



ESTADUAL DA PARAÍBA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

LISSANDRA MONTEIRO HERCULANO

**ITINERÁRIOS LÉSBICOS NO ACESSO A POLÍTICA DE SAÚDE
SEXUAL E REPRODUTIVA NO CONTEXTO PARAIBANO**

CAMPINA GRANDE – PB
2015

LISSANDRA MONTEIRO HERCULANO

**ITINERÁRIOS LÉSBICOS NO ACESSO A POLÍTICA DE SAÚDE
SEXUAL E REPRODUTIVA NO CONTEXTO PARAIBANO**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC),
apresentado ao Departamento de Serviço Social
da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) em
cumprimento às exigências para obtenção do
título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Jussara Carneiro Costa

CAMPINA GRANDE - PB
2015

H539i Herculano, Lissandra Monteiro
Itinerários lésbicos no acesso a política de saúde sexual e reprodutiva no contexto paraibano [manuscrito] / Lissandra Monteiro Herculano. - 2015.
26 p. : il. color.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2015.

"Orientação: Profa. Dra. Jussara Carneiro Costa, Serviço Social".

1. Lésbicas. 2. Saúde. 3. Sexualidade. 4. (In)visibilidade. I. Título.

21. ed. CDD 362.4

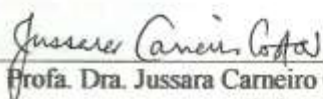
LISSANDRA MONTEIRO HERCULANO

**ITINERÁRIOS LÉSBICOS NO ACESSO A POLÍTICA DE SAÚDE
SEXUAL E REPRODUTIVA NO CONTEXTO PARAIBANO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Graduação em Serviço Social da
Universidade Estadual da Paraíba, em
cumprimento à exigência para obtenção do grau
de Bacharel em Serviço Social.

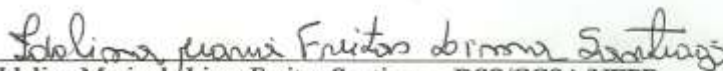
Aprovada em 18 / 12 / 2015

Nota: 9,5



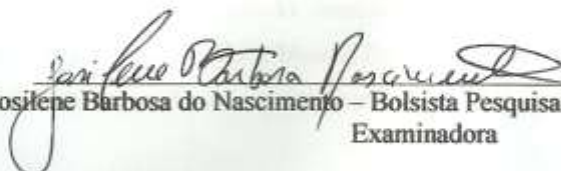
Profª. Dra. Jussara Carneiro Costa – DSS/CCSA/UEPB

Orientadora



Profª. Dra. Idalina Maria de Lima Freitas Santiago – DSS/CCSA/UEPB

Examinadora



Dra. Josilene Barbosa do Nascimento – Bolsista Pesquisadora do PNPd/CAPES - PPGSS

Examinadora

AGRADECIMENTOS

Em inúmeros momentos da minha jornada, fui agraciada com a presença de pessoas que fizeram ou fazem parte da minha vida e de algum modo contribuíram para que esse momento se realizasse, a todos/as agradeço de coração.

Dedico este trabalho a todas as mulheres que sofrem situações de discriminação e preconceito, pelo fato simples fato de serem mulheres e se auto identificarem como lésbicas, especialmente a todas que fazem parte desse estudo.

A minha orientadora Professora Dra. Jussara Carneiro Costa, que grandemente contribuiu nesse processo de construção, não só desse trabalho, mas na minha vida como sujeito político. Amiga, companheira de tantas lutas, militâncias, minha admiração e meu muito obrigado.

Ao Grupo Flor e Flor: Estudos de Gênero, que me propiciou maior aproximação teórica e política com discussões de gênero e a temática do feminismo. Um especial agradecimento à pessoa da Professora Dra. Idalina Maria de Lima Freitas Santiago, sua contribuição foi essencial, como pessoa, mestra e amiga e a Ednaldo Costa, companheir@ de pesquisa, que muito me auxiliou.

A minha mãe D. Cidinha e ao meu amado pai Sr.Luis que incansavelmente acreditaram no meu projeto de vida e me apoiaram nos momentos em que as adversidades da vida me faziam duvidar e querer desistir.

Aos meus amados irmãos Erika Monteiro e Lenilton Monteiro (in memoriam), pela força, torcida constante e por acreditarem em mim, muitas vezes mais do que eu mesma.

Aos meus filhos, por entenderem e aceitarem minhas ausências, estresses, correrias. A minha filha Emili Amanda, por entender o quanto esse projeto significa para mim, o seu incentivo me fez seguir e conquistar mais essa vitória.

Aos meus sobrinhos e sobrinhas pelo carinho a mim sempre dispensados e pela torcida constante.

A minhas amigas de graduação, aqui representada pela admirável mulher Antônia de Almeida Coelho, seu exemplo, força e dedicação me fizeram seguir.

A minhas amigas de vida, que a cada dia me fez/faz um ser melhor, que todos os dias me conferia e confere carinho e agrado, incentivo, apoio e estímulo para enfrentar as barreiras da vida, a cada uma de vocês, Tatiana Moura, Thiele Carvalho e Mary Alves, o meu eterno carinho.

E finalmente a todas/os que tornaram minha vida mais afetuosa, muito obrigada!

SUMÁRIO

RESUMO	4
1- INTRODUÇÃO	5
2- RECOMPONDO ITINERÁRIOS DA INVESTIGAÇÃO	10
3- SOBRE AS NOSSAS INTERLOCUTORAS E SEUS ITINERÁRIOS PELAS POLÍTICAS DE SAÚDE.	14
4- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	21
5- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24

ITINERÁRIOS LÉSBICOS NO ACESSO A POLÍTICA DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA NO CONTEXTO PARAIBANO

Autora: Lissandra Monteiro Herculano

RESUMO

O trabalho resulta das investigações desencadeadas no âmbito do PIBIC/UEPB, no período de 2013 a 2015, que buscaram problematizar o acesso de mulheres lésbicas a serviços voltados a efetivação de direitos sexuais e reprodutivos no âmbito da política de saúde. Apresenta considerações sobre os itinerários percorridos pelo caminho investigativo adotado, a problematização de elementos que constituem o perfil das interlocutoras contatadas pela pesquisa relacionando-o ao modo como acessam serviços ofertados pela política estudada. Além disso, apresentamos também algumas estratégias organizadas pelas lésbicas para lidar com obstáculos encontrados no acesso a tais serviços, inclusive no domínio de tecnologias reprodutivas. Por último, refletimos sobre as dinâmicas de invisibilidade presentes nas trajetórias lésbicas, incluindo a forma como se dá o acesso à política estudada, enfatizando a necessidade de compreender os vários sentidos que lhes são atribuídos a partir de diversos contextos de enunciação lésbica como base para a construção de estratégias visando assegurar o acesso a direitos por parte do grupo social estudado.

Palavras-chave: Lésbicas. Saúde. Sexualidade. (In)visibilidade.

