não se deixe mostrar, que não se deixe ao menos supor a homossexualidade como possibilidade. Como podemos ver nos exemplos que seguem:

Tem homossexual que é uma pessoa de respeito. É um ser humano normal. Têm uns que são uma coisa, assim... É aquele escândalo. É louca, é uma bicha louca. [...] Tem uns que são sérios. É um comportamento normal, se comporta normal, tudo bem. Tem uns que não, que escandalizam. Como se fosse uma mulher que escandalizasse, tem na própria... Na

¹¹⁸ O filme conta a história de dois jovens vaqueiros que se conhecem e se apaixonam em 1963, enquanto trabalham juntos em um serviço de pastoreamento de ovelhas na fictícia montanha de Brokeback, no Wyoming. O filme documenta o complexo relacionamento emocional, sexual e romântico que eles passam a ter no curso de dezoito anos. (fonte Wikipédia http://pt.wikipedia.org/wiki/O_Segredo_de_Brokeback_Mountain#Sinopse. Acesso em 21/03/2009).

¹¹⁹ Eribon analisa essa a questão da diferença entre atos e pessoas homossexuais usando como exemplo a norma do exercito estadunidense que admite homossexuais, desde que não seja explicitada sua orientação sexual.

homossexualidade tem aquelas pessoas que também que não se comportam bem. É público, assim, é tudo esculhambada. Vou dizer assim, é esculhambada. (Dora, enfermeira, 46a)

A gente dá assistência, procura atender com mais facilidade, para não ficar exposto, tem a maneira de vestir então a gente procura atender com mais facilidade, mais rápido para não ficar exposto. Tem uns que se comportam normalmente, mas tem outros que fazem questão de agredir. (Ana, ACS, 55a)

Na fala de Carolina fica evidente o artifício de culpabilização da vítima quando responsabiliza os/as homossexuais pelos atos de preconceito e discriminação aos quais são sujeitos:

[Pesquisadora Tu tava me falando que uma mulher lésbica ela quer ser o que não é, né? Fala mais] Aqui mesmo tem uma que ela faz musculação. Vou até fazer o jeito dela (imita o andar com um jeito exageradamente caricato masculinizado) Eu sou triste. I. [a médica] diz que era 'pr'eu' ser atora. Ela querer ser um homem... um homem não anda assim, né? Já o traveco (imita também o andar 'do traveco', também exageradamente feminino caricaturado, 'quebrando a mão') Então se ele se comportasse na dele, ele teria mais respeito. Eu acho. É o que tira o respeito dele. Eu acho que sim porque faz com que todos riem da cara dele. (Carolina, ACS, 50a)

A linha entre rejeição e tolerância¹²⁰ à homossexualidade é bastante tênue. Enquanto a atitude de rejeição expressa um posicionamento explícito de não concordância, a tolerância se expressa na “permissão” à vivência homossexual, porém com um limite claramente delimitado pela discrição e não intromissão na vida do outro. A orientação sexual deve ser algo restrito ao campo da privacidade¹²¹. Situada entre *rejeição* e *aceitação*, a atitude expressa pela *tolerância* coloca a homossexualidade num permanente estado de suspeição (um “como se fosse”) que permite ao sujeito tolerante perceber essa vivência como uma possibilidade. Ao mesmo tempo, coloca-o também frente a moralidades conservadoras que ainda mostram-se arraigadas em suas concepções e das quais ainda não consegue se desvencilhar. A fala da médica Terezinha parece situá-la nessas circunstâncias:

*devido a minha vida né, minha formação pessoal, de família de tudo né. Eu era pra ser uma pessoa muito fechada no sentido de tabu né... com o passar do tempo devido a profissão eu comecei a assimilar isso **como uma coisa mais natural possível**. Tentar achar **entre aspas "normal"**, né... mas eu procuro não me envolver muito sabe assim com isso, né. Procuro... é como aquela música: **"cada um no seu quadrado"**. A opção, né opção? Pronto então vá viver a sua opção. Eu vou respeitar como você quer viver assim entendeu. Não vou interferir, nem me meter não. Também é, assim eu num vou dizer que vou ficar em cima do muro sabe, num dar opinião. Mas eu não sou de me meter, entendesse? (Terezinha, médica, 39a)*

¹²⁰ Meccia (2009) ao analisar discursos religiosos, jurídicos e estatais a respeito das sexualidades LGBT na Argentina chega a conclusão que todos eles usam o conceito de tolerância e, embora empregado de maneiras distintas, tem sido o principal argumento para a produção políticas estatais compensatórias com poucos resultados práticos e para reforçar a homossexualidade como uma vivência que deve permanecer no âmbito do privado.

¹²¹ Na análise feita por Carrara e Lacerda (no prelo) 75% das pessoas entrevistadas concordaram com a afirmação segundo a qual “tudo bem que casais de gays e lésbicas façam o que quiserem em, desde que em suas casas”. Reforçando a discussão aqui apresentada.

A tolerância não se expressa apenas frente aos sujeitos homossexuais, é também uma possibilidade de assimilação da própria transgressão do tolerante aos seus posicionamentos, aparentemente, contra-hegemônicos. Nesse sentido, o que parece estar também sob suspeita é seu próprio posicionamento e não apenas a normalidade do comportamento homossexual.

lógico que existem casos e casos... Tem casos, principalmente homossexualismo masculino, tem casos que são mais assim, mais aberrantes né como as Drags e aquela coisa toda... Então aquilo assim eu acho estranho e não concordo. Se você quer viver uma vida de homossexualidade você... é uma decisão própria de cada pessoa, ninguém tem o direito de intervir, de chegar e dizer "não, você vai ser colocado na forca porque..." Não, de forma alguma, já foi-se essa época. Eu acho que a tendência, mesmo com minha formação católica e tudo de não aceitar esse tipo de coisa, mas eu pra mim assim é uma coisa que não me, não me... Eu não me envolvo sabe. É como se fosse uma coisa natural entende. Eu já acho muito mais complicado e muito mais difícil de administrar na minha cabeça um casal heterossexual e bissexual né. Que aí, aí eu acho complicado. Isso aí pra mim é mais difícil. Mas se for homossexualidade ou feminina ou masculina eu num acho... não. por isso que eu disse a palavra opção, satisfação, prazer entendeu é... se sentir bem, se sentir bem com aquela pessoa. Às vezes você passa anos casado, porque eu já vi alguns casos desse, com homem e de repente não é aquilo a sua praia, não é a sua praia entendeu. E a pessoa descobre que você tem tendência a gostar de outra pessoa do mesmo sexo e aí? Qual o problema né? Isso causa polêmica né porque "ave maria se fosse traído pelo um homem, mas por uma mulher..." Mas eu acho que... eu acho que você tem que ser feliz sabe. Eu parto desse princípio de você se sentir bem, de você tá com uma pessoa que você se identifica. (Terezinha, médica, 39a)

Atitudes de maior aceitação das pessoas e comportamentos homossexuais também puderam ser percebidas no discurso dos profissionais entrevistados. Nessas situações, o caráter de normalidade do comportamento homossexual não foi colocado em questão e esses discursos caracterizaram-se por dar um tom de igualdade com relação às pessoas heterossexuais. Ao mesmo tempo, ao considerá-las “pessoas como as outras” reconhecem a diferença na escolha da parceria amorosa sem que isso determine o julgamento das qualidades pessoais dos sujeitos. Vejamos a opinião de algumas das entrevistadas:

Eu acho que só é a opção sexual, mas ela é uma pessoa normal do sexo feminino, do sexo masculino, que tem suas atividades. Tudo normal só que a opção dela sexual é outra. Eu num acho que é nenhum problema não. (Emília, enfermeira, 30a)

Assim, se você se relaciona com uma pessoa do mesmo sexo pra mim não tem grandes dificuldades de lhe ver como uma pessoa igual. É a pessoa, o relacionamento, isso aí, é muito individual de cada um, não tenho dificuldades e também não vejo diferenças. (Isaura, médica, 51a)

Quisera eu que isso [a homossexualidade] fosse o problema de saúde de todo mundo. [Pesquisadora Por quê?] Porque todo mundo era sadio. [...] [Pesquisadora "Deus criou o homem e a mulher para que eles cassassem e tivessem filhos". O que é que tu achas dessa frase?] Eu escuto aqui dentro mesmo [na unidade de saúde], muitas vezes. Eu acho que essa pessoa é muito preconceituosa. Muito preconceituosa, um preconceito imenso. Porque cada um sabe de cada um. Cada um escolhe o que quer. E isso não muda quem você é, sua personalidade por você gostar de outra mulher ou você gostar de outro homem. (Marina, ACS, 31a)

Podemos perceber, na análise feita pelo agente de saúde Paulo, que o “mostrar-se homossexual” é considerado algo positivo, um ato de coragem, frente a uma maioria conservadora.

“Olhe, veja só, eu acho que... é uma forma bastante interessante e eu acho que essas pessoas são bastante corajosas porque elas são autênticas, são mais autênticas do que os chamados heterossexuais. Porque as pessoas que têm relação com as pessoas do mesmo sexo, elas conseguem se identificar com o ser humano mesmo, elas fazem pra elas mesmas, pra elas tentar procurar a felicidade que elas querem, não a felicidade que uma maioria ou que uma grande parte prega como ideal e eu tenho vários amigos e tenho várias amigas e converso muito com o pessoal. (Paulo, ACS, 33a)

Se discursos resistentes tendem a questionar atos de manifestação das sexualidades “desviantes”, há narrativas que, por outro lado, tendem a enaltecer a revelação pública da orientação sexual como uma forma de auto-aceitação e valorização daquele modo de vida questionado socialmente. Porém, é necessário um pouco de cautela para que esse tipo de reflexão não se torne uma espécie de compulsoriedade à revelação (à saída do armário), pois, dessa maneira, desconsidera processos individuais, subjetivos e circunstâncias de vida que, muitas vezes, acarretam violência concreta e simbólica para os sujeitos. Além disso, pode se tornar uma espécie de confissão que, ao invés de libertar, aprisiona o indivíduo, expondo-o e tornando-o sujeito ao controle externo.

É, porque primeiro eles têm que se assumirem. E enquanto eles não se assumirem... Eu acho assim, que o fato de a pessoa ser e não se assumir dá mais tendência a ser discriminado. Entendeu? [Pesquisadora Tu achas que a discriminação tem a ver com a forma da pessoa se assumir?]

É. Eu acho bonito quando a pessoa se assume. “Eu sou”. Ela mostrou respeito por si própria. Ela mostrou respeito por si própria a partir do momento que ela decidiu ser uma homossexual não importa os outros. Quem quiser que diga o que quiser, quem tem a sua boca diz o que quiser. O importante é ela se amar. Aceitar o jeito que ela é. Porque se você é e não se assume, você não aceita você mesmo. Pelo menos é assim que eu penso. [...] Eu não sou contra a pessoa que é, mas eu fico muito chateada quando a pessoa é e não assume. [Pesquisadora Por que?] Por quê isso me chateia? Eu acho que é porque a omissão me chateia. Eu fico muito chateada quando eu vejo uma pessoa omissa. Eu acho que é isso. Um coisa deve ter a ver com outra que me chateia. (Lígia, ACS, 41a)

Carlos, enfermeiro, destaca a homossexualidade como forma de expressão que vai de encontro a um modelo social que dita regras sobre a maneira correta de relacionamento, acreditando que o critério da felicidade pessoal deve ser utilizado para definir o padrão de relação a ser adotado pelos sujeitos e que a avaliação da sociedade deve considerar a personalidade e seu comportamento ético.

Porque comigo passa a questão de que o que importa é caráter, formação cidadã, solidariedade, de compromisso, de responsabilidade. [...] Eu acho que é, talvez, o modo de sentir e pensar uma forma de se relacionar com o mundo que não é aquela socialmente imposta. Eu tenho direito de ser, de me comportar, de sentir, de me relacionar do jeito que é mais adequado pra mim e que me faz mais feliz. E que atinge os meus objetivos enquanto ser. Acho que seria isso. Eu acho que, como eu disse, elas procuram serem feliz. Amar o igual ou

o diferente, isso é secundário. Eu acho que o importante é você se sentir bem consigo mesmo.
(Carlos, enfermeiro, 46a)

Para Paulo, as dificuldades encontradas para enfrentar uma sociedade que não respeita a orientação sexual “diferente” podem viabilizar ferramentas sociais e econômicas para conseguir lidar melhor com isso:

Eu acho interessante, geralmente as pessoas [homossexuais] sabem se portar mais e respeita mais a individualidade do outro e o respeito do outro do que seu próprio direito. E uma coisa que eu já pude observar pela própria conversa, as pessoas, assim, os homossexuais, eu acho que são mais inteligentes do que os heterossexuais. [Pesquisadora Por que?] Não sei, pelo próprio, pela própria necessidade que ele tem. Quando ele começa a se identificar na categoria de homossexual, ele vê algumas necessidades [...] aí ele começa a criar mais instrumentos, mais ferramentas que os próprios ditos heterossexuais porque vai ter uma certa facilidade na sociedade que os homossexuais não tem aí como eu não tenho determinadas coisas, vou ter que criar instrumentos pra que eu adquira determinadas coisas. Aí por isso que a inteligência se torna mais um fator mais primordial. E no aspecto, esse é o aspecto social. E no aspecto econômico, financeiro eu vejo que os homossexuais eles têm um certo controle melhor do que querem do que os heterossexuais. Apesar que tem uns índices de homossexuais que são bastante esbanjadores, mas a grande maioria são determinados em relação a economia e em relação a vida social.

Alguns profissionais ressaltaram também o caráter de flexibilidade da orientação sexual que pode mudar ao longo da vida, de acordo com barreiras ou possibilidades que acontecem ao longo do tempo. Como ressaltaram Marina e Carlos:

Até agora eu sou hetero. [Pesquisadora Certo. Tu disseste assim, “até agora eu sou hetero”. Tu achas que a pessoa pode mudar ao longo da vida?] Sim. Tem homens que tem casamento a não sei quantos anos, tem filhos já velhos e, de repente, muda. [Pesquisadora Seria possível disso acontecer com você...?] Sim, com qualquer um de nós. (Marina, ACS, 31a)

[Pesquisadora Pensando as diferentes formas de viver a sexualidade, com relação, também, à orientação sexual, como é que você se vê nessa situação? Como é que você se definiria?] Como um ser que procura não ter barreiras em relação a essa questão. No sentido... Você está falando não só da aceitação das pessoas, mas da aceitação de si mesmo. No sentido de que eu acho que barreiras para impedir que você realize as coisas que acha que tem direito, porque tem a sensibilidade para tal, ou quer experimentar, ou seja lá o que for para se sentir bem. Eu acho que essas barreiras eu não tenho. Se eu tiver a fim de experimentar isso, eu vou e experimento. Se eu estiver a fim de experimentar aquilo eu vou e experimento. (Carlos, enfermeiro, 46a)

Indispensável destacar que os profissionais que mantiveram esse modelo de discurso relataram também histórias de convivência próxima com pessoas homossexuais, seja na família, seja no grupo de amigos. Esse parece um fator fundamental para demarcar o tom de suas falas. Explicar atitudes de rejeição ou tolerância frente à homossexualidade numa sociedade majoritariamente conservadora¹²², heteronormativa, influenciada por preceitos

¹²² Uma pesquisa da Fundação Perseu Abramo, realizada em 2008 constatou que 99% dos entrevistados demonstravam algum tipo de preconceito contra pessoas incluídas no grupo LGBT. Os graus variaram entre leve (54%), mediano (34%) e forte (6%). Esses dados chegam a ser oito vezes maior que o preconceito declarado contra negros ou idosos. Interessante notar que, diferente de outras pesquisas sobre preconceito e discriminação contra outros grupos, onde é frequente a

religiosos e/ou biomédicos que colocam a homossexualidade como desvio parece mais simples que tentar compreender como alguns sujeitos mantêm uma atitude de maior aceitação dentro dessas mesmas circunstâncias.

A chamada corrente de pensamento interacionista simbólica tem se caracterizado pela ênfase nas interações entre os sujeitos para buscar entender como se dá a construção do mundo simbólico, da sociedade e dos arranjos sociais. Autores como Erving Goffman e Howard Becker¹²³ passaram a abordar o desvio sob o ponto de vista dos sujeitos considerados desviantes e não sob a ótica de uma sociedade que assim os define, formulando uma teoria sociológica do desvio. Interessa-me aqui especialmente o conceito de *carreira*¹²⁴ utilizado por esses autores para referirem-se a mudanças nas posições sociais, ocupacionais ou na percepção do eu durante o ciclo de vida. Inspirada em suas formulações, proponho a utilização do termo *carreiras de desmistificação* para tentar compreender como atos e comportamentos tidos como desviantes ou não aceitáveis socialmente podem ser compreendidos como positivos por pessoas que, em tese, não são incluídas no grupo desviante. Embora os dados desse estudo não sejam suficientes para uma elaboração mais contundente a respeito dessa questão, é possível ousar uma hipótese que considera que as pessoas com grau mais pronunciado de aceitação são também elas mesmas “desviantes”, porém, como – em tese – não praticam atos considerados desviantes e não têm o desejo de praticá-los, são um tipo desviante por reflexão, ou seja, não são assimilados socialmente como parte do grupo desviante, mas suas reflexões e atitudes frente a esses grupos destoam do modelo socialmente aceitável. Esse desvio por reflexão nada mais é que uma posição contrária ou que vai de encontro a normas sociais¹²⁵.

Pensar numa *carreira de desmistificação* significa dizer que há fatores que acontecem em determinados momentos na vida dos indivíduos, que, ao interagirem com seu processo subjetivo, interferem, mudam o curso, e ajudam a destituir o caráter de erro ou anormalidade

constatação da existência de preconceito social, mas a negação por parte dos entrevistados de possuir tal preconceito. Na pesquisa da Fundação Perseu Abramo (2008) sobre preconceito contra LGBT, o número daqueles que assume ter preconceito tende a ser muito maior. Segundo Carrara e Lacerda (no prelo), na análise que fazem desses dados, 92% dos respondentes identificam a existência de preconceito contra gays no Brasil e 26% afirmaram tê-lo. (Agradeço ao Sergio Carrara e à Paula Lacerda que gentilmente cederam a versão prévia do artigo para citação nesse trabalho).

¹²³ Dentre as obras desses autores podemos destacar *Estigma* (1988) e *Manicômios, Prisões e Conventos* (2001) de Goffman e *Outsiders: estudos de sociologia do desvio* (2008), de Becker.

¹²⁴ Embora minha ênfase seja baseada nos escritos de Goffman e Becker, é importante destacar que o conceito de *carreira* tal com considerado pelos teóricos da escola de Chicago foi primeiro utilizado por Everett Hughes abordando principalmente as relações ocupacionais. Hughes foi professor de Becker e Goffman na Universidade de Chicago (berço dos interacionistas simbólicos) e exerceu grande influência nos escritos posteriores desses dois autores.

¹²⁵ Essa questão remete aqueles sujeitos a quem Goffman (1988) denominou *informados*. Esses seriam aqueles que, em decorrência de algumas situações (como o trabalho ou a proximidade com pessoas consideradas estigmatizadas), foram levados a compartilhar do “mundo dos estigmatizados” e a simpatizar com eles, permitindo que estes sintam-se à vontade diante de sua presença sem a necessidade de esconder-se porque sabem que serão considerados pessoas “comuns”.

de situações socialmente assim consideradas. Os profissionais aqui incluídos tiveram eventos ou circunstâncias em suas vidas que possibilitaram a mudança de posição, de olhar, a respeito da homossexualidade. Pude notar, a partir das entrevistas que o contato próximo com indivíduos (homens ou mulheres) homossexuais foi um diferencial nesses discursos, se comparados com os discursos resistentes ou tolerantes. Porém, as “contingências de carreira”, como ressalta Becker (2008), “incluem tanto fatos objetivos de estrutura social quanto mudanças nas perspectivas, motivações e desejos” (p. 35).