LESBIANS ITINERARIES IN THE ACCESS TO HEALTH POLICY SEXUAL AND REPRODUCTIVE IN THE PARAIBAN CONTEXT

Authoress: Lissandra Monteiro Herculano

ABSTRACT

The work results of the investigations triggered in PIBIC / UEPB, from 2013 to 2015, who sought to problematize the access of lesbian women to services aimed at realization of sexual and reproductive rights in health policy. The work presents considerations about the route traveled by the investigative path adopted, the problematization of elements which constitute the profile of the interlocutors contacted by the survey, relating it to how they access the services offered by the studied policy. In addition, we also present some strategies organized by lesbians to deal with obstacles in access to such services, including in the field of reproductive technologies. Finally, we reflect on the dynamics of invisibility present in lesbian trajectories, including how it gives access to study policy, emphasizing the need to understand the various meanings attributed to them from different contexts of lesbian enunciation as a basis for building strategies to ensure access to rights by the social group studied.

Keywords: Lesbians. Health. Sexuality. Invisibility

1- INTRODUÇÃO

No presente trabalho buscamos problematizar as dinâmicas que acompanham as trajetórias lésbicas decorrentes do posicionamento que essas mulheres ocupam no dispositivo da sexualidade. Numa sociedade que conjectura a heterossexualidade como algo natural, o homoerotismo feminino é tido como algo abjeto, fora da norma, condição essa que repercute de forma perversa no acesso ao exercício de direitos fundamentais, dentre os quais o direito a saúde. Sendo assim, situaremos essas dinâmicas na perspectiva apresentada por Michel Foucault sobre as tecnologias e dispositivos de poder, para explicar o processo de normalização das condutas sexuais que legitimam a heterossexualidade como norma.

Propondo um novo jeito de problematizar a acomodação das dinâmicas de poder e dominação no ocidente como intimamente relacionadas à construção dos saberes, Foucault (1988, 2004) observa que toda relação de poder se estabelece numa conexão interdependente com a produção de saber e assim toda relação de poder é sempre uma relação de saber ou saber-poder, como o mesmo define. Dessa maneira identifica três períodos que marcariam a organização das relações de poder-saber no ocidente: o poder soberano, o poder disciplinar e o biopoder. O poder soberano, centralizado na figura do rei ou soberano, detentor do direito natural de decidir sobre a vida e a morte dos seus súditos. A vida se torna um direito expresso pelo desejo do soberano e a morte uma forma de perpetuar relações de dominação. Tem-se, dessa maneira, um poder baseado na demonstração da força, representado através de suplícios públicos. Essa forma de condenação vai desaparecendo aos poucos cedendo terreno para uma nova forma de punição, um novo modelo de poder, o poder disciplinar.

Analisando a ocorrência de uma transformação na forma de punição e condenação na Europa, onde a morte era usada como instrumento disciplinador, Foucault (1988) identifica entre os séculos XVII e XVIII a organização de dispositivos disciplinares por meios dos quais se exerce o poder sobre o corpo que opera individualizando as pessoas mediante o ordenamento social de seus corpos. A finalidade da disciplina é produzir indivíduos domesticados, mansos, domados, submissos a certos sistemas. Poder e disciplina no corpo, sobre o corpo, viabilizam o andamento de instituições e grupos sociais, passando assim o corpo a ser objeto de controle disciplinar.

O controle disciplinar do corpo e do modo de viver do indivíduo se mostra cada vez mais eficaz, uma forma de dominação sutil, em detrimento ao exercício do poder por meio da violência. Para Foucault (idem), o poder vem a se afirmar através da produção de saber e

realidade, se torna uma verdadeira rede produtiva de saber e realidade, o que diante das mudanças na organização política e social exigem outras novas formas de controle. No fim do século XVIII, surge uma nova forma de exercício do poder, uma nova tecnologia de controle que passa a agir sobre as populações, complementando e ampliando a já existente tecnologia disciplinar. O biopoder como vem a ser chamado, vem dotado de técnicas que gestão a vida da população. Foucault enfatiza o surgimento das ciências identificadas pelo prefixo *bio*, que determinaria o poder que se estabelece a partir do conhecimento sobre as propriedades genéticas do corpo. Observa que sua articulação se dá num contexto de intenso racismo acirrado pelo declínio do modelo exploração trabalho escravo africano e que o surgimento de uma “ciência” voltada a estudo da hereditariedade humana serviu para desresponsabilizar potências européias pelas dinâmicas associadas a colonização e exploração do trabalho escravo. Como também observa a historiadora feminista Nancy Stepan (1995), como ciência da hereditariedade humana, a eugenia pôs xeque a humanidade de negros e mulheres instituindo-os/as como biologicamente e “naturalmente” inferiores e, portanto, mais passíveis de serem violentados/as, eliminados/as ou descartados/as.

Foucault (1988) considera que surge a partir daí um novo tipo de racismo que denomina de científico, trazendo consigo o temor da degeneração e da contaminação com corpos tidos como geneticamente inferiores. É nesse contexto que se exacerba a preocupação com o controle da reprodução e o investimento em técnicas de controle associados a normatização de condutas sexuais e de gênero, surgindo daí o ajustamento na sexualidade como dispositivo histórico de controle. Tal constatação vai ser tomada como base para conferir materialidade às práticas institucionais do Estado, através da implementação das biopolíticas. Nesse processo, o afastamento do corpo impuro ou degenerado serve como parâmetro para se estabelecer a norma por meio da distinção entre o que é normal e anormal. Surge assim a patologização de certas condutas sexuais, dentre elas a homossexualidade, a masturbação infantil e a medicalização do corpo feminino, por meio dos discursos sobre a histeria feminina; além dos parâmetros para as políticas de controle de natalidade.

Segundo Miskolci (2003, p.110-111), “o biopoder se consolidou como instrumento de controle político e regulação econômica”, e todos/as que se desviassem desse “modelo economicamente produtivo e biologicamente reprodutivo da família burguesa passaram a ser classificados como aberrações”. A biopolítica lança-se sobre a vida por intermédio da norma, que tem o poder de excluir e incluir regulando os corpos individuais e coletivos aos parâmetros desejados, ela tanto se aplica a um corpo que se queira disciplinar quanto a uma população que se queira normalizar e moralizar, formando assim uma sociedade de

normalização. Pelo discurso da anormalidade se produz o efeito normativo, e a sexualidade passa a ser um ponto de intersecção, aquilo que confere identidade social as pessoas normais ou anormais, exercendo uma pedagogização sobre os corpos que se faz acompanhar pela necessária correspondência entre desejo, performance de gênero e prática sexual. É importante estar atento a tal consideração para percebermos que não há homogeneidade na percepção formulada acerca das pessoas que desenvolvem práticas sexuais com indivíduos do mesmo sexo. Os itinerários percorridos por travestis, transexuais e transgêneros ou simplesmente por homens femininos e mulheres masculinas indicam a existência de um rígido e cruel sistema de sanções sociais para quem ousa a dissidência dos códigos de gênero.

A socióloga portuguesa Ana Maria Brandão (2010) pede para que percebamos a construção da identidade lésbica por meio de um sistema de classificação que tem por objetivo pedagogizar o corpo das mulheres para o ideal de feminilidade necessário a efetivação do dispositivo da sexualidade. A autora problematiza a nomeação e categorização da lésbica, fazendo um histórico desde a época das ordenações Afonsinas, Manoelinas e Filipinas, como pelas Leis Extravagantes que serviram de base na legislação portuguesa sobre as condutas morais e sexuais¹. Destaca como têm se apresentado as representações dominantes da feminilidade, através da voracidade sexual e da lascívia da mulher “caída” e a da assexualidade da mulher “respeitável”, tendo sido a atividade sexual definida como domínio masculino e assumida como modelo universal. Segundo ela, as atitudes ante o homoerotismo feminino oscilavam entre a condenação de uma luxúria exclusivamente feminina e a descrença na autonomia sexual das mulheres. Destaca também que em Portugal estava em curso aquilo que Foucault tratou como a transformação do homossexual em espécie. Além do pressuposto do alastramento da luxúria e da “anormalidade” sexual.

Em um mundo em que sexo se resumia ao coito, muitos atos de prazer que não envolvessem “penetração vaginal” não eram proibidos, nem mesmo considerados sexuais. A partir do momento em que os sexólogos criaram a categoria da “invertida”, tornou-se evidente que qualquer que fosse a forma como fossem encaradas existia mulheres que prefeririam outras mulheres como parceiras e amantes, tornando-se difícil escapar à classificação social de que poderiam ser alvo, nem as suas consequências.

No início do século XX, foi possível encontrar inúmeros termos aplicáveis às práticas sexuais entre as mulheres, expressões como “homossexualidade”, “lésbismo”, “safismo” e

¹ Brandão (2010) mostra que “as práticas sexuais eram reguladas pelos regimentos da igreja, aplicados pela Inquisição”, com especial interesse em perseguir o “pecado nefando”, que se aplicam as diversas praticas sexuais não reprodutivas.

“tribadismo”²”, padrões herdeiros de diferentes tradições, com múltiplos significados. A essas nomeações foram se constituindo o lócus de ocupação dessas mulheres na sociedade, tratadas como degeneradas, “anormais”, sendo a sexualidade usada como forma de categorização social.

As problematizações lançadas por Brandão são valiosas porquanto ricas em chaves para entender o conjunto de dinâmicas que marcam as trajetórias lésbicas. No presente trabalho apresentamos³ um conjunto de reflexões (1988, 2004) sobre as reverberações do dispositivo da sexualidade nas trajetórias de lésbicas paraibanas usuárias das políticas públicas de saúde no campo dos direitos reprodutivos que resultam de experiência de pesquisa desenvolvida no **PIBIC/UEPB 2013-2015**, organizada em duas etapas. A primeira proposta se coloca como parte de um processo desencadeado a partir da pesquisa “Mulheres paraibanas: Saúde Sexual e Reprodutiva”, aprovada mediante seleção pública pelo edital **MCTI/CNPq/SPM-PR/MDA nº 32/2012**. Sob a coordenação da professora Dra. Idalina Maria de Lima Freitas Santiago, da UEPB, a pesquisa buscou analisar como as mulheres atendidas na Estratégia Saúde da Família, nos municípios de João Pessoa, Campina Grande, Patos e Cajazeiras, acessam aos serviços direcionados à saúde sexual e reprodutiva previstos na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

No âmbito da investigação foi desenvolvida a proposta “Sexualidade, Direitos e Saúde - Mulheres Lésbicas e Acesso a Direitos Sexuais e Reprodutivos no Contexto Paraibano”. Coordenada pela professora Dra. Jussara Carneiro Costa, buscou cartografar e problematizar a formatação do perfil socioeconômico das lésbicas e bissexuais usuárias da referida política e identificar a oferta de serviços que envolvem a atenção ginecológica e reprodutiva no âmbito da política estudada.

A ocasião pareceu oportuna, haja vista que as situações de discriminação e preconceito enfrentadas por mulheres que se identificam como lésbicas⁴, repercutem de forma perversa no acesso e exercício de direitos fundamentais, em especial pelo fato de acumularem uma dupla

² É uma forma de praticar o ato sexual lésbico. Termo de origem grega para designar frotação ou esfregação, tem como definição de suas praticantes o vocábulo tribade. É o ato de roçar ou esfregar sua genitália na genitália da parceira. No entanto, o tribadismo pode ser praticado em qualquer parte do corpo de sua parceira em que seu sexo consiga se posicionar num bom ângulo. <http://dicionariportugues.org/pt/tribadismo>. Por tribades, segundo Brandão(2011) ao citar Aguiar (1926,p.365)” são homossexuais por espírito, por congenitalidade.

³ Utilizamos a autoria do trabalho na primeira pessoa do plural por reconhecer que as reflexões que propõe foram tecidas no conjunto de diálogos entre orientanda e orientadora, ao longo dos processos que culminaram com sua elaboração.

⁴ Dentre as várias possibilidades de nomeação e identificação de mulheres que mantêm práticas sexuais com outras mulheres, utilizamos os termos “lésbica” e “bissexual” reconhecendo, no entanto, que sua utilização para localizar socialmente pessoas e sua apropriação política para reivindicar demandas e ações, necessita ser constantemente problematizada.

reprovação social demarcada pela condição de “serem”, simultaneamente, mulher e lésbica. O ativismo lésbico vem denunciando os processos de invisibilização social, inclusive nos circuitos feministas e do movimento LGBTTI (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Intersex), considerando que tal invisibilidade gera uma série de condicionantes específicos relacionados à saúde e ainda desencoraja as lésbicas a procurarem os serviços públicos. O relatório “*Lesbian Health Current Assessment and Directions for the Future*”⁵, publicado em 1999, aponta a persistência de vários mitos relacionados à saúde que ampliam os riscos para lésbicas, destacando problemas relacionados a câncer de mama, de colo de útero, DSTs, contágio e desenvolvimento dos efeitos do HIV que estão diretamente relacionados a localização lésbica no dispositivo da sexualidade, apontando que parte das complicações está diretamente associada a realização de exames ginecológicos considerados simples como por exemplo o papanicolau, principalmente entre aquelas que mantêm relação sexual apenas com mulheres.

Localizar a posição construída para lésbicas no dispositivo da sexualidade nos faz entender que é preciso compreender as dinâmicas de invisibilização lésbica fortemente atrelada a sua construção como exterior constitutivo da verdadeira feminilidade, como pudemos constatar durante a pesquisa. Na primeira fase investigativa foi possível constatar várias experiências marcadas por situações de discriminação e preconceito enfrentadas por mulheres que se autoidentificam como lésbicas no acesso à política de saúde pública. A principal delas refere-se ao fato de que as mulheres convivem com temor e o desconforto em revelar para profissionais de saúde que praticam sexo com outras mulheres, associados a experiências próprias ou de conhecidas e/ou amigas que enfrentaram algum constrangimento durante o atendimento nos serviços de saúde. Verifica-se também grande embaraço com práticas de sexo “seguro” entre mulheres, desde o desconhecimento ao desconforto em operá-las.