As circunstâncias com que cada pessoa vai se deparar ao longo da vida são várias, porém é o embate dessas circunstâncias com outros valores adquiridos que vai definir o rompimento ou não das normas sociais. Se retomarmos o exemplo da enfermeira Dora, relatado acima, ao assistir ao filme *O Segredo de Brokbeck Mountain* - que aborda o relacionamento de um casal de homens numa cidade conservadora do interior dos Estados Unidos - ela foi exposta a sentimentos contraditórios com relação à homossexualidade, pois ao mesmo tempo que se emocionava com a história do filme e chorava pela impossibilidade do romance entre o par masculino, Dora se questionava como poderia manter tais sentimentos (“*que história é essa de eu estar achando esse negócio ... É... emocionante?!*”). Embora o contato com o filme tenha possibilitado a reflexão, não foi suficiente para romper com suas concepções sobre atos homossexuais como um ato errado. Provavelmente, a força de suas concepções religiosas foi mais forte que a possibilidade de mudança proporcionada pelo contato fugaz com a película.

A enfermeira Emília, por sua vez, teve a possibilidade de manter uma amizade de infância e dividir apartamento com um garoto que posteriormente veio a ter certeza da sua orientação homossexual, pois, segundo ela:

não tocava nesse assunto, [mas] sabia porque assim, era uma pessoa que não tinha relacionamento heterossexual mesmo... [...] Desde criança, quando a gente brincava, gostava de brincar fantasiado de Madonna. Tinha mais amizade com meninas, sempre se identificou mais... (Emília, enfermeira, 30 anos).

Essa amizade próxima provavelmente possibilitou que, desde criança, Emília pudesse ir se familiarizando com “o diferente” e desmistificasse aquela situação como algo do qual ela devesse se afastar. Ao mesmo tempo pôde se dar conta da dificuldade de aceitação social daquele comportamento que para ela já não era “tão estranho”.

eu tinha muita proximidade e eu assim, falava muito coisas assim, pessoais minhas. Eu tinha muita proximidade e tinha aquele sentimento que aquela pessoa num se relacionaria com uma mulher, entendeu? [...] Eu acho que não é fácil porque as pessoas sentem diferentes não é?... Elas... que assim, elas vêem que existe preconceito né, ainda nãooprou essa parte do preconceito, e elas se sentem diferentes. Elas num se sentem acolhidas assim, entendidas, compreendidas. Eu acho que isso prejudica.

Da mesma maneira podemos imaginar que os vínculos de amizade podem ter influenciado na maneira de pensar de Isaura, médica:

do ponto de vista pessoal, eu tenho alguns amigos, amigos antigos, tem alguns amigos novos também, mas amigos antigos de muito tempo e que eu convivi com ele por muito tempo, durante o período de faculdade, essa coisa toda, e que a gente criou laços muito fortes de amizade e que, assim, me deram, também, a possibilidade de eu conviver com essas pessoas, muitas vezes até compartilhar de alguns sofrimentos, de alguns tipos de preconceitos e que, assim, eu acho que no geral, no dia-a-dia, eu tenho certeza que eu convivo com pessoas assim. E do particular, mesmo, eu acho que é assim, uma meia dúzia muito próxima. Num sei, eu acho que, de alguma forma... (Isaura, médica, 51a)

É importante ressaltar a mobilidade dessas categorias. *Rejeição, tolerância e aceitação* não são atitudes fixas e, como vimos, podem variar ao longo do tempo em um mesmo sujeito que, por exemplo, pode ter tolerância ou aceitação para alguns tipos de expressão da sexualidade e maior rejeição para outras.

Do mesmo modo, não é possível reduzir a possibilidade de ingressar numa *carreira de desmistificação* ao contato com pessoas cuja expressão da sexualidade é diferente da norma. Nessas situações, a possibilidade de modificação parece estar menos relacionada ao contato com as pessoas (afinal, esse todos em maior ou menor grau temos) e mais a possibilidade de participar das vivências e situações pelas quais elas passam – seja através do contato próximo, seja através de relatos como livros, filmes e, porque não, pesquisas e teorias. Podemos perceber isso ainda através da fala de Emília, quando relata que tem em sua própria família um tio homossexual e que nota entre os irmãos atitudes de preconceito para com ele:

Eu tenho uma pessoa na minha família que é um tio. ... pra mim assim eu adoro ele, uma cabeça, uma mente muito aberta. Ele é bem diferente dos outros da família, aquela coisa certinha. [...] Aí os irmãos quando encontram ficam brincando assim por trás dele. Não na frente né. "Ah você quer ser igual a ele"... Assim ficam brincando né. E ele se sente um pouco isolado diferente porque ele é o único que num casou. [...] ele num consegue muito falar sobre isso. Eu sinto ele... e assim porque ele já foi noivo, uma certa fase da vida dele. Quando eu era criança eu lembro que ele tinha uma noiva e vivia assim como se fosse um heterossexual. Depois que ele acabou esse noivado aí foram vários comentários. [...] Vários comentários que ele tinha se transformado. Aí isso ele nunca divulgou bem, porque assim a família, meu avô e minha avó, são pessoas bem assim... Como é que eu posso dizer... arcaicos assim né. Agora minha avó até que ela tá se transformando numa mente bem aberta, agora meu avô não aceitaria nunca.

Nessa situação, o contato com o tio não fez diferença na atitude da família, pois o ocultamento da homossexualidade impossibilitou o rompimento com as normas que consideram aceitáveis. Obviamente há outros fatores em interação atuando em cada um dos sujeitos envolvidos e que serão mais ou menos determinantes para instaurar carreiras de desmistificação. Identificar os elementos que podem contribuir para isso pode ser um passo importante para diminuir situações de exclusão e intolerância social.

De maneira geral, o tema da homossexualidade está presente no dia-a-dia das profissionais de saúde, seja em conversa com amigos, colegas de trabalho ou com familiares (menos comum). As conversas costumam girar em torno de brincadeiras e chacotas, tentativas de compreensão de possíveis causas da homossexualidade, conjecturas sobre a orientação sexual de outros, ou sobre alguma situação específica com a qual tiveram que lidar, porém não há nenhum tipo de discussão formal a respeito do tema. Como nos mostram algumas profissionais:

[Pesquisadora Em que situações tu conversa sobre essas questões?] *Não, em casa não surge até porque não é um assunto muito... num sei acho que num é muito bem... necessário de tá surgindo. Mas no trabalho sim né quando a gente se depara com algumas situações. Acho que mais do trabalho é... no convívio acho que as experiências que eu tenho mais de perto que é com... do cabeleireiro né então assim sempre que eu tenho contato com ele aí eu converso assim com ele, quer me contar como ele tá de saúde entendeu... como é que tá a questão da prevenção, já inclusive levei preservativo a pedido que ele pediu. Então assim é uma relação muito tranquila, muito saudável entendeu. Num vejo problema nenhum.* (Terezinha, médica, 39a)

Eu converso em casa, com meus filhos, com meu marido. Na igreja, no trabalho. [Pesquisadora Como é que esse assunto surge?] *Surge, assim, a gente está... Ontem surgiu um que a gente começou a rir. Foi assim: uma chegou e disse “olha, a médica e a enfermeira estavam se beijando”. Elas não sabem que todo mundo sabe. “Eita, e agora?”, e começa aquelas gracinhas. A gente mesma se pega soltando gracinhas. Com elas não, entre a gente. [...] Coisas que eu não entendo ainda, eu procuro às vezes na conversa. Eu fico nessas dúvidas, como é depois para aquela criança [que tem pais homossexuais]? Se tem coisas, como se fosse influência, já que o pai é, o outro pai é. [...] [Pesquisadora Essa discussão está presente em seu ambiente de trabalho?] *Eu converso sim. A gente conversa... de repente. Está assim e aí surge “ah, fulana não sei o quê...”, “tu sabes de fulano?”, “ah, sim, aquele assim é.”, “mas aquele ali, não, aquele ali é sério mesmo, uma pessoa séria.”, aí tem aquele outro “é um esculhambado”.* (Dora, enfermeira, 46a)*

A gente fica sempre aí na frente, quando num tem nada o que fazer, e tendo mesmo só pra descansar, aí passa aqueles pequeninhos fica comentando o que é que leva a um homem, a uma criança, a fazer isso. Em casa, como será? Como será que a mãe trata, sabe? Mas a gente comenta mais só entre a gente mesmo, entre os ACS. [Pesquisadora E na tua família tu conversa?] *Não, eu não gosto de levar as coisas do trabalho pra casa não.* (Carolina, ACS, 50a)

Paulo foi o único profissional que identificou o tom de violência ou desrespeito que tais conversas podem gerar e, para ele, essas situações são uma oportunidade para reflexão junto ao(a) agressor(a) buscando evitar a repetições nesse sentido. Por outro lado, ao conversar também com “o agredido”, parece entender que algo do seu comportamento também motiva a agressão trazendo novamente à tona o processo de culpabilização da vítima, dessa vez, de maneira mais sutil. Embora essa situação não tenha ocorrido dentro da unidade de saúde, podemos imaginar que esse contexto possibilitou uma intervenção não apenas a partir do seu lugar de cidadão, mas também do lugar de agente de saúde pelo qual ele também é conhecido e reconhecido na comunidade.

[...] Com qualquer pessoa na rua, com comunitário, quando eles falam às vezes até alguns... alguns amigos que passam aí falam 'ó fulana é sapatão' [...] "você acha que é melhor gostar de uma mulher que gostar de um homem ou você maltratar um homem ou maltratar uma mulher". Aí quando passa outro, porque aqui no Córrego tem muito homossexual masculino entre 13 e 14 anos né, aí o pessoal começa já a sacanear com as próprias pessoas, assim, a externar o preconceito que tem dentro deles 'lá vai xxx [inaudível] lá vai num sei o que, lá vai num sei que lá' aí eu falo com essa pessoa que tá sendo o agressor né, 'rapaz não vamos por aí, vamo tentar respeitar. Você gostaria se eu passasse na rua e te desrespeitasse de qualquer forma, pelo fato de você ter o cabelo crespo ou você ser negro, ser alto, ser baixo' e aí no final eu sempre digo 'olhe, tem um ditado popular que diz quem desdenha quer comprar, viu?' Aí a pessoa já começa a ver aí depois eu vou falar com o agredido 'rapaz, olha, procura empoderar, dar-te respeito a ti mesmo'. Porque se você não se respeitar meu amigo, o mundo não vai te respeitar nunca. (Paulo, ACS, 33a)

A maioria dos profissionais, independente da atitude demonstrada no discurso, reconhece a manutenção de preconceitos contra pessoas homossexuais na sociedade e percebe certa mudança indo na direção da diminuição desse preconceito, maior acessibilidade e exposição pública. Vejamos, por exemplo, os discursos de Lucas e Dora:

[Pesquisadora Você acha que ainda tem preconceito da sociedade?] Tem, de uma certa forma tem. Mas não é o preconceito que a gente via a alguns anos atrás, de violência. Existe sim violência, algumas pessoas homofóbicas que realmente agem com violência. Mas não tanto quanto antigamente. Hoje está mais acessível às pessoas. (Lucas, ACS, 29ª)

Trata com diferença. Até a gente aprova quando o prefeito fez a lei.. [que garante a pensão para companheiros(as) de servidores(as) do mesmo sexo]. Porque ele disse, a família às vezes... tem uma certa quantidade que é assim: despreza, bota para fora de casa. Aí quando morre a pessoa tem um companheiro que está ali com ele, o tempo todinho. Quando há a morte, a família quer levar aqueles bens e deixar o companheiro ou a companheira sem. Isso é errado. Ele tem direito. É como eu te digo, eu sou contra o ato, mas as pessoas, elas tem o direito. Ele viveu com ela, foi ele que viveu, então ele é quem tem o direito. [Pesquisadora Houve mudanças?] Melhorou muito. Muito, muito, muito mesmo. Melhorou porque antes era aquele... quando passava (imitando risos). Risadas. Críticas, assim, altas mesmo. Agora, ainda não se aceita um beijo. Eu fico um pouquinho chocada. A gente ainda ri. Ainda ri das coisas. Mas quando a pessoa diz, ou a gente vê, antes era um choque. Agora não. (Dora, enfermeira, 46a)

Para o agente de saúde Paulo, que demonstra estar um pouco mais atualizado do debate político dos grupos LGBT (provavelmente por sua atuação política em outros âmbitos do controle social), considera injusto o preconceito social e afirma que ele existe também dentro do próprio grupo militante que, ao atuar por identidades específicas distorce a proposta de inclusão que deveria figurar como meta. Além disso, ao analisar a atuação do movimento, compreende que houve um grande avanço no sentido do maior respeito social, porém, atualmente, passa por um momento de retrocesso cujas festividades representadas pelas paradas da diversidade encobrem a luta por direitos tão duramente conquistados. Transcrevo abaixo um trecho longo da entrevista que nos possibilita entender a sua percepção acerca do assunto:

*Veja só, existem debates que são direcionados ao grupo GLBT, que mudou a sigla agora né, aí começa os grupos focais, aí vem, homossexuais masculinos vai prum lado, homossexuais femininos pr'outro lado, transexual pro outro, bissexuais pro outro, aí vem livre orientação pro outro, começa a segregar o grupo. E o que eu observo desse debate é que tem grupos que não se misturam com outros grupos, o grupo de homossexuais masculinos não quer conversar com o grupo de homossexuais femininos e vice versa, os transexuais não são aceitos em nenhuma categoria, o pessoal que prega a livre orientação sexual fica no meio de todo mundo, né? e fica começando esses grupinhos, né? Aí eu acho um pouco meio confusa essa história. [...] A **primeira onda foi a onda do respeito**, né, que brigaram, apesar que não só pelo assassinato, mas a questão do próprio preconceito na sociedade, pela forma de tratar. A primeira onda pra isso deu uma reduzida nos índices de assassinato, né, e até a forma de tratar a sociedade. Da sociedade tratar essas pessoas. Essa foi a primeira onda, do respeito. E depois que adquiriu esse pouco de respeito, eu acho que se demoniou bastante alguma coisa e eles tão passando pra uma **segunda onda que é a onda da canalhice**, da anarquia, não é? Uma coisa que assim, eu comecei a abominar de um tempo atrás foi essas chamadas paradas. Essas paradas gay que nada mais nada menos se transformou numa grande micareta, você olha na internet em todo canto tem, vai ter a parada da diversidade e não sei o que. E o que você vai olhar é que a maioria, né, perdeu aquele cunho de lutar pelos direitos. Eles próprios começam a perder o respeito dentro da própria parada, dentro do próprio movimento. Aí isso é que vai gerar a segunda onda, não é, como tá acontecendo novamente. No começo a parada da diversidade geralmente tinha alegria, alegria era uma coisa, canalhice é outra. Passou da alegria pra canalhice. Eu tava vendo alguns vídeos e conheço o pessoal do movimento Leões do Norte¹²⁶ algumas pessoas, e eu tava até discutindo com eles isso também. Que eu faço parte do movimento negro de Pernambuco e tem um rapaz que é do Leões do Norte que ele faz parte também, e eu tava observando isso que tá vindo essa onda aí, essa onda da banalidade agora. Tão querendo partir pra banalidade, tão nessa coisa banal. E o meu medo é, quando se tornar banal, vai perder todo aquele direito que construiu. (Paulo, ACS, 33a)*

Quando estimuladas a pensar sobre possíveis diferenças entre os grupos LGBT, algumas profissionais destacaram distinções principalmente entre gays, lésbicas e bissexuais. Por vezes as travestis pareciam incluídas na referência aos homossexuais masculinos e nenhum profissional mencionou transexuais. Essas diferenças foram demarcadas no campo da visibilidade pública e do preconceito que pareceram interconectados: quanto mais público, maior o preconceito. Porém, a maior visibilidade tem sido identificada por características de gênero socialmente atribuídas ao sexo oposto, principalmente para os homens homossexuais, que ao demonstrarem trejeitos “femininos”, maior delicadeza e excentricidade (às vezes relacionada à vulgaridade) seriam mais propensos a reações de preconceito. Vejamos como são notadas essas “diferenças” por algumas profissionais:

Então, assim, duas mulheres, beijarem, se acariciarem, se tocarem em espaços públicos, eu acredito que não chama tanto atenção. Então, assim, a forma como o homem se comporta, e se for uma forma mais próxima, mais afetiva, com outro homem, eu acho que chama muita atenção. [...] Eu acho. Eu acho. Eu acho. Choca, algumas coisas... Assim, até pela nossa... Homem não chora, homem não beija, homem não isso, homem não beija outro homem, nem assim, só... nem em casos especiais, nem que seja... Só se for um pai e olhe lá. Então, assim, isso fica muito rotulado, muito fechado. (Isaura, médica, 51a)

¹²⁶ ONG LGBT que atua em Pernambuco.

Acho que alguns homossexuais masculinos gostam mais de mostrar isso num sei... fazem disso até um profissão né. Gostam de se vestir de mulher, de aparecer um pouco mais e alguns gostam até em peça de teatro, coisas assim. Fica uma coisa meio... gostam um pouco de aparecer de mostrar aquilo né. E as mulheres eu acho que não. Eu acho que são mais naturais, não tem tanto isso. Não tem profissão assim... mulher se vestindo de homem, nem querendo aparecer. Eu acho que isso os homossexuais masculinos tem mais de gostar mais de... num sei de aparecer um pouco, de mostrar assim num sei, de transformar isso em profissão num sei. Até de vulgarizar um pouco. E a mulher eu num acho, a mulher eu acho uma coisa mais natural. Você não ver esses comportamentos assim de vulgaridade com a mulher. Eu acho mais normal. (Emília, enfermeira, 30a)

As mulheres, elas não chamam muito atenção feito os homens quando são homossexuais. Até pela questão da mudança, eles fazem muita questão de mudar. A mulher muda, mas normal, ela corta o cabelo, bota... Mas o homem muda mesmo. Toma remédio e muda o corpo e chama muita atenção até no jeito de falar. Porque às vezes eles gostam de falar muito alto, de mover muito os braços, porque pensam que a gente faz muito 'assim' com as mãos. Pra ficar parecido com a gente. (Laura, ACS, 41a)

Bissexuais foram classificados ora como um grupo que esconde sua “verdadeira” orientação homossexual, ora como um grupo que, tendo sua sexualidade “melhor resolvida”, não precisaria assumir características do gênero oposto. A fala de Carolina parece demonstrar que, para ela, os homens bissexuais são homossexuais que, por falta de coragem ou aceitação, mantêm uma relação heterossexual de “fachada”. De certa maneira, tal relação os protege de atitudes mais violentas decorrentes de preconceito, embora, como podemos perceber, não os proteja de comentários “maldosos” na vizinhança:

Eu acho que tem diferença, assim, no bissexual eu acho que tem porque eles querem fazer uma coisa que não tem coragem e se mascara em outra. Porque o bissexual ele nunca deixa transparecer que ele é bissexual. [...] Os gays eles só trata de bicha mesmo ou de frango, as lésbica[s] é de sapatona e os bissexuais eles sempre estão escondidinho. A gente só escuta os comentários 'ó, o marido daquela fulana é casado, mas...' é mais escondido. [Pesquisadora Mas tu acha que assim.... as ofensas.... são da mesma maneira?] Não, não. Os gays eles atacam mais. [bissexuais] quase num comenta porque ele tem a parte de homem que é forte e tem a parte de mulher que é frágil, então têm medo da parte do homem. É diferente. (Carolina, ACS, 50a)

Já para Paulo (também agente de saúde), ao contrário, a bissexualidade representa uma melhor aceitação de si, pois, para ele, assumir características de gênero relacionadas ao sexo oposto (como acredita que acontece na homossexualidade) demonstraria certa confusão dos sujeitos acerca de “ser homem” ou “ser mulher” tendo como consequência a inversão de papéis atribuídos a cada um dos sexos. Nesse sentido, sua leitura parece levar a crer numa certa essência do “feminino” e do “masculino” que seria respeitada por pessoas bissexuais:

Veja só, uma diferença que eu vejo muito grande é que o bissexual eu acho que ele não tem uma certa confusão dentro dele, ele tem a questão da dualidade, acho que ele se sente menos confuso que os próprios... do que quem é homossexual. O que eu observo, Ana, muitas vezes assim tanto o homossexual feminino quanto o masculino é querer inverter o papel. É o que assim: eu sou homem e querer assumir a representação de uma mulher. Agora o grupo de... E a mulher o contrário, querer tomar o lugar da representação do homem, não só a representação física, mas a representação institucional, aquela forma que tem. E o bissexual

não, ele não tem tanta preocupação com esse tipo de coisa não, ah tá ali tu é tu, eu sou eu e tanto faz. Mas o que eu vejo da relação do próprio homossexual é essa história, de querer representar o papel do outro. (Paulo, ACS, 33a)

Os resultados apresentados até agora demonstram a rigidez dos papéis de gênero a partir da qual se estrutura o Programa de Saúde da Família e as representações dos profissionais acerca da(s) (homo)sexualidade(s). Falar de homossexualidade remete, em primeiro plano, à homossexualidade masculina. Para eles, esses homens são “mais vistos”, sofrem mais preconceitos e parecem ter seu comportamento e sexualidade mais questionados que o das mulheres homossexuais. Essas concepções e atitudes têm consequências diretas no atendimento e percepção das mulheres homossexuais nos serviços de saúde. A invisibilidade pública reflete uma invisibilidade no serviço que apenas é revertida quando as mulheres apresentam características de gênero que as aproximam do masculino e, consequentemente, impedem-nas de serem percebidas como mulheres que também possuem demandas particulares de atendimento e cuidado. O tópico seguinte abordará como essas mulheres são percebidas pelas profissionais do Programa de Saúde da Família em suas rotinas de trabalho.