Para além disso, é possível perceber também que as narrativas apresentadas pelas lésbicas são ricas em experiências que mostram estratégias utilizadas para driblar as dificuldades encontradas como, por exemplo, a criação de redes de solidariedade com profissionais de saúde, indicadas/os por outras lésbicas que já viveram experiências semelhantes, inclusive diversas formas de experiência reprodutiva. Neste sentido justificou-se a relevância de conhecer como são desenvolvidas, por se tratar de importante recurso para

⁵ O relatório é resultado de uma sistematização dos estudos sobre a mulher encomendado pelo National Institutes of Health ao Instituto de Medicina dos EUA que identificou mais de 600 estudos produzidos nas décadas de 1980 e 1990, organizados em tópicos que cobrem temas relacionados a: HIV/AIDS; câncer; DST; violência; adolescência; saúde mental; suicídio e serviços de atenção à saúde.

enfrentar efeitos produzidos pelo biopoder sobre os corpos lésbicos, como aponta Brandão (2006). Surgiu daí a motivação para a elaboração da segunda proposta de investigação vinculada ao **PIBIC/UEPB 2014-2015**, através da pesquisa “Lésbicas, Sexualidade, Saúde, Subversão e Direitos”, que objetivou identificar estratégias utilizadas pelas lésbicas para acessar serviços de atenção a cuidados ginecológicos, os mecanismos de solidariedade e articulação criados entre elas e profissionais de saúde.

2- RECOMPONDO ITINERÁRIOS DA INVESTIGAÇÃO

A pesquisa “Mulheres paraibanas: Saúde Sexual e Reprodutiva” estabeleceu uma amostra de 600 usuárias das Estratégias de Saúde da Família distribuídas nos 4 municípios pesquisados, sendo 150 usuárias em cada um (Patos, Campina Grande, Cajazeiras e João Pessoa). Foram selecionadas mulheres a partir dos 18 anos de idade, por meio de amostragem aleatória nas Unidades de Saúde da Família previamente escolhidas, durante as situações de atendimento. Para tanto, foi elaborado um questionário que visava construir um perfil detalhado das mulheres considerando os aspectos de gênero, na forma como acessavam a política de saúde e as interações que essa tem em outros campos, tais como, acesso a bens e serviços e violência contra a mulher. Usamos também um formulário complementar, no qual abordamos as questões específicas vivenciadas pelas lésbicas, e o seu acesso à política de saúde sexual e reprodutiva. Dessa maneira, estabelecemos que aplicaríamos os dois instrumentos com nossas interlocutoras.

O percurso adotado para execução da pesquisa foi influenciado pelas dinâmicas da invisibilidade que marcam as trajetórias lésbicas, sendo necessário criar estratégias para compor a amostra previamente estabelecida. As primeiras incursões a campo logo demonstraram a dificuldade que enfrentaríamos para encontrar nossas interlocutoras. Nas mesorregiões de Cajazeiras e Patos, de um universo de 300 mulheres, apenas 02 declararam haver praticado sexo com parceira, lésbica ou bissexual, sendo que na cidade de Patos não encontramos nenhuma interlocutora. Para chegarmos as 22 interlocutoras contatadas, além das mulheres envolvidas na pesquisa “Mulheres paraibanas: Saúde Sexual e Reprodutiva” recorremos a coletivos e ONGs⁶ articuladas em torno do ativismo lésbico local.

⁶ Os Coletivos e ONGs articulados pela pesquisa foram os seguintes: O grupo de mulheres Lésbicas Maria Quitéria, criado com o objetivo de resgatar a cidadania e a saúde de mulheres lésbicas, se volta para o trabalho de equidade de gênero e cidadania das mulheres, especialmente das mulheres lésbicas, bissexuais e transexuais.

A investigação seria complementada pela observação direta nos eventos abordando a temática, promovidos pela Secretaria da Mulher e Diversidade Humana (SEMDH), em parceria com o movimento lésbico que ocorreram ao longo da investigação, a saber:

(a) Seminário “Atenção à saúde das mulheres: ampliando o olhar para lésbicas e bissexuais”, foi realizado em agosto de 2014, na cidade de João Pessoa, dando enfoque a saúde integral das mulheres lésbicas e bissexuais, através da abordagem de ocorrências como violência sexual, gestação homoafetiva e conduta na DST/AIDS, impactos da violência de gênero, da lesbofobia e do racismo na saúde mental e emocional, além dos efeitos da invisibilidade na saúde de mulheres lésbicas e bissexuais, como também das ações destas para garantir a saúde dessa população (GUTHYERS, 2014);

(b) Seminário “O Maior Preconceito é a Invisibilidade: pela Liberdade de Sermos o que Somos: Borboletas fora do casulo!” ocorrido em setembro de 2014, realizado pelo Grupo de Mulheres Lésbicas e Bissexuais Maria Quitéria, com parceria da SEMDH e da Coordenadoria da Cidadania LGBT e Igualdade Racial do município de João Pessoa;

(c) Semana de Enfrentamento à Homofobia, promovida também pela SEMDH, pela Secretaria de Estado da Mulher e Secretaria Executiva de Juventude, ocorrida em maio de 2015.

(d) Atividades alusivas ao Dia da Visibilidade Lésbica (29 de agosto) realizadas em agosto de 2015, e promovidas em parceria pela SEMDH e pelo Grupo de Mulheres Lésbicas e Bissexuais Maria Quitéria, dentre as quais destacamos as mesas-redondas “Atendimento às Mulheres Lésbicas e Bissexuais Vítimas de Violências” e “Atendimento Humanizado as Mulheres Lésbicas e Bissexuais na Atenção Básica”.

Levando em consideração os temas articuladores dos eventos a ideia inicial era acompanhá-los e registrá-los, com interesse especial nos processos envolvendo a construção dos significados para os mesmos, de captar elementos que nos permitissem reconstituir de maneira mais completa os contextos em que organizavam as demandas apresentadas. Consideramos que a estratégia foi acertada e ressaltou pontos de grande relevância para organização da análise proposta pela pesquisa, também por nos permitir a aproximação com os coletivos, tendo em vista a grande dificuldade das lésbicas se enunciarem em outros espaços, de modo especial no nosso primeiro *lócus* de pesquisa, as USFs.

De âmbito estadual, o grupo não discrimina raça, credo, classe social ou identidade sexual; O Movbi - Movimento de Bissexuais - que surgiu com a meta de combater a discriminação e promover a cidadania e os direitos de LGBT; A Rede Sapatá, que promove o fortalecimento político de mulheres negras lésbicas, bissexuais e transexuais, a partir da formação e fortalecimento destas para o controle social das políticas públicas de saúde, educação, cultura, direitos sexuais e reprodutivos e da luta contra o racismo, intolerância religiosa, machismo, sexismo, les-Bi e transfobia.

A princípio a ideia era registrar apenas os eventos, mas acabamos fazendo uma entrada sistemática de registro das situações envolvendo a aplicação dos instrumentos de pesquisa, levando em consideração que em algumas circunstâncias as interlocutoras se encontravam reunidas no mesmo espaço para aplicação do instrumento e geralmente as questões nestes apresentadas provocavam o diálogo entre elas. Nesse sentido, é mister salientar que apesar de reconhecermos que as próprias condições de que dispúnhamos inviabilizavam a investigação por meio de uma etnografia consideramos importante enfatizar que nos inspiramos no saber acumulado por esse campo da prática acadêmica, especialmente no que se refere a organização do processo de observação e registro em diário de campo.

Registre-se, portanto, a adoção de estudos etnográficos em áreas como a enfermagem, como apontam autores como Aridiane Ribeiro e Juliana S. M. Rodrigues (2010) por considerar a importância do arcabouço metodológico que comporta, possibilita apreender elementos da cultura de uma realidade e, como resultado, obter novas perspectivas de conhecimento destes fenômenos e novas possibilidades de intervenção, como também observa Maria Helena Lenardt (et al, 2011). A importância da etnografia para análise das práticas educacionais também tem sido enfatizada (ANDRÉ, 1997). No âmbito do Serviço Social, em 1993 Ana Maria Quiroga (1993) já destacava suas contribuições para a análise da prática profissional, considerando de maneira especial as peculiaridades dos grupos que demandam a atuação de profissionais da área como base para a elaboração de estratégias mais assertivas.

A articulação com o Programa de Extensão "Todxs Juntxs Somos Fortes: Somando conhecimentos e esforços para enfrentar o racismo, violência contra a mulher e populações LGBTTI no Território da Borborema, Paraíba⁷", possibilitou o mapeamento de várias formas de organização lésbica no município de Campina Grande e o acesso a importantes interlocutoras para a pesquisa, especialmente a partir do contato com grupos articulados em torno de tradições culturais afro-ameríndias (Terreiros de Umbanda, Candomblé e Jurema).

⁷ O Programa é também coordenado pela Prof. Dra. Jussara Carneiro Costa e conta com apoio Programa Nacional de Extensão Universitária desenvolvido pela Secretaria de Ensino Superior do Ministério da Educação e Cultura, tendo por objetivo de fomentar a interação entre a produção de conhecimento e intervenção política como estratégia de enfrentamento a violência contra mulher, LGBTTFobia e racismo no Território da Borborema, Paraíba. Possui como público-alvo professores/as integrantes e colaboradores/as do Programa; alunos/as de graduação integrantes das atividades de pesquisa e extensão relacionadas ao objeto do programa; coletivos políticos com atuação correlata e por isso adotou a estratégia metodológica baseada no investimento em um denso e permanente processo de formação, executado mediante a realização de encontros periódicos para orientação de leituras, discussões, investigações e análise de problemas, produção de textos e outros documentos mediante a articulação de recursos disponíveis como, por exemplo, investigações vinculadas a experiências de estágios supervisionados com públicos correlatos à ação; produção de trabalhos de conclusão de curso e construção de projetos de investigação para pós graduação; desenvolvimento de pesquisas no âmbito da graduação e pós-graduação; produção de textos para publicação em periódicos e eventos acadêmicos; além da organização de coletânea com resultados da experiência. Nos momentos que propicia, exercita o planejamento e execução de estratégias de intervenção com o público alvo, o desenvolvimento das ações do Programa.

Dessa forma é mister salientar que o critério de aleatoriedade previamente estabelecido teve que ser flexibilizada em função da nova estratégia delineada para chegar as nossas interlocutoras. Outra questão a ser observada é que, embora todas sejam usuárias da política estudada (PNAISM), 31,8% compuseram a amostra utilizada pela pesquisa “Mulheres paraibanas: Saúde Sexual e Reprodutiva⁸”. As demais foram contatadas em eventos realizados por coletivos lésbicos organizados no âmbito do movimento lésbico, LGBTTI e/ou governo do Estado e Prefeitura Municipal de João Pessoa (40,9%)⁹ e a partir das atividades do Programa de Extensão “Todxs Juntxs Somos Fortes¹⁰” (27,3%).

A coleta de dados se deu entre 10 de julho de 2014 até o mês de agosto de 2015. Na ocasião já tínhamos em mente o foco que seria adotado na pesquisa executada no âmbito do **PIBIC/UEPB 2014-2015** pudemos adotar um instrumento que deu conta das questões propostas pelas investigações que transcorreram no âmbito do **PIBIC/UEPB 2013-2014**. Os registros foram categorizados por meio da aplicação dos questionários submetidos à categorização estatística mediante a utilização de planilha para análise de dados quantitativos (EXCEL), utilizados especialmente para traçar o perfil socioeconômico das nossas interlocutoras, além de formulários específicos e complementado pela sistematização da observação em momentos de interação e registro sistemático em diário de campo.

Como informado, desde o início da coleta de dados esbarramos na dificuldade de encontrar mulheres autoidentificadas como lésbicas no universo previsto pela pesquisa. Mesmo no âmbito do grupo autoidentificado como lésbica e/ou bissexual encontramos resistência devido ao temor de que sua identidade fosse revelada, questão só equacionada mediante a apresentação detalhada dos critérios de controle ético da pesquisa, explicitado no termo de consentimento livre e esclarecido. Já na abordagem junto aos coletivos, após aproximação com os mesmos apresentamos, de forma coletiva e dialogada, os objetivos e as contribuições da pesquisa, o que nos assegurou sua adesão. Mesmo nesses espaços, sempre quando da aplicação dos questionários tínhamos que tecer considerações acerca do controle ético e o termo de consentimento. Em alguns casos tivemos que agendar os diálogos em

⁸ À equipe da pesquisa “Mulheres paraibanas: Saúde Sexual e Reprodutiva”, registro aqui a imensa gratidão pela contribuição na realização desse trabalho, em especial a Prof. Dra. Idalina Santiago, aos/as pesquisadores/as Ednaldo Costa, Josilene Oliveira, Josilene Nascimento e Janaira Ferreira.

⁹ As interlocutoras contatadas nesses momentos provêm de diversos municípios do estado, como Patos, Araçagi, Guarabira, Catolé do Rocha, dentre outros, sempre respeitando o fato dessas interlocutoras serem usuárias das Estratégias de Saúde da Família.

¹⁰ Aqui registro meu agradecimento a aquelas que fazem a turma do projeto de extensão “Todxs Juntxs Somos Fortes”, nas pessoas de Rafaella Pórfirio, Maria Luiza Pereira, Nataly Barros, pela colaboração com a aplicação do instrumento, uma vez que também tinha participado da pesquisa Mulheres paraibanas: Saúde Sexual e Reprodutiva.

lugares considerados neutros, como *shopping center*, restaurantes e bares fora do bairro onde residem.