4.2 “Não precisa perguntar que tá obvio” – quais e como são identificadas as homossexualidades femininas no PSF

O reconhecimento de pessoas com orientação homossexual nas ações da unidade de saúde acontece menos pela auto-identificação das(os) próprias(os) usuárias(os) e mais pela inferência dos profissionais a partir da percepção de características – tais como roupas, corte de cabelo e “jeito” – que são comumente atribuídas ao gênero oposto¹²⁷. Gays, tidos como homens-femininos, são mais percebidos no serviço que lésbicas, tidas como mulheres-masculinas. Como retratam as profissionais Lígia e Iracema:

*[Pesquisadora E aqui na unidade, tu tens notado a presença de homens e mulheres homossexuais?] Funcionários não, não é? [Pesquisadora Não, tanto faz. Funcionários, usuários...] Usuário vem, bastante. Usuário vem. [Pesquisadora Como é que você identifica eles?] Pela maneira de se portar. Os **homens** dão mais demonstração, porque eles **gostam muito de imitar gestos femininos**. A mulher não. A **mulher**, ela é mais contida. Já é mais séria, mais fechada, mas aí eu **percebo pela maneira dela se vestir, a maneira dela se sentar**.*

¹²⁷ Interessante notar que na pesquisa realizada durante a 5ª. Parada da Diversidade de Pernambuco, os profissionais de saúde aparecem como resposta para 56,6% das mulheres homossexuais quando perguntadas “para quem já se assumiu?”. Esse número relativamente alto pode ser atribuído a um certo empoderamento das mulheres homossexuais que participam desse tipo de evento – 68% delas motivadas pela busca de direitos para as pessoas homossexuais. Por outro lado, 8,3% das mulheres homossexuais e 4,1% das mulheres bissexuais relataram ter sofrido algum tipo de discriminação nos serviços ou por profissionais de saúde. (CARRARA et al, 2006).

Porque é sempre aquela maneira masculinizada. Eu não acho difícil de identificar não. Agora tem umas que enganam. (Lígia, ACS, 41a)

normalmente eu nunca pergunto não. “Você é gay?” porque homem tem mais trejeitos, mas não é todo homossexual feminino que tem trejeito de homem, né? A gente teve uma aqui feminina que eu nem sabia que ela era, aliás. O trejeito, o gay masculino quando tem e também tem ao contrário, meio masculinizada aí, minha filha, é obvio, né? Não precisa perguntar que tá obvio. Mas, eu normalmente não pergunto não por opção sexual não, nem homem nem mulher. Homem é mais fácil porque gay é mais espalhafatoso. (Iracema, enfermeira, 39a)

Essa relação gay-feminilidade e lésbica-masculinidade parece ser determinante do lugar no qual serão situados nos serviços de saúde e a atenção que lhes será dispensada. Um trecho da entrevista com a ACS Marina é emblemático para buscarmos a compreensão das convenções de gênero adotadas pela equipe de tal PSF. Marina me conta que há, entre os seus comunitários, “um [homem] com um parceiro que é homossexual” e diz que seu nome é *Lili*¹²⁸, passando a partir desse momento a referir-se a “ele” oscilando entre os gêneros, ora utilizando o feminino, ora o masculino: “O nome dela é Lili. É do bem ele [...] ela é bem orientada, sabe? Tem o parceiro dela, ela vem, marca a consulta pra ele. Ela é bem aberta, conversar com ela, explicar, orientar [...] gosto muito dele inclusive, sabe, porque é uma pessoa bem bacana”. Note-se, que ao exercer o “papel feminino” nessa relação conjugal, *Lili* passa também a ser reconhecida por Marina nesse lugar dentro das ações da unidade, sendo percebida como aquela que exerce a função de cuidadora da família e para quem as ações da unidade passam a ser direcionadas. Assim, a feminização de usuários homens homossexuais também os habilita a serem perceptíveis uma vez que, como já ressaltamos, os serviços de saúde em geral e o PSF em particular têm sido um espaço do feminino.

Por outro lado, a maior visibilidade dos homens homossexuais nos serviços de saúde pode estar relacionada também ao surgimento da epidemia de AIDS e à sua associação inicial com práticas de sexo entre homens que contribuiu para instaurar um alerta no campo da saúde com a viabilização de informações sobre práticas de prevenção e atendimento direcionado a essa população. Ao mesmo tempo, passados mais de 20 anos dos primeiros casos de AIDS e desmistificada a transmissão exclusiva no sexo entre homens, prevalece a estigmatização dessa população no campo da saúde, que ainda vincula fortemente as demandas desses homens às queixas e problemas relacionados às DST e AIDS. O trecho utilizado como epígrafe na abertura desse capítulo é revelador do direcionamento do olhar e das consultas realizadas junto a esses homens: focado na infecção e transmissão de DST/HIV/AIDS. O

¹²⁸ Importante destacar que várias profissionais relataram a utilização do nome social de travestis (percebidos por eles como “homossexuais masculinos” feminizados) nas situações de atendimento.

médico Joca levou-me a entender, inclusive, que o próprio diagnóstico de DST em homens é uma possível forma de identificação de sua suposta homossexualidade:

Porque o homem, quando é homossexual uns faz [em] questão né, e existe aqueles outros que são mais recatadozinho. [...] Um ponto mais fácil de nós identificarmos é as DST. Na homossexualidade e é raro uma mulher transmitir pra outra uma DST, tanto que no homem é muito mais fácil, né? (Joca, médico, 68a)

A masculinização atribuída às mulheres homossexuais parece situá-las, tal como os homens em geral¹²⁹, num segundo plano de atenção, tornando-as assim, menos visíveis. Roupas, corte de cabelo, forma de andar e de falar (essa em menor intensidade) são características relevantes para a classificação dessas mulheres como masculinas e, consequentemente, como homossexuais. Tais símbolos fornecem informações aos profissionais a respeito das usuárias que irão atender e ganham um peso significativo¹³⁰ na relação estabelecida com elas, parecendo acionar dispositivos de ação, modos de atuar, que repercutem na forma de lidar dos profissionais, bem como no atendimento que lhes será dispensado. Essa invisibilidade feminina parece ser demonstrada a partir da fala de Joca, médico:

[Pesquisadora O Sr. Atende mulheres homossexuais aqui no consultório?] Raríssimo aqui. Já, já vi casos aqui. Olhe, elas não trazem os problemas, quando vem é por uma razão outra. [...] Agora, homens homossexuais nós temos aqui um número muito grande, acima, posso dizer, da média, do peso que tem fora. [...] As femininas são pouquíssimas ou raras. [...] Como eu lhe falei antes, o número aqui é tão pequeno que eu não me recordo a última vez que tenha havido queixa. Eu posso até ter identificado, obviamente. Posso não, eu identifiquei menor número do que existe, agora aqui é muito baixo. A incidência¹³¹ é muito baixa. (Joca, médico, 68a)

É interessante notar como falas que habitualmente são utilizadas para se referir à relação dos homens com os serviços de saúde ("*não gostam de ir ao médico*", "*só vão em último caso*") são repetidas para fazer referência à participação de mulheres homossexuais. Nesse sentido, as pesquisas realizadas por Facchini (2004), Meinerz (2005) e Knauth (2009), destacaram a maior adesão ao serviço ginecológico e aos cuidados com a saúde sexual e reprodutiva por parte de mulheres que fazem sexo com mulheres e que são classificadas, sob o ponto de vista de sua performance de gênero, como "mais femininas".

¹²⁹ Refiro-me aqui aos homens que não são identificados como homossexuais pelas profissionais de saúde.

¹³⁰ Oliveira (2006) analisando as performances de *travestis, gays e cross-dressing* em camadas populares no Rio de Janeiro utiliza o verbo "pesar" e suas variações para refletir como as expressões materiais como gestos, posicionamento corporal, fala/tom de voz, e jeitos ganham relevância e poder que determinam lugares que se situam e onde são situados os sujeitos.

¹³¹ O termo incidência é utilizado de maneira bastante comum em publicações da área da saúde para denotar magnitude de doenças e agravos. Esse termo também foi utilizado por outra médica entrevistada para fazer referência ao grande número de homens homossexuais percebidos na área de atuação. Talvez, mais que a simples utilização de um termo com o qual estejam acostumados, isso demonstre como a homossexualidade é percebida como algo comum cujo aumento (principalmente) ou a diminuição do "número de casos" seja algo para estar atento.

Mesmo com a maciça participação de mulheres nos serviços, aquelas que têm práticas homoafetivas ou que assim são identificadas pelos profissionais por suas características “masculinas” permanecem invisíveis, sendo abordadas como se heterossexuais fossem e, mesmo quando identificadas, essa informação não aciona – como mencionou o médico cuja fala utilizei em epígrafe – nenhuma abordagem, programa ou atendimento que considere especificidades nas suas demandas ou vivências pessoais. A percepção dessa “masculinização” é a principal forma de identificação das mulheres homossexuais utilizada pelas profissionais no contexto do PSF, como podemos perceber em algumas falas:

Até pelo andar, viu. (risos) [...] De uma lésbica dá pra saber, até pelo corte do cabelo. Corte de cabelo de homem, mais curto, cheia de tatuagem, pelo andar, pelas amizades (Carolina, ACS, 50a)

essa que chegou ela tinha... realmente ela se vestia um pouco diferente. Ela se vestia mais assim de forma masculina, tipo uma camisa polo fechada. Assim estilo já mais masculino né. O tipo de corte de cabelo. Não era um cabelo curtinho um estilo feminino, era mais pra um estilo masculino (Emília, enfermeira, 30a)

[Pesquisadora Qual é a forma de você identificar, de você saber que uma pessoa é lésbica?] *Pela vestimenta dela, pelo jeito dela andar. Ela fica toda diferente. Elas fazem questão, muitas vezes, de mostrar. Assim, usa roupa de homem, uma bermuda que é de homem, uns cabelos muito curtos.* [Pesquisadora E tu achas que todas são assim?] *A maioria delas.* (Laura, ACS, 41a)

Outros trechos, decorrentes de entrevistas com agentes de saúde indicam o papel diferenciado que a função exercida por esses profissionais ganha no contexto do PSF. Seu conhecimento da comunidade – inclusive a partir de relações próximas de amizade e também laços familiares – propicia uma visão privilegiada das relações estabelecidas no local, bem como torna-se um elemento chave na divulgação de informações da (e para a) comunidade. O conhecimento propiciado por sua experiência naquela comunidade é também ferramenta importantes para a “seleção” e inclusão algumas mulheres categoria na homossexuais. Como nos mostra Lucas:

[Pesquisadora Você identifica, aqui na unidade, presença de mulheres que têm relação com outras mulheres...?] *Sim. Na minha área não tem, que eu conheça, não tem. Mas tem, na nossa equipe tem, das outras agentes de saúde.* [Pesquisadora E como é que vocês ficam sabendo disso? As mulheres falam? Vocês ficam sabendo...] *Geralmente a gente sabe porque sabe. Assim, os comentários na área... Na vizinhança, aí a gente sabe. E outras também porque são... Assim, além de ter, a família ser o instrumento de trabalho é amiga pessoal também. E a gente sabe por causa disso.* (Lucas, ACS, 29a)

Na continuação da entrevista com Marina, que já havia me falado sobre um casal de homossexuais que visita (*Lili* e seu companheiro), pergunto se ela reconhece outras pessoas homossexuais nos atendimentos ou visitas e como ela as identifica. Ao que recebo como resposta:

Às vezes elas dizem. Às vezes a gente fica sabendo por outras bocas aí a gente vai e pergunta, né, a gente vê o momento adequado e pra tentar orientar e às vezes a gente faz com a interrogação porque a gente não tem como perguntar. [...] A gente entra muito nessa parte íntima da pessoa. Tem gente que não gosta de dizer, até porque logo no começo pra gente também é difícil, hoje não, hoje é mais fácil. Mas logo no começo elas não conheciam a gente então essas intimidades pra dizer ficava complicado. (Marina, ACS, 31a)

Mais adiante, tento explorar se essa relação “próxima” – de vizinhança, com as pessoas com as quais ela precisa manter também uma relação profissional e eventualmente escutar questões “íntimas” – não traria como consequência a desconfiança de um possível “vazamento” de informações cujo segredo deveria ser mantido. Marina me explica que para evitar tal desconfiança toma a ética profissional como espécie de escudo “*olha, é tudo ético aqui. [...] isso aqui é profissional, o que a gente escuta aqui, fica aqui*”, ao mesmo tempo em que me informa ser comum nas visitas a *fofoca* sobre outras pessoas da comunidade. Essa informação (“fofocada”) torna-se um elemento precioso para investigação e abordagem nas visitas: “*quando eu vou fazer a abordagem aí eu sondo, até mesmo para saber mais detalhadamente*” porque a fofoca não pode ser perdida e precisa ser verificada – algumas vezes por ser relevante para a avaliação da situação de saúde e em outros momentos funcionando “apenas” como mantenedora da interação e fortalecimento dos vínculos com a comunidade.

[Pesquisadora Lógico que você não vai perder a fofoca?!] *'Mar minino!' Foi ontem eu cheguei aí a menina disse – 'olhe Marina, o menininho de fulana fez uma cirurgia de fimose, tá tão vermelhinho na bilolinha dele. Vai lá, mas não diz que foi eu que disse não' Eu disse – 'tá, vou lá agora'. – 'Pelamor de deus, visse, Marina, ela não mostrou a ninguém'. – 'Não, menina, se preocupe não' aí cheguei lá 'como é que a senhora tá fulana?' ela – 'tô bem! Olha, tem uma surpresa aqui pra tu, tem um menininho aqui' Eu disse – 'e é? Deixe eu ver ele!' aí ela mostrou e eu disse – 'eita, se eu marcar uma cosultinha pra ele a senhora leva?' ela disse – 'levo' aí, inclusive eu vim pra cá [unidade de saúde] quando eu cheguei aqui, aí ela [a primeira com a qual falou] me encontrou no meio do caminho quando eu vinha, né – 'tu não dissesse que eu disse nada não né?' – 'não menina! Quando eu cheguei lá ela me mostrou' (risos). Mas assim, o pessoal já tá tão acostumado que eles mesmos dizem. Assim, a gente sabe por boca, de outras bocas, mas quando a gente chega lá já comenta. (Marina, ACS, 31a)*

Ao ouvir médicos e enfermeiros nas entrevistas dizendo que a informação viabilizada pelas agentes é também uma forma de identificação da orientação sexual de suas usuárias, percebo como os ACS são informantes privilegiados para outros profissionais da equipe que, não tendo essa relação de pertencimento à comunidade, necessitam de um personagem pivô que facilite o fluxo das informações:

Aí assim que ela saiu a agente de saúde entrou na minha sala, aí também comentou... Aí eu disse é... É uma pessoa nova que tá morando na área. Ela falou pra mim, a agente de saúde da micro área um, que tá morando lá. Eu ainda não tenho muito conhecimento, mas o comentário é que ela é homossexual. Foi assim que chegou pra mim. (Emília, enfermeira, 30a)

[Pesquisadora Como é que o Sr. Chega a identificar que é uma mulher homossexual?] *(Riso)*
É na conversação mesmo e às vezes por informação de uma ACS que nós não podemos nem constatar isso por um olhar médico, olhar de tratamento. Só por informação mesmo sem razão. (Joca, médico, 68a)

Olhe nós sabemos por informação do ACS que tá lá no dia-a-dia com eles e até pela assim, às vezes a paciente ela refere... Ela num é... num diz eu sou homossexual. Ela num diz. Comigo eu não tive essa experiência. Mas a gente quando junta a história né que o ACS traz pra a gente, geralmente ele orienta "Olhe doutora essa paciente é homossexual" né tanto feminino, quanto masculino. Mas no caso feminino ela já vem com essa informação né. E aí a gente percebe pela forma como a paciente se coloca durante as consultas né. E assim (pausa) a forma de se comportar, de falar, vestuário, de tudo né. A gente percebe mesmo como se fosse... né classificado como tal. Mas é muito difícil a gente ter essa revelação sabe. A não ser que realmente o vínculo esteja bem firmado né. (Terezinha, médica, 39a)

Para Elias (2000), a fofoca – essas informações elogiosas ou depreciativas que circulam a respeito de membros da comunidade – é resultado da integração comunitária ou de redes pertencentes à comunidade. Ao mesmo tempo, tais informações, ao circular, tornam-se um instrumento facilitador e mantenedor dessa integração propiciando que os comunitários se situem em relação aos demais. Informações consideradas moralmente proibidas podem, através da fofoca, vir à tona pois, uma vez que faz referência a outros sujeitos, atestam a retidão e virtude daqueles que falam. A eleição de para quem a notícia vai ser viabilizada e por quais canais a informação vai circular é importante para situar os sujeitos perante os demais. Fofocar também é saber opiniões, promover ações e atitudes perante a notícia.

O papel de agentes de saúde no PSF torna-se importante por fazer circular informações da comunidade para os profissionais da unidade e no fluxo inverso como forma de promover práticas de cuidado e atenção à saúde. No contexto que está sendo aqui analisado, a notícia da homossexualidade de usuárias, fornecida para médicos e enfermeiros pelas ACS, antes de ter uma função específica de favorecer um olhar diferenciado no atendimento “ativando um sinal” para atenção e acolhimento na consulta ou demais ações de saúde, parece atuar como forma de demonstrar o conhecimento que elas mantêm sobre a comunidade. Ao informar médicos e enfermeiros sobre tais questões, inserem-nos também nesse universo ao qual são estranhos. Ao mesmo tempo, a fofoca propicia que os agentes situem-se quanto ao posicionamento de médicos e enfermeiros acerca desses assuntos. A informação a respeito das interações afetivo-sexuais das usuárias do PSF em si mesma não representa difamação ou delação de usuárias, isso depende da relação estabelecida entre o sujeito que fala, aquele que ouve e aquele de quem se fala, bem como dos julgamentos morais implícitos nessas relações que podem favorecer ou dificultar o acesso e intervenções em saúde junto a essas usuárias.

Laura, agente de saúde, entende que passar a informação da orientação sexual para os outros profissionais é uma forma de estabelecer o limite que a usuária permite para a consulta,

pois “se ela não quiser puxar o assunto, se a pessoa não quiser falar, a doutora já sabe e não toca no assunto”. Na mesma linha parece estar o discurso de Carolina. Para ela, a relação pessoal que mantêm com moradoras da comunidade torna difícil a inclusão da pergunta como uma abordagem técnica e isso caberia a outros profissionais, como médicos e psicólogos. Aos agentes caberia o “toque”, para a decisão final de abordagem pelos “níveis superiores”.

Aí eu acho que é a médica mesmo que deve falar com o usuário, não a gente né? Porque assim, eu acho que é invasão mesmo de privacidade porque a gente conhece, não é? [Pesquisadora E você acha que é uma informação importante, deveria ter?] Deveria ter, a gente pelo menos a gente dá o toque né, pra que o médico sondasse. Ele ou então o psicólogo. A gente só daria o toque né. [Pesquisadora Como você acha que as mulheres reagiriam a essa pergunta?] Acho que ia ter tanta mentira (risos). [Pesquisadora Por que?] Por vergonha mesmo de assumir. (Carolina, ACS, 50a)

Já, Lígia (também ACS), acredita que a relação que sua função permite estabelecer com as usuárias favorece que essas últimas sintam-se mais à vontade para falar de assuntos difíceis de abordar frente ao modelo tradicional de atendimento no consultório:

Mas uma coisa é você ter uma conversa descontraída com um agente de saúde, brincando, conversando, levando tudo ali na esportiva. E outra coisa é o consultório médico. Porque se você vai para uma consulta médica, quando você entra, você encontra lá aquele profissional sério esperando que você desabafe tudo. Não dá aquela chance, aquela conversa descontraída. Puxando para o paciente se soltar, falar à vontade. Eu digo isso porque eu vou para a consulta, com a ginecologista mesmo, ela fica lá, séria. “Diga, qual é a sua queixa? Então, ou eu levo aquela pergunta bem na esportiva mesmo e solto a língua, solto o português, ou, do contrário, eu falo “não Dra. é isso assim, é aquilo...”. [Pesquisadora Tu achas que o formato da consulta, então, não ajuda à mulher se soltar?] Não, não ajuda não. (Lígia, ACS, 41a)

Para o enfermeiro Carlos, a versão dos agentes é também uma forma de validar informações que, por ventura, usuárias e usuários não se sintam à vontade para expor durante a consulta e, por essa mesma razão, omitem ou fornecem informações que não são verdadeiras, mas que as deixam mais confortáveis diante do profissional de saúde.

[Pesquisadora Tu chegas a perguntar sobre a orientação sexual em alguma consulta ou não?] Não. [Pesquisadora Tu achas que isso incomodaria as mulheres, um tipo de pergunta como essa?] Na realidade, o pessoal, a gente vê, que tem muito tabu em relação a essa questão. E em alguns momentos, quando a gente precisa, quando vai oferecer, ofertar, o exame sorológico anti-HIV, a gente tem uma parte dessa, e todo muito fica um pouco, se sente um pouco incomodado, no sentido da resposta ser “é claro, eu só faço com homem” ou “é claro, eu só faço com mulher” e que a gente sabe que nem sempre isso acontece. Mas é isso que eles querem mostrar ou fazer você acreditar. E, como a gente tem o ACS que vai no domicílio, ela traz também o contrário, “porque fulano é garoto de programa” ou “é garota de programa” e, naquele momento da pergunta, ele não se coloca como tal. Inclusive, voltando a esse caso desse usuário que é portador, que hoje é doente porque já teve as manifestações, passei as orientações e todo o histórico dele para o dentista e o dentista perguntou, “você tem algum problema de saúde?” e ele “não”. A negação a gente ainda vê. Mesmo a gente sabendo, se o outro não está preparado para falar, a gente não vai forçar. Mas a gente vê, ainda, o tabu, receio de se falar sobre. (Carlos, enfermeiro, 46a)

Informações nesse sentido viabilizadas pelos ACS, tal como outras informações, como por exemplo, as referentes a possíveis casos de dengue, situações de risco social ou outras pertinentes à saúde, podem ser aproveitados pelos outros membros da equipe para uma atuação direcionada, considerando possíveis especificidades nos atendimentos a essas usuárias, especialmente no que concerne às questões ginecológicas e de saúde sexual. Porém, não sabemos se essa dinâmica não acaba por restringir essa ação apenas àquelas pessoas que foram primeiramente identificadas pelos ACS, excluindo assim outras usuárias que mantendo relações afetivo-sexuais com mulheres não são identificáveis na comunidade ou não desejam que informações referentes a essa parte de sua vida afetiva circule na comunidade.

Alguns profissionais (4) relataram ter vivido situações de atendimento onde as próprias usuárias, espontaneamente, referiram sua orientação sexual não-heterossexual. Com relação a esse fato, considero importante destacar que três desses profissionais experimentaram essa situação quando atuavam em outro município e não em Recife. Esses profissionais: uma médica, um enfermeiro e uma enfermeira, fazem parte de equipes e áreas diferentes de atuação, porém atuaram anteriormente num mesmo município¹³² situado na Região Metropolitana do Recife¹³³.

Embora tenha pouco tempo de atuação no PSF de Recife, a enfermeira Joana, parece ter estabelecido uma relação de confiança com algumas usuárias lésbicas e parece identificar que um possível tratamento diferenciado pode afastá-las dos cuidados com a saúde.

[Pesquisadora E tu tens identificado nessas visitas ou no atendimento aqui a presença de mulheres homossexuais na comunidade?] *Tenho. Tenho dois casais que moram juntas. Que eu saiba, né. Porque elas sempre conversam comigo aí fazem o acompanhamento delas aqui comigo, vieram fazer prevenção.* [Pesquisadora Essa identificação de que são um casal se deu a partir delas?] *Delas, normal, naturalmente não precisou de... convívio normal. Elas falam, elas conversam normalmente como casal e eu também trato com naturalidade porque eu sei que... eu não quero nunca espantar elas, eu quero trazer elas pra perto de mim pra que eu possa também ajudá-las.* (Joana, enfermeira, 34a)

Mesmo mantendo essa preocupação, Joana não costuma perguntar a orientação sexual de suas usuárias durante a consulta e mantém o protocolo comum de atendimento que considera apenas a possibilidade de relações sexuais heterossexuais. Quando indago sobre a

¹³² Não tenho elementos suficientes nos dados coletados para verificar se essa atuação no mesmo município trata-se de coincidência ou não e mesmo se atuaram na mesma unidade de saúde ou em unidades de saúde diferentes. A constatação da atuação anterior no mesmo município se deu posteriormente, durante o processo de análise dos dados obtidos.

¹³³ Embora os dados sejam insuficientes para qualquer afirmação a respeito desse fato, considero importante salientar que nesse município foi criado na década de 1990 o primeiro grupo organizados de lésbicas do Estado e esse grupo atua junto às mulheres da periferia do município. Na mesma década, o município experienciou a administração bem sucedida do sistema de saúde local recebendo, inclusive, vários prêmios nacionais e internacionais com destaque para as iniciativas em Saúde da Família. Essa associação de informações mais que respostas levantam, de imediato, duas perguntas, que não podem deixar de ser registradas: A existência de grupos lésbicos pode favorecer um maior empoderamento e visibilidade dessas mulheres facilitando à referência espontânea a sua orientação sexual diante de profissionais de saúde? A confiança no sistema de saúde do município favorece a abordagem desse tema por profissionais e usuárias?

realização da “prevenção” em mulheres que, sendo homossexuais, nunca mantiveram relações sexuais com homens, ela parece se dar conta da possibilidade de exclusão uma consulta hetero-orientada pode proporcionar:

Na minha experiência todas já tinham tido relação com homens então não teve nenhum problema assim. Mas assim é uma coisa que realmente eu to despreparada, tá entendendo? Eu agora tá acendendo aquela luzinha porque você tá falando, mas assim nunca chegou pra mim nenhuma que nunca tivesse tido relação antes. Então realmente eu não tenho nenhuma experiência com isso. (Joana, enfermeira, 34a)

De maneira geral, os profissionais não utilizam a pergunta sobre a orientação sexual das usuárias nas consultas, partindo do pressuposto que todas as mulheres atendidas mantêm relações exclusivamente heterossexuais¹³⁴. Quando indagados sobre a possibilidade de utilizar como rotina a pergunta sobre a orientação sexual de usuárias as respostas mostraram não haver consenso. Alguns profissionais consideram que esse tipo de informação não faz diferença na consulta e que é algo do âmbito da intimidade que não deve ser abordado se a usuária não se sentir à vontade para falar espontaneamente. Como vemos a partir de algumas falas:

[Pesquisadora Tu achas que isso [a orientação sexual] devia ser perguntado, ou não?] Eu acho que não, porque elas devem se sentir a vontade de falar. É, ela pode ficar constrangida de falar. (Marina, ACS, 31a)

[Você acha que a orientação sexual é uma informação que deve constar do prontuário das pacientes?] Eu sinto que não, porque é muita invasão. É uma invasão muito grande de privacidade. Eu não faço não. Eu, quando eu pergunto quantos parceiros, já é um choque. Tem mulheres que ficam rindo, “ai meu Deus, tu vem me perguntar isso”. Não querem dizer. “Não, você fique a vontade, se você não quer dizer, você não diz”. Tem umas que “bote aí o que você quiser”, aí começa a brincar. “Não, só o meu marido”. Então, essa pergunta não. Eu não concordo que entre não. (Dora, enfermeira, 46a)

Eu acho importante, mas não sei como seria a abordagem, entende? Até porque assim é uma coisa muito íntima né? E aí eu num sei como o profissional faria a pergunta. Pesquisadora Tu acha que seria difícil pra o paciente ou...] Pra os dois, pra os dois. Principalmente pra o profissional abordar. Eu acho que o profissional é mais sei lá... preconceituoso mesmo. (Terezinha, médica, 39a)

Para outros, a inexistência da questão nas fichas e prontuários do serviço parece desautorizar este ato como prática. Incluí-la denotaria permissão, ao mesmo tempo em que instauraria uma nova prática com a qual não estão acostumados. Conforme percebemos nos trechos abaixo:

A gente não faz essa pergunta não. Porque não tem na Ficha A¹³⁵. (Lucas, ACS, 29a)

¹³⁴ O estudo de Knauth (2009) também encontrou que profissionais de saúde dificilmente abordam a orientação sexual diretamente nas consultas, pois entendem que a revelação espontânea pelas próprias mulheres diminui o desconforto de ambos (profissional e usuária) e impede que o profissional adentre questões consideradas “de foro íntimo”.

¹³⁵ A “Ficha A” o principal instrumento utilizado pelos agentes de saúde para cadastramento da família e atualização do registro de situação de saúde e condições de moradia das famílias. Geralmente há uma cópia dessa ficha junto ao prontuário para consulta pelos outros profissionais.

Na ficha da mulher que a gente tem acho que num tem... Num tem né em relação a isso. Eu acho que só se ela quiser... sei lá. Quiser deixar isso claro, tirar dúvidas em relação a isso que a gente poderia... em outras observações né. Ter um campo assim só pra isso eu acho que num precisaria não. (Emília, enfermeira, 30a)

porque é difícil assim pra um profissional... de repente me chega duas mulheres aqui... como falar? Eu... se tiver no protocolo... porque tem, menarca, quando foi sua primeira menarca, sua primeira relação sexual, mas não tem... entendeu. Não tem a pergunta né, se é hetero ou homossexual não tem. Era importante que tivesse pra que a gente tivesse um olhar diferenciado na abordagem sexual sim né. Mas não em aí passa batido essa informação. (Terezinha, médica, 39a)

[Pesquisadora Tu achas que a informação da orientação sexual é uma informação importante para obter na consulta?] *Acho que sim porque faz o indivíduo pensar. Já cria uma abertura para que as pessoas possam se expressar. Se toda consulta tiver lá no seu guia. Porque tem “anamnese, perguntar isso, isso e isso...”, para depois ir para os achados de queixas... Se tiver uma pergunta, se a gente se colocasse numa rotina de estar falando, pensando, questionando sobre isso, fosse um facilitador mesmo. (Carlos, enfermeiro, 46a)*

Interessante notar como questões, tais como o ‘número de parceiros com os quais mantêm relação sexual’ ou ‘quando iniciou a vida sexual’ constantes na “ficha da mulher” não recebem o mesmo peso de intimidade que saber o sexo da parceria afetivo-sexual. Dessa maneira, o que parece determinar o critério de intimidade ou invasão de privacidade é o afastamento dos modelos de conjugalidade melhor aceitos socialmente.

A proposta do PSF permite que usuárias tenham uma equipe de saúde de referência a qual podem recorrer regularmente. Esse tipo de organização propicia que os atendimentos ou intervenções não sejam pontuais, favorecendo o estreitamento da relação profissionais-usuárias, possivelmente com o aumento da confiança entre eles. A médica Isaura parece apostar no vínculo estabelecido com as usuárias para identificar o momento considerado adequado para abordar possíveis parcerias sexuais entre mulheres. Ao mesmo tempo, o receio de uma interpretação negativa e possível afastamento de usuárias faz com que ela tente elaborar estratégias mais sutis de inclusão do tema durante o atendimento.

Olhe, veja mesmo, se você utilizar essa informação como uma forma de estar orientando o Serviço ou priorizando algumas atividades dentro do Serviço, eu acredito que sim. Eu acredito que sim. [Pesquisadora Você chega a fazer essa pergunta de orientação sexual na consulta?] Normalmente eu faço. Talvez eu não faça na primeira consulta, mas, assim, de uma forma ou de outra [...] Eu prefiro fazer muito mais uma aproximação no dia-a-dia da coisa mesmo. Eu acho que, dentro do PSF se torna mais fácil porque você conhece as pessoas, e elas vão, e elas vêm. Você passa por elas e elas às vezes conseguem contar as coisas mais difíceis ou mais segredo [...] Eu tento encaixar essa pergunta em determinado momento da anamnese para todos. [Pesquisadora As mulheres falam espontaneamente sobre essa questão? Como você se sente quanto a isso?] Tem muitas que tem muitas dificuldades. Tem algumas pessoas que é proibido. Às vezes, quando a gente está fazendo Citologia, faz de conta que eu disse sem querer, não é: “Companheiro ou companheira atual”. Aí, “como assim?!?”. Às vezes dão uma olhadinha básica, assim. Alguns, “não Dra., é companheiro”, “ah, tá”. Outras, “o que é isso?!?” Mas eu sempre tento de alguma forma estar fazendo essa abordagem. [...] Assim, eu acho que é uma coisa de cada um. E acho que muitas vezes eu

posso perguntar alguma coisa e não me dizer naquele momento, mas eu posso re-perguntar em um outro momento e a resposta vir muito espontaneamente e aquilo, aquela barreira ser transformada num ponto de aproximação. Claro que, outras vezes, aí piora muito a situação. Se eu insistir na mesma pergunta, realmente... (Isaura, médica, 51a)

A inclusão do quesito orientação sexual ou experiências de parceria sexual com pessoas do mesmo sexo pode trazer um elemento diferente para a abordagem do profissional de saúde que tanto pode favorecer uma ação diferenciada, fugindo ao lugar comum da intervenção hetero-orientada que muitas vezes não diz respeito às vivências de mulheres que se reconhecem como homossexuais, como também pode visualizar melhor possíveis relações entre saúde, adoecimento, comportamentos e práticas sexuais que geralmente não são consideradas.

É importante destacar que os profissionais não tiveram, em sua história acadêmica ou em serviço, nenhuma formação específica para o tema da saúde de mulheres que mantêm parceria feminina. O tema, quando abordado, aparecia de maneira superficial, considerando, sobretudo a homossexualidade masculina, em cursos e capacitações voltados principalmente para DST/AIDS¹³⁶ ou em abordagens de gênero realizadas por ONG. Ignorar ou não abordar aspectos relacionados às sexualidades não-heterossexuais pode, inclusive, ser uma expressão de defesa das profissionais que, muitas vezes, não sabem como agir, que orientações ou que encaminhamentos providenciar e sentem-se despreparadas frente às usuárias. A esse respeito a médica Isaura diz:

é o tipo da coisa que a gente, às vezes, tenta botar por debaixo do tapete. Porque, se a gente não tem muitos conhecimentos, se a gente não tem muito aprofundamento, não tem muita clareza de como agir, essa coisa toda, e a gente termina passando por cima. E que às vezes é assim, não olha. Porque é todo mundo igual, não. É todo mundo igual, mas tem as suas diferenças. (Isaura, médica, 51a)

Talvez por essa razão, a maioria dos profissionais considera importante a existência e participação em cursos e formações que levem em consideração especificidades de saúde de mulheres homossexuais. Apenas uma delas (enfermeira) considera dispensável formações

¹³⁶ Em conversa com a gestora de saúde da mulher e o coordenador de DST/AIDS da Secretaria de Saúde do Recife, estes me informaram que houve a iniciativa de uma capacitação sobre o tema: uma apresentação realizada Valdir Pinto que é ginecologista e pesquisador da temática da saúde de MSM. Porém, a iniciativa foi pontual, realizada em uma única manhã e voltada principalmente para profissionais de Ginecologia dos serviços de referência para o PSF e com enfoque na transmissão e prevenção de DST/AIDS. Embora possamos considerar esse fato como positivo, por iniciar a abordagem da questão, é necessário avaliar o impacto, provavelmente pequeno, por ser pontual e restrito. Considero relevante destacar que desde meu retorno para Recife para iniciar a coleta de dados e outras conversas com profissionais e gestores, pude identificar outras tentativas de abordagem do tema junto a profissionais de saúde. Participei de um momento de discussão sobre uma nova proposta de protocolo de atendimento a mulher que pretende incluir o quesito orientação sexual como prática de rotina. Fui convidada também pela gestora de saúde da mulher, que também é professora do curso de enfermagem de uma universidade estadual para discutir o tema com suas alunas. Além disso, o SOS Corpo apresentou o resultado da pesquisa referida anteriormente num seminário com a participação de mulheres lésbicas e profissionais de saúde, mas esses compareceram em número muito reduzido.

específicas sobre o tema, pois compreende que não há diferença entre as demandas das mulheres, tenham elas práticas heterossexuais ou não-heterossexuais.

Para Isaura as formações são uma maneira de sensibilizar o olhar do profissional, que muitas vezes desconsidera singularidades das usuárias atendidas:

[Pesquisadora Você acha que é necessário algum tipo de formação para a assistência à saúde de lésbicas e bissexuais?] *Eu acredito... Eu acho que sim. Por conta que é aquela coisa assim, muitas vezes a gente não bota o nosso olhar, não desvia o nosso olhar pra algumas especificidades. Então sempre a gente vai achar que aquelas pessoas, do ponto de vista da saúde delas, elas não precisam de grandes coisas. Que está tudo bem. E muitas vezes precisa de um investimento, de um esclarecimento, do momento, do espaço.* (Isaura, médica, 51a)

Para Paulo e Laura, ambos agentes de saúde, o “curso da vida” forneceu instrumentos para lidar com as diferenças de maneira menos preconceituosa. Para o primeiro, a sua participação em espaços de atuação política e de controle social; e, para a segunda, sua formação familiar, foram decisivos para a desmistificação do diferente:

Eu tive o curso da vida, né? [...] Aí a gente pega conhecimento e aprende como lidar com algumas pessoas. Tem umas coisas que a gente pode tá falando com algumas pessoas, alguns espaços que a gente não pode tá abrindo. E como eu ia muito pra, como eu te falei que eu ia muito pra conferência, essas coisas, aí eu comecei a pegar o conhecimento com pessoal da SOS Corpo, o pessoal da AMHOR¹³⁷, né? Que tem. Aí a gente lá sempre conversa e quando a gente conversa a gente vai ampliando a nossa rede, o sistema. Mas eu acho que se tivesse um curso direcionado pras pessoas eu acho que era até interessante pra área profissional.” (Paulo, ACS, 33a)

Eu também fui criada muito assim, minha mãe criou a gente muito assim. Ela queria que a gente agisse de uma forma que não se incomodasse com o jeito que as pessoas vivem e de viver com as pessoas do jeito que elas são. (Laura, ACS, 41a)

Experiências como as de Paulo e Laura, adquiridas ao longo da vida, podem facilitar o trato e acolhimento junto às usuárias em geral. Entretanto, o pouco conhecimento que detêm acerca das demandas saúde dessas populações e suas necessidades torna-se uma barreira para as orientações que fornecem enquanto profissionais de saúde.