Nesse sentido, destaca-se a participação das pesquisadoras envolvidas na execução da pesquisa em circuitos feministas locais como algo que possibilitou acesso às interlocutoras. A separação entre as esferas acadêmicas e do movimento é tomada como um dado representativo do feminismo brasileiro, processo que é associado ao ataque do sujeito do/no feminismo promovido pelas perspectivas feministas pós-estruturalistas e pós-modernas, como observa Adriana Piscitelli (2001). No entanto, essa não constitui uma realidade homogênea e deve ser analisada considerando os diferentes contextos de enunciação feminista, porque tem a ver também com a maneira como o feminismo se materializa como prática política e cultural e como os estudos de gênero adentraram nas universidades nos diferentes territórios brasileiros. Em localidades marcadas pela dispersão de grupos articulados por agendas constituídas em torno de marcadores de gênero, sexualidade e raça persiste uma firme aliança entre grupos feministas acadêmicos com o movimento feminista, formando coalizões para salvaguardar e fortalecer agendas construídas localmente. Cadastrados como diretórios de pesquisa junto ao CNPq, tais grupos costumam negociar com coletivos feministas e de mulheres que atuam no local com temas articuladores de atividades de ensino, pesquisa e extensão.

Constitui prática comum suas representantes integrarem, via grupo, ou como feministas autônomas, redes feministas que se articulam regional ou nacionalmente¹¹, o que constitui o caso das iniciativas desenvolvidas no âmbito da UEPB articuladas pelo Grupo Flor e Flor: estudos de gênero e Núcleo de Tecnologias Sociais. Por essa razão, o contato com grupos e interlocutoras articuladas foi mediado pela inserção das pesquisadoras em redes feministas locais, o que possibilitou acompanhar a agenda dos eventos envolvendo a discussão dos temas e de várias interações entre elas.

3- SOBRE AS NOSSAS INTERLOCUTORAS E SEUS ITINERÁRIOS PELAS POLÍTICAS DE SAÚDE.

¹¹ São exemplos desses grupos o Flor e Flor, da Universidade Estadual da Paraíba e o NIPAM da Universidade Federal da Paraíba. Ambos possuem membros associados – o primeiro como coletivo e o segundo através de feministas “autônomas” – à Rede de Mulheres em Articulação na Paraíba e, por conseguinte, a Articulação de Mulheres Brasileiras e a Rede Feminista em Saúde e Direitos Reprodutivos. No âmbito da AMB há feministas atuam a partir da academia, como autônomas pelo menos em mais dois estados – RN e AM – além da Paraíba.

Uma das constatações possibilitadas pela pesquisa é a de que nossas interlocutoras se pronunciam a partir de contextos enunciativos bastante diversificados. Através da ação desenvolvida no âmbito do Programa Todxs Juntxs Somxs Fortes está sendo possível identificar formas distintas de socialização lésbica que não se vinculam ao ativismo reconhecido no âmbito do movimento LGBTQTTI e nem toma como parâmetro sua forma de organização, construção e negociação de agendas. Dentre essas formas destaca-se a utilização de espaços como universidades, bares, terreiros de candomblé, umbanda e jurema e até mesmo a ocupação de parques públicos das cidades, como ocorre em Campina Grande. Através da articulação das ações de pesquisa e intervenção promovidas por meio da extensão universitária, é possível perceber como tais contextos influenciam as posições enunciadas pelas nossas interlocutoras, ainda que seja necessário ressaltar que a relação entre seu posicionamento no âmbito destes grupos e as questões aqui enunciadas necessita ser melhor explorada em trabalhos posteriores.

Das lésbicas com quem mantivemos interlocução durante a pesquisa, 80% tem entre 18 e 29 anos e 20% entre 30 e 40 anos. Dentre estas, 80% se considera lésbica, 10% bissexual e 10% se identifica como mulher que faz sexo com outra mulher. Dentre as que se identificaram como lésbicas, 10% declarou também manter relações sexuais com homens e indagadas senão se enquadraria na condição de bissexual reivindicaram a auto-nomeação como lésbica mesmo mantendo relações sexuais com homens. 60% declararam-se solteiras, 30% casadas e morando com companheira. As demais (bissexuais e outras) se identificaram como separadas ou divorciadas.

Quanto ao pertencimento racial, 60% se define como branca, 20% como parda, 10% como negra/preta e 10% afirmou não saber se definir quanto a raça, por não se sentir contemplada com a categorização do IBGE. Quanto a vivências religiosas, 40% declarou-se católica, 20% afirmou ter vínculo com religiões de tradições afro-ameríndias (Candomblé, Umbanda e Jurema), 10% espírita¹², 20% sem religião, porém “acredita na existência de um Deus” e 10% como sendo Testemunha de Jeová.

No que concerne ao grau de instrução, 10% possuem apenas o ensino fundamental I incompleto, 30% o ensino médio completo, 30% o ensino médio incompleto, 10% o curso superior incompleto, 10% Pós-graduação completo, além de mais 10% Pós-graduação incompleto, conforme ilustra o gráfico 1:

¹² É importante salientar que em algumas ocasiões as interlocutoras contatadas através dos terreiros também afirmaram ser espírita.

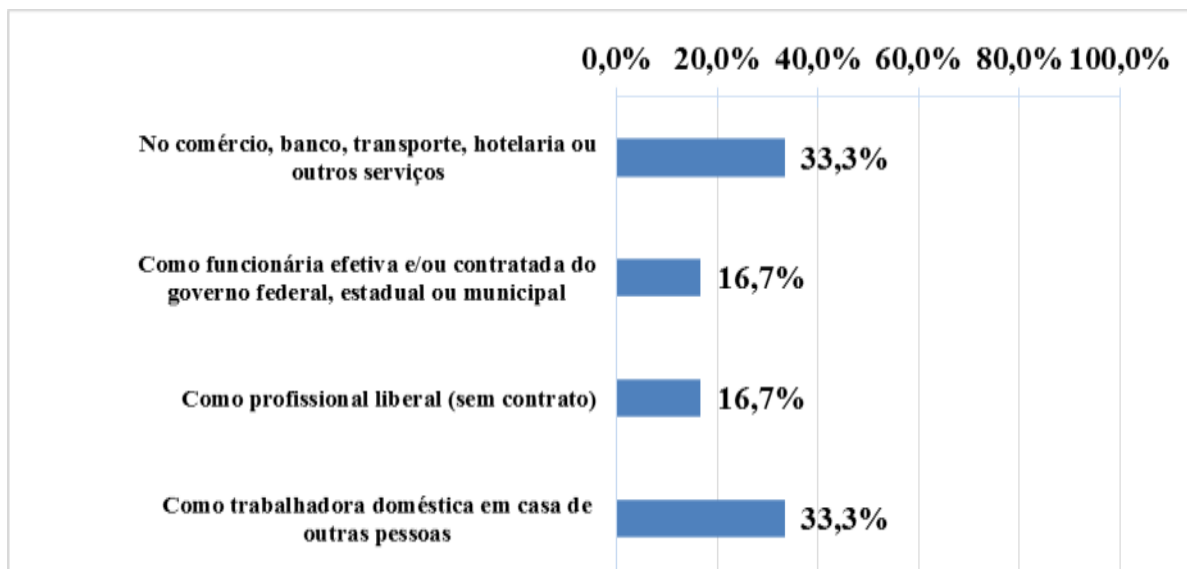
Gráfico 1 - do grau de instrução



Na construção do perfil relacionado à situação familiar, foi possível verificar que a maternidade se constituiu num exercício vivenciado bastante cedo. Considerando que 80% das usuárias possuem entre 18 e 29 anos e que 40% delas revelaram conviver com filhos/as. Nos outros casos, convive-se com companheira(o), mãe/madrasta e/ou pai/padrasto (30%); com irmãos(as) (10%) ou residem com parentes de outros níveis e/ou amigos(as) (20%).

No que concerne a situação de trabalho e renda, a maioria trabalha, por meio do qual mantém o próprio sustento e/ou de membros da família. As principais ocupações são desenvolvidas, sobretudo em solo urbano, entre o trabalho no comércio, bancos, serviços de transporte, hotelarias ou outros serviços (33,3%), como trabalhadoras domésticas em casas de outras pessoas (33,3%) ou ainda como funcionárias efetivas e/ou contratadas do governo federal, estadual e municipal com (16,7%). As demais exercem atividades como profissional liberal em outras funções (16,7%).

Gráfico 2: Das principais ocupações



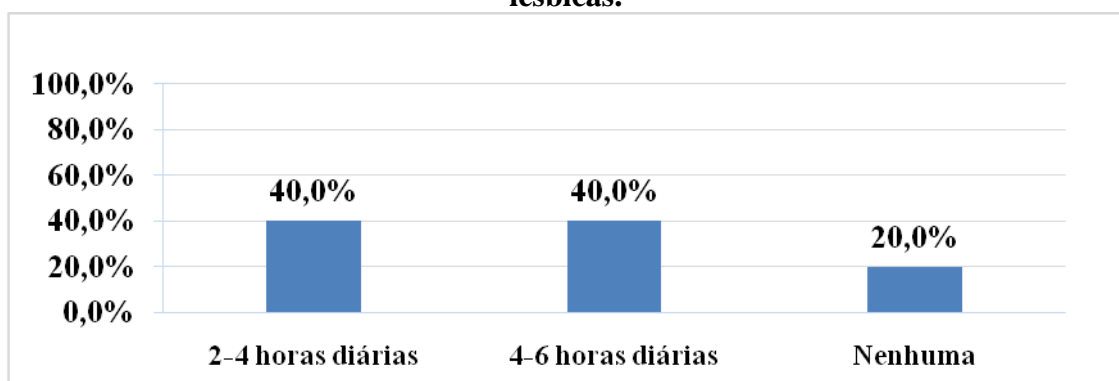
O não acesso a cobertura de direitos trabalhistas é um fato para a maioria. Como aponta o gráfico 3, das 60 % que se encontra trabalhando 33,3% estão com carteira assinada, 50% não possui carteira assinada e nem contribuem para a previdência, 16,7% não tem carteira assinada porém contribuem para a previdência.

Gráfico 3 – Da situação trabalhista



Com relação a renda individual, 20% não tem remuneração, 50% recebem até 1 salário mínimo, 20% mais de 1 a 2 salários mínimos e apenas 10% mais de 2 salários mínimos. O exercício de atividades não remuneradas aparece associado à divisão sexual do trabalho, uma vez que são desenvolvidas no âmbito do trabalho doméstico como ilustra o gráfico 4.

Gráfico 4: do trabalho doméstico nas trajetórias lésbicas.



A situação em relação a moradia é outro aspecto para se considerar no perfil das nossas interlocutoras. Cerca de 50% tem domicílio próprio, para 10% o domicílio é próprio, porém com financiamento ainda aberto, para 10% o domicílio é da companheira e 30% mora em imóvel alugado.

Foi possível apurar ainda que 50% das nossas interlocutoras participam de alguma forma de organização coletiva ou ativismo político, notadamente no movimento feminista, lésbico e ou LGBTTI. As razões apresentadas para o engajamento estão relacionadas à formação de estratégias utilizadas para o fortalecimento individual e coletivo, por acreditarem ser esse um caminho para enfrentar à lesbofobia e de se lutar por políticas públicas que protejam e proporcionem melhorias nas condições de vida.

A importância atribuída à organização política pode ser mais bem entendida se considerarmos que o enfrentamento de situações de violência doméstica constitui característica comum na história da maioria delas, em alguns casos envolvendo situações de abuso sexual. 40% afirmaram ter sofrido violência doméstica, na grande maioria praticada por ex-parceiros(as) e/ou parceiros(as).

Outro fator que também merece destaque para guiar o entendimento de como se dá o acesso das lésbicas aos serviços de saúde reside no fato de que a procura e atendimento se deu sem que fosse “revelado” a(o) profissional de saúde que tem/teve relações sexuais com mulheres, pois 75% delas revelou não informar a(o) profissional praticar ou ter praticado sexo com outra mulher e todas afirmaram que a maior parte das lésbicas de seu circuito procuram pouco os serviços de saúde e quando o fazem não costumam revelar para o/a profissional. Além disso, 90% revelaram utilizar serviços de saúde de redes privadas, especialmente através de policlínicas e laboratórios. Nestes casos a procura geralmente é direcionada para profissionais e/ou clínicas indicadas por amigas e conhecidas, com quem mantêm uma relação de confiança, revelando que a busca por um atendimento menos preconceituoso apresenta um impacto econômico diferenciado para essas mulheres em função de serem lésbicas ou bissexuais.

Aquelas que representam os 25% que afirmaram revelar para o/a profissional de saúde a prática de sexo lésbico ou bissexual são jovens entre 18 e 29 anos, integram coletivos organizados e atribuem um significado político ao gesto de assumir a prática do sexo com parceira. Entretanto, são unânimes em revelar desconforto para encarar o/a profissional do serviço público de saúde, pois todas conhecem alguém que sofreu represália ou mau trato no atendimento. Foi uma situação bastante comum durante a aplicação dos instrumentos a descrição do tipo de constrangimento vivenciado tão logo perguntávamos se havia passado por essa experiência. Na maioria das vezes respondiam “sim” e começavam a descrevê-lo sem que houvesse tempo para perguntar mais sobre o tipo de constrangimento enfrentado. Nas narrativas que registramos encontramos menção ao fato do atendimento ginecológico se

tornar frio e piora muito quando a/o profissional é uma médica, pois, segundo acreditam, elas pensam que serão assediadas.