4.3 **Vulneráveis? Elas?! – demandas e necessidades de saúde de mulheres homossexuais sob o ponto de vista das profissionais do PSF**

A ideia de invulnerabilidade à DST e AIDS por mulheres homossexuais está também presente no imaginário dos profissionais de saúde. Para a maioria deles, a possibilidade de infecção através do sexo entre mulheres tem seus riscos minimizados pelo tipo prática sexual

¹³⁷ SOS corpo e AMHOR são ONG de Pernambuco. A primeira, feminista com projetos voltados para as mulheres e a segunda tem atuação junto a lésbicas.

comumente presente nessas relações. A suposta ausência de penetração desqualifica o sexo entre como “sexo de verdade”, por isso, menos nocivo para a saúde.

Ao separar no seu discurso as “mulheres lésbicas” das “mulheres mulheres”, Lígia traz a tona também a concepção do sexo entre mulheres como mais cuidadoso. A penetração advém como o fator que confere ao sexo seu caráter de veracidade e também suas consequências:

as mulheres lésbicas, eu acho que elas têm mais dificuldade de pegar doenças do que as mulheres comuns. Porque as mulheres ‘mulheres’, elas trocam de parceiros. Muitas não gostam de usar camisinha. Então uma doença numa mulher ‘mulher’ seria muito mais profunda do que nas lésbicas. Porque as lésbicas elas teriam todo o cuidado que eu teria. Sendo que o fato de não haver penetração, dificulta a possibilidade dela pegar uma doença. (Lígia, ACS, 41a)

Como supostamente a penetração supõe a participação dos homens, esses são apontados como principal canal de transmissão tanto das DST como do HIV. Nesse sentido, o risco de contaminação para lésbicas estaria associado ao contato com mulheres bissexuais, como podemos perceber a partir da fala de Dora:

A bissexual, com certeza, quando entra a história do homem. Entra a história do homem e a mulher fica, assim, mais vulnerável. Mulher com mulher é menos risco. Mesmo tendo secreções, mas eu acho que mulher é mais fiel, tem essa história da fidelidade no relacionamento. Mulher é mais fiel. (Dora, enfermeira, 46a)

Tomando indiretamente desigualdades de gênero como parâmetro, Paulo acredita que a maior vulnerabilidade atribuída a bissexuais e heterossexuais também está relacionada a uma maior submissão social que a relação entre mulheres parece romper:

Veja só, quando a mulher, as lésbicas, elas são mais cuidadosas. Já as bissexuais, elas não são tanto e as heterossexuais elas são mais vulneráveis. São mais vulneráveis pela questão de submissão, né? Porque a mulher lésbica ela não é tão submissa quanto a heterossexual. [...] E a mulher heterossexual ele é criada assim, toda mulher ela é criada dessa forma, ser um ser inferior, ser um ser submisso, né? Mas quando a pessoa é a lésbica ela tem um olhar diferenciado pra ela e pras outras coisas e a mulher heterossexual só tem um olhar diferenciado pras outras coisas, não tem um olhar diferenciado pra ela não. (Paulo, ACS, 33a)

Nas análises realizadas pelos profissionais acerca de possibilidades de transmissão de DST/AIDS, houve uma quebra no padrão de discurso das entrevistas que relacionavam expressões de gênero atribuídas ao sexo oposto às identidades sexuais não heterossexuais. Apenas nesses casos, foram ressaltadas – para fazer referência às mulheres lésbicas – características como “cuidado”, “fidelidade”, “limpeza” que são comumente atribuídas ao feminino, rompendo com a associação (tão comum durante as entrevistas) da masculinidade à orientação sexual lésbica.

Em algumas situações vivenciadas pelos profissionais nas consultas, a fidelidade apareceu como fator de proteção que supostamente elimina o risco de transmissão de DST; e em outras situações surgiu sendo posta em xeque pelo diagnóstico positivo dessas infecções. Como podemos perceber a partir das falas da enfermeira Joana e da médica Isaura, respectivamente:

como elas hoje são fieis, uma a outra, e acho que a coisa que vinha acontecendo e que ela achou que era uma DST teria sido de relações anteriores a essa... o que eu disse né, orientei com relação as doenças que pode ser transmissível né, de uma mulher pra outra, orientação, dicas delas, que elas pudessem evitar certas coisas, mas também de uma certa forma elas disseram 'não, mas a gente não tem perigo mais, eu tô com ela, ela tá comigo' (Joana, enfermeira, 34a)

E, assim, eu, particularmente, já tive que tratar uma mulher que tinha relacionamento com outra mulher e ela tinha práticas de sexo oral e a outra mulher, ela tinha sífilis, e ela adquiriu sífilis através de sexo oral e que, assim, ficou horrorizada porque é que aconteceu daquela forma. E, na realidade, foi muito interessante, porque depois ela trouxe a companheira dela e a companheira, assim, duvidando da minha palavra em relação ao exame que ela tinha, por conta que, assim, "mas somos nós, eu juro de pés juntos". [...] ela estava desesperada, porque ela jurava de pés juntos que ela não tinha outros... e com ela era impossível, assim, não haveria possibilidade das duas, na transmissão das duas. Isso teria que ter sido com outra pessoa, uma pessoa do sexo masculino que ela não tinha. Então, assim, foi muito doído. Não só do ponto de vista dela aceitar aquilo como problema que poderia ser tratado, sífilis, mas aceitar aquilo como uma coisa que aconteceu com ela. (Isaura, médica, 51a)

Apenas a agente de saúde Lígia, considerou a possibilidade do risco de transmissão a partir do uso de objeto (um pênis artificial). Porém, também no exemplo utilizado por ela, a infidelidade aparece como fator vinculado à contaminação:

Vê só. Aconteceria ela usando o pênis artificial. Porque, se ela for, vamos supor... Como é que eu diria? Fiel. Vamos colocar assim porque eu não estou achando o termo certo. Então, aquele artifício seria só entre elas. Mas se ela for infiel, ela vai usar aquele artifício com outras também. Então, se ela não tiver um bom cuidado de higienização, então ela poderia, com certeza, pegar. (Lígia, ACS, 41a)

Para a médica Isaura e o enfermeiro Carlos, DST que têm como sintoma a produção de secreção contaminante podem ter contágio mais provável no sexo entre mulheres:

Olhe, veja mesmo, na minha pobre experiência, é a questão, como eu já te falei, da história da sífilis, mas assim, as cândidas, as infecções, assim, tipo tricomoníase, essa coisa toda. Aquelas infecções que provocam a produção de secreção, secreção contaminante... (Isaura, médica, 51a)

Por exemplo, uma carga de vírus que entra dentro da quantidade de esperma é diferente de um que possa entrar em contato através da saliva. As barreiras imunológicas, é muito mais fácil combater essa quantidade do que a do esperma. Então, [as heterossexuais] ficam muito mais vulneráveis. [...] Acho que fungos, cândida, fica mais fácil [a transmissão no sexo entre mulheres]. As que produzem mais corrimento: gonorreia, candidíase, tricomoníase, donovanose, acho que essas são mais..., que seriam mais comuns. (Carlos, enfermeiro, 46a)

Mesmo tendo sido comum a vinculação da transmissão ao sexo com homens, a maioria dos profissionais também apresentou a concepção que “qualquer sexo sem proteção gera risco” e que a troca de fluidos entre mulheres pode favorecer a contaminação. Porém, quando indagados sobre possíveis métodos de proteção ou barreira a ser utilizado no sexo entre mulheres, poucos profissionais demonstraram conhecimento a respeito de tais métodos e, quando o fizeram, aparentaram insegurança e pouca confiança na segurança proporcionada por tais meios:

uma das coisas que ela [uma usuária] até tentou me ensinar: a utilização de camisinha na língua. Basicamente, assim, das coisas que eu sei que ela faz. (Isaura, médica, 51a)

É o uso do preservativo né? Masculino, eu já ouvi falar. De utilizar ele de forma pra o sexo oral, de alguma forma improvisar. Eu já ouvi falar também com aquele plasticosinho filme agora eu nunca fiz um treinamento assim sobre isso. O treinamento que eu fiz foi sobre camisinha feminina né. Eu acredito que num vai ter esse tipo de... não vai ser necessário a camisinha feminina. [...] num sei se foi em alguma aula que eu ouvi essa história do plástico filme. Eu não sei se é verdade se realmente pode ser utilizado, se não transpassa. (Emília, enfermeira, 30a)

[Pesquisadora Tu conheces os meios de prevenção de DST?] *Camisinha, preservativo.* [Pesquisadora E no sexo entre duas mulheres, como é que elas podem se prevenir?] *Eu não sei. Sinceramente eu não sei.* (Marina, ACS, 31a)

Eu ouvi dizer que tem vários tipos de preservativo. Feito uma luva na mão, já ouvi falar de preservativo e língua. Já ouvi falar, assim. Mas a gente nunca aborda esse assunto não, “tem preservativo disso, tem preservativo daquilo”. [...] É por isso que eu não falo. Tem que saber uma coisa certa pra poder passar segurança. (Laura, ACS, 41a)

Saindo do âmbito das DST e AIDS, alguns profissionais fizeram referência a problemas de saúde mental. Quando citados, tais problemas são entendidos como decorrentes da exclusão e violência social vivenciada no dia-a-dia dessas mulheres. A questão é colocada nas falas das médicas Diana e Joca e do enfermeiro Carlos:

na minha concepção acredito que seja mais apoio aí do ponto de vista psicológico porque de qualquer maneira há uma certo extrato da sociedade que não admite, então essas pessoas devem sofrer muito por esse aspecto. (Joca, médico, 68a)

Eu acho que relacionada à saúde mental eu acho que é uma coisa que precisa estar sendo sempre, sempre... Porque eu acho que, muitas vezes, as pessoas se sentem fragilizadas por se acharem um tanto quanto diferentes, ou por serem enxergadas de forma... A gente vê de forma diferente, as necessidades do outro, e eu acho que, assim, muitas vezes cai em determinados processos de exclusão, e aí, muitas vezes, sei lá, alguma coisa relacionada à uma depressão, assim, instabilidade emocional, eu acho que isso são coisas que, assim, do ponto de vista da saúde mental poderia ter. Porque eu acho que a gente não tem muita experiência de estar trabalhando e de estar escutando o outro nessa necessidade. E que, assim, às vezes nem chega pra gente, porque eu acho que a pessoa se sente tão diferente. Sei não. E aí, de repente... (Isaura, médica, 51a)

Eu acho que da pressão social, da pressão psicológica, acho que nesse campo, eu acho que talvez sim. Porque o mundo não está aberto para receber. Eu acho que aumenta o estresse, talvez, e aumenta a questão de problemas psíquicos. (Carlos, enfermeiro, 46a)

Houve referência também a demandas das mulheres homossexuais por métodos de reprodução. Para Paulo, apesar da disponibilidade de tecnologia reprodutiva e possibilidade de adoção de crianças, o preconceito torna-se uma barreira que impede o acesso e a maternidade. Já Iracema, informa ter atendido a demanda de um casal de mulheres que demonstrava o desejo de filhos e que as encaminhou para o serviço especializado de fertilidade. Essa questão não foi explorada na entrevista, porém, a política de reprodução assistida adotada no Brasil ainda não possibilita o acesso de casais em parceria homossexual¹³⁸.

Na questão, na própria reprodução, física, a reprodução humana mesmo elas sofrem muito preconceito porque a gente sabe que existe tecnologia pra tudo né, e mesmo através dessa tecnologia sobra preconceito pra elas. A questão do termo de adoção pra elas é meio difícil. (Paulo, ACS, 33a)

Um casal veio porque uma queria engravidar, entendeu, aí também essa história de engravidar mandei pro CISAM, pro ambulatório de fertilidade. [Pesquisadora Como é que elas estavam fazendo? Você estava dizendo que uma tava querendo engravidar aí como é que era...] Ah, foi comum acordo. Eu até fiquei rindo na hora “quer dizer que a ‘gaia’¹³⁹ vai ser concordada?” (risos). “É vai, eu queria engravidar” aí eu mandei pro CISAM, normal (Iracema, enfermeira, 39a).

O atendimento voltado para a prevenção do câncer de colo do útero também foi outra situação bastante explorada nas entrevistas. Os atendimentos em “prevenção” são, como demonstrado no capítulo anterior, estruturados a partir de um olhar hetero-orientado. Para a médica Isaura, o entendimento de muitas mulheres homossexuais de que são invulneráveis a doenças relacionadas à reprodução e à sexualidade, ao contrário, torna-as mais vulneráveis, pois, ausentando-se das práticas de cuidado e prevenção, dificultam o diagnóstico e o tratamento de problemas de saúde que poderiam ser facilmente identificados nas consultas:

pelo fato de ela não ter um companheiro do sexo masculino, vamos dizer, relacionado às mulheres, elas se vêem livres, não se vêem na necessidade de estar fazendo alguns tipos de exames. Então, talvez elas fiquem mais expostas. Aí eu estou falando do... Se expõem mais a, por exemplo, a não estar fazendo a citologia oncológica, preventivo de câncer. Aí vai passando, como outras mulheres que não têm companheiros. E isso vai passando o tempo e ela não vai cuidando, se expondo a determinados riscos. [...] e aí a gente perguntar “como é que está o seu exame de prevenção?” aí ela: “não Dra. eu não tenho marido, não tenho homem não”. “Sim. Mas eu não estou perguntando se a Sra. tem atividade não, eu estou perguntando exame de prevenção, a Sra. tem feito?”. “E precisa?”. Aí, são essas abordagens assim. Eu acho que também, aí, quando parte para a questão do

¹³⁸ A política de reprodução assistida é um exemplo explícito de como “normas de gênero e de reprodução social” estão presentes nas práticas de saúde na área de reprodução humana [tornando-se] essencial para compreendermos o quanto, mais uma vez, a política atravessa (ou melhor, constitui) a ciência”. (ALFANO, 2009)

¹³⁹ Termo bastante utilizado em algumas cidades da região Nordeste, como Recife e Maceió, para fazer referência a traição conjugal. Semelhante a chifre ou galha.

feminino, do homossexualismo feminino, vai muito nessa questão de não se achar necessário que se precise de algum tipo de proteção. Então eu acho que tem muito disso. (Isaura, médica, 51a)

A ideia de que “prevenção é apenas para quem faz sexo com homens” não está apenas no imaginário das usuárias. Alguns profissionais de saúde reproduzem essa concepção denotando a qualidade de “não sexo” às práticas entre mulheres, dispensando-as da necessidade do exame de “prevenção”. Ao adotarem esse tipo de estratégia para uma das mais trabalhadas e divulgadas ações de saúde voltadas para mulheres no PSF, podem reforçar a concepção de que a procura por atendimento e cuidado a saúde para mulheres com práticas homoafetivas é desnecessária¹⁴⁰. Como podemos perceber na fala da enfermeira Iracema:

Quando mais tempo na área, mais intimidade comigo aí já chega já “eu sou lésbica, quero fazer prevenção”. Aí eu pergunto “você já transou com homem pra vir fazer prevenção?” “não, já, já transei com homem” ou “não transei” aí eu digo “ah, não transou então vamos fazer o seguinte, vamos primeiro pro ginecologista ver essa necessidade que você tem de fazer a prevenção. Porque a citologia é pra quem faz sexo ou pratica sexo... vou explicando bla bla bla, mas, lógico, se o médico mandar você fazer a gente faz a prevenção. (Iracema, enfermeira, 39a)

Para alguns profissionais, a adoção de medidas como palestras e conversas a respeito dos procedimentos utilizados no exame de prevenção podem diminuir a resistência de mulheres, não apenas lésbicas, à participação no exame. Além disso, a disponibilidade de tamanhos diferentes de espécuro, segundo as profissionais pode propiciar um maior conforto durante o exame. A esse respeito, a gestora de saúde da mulher do Recife me informou sobre uma situação experimentada pela gestão, por ocasião de uma parceria com a organização do VI SENAILE. Nesse evento, foi colocado à disposição das participantes um ônibus equipado com consultório ginecológico para a viabilização de consultas e exames de citologia. Para lésbicas que não haviam tido experiência de sexo com penetração, foi utilizado o chamado “espécuro de virgem” para evitar possíveis reações de dor e desconforto durante o exame. Porém houve dificuldade na coleta das amostras e, conseqüentemente, na análise dos resultados, pois esse equipamento não propicia a visão direta do colo do útero. Essa situação pode ser considerada um exemplo de como, em alguns momentos, as iniciativas de melhor acolhimento e entendimento de necessidades específicas pode esbarrar em ineficiência dos métodos e conhecimentos disponíveis para adequar-se a situação que se apresenta. Esse é um desafio, não apenas para as técnicas de coleta de citologia, mas para toda dinâmica que cerca o atendimento integral à mulheres com práticas homoeróticas.

¹⁴⁰ Vários estudos (tais como Facchini, 2004; Facchini e Barbosa, 2006; 2009; e Knauth, 2009) realizados com mulheres que fazem sexo com mulheres tem apontado que é comum a ausência dessas mulheres ao ginecologista ou a atendimentos voltados para saúde sexual por não se reconhecerem como “sujeitos-alvo” das práticas ali oferecidas.

Os resultados apresentados nesse capítulo demonstram como a organização do serviço de saúde da família e os discursos dos profissionais são permeados por determinadas concepções de gênero, conjugalidade e orientação sexual. A homossexualidade, em especial a feminina, é um tema silenciado nos serviços de saúde, podendo ocasionar a dificuldade de acesso e o impedimento da garantia do direito à saúde para mulheres que fogem à norma da feminilidade e heterossexualidade. A aproximação com essas questões e o rompimento de barreiras pautadas pelo preconceito é um desafio urgente para gestores e técnicos. Desafios se colocam também para o movimento organizado de mulheres lésbicas que, procurando fortalecer e dar visibilidade a uma identidade sexual, ignora, às vezes, que, para a saúde, um olhar sensível a não fixidez das práticas sexuais vêm se mostrando de grande importância para as ações de prevenção e para o maior envolvimento das usuárias nas ações de saúde.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento dessa pesquisa configurou-se para mim numa série de desafios. A própria decisão de encará-la, pois pesquisar e escrever significa também mostrar-se. O trabalho de pesquisa busca desnudar as questões eleitas para a investigação e, ao mesmo tempo, as leituras que fazemos sobre elas no texto dissertativo tornam-se revelações de nós mesmos, de nossas crenças, de nossas formas de ver o mundo e nossas limitações. Ao fazer isso, submetemo-nos a avaliação externa e isso constitui outro desafio que se fez presente desde o início do trabalho, das primeiras aulas e orientações. Subjetivamente para mim esse foi, talvez, o mais difícil de enfrentar. As projeções que muitas vezes fazemos das avaliações externas tornam-se muitas vezes cobranças internas, por vezes quase paralisantes, durante o processo. O resultado expresso nas páginas apresentadas, longe de ter correspondido à “perfeição”, constante nas fantasias acerca do que representaria para mim a inserção nesse mestrado, não trazem respostas, pelo contrário, reforçam as inquietações iniciais e a necessidade de um maior aprofundamento das questões envoltas no tema da(s) homossexualidade(s) feminina(s) e os cuidados com a saúde. Mas trazem também, como mérito, ter conseguido extrair dos dados indicações e pistas que apontam alguns dos nós críticos que atravessam a relação estabelecida entre profissionais de saúde e usuárias lésbicas.

Do ponto de vista das mulheres, vários dos estudos citados ao longo do texto demonstram que o receio de enfrentar atitudes de violência e discriminação dificultam a abertura diante dos profissionais de saúde¹⁴¹, especialmente nas questões que dizem respeito à sexualidade e às práticas sexuais. Além disso, os persistentes modelos de sexualidade (heteronormativo e falocêntrico) e de gênero (o feminino restrito à reprodução e à maternidade) que se refletem na organização dos serviços de saúde, muitas vezes parecem os fatores determinantes para a não identificação das lésbicas com as questões de saúde “voltadas para mulheres” e para o reforço da ideia de invulnerabilidade às DST/AIDS, cujas pesquisas e modelos de prevenção tradicionalmente as têm excluído.

A organização dos serviços de saúde e os valores e concepções dos profissionais acerca das homossexualidades apresentados ao longo do texto contribuem para o surgimento e perpetuação de contextos de violência institucional que impedem o acesso e garantia do

¹⁴¹ Pesquisas realizadas nas paradas da diversidade no Rio de Janeiro e Pernambuco apontaram os serviços de saúde como contextos de ocorrência da discriminação por cerca de 11% dos entrevistados (CARRARA; RAMOS, 2004; CARRARA et al, 2006)

direito à saúde e ao livre exercício dos direitos sexuais e reprodutivos de mulheres lésbicas. Essa violência, por não resultar, na maioria das vezes, em agressão física¹⁴², parece permanecer oculta pela própria invisibilidade e não reconhecimento de necessidades e demandas específicas de mulheres homossexuais. Nesse sentido, o conceito de violência simbólica, proposto por Bourdieu (2005), é importante, pois permite compreender o processo pelo qual representações dominantes são naturalizadas. Tal violência é exercida de maneira suave, invisível, quase imperceptível (até mesmo para as vítimas), pois utiliza-se de vias simbólicas como a comunicação e o conhecimento e, por essa razão, torna-se eficaz, uma vez que permite a adesão do dominado e controle eficiente do dominador. Para esse autor, o processo social de invisibilização dos homossexuais constitui:

uma forma particular de dominação simbólica de que são vítimas os homossexuais, marcados por um estigma que, à diferença da cor da pele ou da feminilidade, pode ser ocultado (ou exibido) [...] A opressão como forma de ‘invisibilização’ traduz uma recusa à existência legítima, pública, isto é, conhecida e reconhecida, sobretudo pelo Direito, e por uma estigmatização que só aparece de forma realmente declarada quando o movimento reivindica a visibilidade. (BOURDIEU, 2005, p. 143-144)

O contexto escolhido para realização da pesquisa, o Programa de Saúde da Família, demonstra que esse modelo de serviço, ao permanecer engessado numa estrutura que toma as mulheres grávidas, puérperas e mães como um dos principais focos de atenção reforça o contexto de exclusão. Por outro lado, sua organização, ao possibilitar um contato diário com usuárias e usuários e o conhecimento de suas realidades locais e arranjos familiares, traz possibilidades tanto para o reconhecimento de elementos que nem sempre são verbalizados nas consultas, quanto para o estabelecimento de vínculos de reciprocidade que pode permitir a confiança e a abordagem de temas cercados de estigma e preconceito. No entanto, como vimos, essas possibilidades esbarram em crenças e concepções pessoais dos profissionais que, mesmo mantendo o discurso de que as mulheres homossexuais “*são usuárias como as outras*”, não conseguem “*vê-las*” e, menos ainda, percebê-las como portadoras de necessidades diferentes. Não se trata de criar mais um grupo de atenção prioritário tal como gestantes, diabéticos, hipertensos, mas de reconhecer que o modelo adotado impõe limites que acabam por excluir estas usuárias dos serviços de saúde.

Algumas iniciativas, como as rodas de diálogo promovidas pelo enfermeiro Carlos ou o grupo de homens e a terapia comunitária, que ocorrem no Córrego das Flores, têm demonstrado que é possível romper paradigmas e hierarquias ainda rígidas nos serviços de saúde, propiciando a ampliação do debate com usuárias e usuários e extrapolando a “*simples*”

¹⁴² Mas vale lembrar que também há vários casos de violência física no contexto dos serviços de saúde, dentre os quais, pode ser destacada aquela constante no próprio relato que abre essa dissertação.

intervenção focada na doença. Manter uma atitude de respeito e abordar o assunto sob o âmbito da experiência das usuárias e usuários e não apenas a partir dos seus conhecimentos técnicos e de julgamentos morais, pode abrir espaço para o diálogo e a troca de experiências, refletindo em um melhor cuidado com a saúde. Esse é um desafio que se coloca para os profissionais que, de maneira geral, possuem medo e pouco preparo para lidar com situações que fogem dos protocolos de rotina. Essa possibilidade de encontro entre profissionais de saúde e usuários e a ampliação das ações para além das doenças da população são alguns dos sentidos da integralidade em saúde que se articulam, tanto à dimensão das práticas profissionais, quanto à organização dos serviços de saúde (MATTOS, 2001).

Na prática, esses sentidos da integralidade ainda estão longe de acontecer junto às mulheres homossexuais. A ausência de formação específica em sexualidade e diversidade sexual coloca essas questões fora do âmbito do conhecimento técnico, fazendo com que sejam muitas vezes compreendidas pelos profissionais como sendo de foro íntimo e, por isso mesmo, fora de sua competência. A maioria dos profissionais entrevistados mostrou-se favorável à existência desse tipo de capacitação, outros também referiram a importância da inclusão do quesito “orientação sexual” nos registros e prontuários de atendimento, como forma de estimulá-los a adentrar nessas questões. Essa é uma questão importante a ser considerada. Abrir canais de diálogo junto aos profissionais de saúde da família, seja através de processos de educação continuada, seja através do contato com o movimento de lésbicas e mulheres com vivências homoeróticas pode propiciar um melhor conhecimento de suas experiências, demandas e necessidades, bem como estimular a reflexão a respeito de suas práticas profissionais. A institucionalização, ou seja, a incorporação desse tipo de diálogo como proposta de gestão, pode ser uma forma de quebrar resistências e garantir os princípios de universalidade, equidade e integralidade do SUS.

O problema parece particularmente agudo em relação a mulheres homossexuais que, por suas performances de gênero remetem-se ao masculino, ou seja, as “mais masculinizadas” apontadas por vários estudos como aquelas que referem procurar menos os serviços de saúde. Parece que aqui temos uma dupla exclusão: as mulheres “mais masculinas” ficam “de fora”, talvez porque não sendo reconhecidas como “mulheres”, não sejam vistas (e não se vejam) implicadas em ações de saúde tradicionais. Aquelas “mais femininas”, embora procurem mais os serviços, ao não serem identificadas pelos profissionais como homossexuais, também ficam “de fora” porque especificidades do seu corpo e da sua sexualidade não são consideradas.

É fundamental que iniciativas que objetivem uma melhor atenção às mulheres homossexuais no contexto dos serviços de saúde observem cuidadosamente o risco de manter engessamentos no que diz respeito as interfaces entre orientação/identidade/desejo sexual, performances de gênero e práticas sexuais. Quanto à inclusão do quesito “orientação sexual¹⁴³” nos prontuários e fichas de atendimento, é importante que gestores e profissionais tenham clareza a respeito de seu caráter dinâmico, para que essa ação não se torne apenas um dado sem sentido ou que se torne uma obrigatoriedade com tom inquisitorial para usuárias. Talvez, mais que a obrigatoriedade de um quesito a esse respeito, o importante seja abrir-se à possibilidade de conhecer os diversos aspectos da vida afetiva e sexual das usuárias, ao menos que dizem respeito mais imediatamente às suas condições de saúde e de cuidado com o corpo, deixando-as à vontade para decidir ou não pela divulgação dessas informações. A decisão das usuárias parecer ser diretamente proporcional à confiança depositada nos profissionais de saúde, bem como aos conhecimentos que detêm acerca dos riscos a que estão expostas e às práticas de cuidado e proteção que podem evitá-los.

No âmbito do SUS a abertura para a participação e o controle social vem possibilitando que grupos sociais estigmatizados questionem a dificuldade de acesso e reivindiquem a resolução de suas demandas específicas. A visibilidade social demandada por esses grupos tem favorecido uma maior interlocução com gestores e profissionais de saúde e, embora situações de preconceito e violência ainda estejam presentes nesse campo, a afirmação das suas identidades pode, em algumas situações, contribuir para a mudança na relação com aqueles que mantêm uma atitude de rejeição. A proximidade do movimento organizado de lésbicas com gestores favoreceu a instauração de uma agenda política referente às suas demandas no campo da saúde. Porém, é importante que tal agenda se transforme em ações práticas que contribuam para desmistificar sexualidades dissidentes, influenciando valores mantidos por boa parte dos profissionais de saúde. Ao mesmo tempo, a visibilidade propiciada pela afirmação e fortalecimento de uma identidade política não pode, como afirmei anteriormente, excluir a diversidade de possibilidades de arranjos e práticas sexuais nem sempre congruentes com identidades políticas.

Para concluir, parece fundamental ultrapassar a ideia de que as questões de saúde envolvendo a sexualidade sejam abordadas com o olhar restrito para as DST e AIDS. Essas questões são importantes e mesmo reconhecendo que esse é ainda um campo obscuro no que

¹⁴³ A inclusão do quesito orientação sexual nos prontuários e fichas dos serviços de saúde apareceu, nas duas últimas Conferências de Saúde de Recife como uma demanda do movimento de lésbicas local. A proposta foi aprovada nas plenárias finais e incluída nos relatórios das conferências, porém ainda não funciona efetivamente na prática do serviço.

se refere a transmissão entre mulheres, há que abordar o tema junto às mulheres e capacitar os profissionais a fazê-lo. Porém, a negação dos direitos sexuais e o estigma vinculado a práticas sexuais e expressões de gênero tidas como desviantes impactam diretamente outras questões no âmbito da saúde, tais como aquelas relacionados à saúde mental, obesidade, uso de álcool, fumo e outras drogas, câncer de mama e colo do útero, bem como ao acesso a tecnologias reprodutivas. Espero, assim, que a presente dissertação possa contribuir para trazer à tona a discussão e ampliar o debate com profissionais e usuárias propiciando a manutenção da agenda relativa às questões de saúde (e do acesso aos serviços) que algumas mulheres ainda enfrentam cotidianamente.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Paulette Cavalcanti de. **A Educação Popular em Saúde no município de Recife-PE: em busca da integralidade**. 2003. 195 f. Tese (Doutorado Interinstitucional em Saúde Pública)- Fundação Oswaldo Cruz- Escola Nacional de Saúde Pública, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Recife, 2003.

ALFANO, Bianca. **Reprodução e Biopolítica: infertilidades e práticas de saúde em um serviço público no Rio de Janeiro**. 2009. Dissertação(Mestrado)- Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

ALMEIDA, G. **Da invisibilidade à vulnerabilidade: percursos do “corpo lésbico” na cena brasileira face à possibilidade de infecção por DST e AIDS**. 2005. 307 f. Tese. (Doutorado)- Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

_____. 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, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312009000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 mar. 2010.

AMORIM, Vivian Mae Schmidt Lima. et al . Fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, Nov. 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2006001100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 Jan. 2010.

AQUINO, Estela Maria. Saúde do homem: uma nova etapa da medicalização da sexualidade? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 19-22, jan./mar. 2005.

ARAÚJO, M. do S. **Recife: velhos desafios**. Recife: FUNDAJ, 2002. 13p. (Trabalhos para Discussão, n. 143). Disponível em: <<http://www.fundaj.gov.br/tpd/143.html>>. Acesso em: 15 fev. 2009.

BARBOSA, Ana Claudia Queiroz; RODRIGUES, Júnia Marçal (Org). **1º. Censo de Recursos Humanos da Atenção Primária do Estado de Minas Gerais**. Observatório de Recursos Humanos em Saúde da UFMG. 2006. Disponível em: <http://www.face.ufmg.br/observatorio/pdfs_censo_rh/relatorio.pdf> Acesso em: 18 dez. 2009.

BARBOSA, Regina Maria; FACCHINI, Regina. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2009001400011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 Mar. 2010.

BARBOSA, Regina Maria; KOYAMA, Mitti Ayako Hara . Mulheres que fazem sexo com mulheres: algumas estimativas para o Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 109-118, 2006.

BASTOS, Cristiana D. L. **Ciência, Poder e ação: as respostas à SIDA**. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, 2002.

BECKER, H. S. **Outsiders: estudos de sociologia do desvio**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

BONET, Octavio Andrés Ramon. **Os médicos da pessoa: um estudo comparativo sobre a construção de uma identidade profissional**. 2003. 379 f. Tese (Doutorado)- Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Museu Nacional. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

BOURDIEU, Pierre. **A Dominação masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil. 2005. 160 p. _____ . **Coisas Ditas**. São Paulo: Brasiliense, 1990.

BRASIL. Constituição Federal (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: Artigo 226, parágrafo 7º. A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado, Brasília, DF, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Assistência Integral à Saúde da Mulher. **Bases de Ação Programática**. Brasília, DF: Centro de Documentação da Saúde, 1984.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**: princípios e diretrizes. 2009. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>> Acesso em: maio 2009.

_____. 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). **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, mar. 2006.

_____. 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 2004-2007**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. 82 p.

CAMARGO JR., Kenneth Rochel de. As armadilhas da "concepção positiva de saúde". **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312007000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 dez. 2008.

CAMPOS, F.E.; MACHADO, M.H.; GIRARDI, S.N. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 44, p. 13-24, maio 2009. Disponível em: <http://www.conasems.org.br/files/Artigo_Campos.pdf> Acesso em 03 jan. 2010.

CARRARA, Sérgio; RAMOS, Silvia. **Política, Direitos, Violência e homossexualidade: pesquisa 9a Parada do Orgulho GLBT - Rio 2004**. 1. ed. Rio de Janeiro: Cepesc. 2005.

CARRARA, Sérgio et al. **Política, Direitos, Violência e Homossexualidade. Pesquisa 5º Parada da Diversidade- Pernambuco 2006**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2007.

CARRARA, Sérgio; RUSSO, Jane A.; FARO, Livi. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312009000300006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 mar. 2010.

CARRARA, Sérgio; SIMOES, Júlio Assis. Sexualidade, cultura e política: a trajetória da identidade homossexual masculina na antropologia brasileira. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 28, June 2007. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332007000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 dez. 2008

CARRARA, Sergio; LACERDA, Paula. **Humilhação e invisibilidade**. No prelo.

CARVALHO, Marcos Castro. **Metamorfoses do humano**: experimentações etnográficas em um laboratório de neurociência. 2010. (Dissertação)- Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

COELHO, Leila Machado. A Representação Social da Homossexualidade Feminina nos Ginecologistas do Ponto de Vista das Mulheres Lésbicas e Bissexuais. **Revista Tesseract**, Maio. 2001. Disponível em: <<http://tesseract.sites.uol.com.br>> Acesso em: 26 out.2008.

CORRÊA, Sônia; PETCHESKY, Rosalind. Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista. **Physis**. Rio de Janeiro, ano 6, v. 12, p. 147-177, 1996.

CRAWFORD, Patrícia. Conhecimento sexual na Inglaterra, 1500 – 1750. p 105-132. In: PORTER, Roy; TEICH, Mikulas (Orgs.). **Conhecimento sexual, ciência sexual. A história das atitudes em relação à sexualidade** . São Paulo, Editora UNESP, 1998.

DA MATTA, Roberto. **Relativizando**: uma introdução à antropologia social. 3a. edição. ed. Petrópolis: Vozes, 1983.

_____. "O ofício de etnólogo, ou como ter 'Anthropological Blues'". In: NUNES, E. O. (Org.). **A aventura sociológica**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

DOLAN, Kathleen A. **Lesbian Women and Sexual Health**: The Social Construction of Risk and Susceptibility. New York: Haworth Press. 2005. 122 p.

DUAVY, Lucélia Maria et al . A percepção da mulher sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino: estudo de caso. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, June 2007 Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000300024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 Jan. 2010.

ELIAS, N.; SCOTSON, J. L. **Os Estabelecidos e os Outsiders**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

ERIBON, D. **Reflexões sobre a questão gay**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2008.

FACCHINI, Regina; BARBOSA, Regina Maria. **Dossiê saúde das mulheres lésbicas**: promoção da equidade e da integralidade. Belo Horizonte: Rede Feminista de Saúde. 2006. 43 p.

FACCHINI, Regina. **Entre umas e outras: mulheres, homossexualidades e diferenças na cidade de São Paulo**. 2008. ?f. Tese.(Doutorado)- Pós-Graduação em Ciências Sociais. UNICAMP. Campinas: 2008.

_____. Mulheres, Diversidade Sexual, Saúde e Visibilidade Social. In: RIOS, L.F. et al (orgs.). **Homossexualidade** : produção cultural, cidadania e saúde. Rio de Janeiro: ABIA. 2004. p. 34-43.

_____. **Sopa de Letrinhas: Movimento homossexual e produção de identidades coletivas nos anos 1990**. Rio de Janeiro, Editora Garamond, 2005. 300 p.

FAVORETO, César Augusto Orazem; CAMARGO JR., Kenneth Rochel de. Alguns desafios conceituais e técnico-operacionais para o desenvolvimento do Programa de Saúde da Família como uma proposta transformadora do modelo assistencial. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 12, n.

1, jun. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312002000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 dez. 2008.

FERREIRA, Verônica. **Da Mulher como Objeto às Mulheres como Sujeito: a trajetória da crítica feminista às políticas de saúde no Brasil**. 2006. Dissertação. Mestrado em Políticas Públicas e Sociedade. Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, Ceará, 2006.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade I: a vontade de saber**. 19a. edição. ed. São Paulo: GRAAL, 2009.

_____. O Nascimento da Medicina Social. In: **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Diversidade Sexual e Homofobia no Brasil, Intolerância e respeito às diferenças sexuais nos espaços público e privado**. Relatório de Pesquisa. 2008. Disponível em: <<http://www.fpa.org.br/conteudo/intolerancia-diversidade-sexual>>. Acesso em 02 jan.2009.

GOFFMAN, Erving. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4.^a ed. Rio de Janeiro, LC T, 1988.

_____. **Manicômios, prisões e conventos**. 7^a ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 2001.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro: v.23, n.3, p. 565-574, mar. 2007.

GRANADO, L. Mitos sobre a relação entre mulheres e a transmissão de DST/HIV. **Ousar viver**, São Paulo, v. 4, n. 6, 1998.

HEILBORN, Maria Luiza ; FACCHINI, R. ; BARBOSA, Regina Maria . La salud pública y los derechos humanos: políticas sobre diversidad sexual. Aprendiendo a bailar: cómo impulsar la salud y el bienestar reproductivo de las mujeres desde perspectivas de salud pública y de derechos humanos. Lima: Alicia Ely Yamin, 2007, v.? , p. 159-168

HEILBORN, Maria Luiza. **O Aprendizado da sexualidade**. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

_____. **Dois é par: Gênero e identidade sexual no contexto igualitário**. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

_____. Ser ou estar homossexual: dilemas de construção de identidade social. In: PARKER, R. G. ; BARBOSA, R. M. (Eds.). **Sexualidades brasileiras**. Rio de Janeiro: Relume Dumará; ABIA; IMS/UERJ, 1996. p. 136-145.

Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, INEP. **Censo da Educação Superior: 2003** – resumo técnico. Brasília: Ministério da Educação, 2004.

JORDANOVA, L. **Sexual Visions, Images of Gender in Science and Medicine Between the Eighteenth and Twentieth Centuries**. London: Harvester Wheatsheaf. 1989.

KING, Helen. Preparando o terreno: sexologia grega e romana. p 45-64. In: PORTER, Roy; TEICH, Mikulas (Orgs.). **Conhecimento sexual, ciência sexual. A história das atitudes em relação à sexualidade**. São Paulo, Editora UNESP, 1998.

FUNDAÇÃO MÉDICA DO RIO GRANDE DO SUL. **Relatório Técnico Final 2009**. Porto Alegre, 2009.

LAQUEUR, Thomas. **Inventando o Sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud**. Rio de Janeiro: Relume Dumará. 2001. 313 p.

LEITE, Vanessa. **Sexualidade Adolescente como Direito?** A visão de formuladores de políticas públicas 2009. (Dissertação)- Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

LOURENÇÃO, Luciano G.; SOLER, Zaida A. S. G. Implantação do Programa Saúde da Família no Brasil. **Arq Ciênc Saúde**, 2004. Jul-set 11(3), p. 158-162. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/Vol11-3/06%20ac%20-%20id%2038.pdf> Acesso em: 21 jan.2010.

LOYOLA, Maria Andréa. Medicamentos e saúde pública em tempos de AIDS: metamorfoses de uma política dependente. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232008000700027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 Mar. 2010.

LUZ, Madel Therezinha. Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, 2000.

LYRA-DA-FONSECA, Jorge Luiz Cardoso. **Homens, feminismo e direitos reprodutivos no Brasil: uma análise de gênero no campo das políticas públicas (2003-2006)**. 2008. 248 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.

MACIEL FILHO, Rômulo. **Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde: o caso brasileiro**. 263 f. Tese.(Doutorado)- Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

MATTOS, Ruben A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem A. (Org) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO. 2001.

MECCIA, Ernesto. **Los Peregrinos a La Ley: un ensayo sobre jueces, legisladores y demandas LGTB en Argentina**. Ensaio sobre os projeto Políticas de y políticas hacia la diversidad sexual. Un estudio de las tensiones de su definición a través del tránsito de las reivindicaciones de la esfera social a la esfera institucional en Argentina (1983-2007). Apresentado em 17/11/2009 no Centro Latino Americano de Estudos em Seualidade (CLAM). 2009.

MEINERZ, Nadia. Metodo Cem por cento Garantido. Práticas de sexo seguro em relações homoeróticas entre mulheres de segmentos médios em Porto Alegre. **Boletim Eletrônico Ciudadania Sexual**, America Latina, v. 16, p. 1-7, 2005.

MINAYO, Maria Cecília S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes. 2000.

MORA, Claudia. **Vulnerabilidade ao HIV-AIDS: sociabilidade e trajetórias de vulnerabilidade entre mulheres com práticas homoeróticas no Rio de Janeiro**. Dissertação. (Mestrado em Saúde Coletiva)- Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2009.

MORA, Claudia; MONTEIRO, Simone. Vulnerability to STIs/HIV: sociability and the life trajectories of young women who have sex with women in Rio de Janeiro. **Culture, Health & Sexuality**. 12: 1, 115 — 124, First published on: 09 October 2009

MOTT, Luiz. **O lesbianismo no Brasil**. Porto Alegre: Mercado Aberto, 1987.

_____. Por que os homossexuais são os mais odiados dentre todas as minorias? Campinas: **Cadernos Pagu**, p.143-155, 2002.

MOUZINHO, Glaucia Maria Pontes. **Programa Médico de Família: mediação e reciprocidade**. 1999. 145 f. Dissertação. (Mestrado)- Programa de Pós-Graduação em Antropologia e Ciência Política. Universidade Federal Fluminense, Niterói, 1999.

MUNIZ, Jaqueline O. **Mulher com Mulher dá Jacaré: uma abordagem antropológica da homossexualidade feminina**. 1992. Dissertação. (Mestrado)-Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Museu Nacional. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1992.

NATIVIDADE, M.; DE OLIVEIRA, L. Sexualidades Ameaçadoras: religião e homofobia(s) em discursos evangélicos conservadores. **Sexualidade, Saúde e Sociedade Revista Latino-Americana**, América do Norte, ago. 2009. Disponível em: <<http://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/SexualidadSaludySociedad/article/view/32>> Acesso em: 21 Mar. 2010.

NUCCI, Marina. **Hormônios pré-natais e a idéia de sexo cerebral: uma análise das pesquisas biomédicas sobre gênero e sexualidade**. 2010. Dissertação.(Mestrado)- Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

OLIVEIRA, Leandro de. **Gestos que Pesam: performance de gênero e práticas homossexuais em contexto de camadas populares**. 2006. Dissertação.(Mestrado) Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

PEREIRA, Mário Eduardo Costa. Krafft-Ebing, a Psychopathia Sexualis e a criação da noção médica de sadismo . **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.** 2009, vol.12, n.2, pp. 379-386. ISSN 1415-4714.

PINTO, Valdir Monteiro. **Aspectos epidemiológicos das doenças sexualmente transmissíveis em mulheres que fazem sexo com mulheres**. 2004. Dissertação. (Mestrado em Epidemiologia)- Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2004.

PORTELLA, Ana Paula. **Lésbicas, sexualidade e saúde: síntese dos resultados da pesquisa direitos sexuais e necessidades de saúde de lésbicas e mulheres bissexuais na percepção de profissionais de saúde e usuárias do SUS**. Recife: SOS CORPO Instituto Feminista para a Democracia, 2009b.

_____. **Pesquisa Direitos Sexuais e necessidades de saúde de lésbicas e mulheres Bissexuais na Percepção de Profissionais de Saúde e Usuárias do SUS**. Recife: Relatório Analítico. SOS Corpo. Termo de Cooperação Técnica 248/2007. 2009a.

PORTINARI, Denise. **O discurso da homossexualidade feminina**. São Paulo: Brasiliense. 1989. 127 p.

RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde – 2002/2005**. Recife, 2001. Mimeografado.

REVISTA CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA. Ano 2008, v.13 n.2 mar./abr. Rio de Janeiro. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. 2008. ISSN 1413-8123

ROHDEN, F. **Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher**. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2001.

_____. A construção da diferença sexual na medicina. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000800002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 mar. 2008.

_____. Ginecologia, Gênero e Sexualidade na Ciência do Século XIX. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 8, n. 17, p. 101-125, junho de 2002.

RUBIN, Gayle. Studying sexual subcultures: excavating the ethnography of gay communities in Urban North America. In: LEWIN, Ellen; LEAP, William. (Orgs.) **Out in theory: The emergence of lesbian and gay anthropology**. Chicago, University of Illinois Press, 2002, pp.17-68

_____. Thinking Sex: Notes for a Radical Theory of the Politics of Sexuality. In: ABELOVE, Henry; BARALE, Michèle; HALPERIN, David. (Eds.) **The Lesbian and Gay Studies Reader**. Nova York, Routledge, 1993.

RUSSO, J. A.; VENÂNCIO, A. T. A. Classificando as pessoas e suas perturbações: a "revolução terminológica" do DSM III. **Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental**, v. IX, p. 461-483, setembro 2006.

SAGGESE, Gustavo Santa Roza. **Quando o armário é aberto: visibilidade e estratégias de manipulação no *coming out* de homens homossexuais**. 2009. Dissertação.(Mestrado)- Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

SANTOS, Sony Maria dos; GUIMARAES, Maria José Bezerra; ARAUJO, Thália Velho Barreto de. Desigualdades raciais na mortalidade de mulheres adultas no Recife, 2001 a 2003. **Saude soc.**, São Paulo, v. 16, n. 2, Aug. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902007000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 Mar. 2010.

SCHRAIBER, L.; GOMES, R.; COUTO, M.T. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.10, n.1, p. 7-17, 2005.

SCHRAIBER, Lilia B. Equidade de Gênero e Saúde: o cotidiano das práticas no Programa de Saúde da Família do Recife. In: VILELA, W.; MONTEIRO, S. (Orgs). **Gênero e Saúde: Programa de Saúde da Família em questão**. Rio de Janeiro: ABRASCO / Brasília: UNFPA. 2005. p 39-62.

SCOTT, Parry. Gênero, família e comunidades: observações e aportes teóricos sobre o Programa de Saúde da Família. In: VILELA, W.; MONTEIRO, S. (Orgs). **Gênero e Saúde: Programa de Saúde da Família em questão**. Rio de Janeiro: ABRASCO / Brasília: UNFPA. 2005. p 73-98.

VANCE, Carole S. "A Antropologia redescobre a sexualidade: um comentário teórico". **Physis**, Rio de Janeiro, vol.05, n.01, pp. 7-31, 1995.

VILLELA, Wilza; MONTEIRO, Simone. Atenção à saúde das mulheres: historicizando conceitos e práticas. In: VILELA, W.; MONTEIRO, S. (Orgs). **Gênero e Saúde: Programa de Saúde da Família em questão**. Rio de Janeiro: ABRASCO / Brasília: UNFPA. 2005.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa sobre saúde das mulheres e direitos sexuais, onde será realizada entrevista sobre o processo de trabalho no Programa de Saúde da Família, atendimento às mulheres, sexualidade, comportamento sexual e outros temas semelhantes, com duração de aproximadamente 1 hora e 30 minutos, em local combinado previamente com a pesquisadora responsável pela atividade.

A entrevista será gravada e posteriormente transcrita e serão assegurados confidencialidade e anonimato ao participante, tendo o/a o direito de não responder a algumas das perguntas, ou de, a qualquer momento, interromper a conversa, podendo, inclusive, solicitar que as informações que já tenha fornecido sejam colocadas de fora do resto do material coletado. A divulgação dos resultados da pesquisa será realizada de maneira que não possibilite a identificação dos/as participantes e seus nomes verdadeiros não serão divulgados. Caso o/a participante deseje, poderá ficar com a gravação posteriormente à transcrição ou poderá doá-la a pesquisadora para que seja usada exclusivamente para a finalidade dessa pesquisa.

Essa pesquisa não envolve riscos ou danos à saúde e a participação não é obrigatória. A qualquer momento poderá desistir de participar e retirar o consentimento sem que isso traga prejuízo. Essa participação também não envolve custos ou qualquer compensação financeira ou de outra natureza.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional da pesquisadora principal e do Comitê de Ética em Pesquisa ao qual esse projeto está vinculado, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação, agora ou a qualquer momento.

Ana Paula Lopes de Melo - pesquisadora
telefones (81) 87431483 / (81) 41017873

Instituto de Medicina Social da UERJ
Mestrado em Saúde Coletiva
Rua São Francisco Xavier, 524, 7º andar, blocos D e E
Maracanã, Rio de Janeiro CEP 20550-900
Tels: (21) 2587-7303 / 7540 / 7422 / 7572

Comitê de Ética em Pesquisa do CISAM
Fone (81) 3182-7729

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

☐ Concordo em doar a gravação.

☐ Não concordo em doar a gravação, sabendo que a
receberei após a transcrição.

Nome do Participante

Assinatura

RG - _____

Data ____/____/____

A assinatura deste consentimento não inviabiliza nenhum dos direitos legais.

APÊNDICE B – Quadro com perfil resumido dos profissionais entrevistados

Nº	Codino me	Categoria Profissional	Se xo	Id ad e	Raça/cor auto-atribuída	Religião	Relação amorosa / orientação sexual	Filhos (sexo e idade)
1	Ana	Agente de Saúde	F	55	Parda	Católica	Casada com homem	S/I
2	Rita	Agente de Saúde	F	36	Morena	Evangélica (Igreja da Fé)	Casada com homem	S/I
3	Lucas	Agente de Saúde	M	29	Negro	Não Tem	Homossexual	S/I
4	Carolina	Agente de Saúde	F	50	Parda	Evangélica - Batista	Namorando um homem há 16 anos. Teve casamento anterior sem divorcio oficial	S/I
5	Paulo	Agente de Saúde	M	33	Branca	Católica	Sem relacionamento no momento.	S/I
6	Marina	Agente de Saúde	F	31	Parda	Acredita em Deus. Criada no catolicismo, mas não se identificou, pensou que tinha mais a ver com protestante, mas depois viu que também não.	Tem um companheiro há 5 anos e moram juntos há 5 meses. Heterossexual	Sim (Fem,9 - Masc, 1)
7	Laura	Agente de Saúde	F	41	Negra	Evangélica	Divorciada de casamento anterior com um homem. Não está em relação amorosa no momento.	Não
8	Lígia	Agente de Saúde	F	41	Indígena	Católica	Divorciada. Não está em relação amorosa no momento. Gosta de transar com homens, mas já teve "curiosidade sobre o sexo com mulheres"	Sim (Masc, 21 - Fem, 23)
9	Joana	Enfermeira	F	34	Branca	Católica	S/I	S/I
10	Iracema	Enfermeira	F	39		"eu tenho credo. Religião não." [tu acredita em que?] "em Deus, em forças sueriores, forças místicas, natureza, acredito em tudo. [...] sou bem mística"	Casada com homem. "sou hetero. Sou hetero. (riso) Pelo menos eu me defino como. (risos) Não sei futuramente, o futuro a deus pertence, mas eu sou hetero."	Sim (Masc, X)
11	Dora	Enfermeira	F	46	Parda	Evangélica - Adventista	Casada com homem	Sim (gêmeos Masc, 16 - Masc, 16)
12	Emília	Enfermeira	F	30	Parda	Criação católica. Interessa-se pelo espiritualismo, mas não pratica	União consensual com um homem	Não
13	Carlos	Enfermeiro	M	46	Negro	Espírita Cardecista	Solteiro. "[sou] um ser que procura não ter barreiras em relação a essa questão [...] Eu acho que essas barreiras eu não tenho. Se eu tiver afim de experimentar isso, eu vou e experimento. Se eu estiver afim de experimentar aquilo eu vou e experimento"	Sim, adotivos. (Masc, 23 - Masc, 22)
14	Isaura	Médica	F	51	Parda	Católica	Casada com homem	Sim (Fem, 23 - Fem, 17)
15	Teresinha	Médica	F	39	Branca	Católica	Casada com homem	Sim (Fem, 7)
16	Joca	Médico	M	68	S/I	S/I	S/I	S/I

Nº	Codinome	Grau de Instrução	Profissão / Formação	Especialidade	Tempo de Atuação na Função	Trabalho Anterior	Outros vínculos de trabalho	Tempo de moradia na comunidade
1	Ana	S/I	Professora de 1º grau. Não leciona atualmente. / Agente de Saúde	_____	16 anos como ACS (iniciou no PACS) / 5 no PSF	Professora numa escola da comunidade	não	55 anos
2	Rita	S/I	Professora - Magistério. Não leciona / Agente de Saúde	_____	3 anos	Auxiliar de higiene para uma empresa que presta serviço para a prefeitura	não	36 anos
3	Lucas	Cursando Técnico em Enfermagem	Agente de Saúde	_____	7 anos	S/I	_____	29 anos
4	Carolina	Ensino médio completo	Auxiliar de Enfermagem / Agente de Saúde	_____	15 anos (iniciou no PACS) / 3 no PSF	S/I	S/I	42 anos
5	Paulo	Ensino médio completo	Agente de Saúde / Prática também auriculoterapia e massagem terapêutica	_____	3 anos	_____	S/I	33 anos
6	Marina	2º grau completo	Auxiliar de Enfermagem / Agente de Saúde	_____	12 anos (iniciou no PACS) / X no PSF	S/I	faz "bicos". "O que aparecer garçonne, cozinha..."	14 anos
7	Laura	1º grau completo	Agente de Saúde	_____	11 anos (iniciou no PACS) / 8 no PSF	Professora Comunitária (pré-escolar), Empacotadora em uma loja	não	24 anos
8	Lígia	2º grau completo - técnico em contabilidade	Técnica em Contabilidade / Agente de Saúde	_____	7 anos (iniciou no PACS) / 6 no PSF	Desempregada antes do PSF. Já trabalhou em Casa de família e como camareira	Não	40 anos
9	Joana	3º grau com especialização	Enfermeira	PSF, Saúde Coletiva e cursando Auditoria	9 anos	enfermeira de PSF em outro município	_____	_____
10	Iracema	3º grau com especialização	Enfermeira	Saúde da Família, licenciatura	15 anos / 7 no PSF	Enfermeira da atenção básica	EnfermeiraPlantonista de Maternidade	_____
11	Dora	3º grau	Enfermeira	Não tem	16 anos / 3 no PSF	Enfermeira de "unidade convencional"	Plantão noturno em UTI Neonatal	_____
12	Emília	3º grau com especialização	Enfermeira	Saúde da Família, Saúde Pública	8 anos (iniciou com o PACS) / 4 no PSF	enfermeira de PSF em outro município e também em outras funções na saúde pública	Enfermeira em hospital de emergência	_____
13	Carlos	3º grau com especialização	Enfermeiro	Saúde Coletiva, Saúde da Família, Educação para Saúde	10 anos / 8 no PSF	Enfermeiro em outras funções na área da saúde pública	S/I	_____
14	Isaura	3º grau com especialização	Médica Clínica e Gerontologista	Gerontologia , Saúde da Família	24 anos como médica / 3 no PSF	Médica	Ambulatório em outro município.	_____
15	Teresinha	3º grau com especialização	Médica Ginecologista e Obstetra	Saúde Pública, ginecologia e obstetrícia	15 anos / 12 no PSF	Após a graduação fez residência e logo após entrou no PSF	S/I	_____
16	Joca	3º grau com especialização	Médico Clínico Geral	Saúde da Família*	40 anos / 7 no PSF	médico clínico em consultório particular	aposentado de vínculo no Ministério da Saúde	_____

APÊNDICE C – Roteiros de entrevista

Roteiro de Entrevista I

Bloco 1 – Perfil dos Entrevistados

Objetivo: *iniciar uma aproximação entre entrevistadora e entrevistado, levantar informações que permitam desenhar o perfil dos entrevistados e sua formação/atuação profissional.*

Dados Pessoais

Idade / Sexo / Religião / Cor/raça/
Estado Civil / Filhos? Quantos? Sexo dos filhos?

Dados Profissionais

Profissão/Formação Ano de Formação
Especialidade – se houver
Há quanto tempo atua nessa unidade de PSF?
Tem outros vínculos de trabalho? Qual(s)?
Como ocorreu a decisão de trabalhar no PSF? Como foi sua trajetória profissional até esse trabalho atual?
Gosta de trabalhar no PSF?
(ACS) Há quanto tempo mora na comunidade?

Bloco 2 – Atuação e Funcionamento Geral da Unidade de Saúde da Família

Objetivo: *conhecer a rotina de trabalho da equipe de saúde da família, como os profissionais percebem o programa e o perfil dos usuários, queixas comuns e participação.*

Quais são as facilidades e dificuldades de trabalhar no PSF?
O que acha da proximidade com a população? Bom? Ruim? Porque? Como acha que a população vê essa questão? Existem questões que são mais difíceis de falar com quem é mais próximo? Por que?
(ACS) Quais as maiores facilidades e dificuldades em residir e trabalhar no mesmo local?
Quais são as principais atividades da ESF? Gosta de alguma atividade em especial? Por que? E tem alguma que você não gosta? Por que?
O que diferencia o trabalho de uma unidade de saúde da família de outra unidade de saúde?
Como é o percurso dos usuários até a consulta? (demanda espontânea, identificação dos problemas...)
Quais são as questões mais relevantes?
Existe atividades educativas? Quais os temas mais abordados nas atividades educativas ou em grupo? Porque esses temas são relevantes? Como os grupos são formados?
Ações específicas de saúde sexual (atividades em grupo, exames de prevenção, distribuição de preservativos, lubrificantes...)? Como essa questão é trabalhada pela equipe?
(médicos e enfermeiros) O que diferencia as atividades/atuação entre médicos e enfermeiros?
Visitas às famílias – como acontecem, quem realiza?
Como é sua relação com a comunidade?
Qual a frequência maior de usuários na unidade? Homens, mulheres, adolescentes, jovens, idosos? Como explica essa maior frequência?

Bloco 3 – Saúde da Mulher, participação e atividade das mulheres na unidade

Objetivo: *conhecer a participação das mulheres usuárias nas atividades da saúde da família, quais as queixas mais frequentes e quais os comportamentos e percepções dos profissionais sobre saúde da mulher.*

Como acontece a participação das mulheres nas atividades da unidade/equipe? Quais os momentos em que ela procura ou é procurada pela equipe? Por que?
Que ações/atividades acontecem na USF que são voltadas para mulheres?
Quais são as queixas mais comuns trazidas pelas mulheres?
Que problemas de saúde ou agravos relacionados às mulheres são motivos de preocupação para vocês profissionais? Por que?
Algumas equipes falam que há um dia da semana reservado para a saúde da mulher, isso acontece nessa USF? Como? O que acha desse dia? Há o envolvimento de todos os profissionais ou parte deles? Porque?
Acha que o exame especular/ ginecológico com uso do espelho incomoda as mulheres? Por que? Há tamanhos diferenciados?
Ser profissional homem ou mulher influencia no atendimento às mulheres? Por que?

Já ouviu falar no conceito de gênero? Na diferença entre sexo e gênero? Em que situação? O que acha desse conceito? Ajuda no trabalho?

Bloco 4 – Homossexualidade

Objetivo: identificar as idéias sobre homossexualidade presentes nos discursos dos profissionais e como essas idéias podem ajudar ou prejudicar o atendimento dos/as usuários/as. Verificar a participação desses grupos, queixas frequentes e ações direcionadas.

Pra você, o que é homossexualidade?

Qual a sua opinião sobre as pessoas que se relacionam com pessoas do mesmo sexo? Porque você acha que acontece?

Acha que tem diferença com relação as pessoas heterossexuais? Por que?

Você acha que existe diferença entre a homossexualidade masculina e a homossexualidade feminina? Por que?

Você já conviveu com alguma pessoa homossexual no seu grupo de convivência, família, amigos, colegas de trabalho? O que você achou? Como foi seu relacionamento com essa pessoa? Como você ficou sabendo?

Você acha que é fácil para as pessoas falarem sobre isso? Por que?

Você costuma conversar sobre essas questões? Em que situações?

Algumas pessoas acham que a homossexualidade é pecado ou que deus fez o homem e a mulher para que se casem e tenham filhos. O que você pensa sobre isso?

Outras pessoas acham que a homossexualidade é um problema de saúde. E você? O que acha?

E se você tivesse um filho ou uma filha homossexual, como acha que seria?

Alguma vez esse tema foi abordado na formação profissional ou em capacitações técnicas? De que maneira? O que essas capacitações diziam? Acha que deveria ter capacitações com esse tema? Por que?

Você tem notado a presença de usuários ou usuárias homossexuais aqui na unidade de saúde? São mais homens ou mulheres? Por que?

Como identifica? (pergunta, auto-definição, vestimenta/visual)

Já se deparou com essa questão no atendimento/visitas domiciliares/perguntas? Como foi? Como lidou com isso? E como acha que a usuária lidou? Quais as principais queixas de saúde trazidas por essas pessoas?

Bloco 5 – Homossexualidade Feminina e Saúde

Objetivo: identificar percepções sobre demanda e atendimento de saúde voltado para as mulheres lésbicas.

Na sua opinião, há diferença entre homossexualidade feminina e masculina? Se sim, que tipo de diferença?

Há atendimento para mulheres lésbicas? Como é realizado? Elas participam do dia reservado a saúde da mulher?

Você acha que há diferença entre os problemas de saúde das mulheres homossexuais e das mulheres heterossexuais? Por que?

Você considera orientação sexual no momento de viabilizar informações (palestras, grupos, consulta)? Pergunta sobre a orientação sexual? Como acha que a mulher reagiria ao ser realizada essa pergunta?

Considera que essa informação é importante em alguma situação? Qual?

Com relação às doenças sexualmente transmissíveis, você acha que pode haver transmissão em relações entre mulheres? Por que? Essa transmissão é diferente do sexo entre homens e do sexo heterossexual? Por que? Que doenças você acha que pode ser transmitida entre mulheres?

Há distribuição e divulgação de métodos de proteção /barreira para o sexo entre mulheres?

As mulheres lésbicas pegam camisinha aqui na unidade? Acha que é importante a distribuição para elas?

Há divulgação de exames de mama e preventivo considerando a homossexualidade feminina?

Você acha que a proximidade com a população facilita a abordagem desse tipo de questão? (dificuldades e facilidades)

Apresentação de alguns dados de pesquisa e percepção dos profissionais

Além das queixas de saúde relacionadas ao aparelho genital e a sexualidade, você acha que há outros problemas importantes para abordar junto a essas mulheres, por exemplo depressão, uso de álcool, fumo...?

Você acha que as mulheres homossexuais são mais masculinas? Todas? Já houve caso em foi surpreendido ou se enganou quanto a orientação sexual de alguma mulher?

Como você acha que a comunidade lida com essa questão? Há preconceito? Você acha que tem diferença na maneira de lidar com esse tema quando a comunidade é mais pobre ou possui uma condição de vida melhor?

Você conhece locais que há frequência, que as pessoas homossexuais podem sentir-se a vontade para demonstrar afeto aqui na comunidade? E em Recife? A frequência maior é de gays, lésbicas, ambos, heterossexuais também?

Para finalizar, pensando as diferentes formas de viver a sexualidade e as preferências sexuais das pessoas, como você se define quanto a sua orientação sexual?

Roteiro de Entrevista I I

SOS Corpo Instituto Feminista para a Democracia – Pesquisa Direitos Sexuais e Necessidades de Saúde de Lésbicas e Mulheres Bissexuais na Percepção de Profissionais de Saúde e Usuárias do SUS

Perfil Sócio-demográfico

1. Iniciais da entrevistada:
2. Data de nascimento:
3. Idade:
4. Local de nascimento:
5. Município e bairro de moradia:
6. Há quanto tempo vive nesta localidade:
7. Porque veio morar aqui?
8. Como você descreveria sua moradia (casa, barraco, apartamento etc. atenção para cobertura do telhado, material das paredes, acesso a água encanada e saneamento)?
9. Quantos cômodos tem a sua casa?
10. Quais e quantos destes equipamentos você tem em sua casa?

Equipamentos	Quantidade
• TELEVISÃO COLORIDA	
• VÍDEO CASSETE	
• RÁDIO	
• BANHEIRO	
• AUTOMÓVEL DE PASSEIO	
• EMPREGADA MENSALISTA	
• ASPIRADOR DE PÓ	
• MÁQUINA DE LAVAR ROUPA	
• GELADEIRA	
• FREEZER (isolado ou geladeira duplex)	
11. Você ainda mora com a sua família de origem? Se não, desde quando você saiu de lá? E porque saiu?
12. Atualmente você mora com quem?
13. Ao todo, quantas pessoas moram na sua casa? Indicar idade e parentesco, se houver.
14. Qual a cor da sua pele ou a sua raça?
15. Você foi educada em alguma religião? Qual?
16. E hoje, você pratica alguma religião? Qual?
17. Se for diferente da religião de origem, porque mudou?
18. Se não pratica mais, porque?
19. No momento, você se relaciona amorosamente com alguém? É homem ou mulher? Qual o seu estado civil?

Trajetória profissional

20. Grau de escolaridade:
21. Formação (curso):
22. Ano de obtenção do último grau:
23. Função na unidade:
24. Há quanto tempo na função:
25. Há quanto tempo neste serviço:
26. Que atividades realiza neste serviço:
27. A quem se reporta e com quem trabalha diretamente:
28. Qual a jornada de trabalho neste serviço
29. Trabalha em outros locais? Quais? Com que jornada de trabalho?
30. Qual foi a sua renda no último mês (diferenciar salário do serviço e outros rendimentos):

Concepções sobre sexualidade

31. Nos últimos anos ampliou-se o debate público sobre sexualidade e as diferentes formas de relação amorosa e sexual entre as pessoas, especialmente entre pessoas do mesmo sexo. O que você acha desse debate?
32. Qual a sua opinião sobre as pessoas que se relacionam com pessoas do mesmo sexo? Por que você acha que isso acontece? Seria uma escolha, uma tendência pessoal ou outra coisa? Há diferenças entre elas e as pessoas heterossexuais? Quais?
33. Você acha que há diferenças entre gays, lésbicas e bissexuais? Quais? Porque isso acontece?

34. Qual a sua opinião sobre a forma como gays, lésbicas e bissexuais são tratados em nossa sociedade? Você acha que houve mudanças quanto a isso nos últimos anos? Quais? Por que?
35. Gays, lésbicas e bissexuais são socialmente tratados da mesma forma? Por que isso acontece?
36. Onde e com quem você conversa sobre essas questões?
37. Essa discussão está presente em seu ambiente de trabalho? Como chegou? Como acontece?
38. Você acha que é adequado debater estes temas nos serviços de saúde? Por que?

Percepções sobre saúde de lésbicas

39. Você diria que há diferenças entre problemas de saúde de lésbicas, de mulheres bissexuais e heterossexuais? Quais? Quais as razões disso?
40. Especificamente do ponto de vista da saúde reprodutiva e sexual, quais os principais problemas de saúde de lésbicas e bissexuais?
41. Você considera que as práticas sexuais podem afetar a saúde das pessoas? De que forma? Há diferenças entre práticas homossexuais e heterossexuais quanto a isso? Quais?
42. Você acha que as lésbicas e bissexuais estão mais ou menos expostas a DSTs e HIV/Aids do que as mulheres heterossexuais? Porque?
43. Quais as principais DSTs contraídas por lésbicas e bissexuais?
44. Você conhece casos de lésbicas e bissexuais soropositivas? Sabe como elas se contaminaram?

Forma de atendimento de lésbicas

45. Lésbicas e bissexuais procuram esta unidade de saúde?
46. Você atende lésbicas e bissexuais?
47. Como você identifica se uma mulher é lésbica ou bissexual?
48. Você acha que a orientação sexual é uma informação que deve constar do prontuário das pacientes? Porque? Você faz essa pergunta? De que forma? Como as mulheres reagem a ela?
49. As mulheres falam espontaneamente sobre essa questão? Como você se sente quanto a isso?
50. Você trataria da mesma forma uma adolescente lésbica e uma mulher adulta também lésbica? E se for idosa? Por que?
51. Há lésbicas ou bissexuais soropositivas frequentando essa unidade de saúde? Que tipo de assistência recebem?
52. E situações de violência, já aconteceram? Pode descrever, por favor? Qual a sua opinião sobre essas situações? Como você reagiu a elas?
53. Você já presenciou situações de preconceito e discriminação contra lésbicas e bissexuais aqui na unidade? Pode descrever, por favor? Qual a sua opinião sobre essas situações? Como você reagiu a elas?
54. Você acha que é necessário algum tipo de formação para a assistência à saúde de lésbicas e bissexuais? Por que?
55. Você já fez alguma formação semelhante? Pode descrever, por favor? O que achou?
56. Você conhece algum programa ou ação das políticas de saúde voltadas especificamente para a saúde de lésbicas e bissexuais? Quais? O que você acha deles?
57. Você gostaria de acrescentar alguma coisa a sua entrevista?

ANEXO A – Parecer de Aprovação no Comitê de Ética**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CISAM/UPE**

Parecer CEP/CISAM Nº: 009/09

CAAE Nº: 0003.0.250.250-09

Data da Apreciação: 16-04-2009

Título do Projeto: Saúde das Lésbicas, bissexuais e mulheres que fazem sexo com mulheres: violência de gênero e violência institucional

Pesquisador (a) Responsável: Ana Paula Lopes de Melo


Análise:

Estudo com objetivo de identificar (e analisar) concepções presentes no discurso de profissionais das equipes de saúde da família acerca do atendimento e das necessidades de saúde das lésbicas. Será realizado por meio de entrevistas com médicos, enfermeiros e agentes comunitários vinculados a equipes de saúde da família do Recife.

Do ponto de vista ético o Projeto atende às normas contidas na Resolução 196/96, da CONEP/CNS/MS.

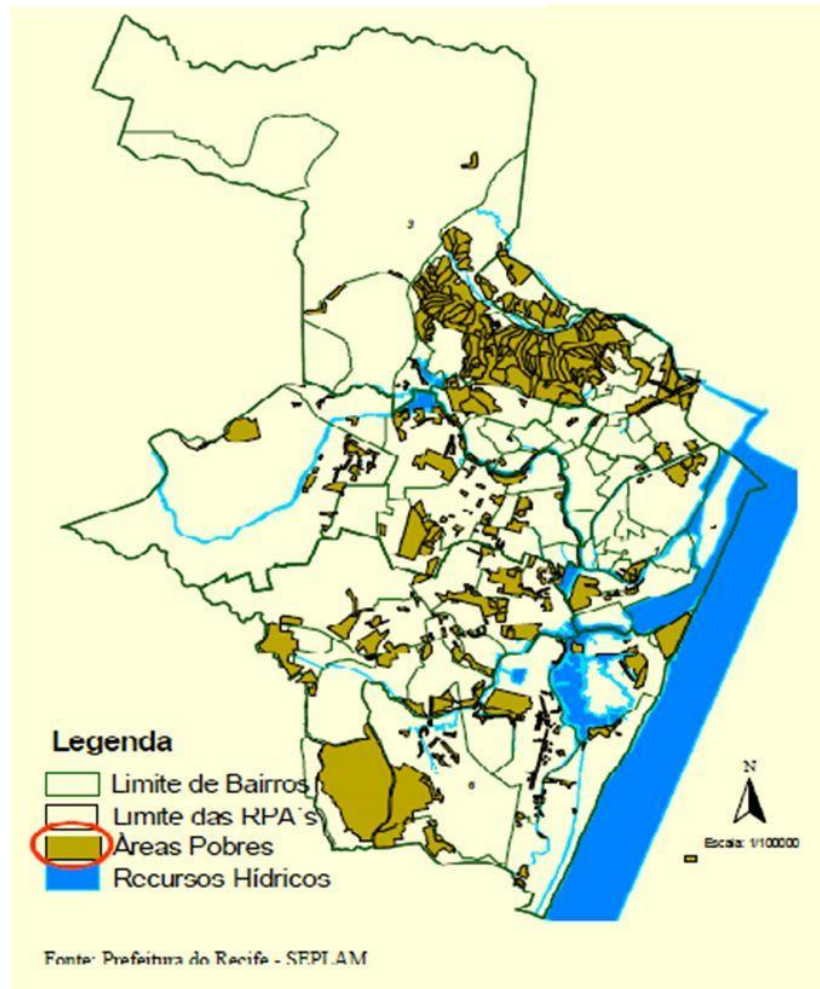
Parecer: APROVADO

Recife, 16 de abril de 2009

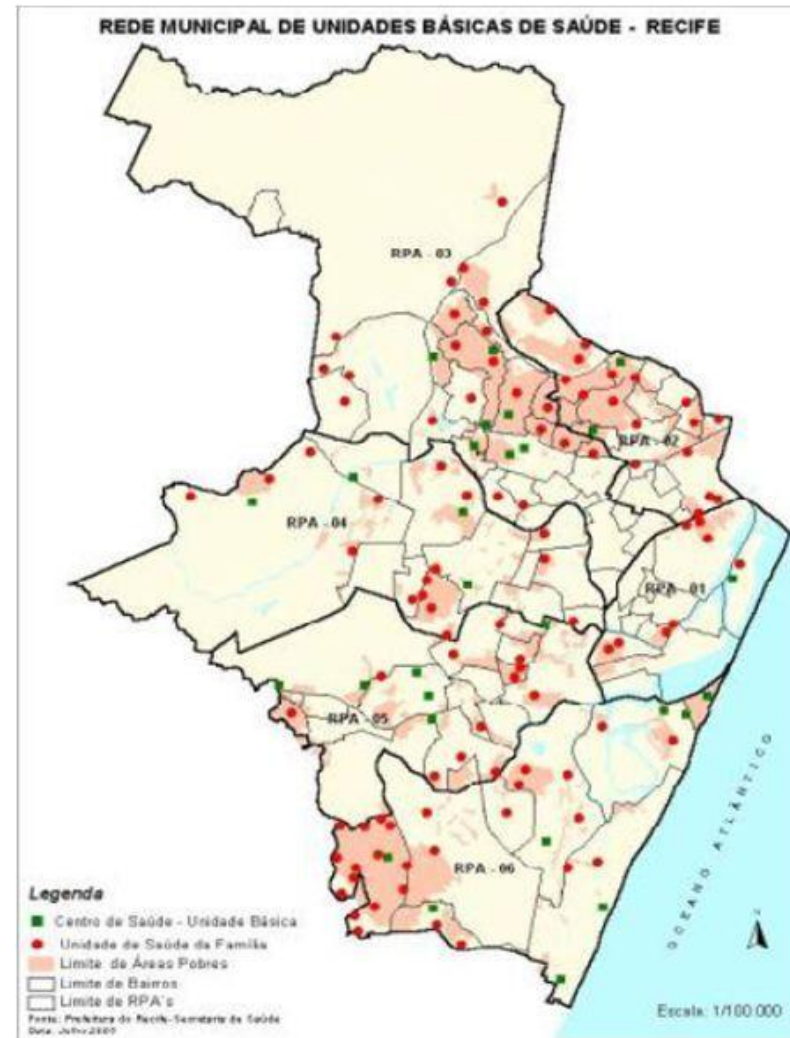

CEP / CISAM-UPE
Dra. Ana Maria Marque
Vice - Coordenadora

CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE AMAURY DE MEDEIROS
Rua Visconde de Mamanguape, s/nº. – Encruzilhada – Recife – Pe
CEP.: 52.030-010 – Fones: (0XX81) 31827700 – FAX: (0XX81) 31827704
C.G.C. 11.022.597/0012-44 / cisam@cisamupe.com.br
HOME PAGE – www.cisam.upe.br
MARCAÇÃO DE CONSULTAS POR TELEFONE 0800811108

ANEXO B – Mapas: áreas pobres do Recife e áreas de implantação de unidades básicas de saúde no Recife



Fonte: Prefeitura do Recife/ Secretaria de Planejamento.



Fonte: Prefeitura do Recife/ Secretaria de Saúde.

ANEXO C – QUADROS COM CARACTERÍSTICAS DOS PROFISSIONAIS ATUANTES NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE RECIFE POR IDADE E SEXO

Categoria	SEXO				
	Feminino		Masculino		
	N	%	N	%	Total
ACS	1,547	91.5	143	8.5	1,690
ENF	246	93.2	18	6.8	264
MED	176	76.2	55	23.8	231
AUX	198	88.4	26	11.6	224
CD	91	83.5	18	16.5	109
ACD	114	94.2	7	5.8	121
THD	36	90.0	4	10.0	40
Total geral	2,408	89.9	271	10.1	2,679

Intervalo de Idade	CATEGORIA														Total por idade	
	ACS		ENF		MED		AUX		CD		ACD		THD			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
18-25	55	3.3	3	1.1	0	0.0	20	8.9	0	0.0	25	20.7	3	7.5	106	4.0
26-35	547	32.4	136	51.5	39	16.9	126	56.3	52	47.7	68	56.2	17	42.5	985	36.8
36-45	614	36.3	71	26.9	54	23.4	57	25.4	28	25.7	23	19.0	14	35.0	861	32.1
46-55	348	20.6	43	16.3	85	36.8	18	8.0	22	20.2	4	3.3	5	12.5	525	19.6
56-65	109	6.4	9	3.4	50	21.6	3	1.3	7	6.4	1	0.8	1	2.5	180	6.7
>65	16	0.9	1	0.4	3	1.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	20	0.7
Sem Informação	1	0.1	1	0.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	0.1
TOTAL	1690	100.0	264	100.0	231	100.0	224	100.0	109	100.0	121	100.0	40	100.0	2,679	100.0

Fonte: Secretaria de Saúde do Recife/Diretoria Geral de Gestão do Trabalho/2009.

ANEXO D – FICHA DE SAÚDE DA MULHER



Secretaria de Saúde do Recife



PREFEITURA DO RECIFE

POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER
FICHA CLÍNICA DA MULHER

Distrito Sanitário:	Unidade:	Data e Hora :
---------------------	----------	---------------

Informações prestadas pela usuária ou acompanhante:

Nome:		
Nome do Pai:		Nome da Mãe:
Data de Nascimento / /	Idade:	Raça/cor: () Parda () Branca () Preta () Amarela () Indígena
Estado Civil:	Escolaridade:	Profissão:
Endereço:	Número:	Complemento: CEP:
Bairro:	DS	Município: UF:

QUEIXA:

H.D.A:

ISDA: Cardiovascular: _____	
Gastrointestinal: _____	
Urinário: _____	
Respiratório: _____	
AF: Cardiovascular <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Diabetes <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Câncer <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Tireóide <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Tipo: _____	
AP: Clínicos: _____	
Cirurgias: _____	
Tabagismo: _____	Etilismo: _____
Medicações de uso regular: _____	
AM: Menarca: _____	Ciclos: _____ DUM: _____
Menopausa: Natural <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/>	
AS: 1.º Coito: _____	N.º de parceiros: _____
Anticoncepção: _____	
AG: Corrimento: _____	Cirurgia: _____
Cauterização: _____	
AO: G: _____ P: _____ A: _____ PN: _____ PC: _____ PF: _____	
1.º Parto: _____ Último: _____	Peso RN (maior): _____
Amamentação: _____	
Puerpério: _____	

EXAME FÍSICO: Peso: _____	Altura: _____	PA: _____
Ap. cardiovascular: _____	AP. respiratório: _____	
MMII: _____	Outros: _____	
Abdome: _____		