Ao serem indagadas sobre a prática de sexo seguro entre mulheres, 75% das interlocutoras nos informou que pratica sexo seguro, apontando que tomaram conhecimento dos mesmos nos momentos de formação oferecidos por coletivos lésbicos ou órgãos públicos estaduais e municipais ligados a secretarias de saúde ou de órgãos executores de políticas para LGBTTIs. Dentre estas apenas 25% declarou conhecer métodos apresentados como tecnicamente seguros apresentados pelo movimento e 10% declarou utilizá-los. Quando pedimos para detalhar como essa prática era desenvolvida os sentidos atribuídos ao sexo seguro variaram entre manter uma parceira fixa, cuidar da higiene pessoal, conversar para conhecer o perfil, não fazer sexo oral sem conhecer a pessoa analisar o órgão sexual da parceira a olho nu para saber se está tudo bem, ou seja evidenciando um significado completamente distinto ao que se coloca como tecnicamente seguro para o sexo entre mulheres. Indagadas sobre a forma como tomaram conhecimento de tais práticas afirmaram ficar sabendo através de amigas, pelo próprio esforço em se informar ou se instruir, através de pessoas conhecidas que entendem do assunto, em conversa com a parceira.

As interlocutoras que se declararam bissexuais foram unânimes na informação acerca do desconhecimento de métodos de sexo seguro entre mulheres, mencionando o fato de usar preservativo apenas quando mantem relação sexual com homens, de que desconhece a existência de camisinha feminina.

Além dos encontros de organizações lésbicas, outro espaço mencionado pelas interlocutoras como fonte para obtenção de informações e debate sobre políticas de saúde para lésbicas, bissexuais e mulheres que fazem sexo com mulheres são os eventos realizados pelo governo do estado, ainda que se aponte a existência de poucos profissionais da rede de saúde com quem se pode dialogar sobre a questão, daí a importância atribuída a atuação institucional do estado para garantir a existência desses espaços, onde são abordados temas discutidos no movimento e outros tantos como a saúde integral da mulher lésbica, o que abrange a saúde sexual e mental, o alcoolismo, o tabagismo, a depressão, a obesidade, que muitas vezes são consequências da opressão que vivem e por isso são importantes, por possibilitarem empoderamento para desenvolver formas de enfrentamento as situações de discriminação e preconceitos que enfrentam cotidianamente.

Quanto a experiências reprodutivas, 40% revelou ter filhos e, segundo as mesmas, de forma “natural”, referindo-se ao método de engravidamento, quando ainda mantinha relações heterossexuais. Para o conjunto das nossas interlocutoras, as estratégias de “engravidamento

lésbico são identificadas a partir da vivência de conhecidas e amigas. As técnicas apontadas como mais conhecidas foram a relação sexual com amigos, revelando-se a preferência por homossexuais. Em outros casos revelaram ser mais prático pedir ao amigo para ejacular na camisinha ou em recipiente como um copo, retirar o sêmen com a seringa e introduzir na vagina. Processos de inseminação artificial são mencionados como recurso utilizado quando métodos alternativos não funcionam e são conhecidos nos circuitos mais distantes, por se tratar de um procedimento muito caro e, portanto, inacessível para muitas.

Na descrição dos processos reprodutivos enfatiza-se a participação de um circuito de amigos/as e da companheira, que além de apoiar a decisão também ajuda a escolher o parceiro para a experiência reprodutiva e nalguns casos participa diretamente do momento da fecundação, assumindo a tarefa de estimular sexualmente para encorajar a parceira e aumentar as chances de sucesso da fecundação.

Da parte do movimento organizado é evidenciada a necessidade de criação de uma política de reprodução assistida para as lésbicas que pretendem ter filhos. A preocupação parece pertinente se consideramos o percentual de interlocutoras com quem dialogamos que declarou que planeja viver a experiência da maternidade e relacioná-la à forma como pretende fazê-lo.

Ao longo das atividades de investigação foi recorrente menção à invisibilidade como traço constitutivo das trajetórias lésbicas, sendo bastante explicitada quando de se trata de analisar o acesso às políticas de atenção à saúde. As interlocutoras que falam a partir de coletivos políticos organizados nos colocam como dado de sua experiência a constatação de que as lésbicas junto às quais atuam não se sentem a vontade para participar de atividades diretamente dirigidas ao público com medo de sofrer retaliações pelo fato da sociedade não estar preparada para ouvir o ‘rotulo’ (fazendo gesto de aspas com as mãos) lésbica e bissexual.

As estratégias organizadas pelas interlocutoras para driblar o preconceito passa pela criação de redes de solidariedade e confiança com amigas/os e profissionais. Entre aquelas que acessam os serviços de atenção ginecológica 60% buscam por profissionais recomendados por amigas/os ou conhecidas/os. Também ouvimos de 20% relatos de cuidados complementares como a busca de conselhos em espaços alternativos ao serviço público de saúde, sendo bastante mencionado o uso de remédios caseiros como banhos de assento e lavagens. As receitas são repassadas por amigas durante encontros casuais, eventos organizados, sendo bem presentes nos espaços dos terreiros.

As implicações do processo no âmbito da saúde são bastante evidenciadas, pois segundo nossas interlocutoras, muitas das demandas que chegam para os coletivos organizados são para receber um encaminhamento tranquilo a consultas e exames ginecológicos onde possam se expor, pois nem sempre é seguro fazê-lo em espaços públicos, inclusive nas Unidades de Saúde da Família/USFs. Outro dado enfatizado nesse sentido foi a dificuldade de acessar os serviços próximos aos locais de residência com medo de sofrer retaliações no bairro. As integrantes dos coletivos afirmam também que, em razão disso, a maioria daquelas que as procuram realizaram no máximo dois exames citológicos por acreditam que não tendo práticas sexuais com homens não necessitam e não procuram a USF para algum cuidado. Dessa maneira, os achados da pesquisa corroboram os questionamentos levantados pelas autoras Regina Barbosa e Regina Fachini (2006), que associam à menor procura de serviços de saúde na rede pública a experiência com situações de discriminação e preconceito vivenciadas por elas mesmas e/ou conhecidas.

4- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo de sua execução, a investigação reuniu e articulou uma série de questionamentos e problematizações relativas ao acesso de lésbicas a serviços públicos de atenção ginecológica e reprodutiva no âmbito da política de saúde. Em todos os momentos, a referência à invisibilidade se constituiu como questão enfatizada como nó ou espaço de intersecção para os diversos aspectos levantados nesse exercício.

É preciso considerar, no entanto, que apesar de se constituir como traço comum nas diversas trajetórias das lésbicas com quem mantivemos interlocução, o sentido compartilhado por aquelas que aí se situam não possui qualquer univocidade, do contrário, chega a ser conflitante. Da parte do movimento organizado espera-se o gesto “corajoso” de dizer-se, assumir-se, identificar-se como lésbica, como condição para construir novos indicadores que embasem a formulação de políticas públicas. Entretanto, o receio enunciado quanto a exposição desde o ato de realizar procedimentos como consultas e exames ou mesmo em participar de uma reunião coletiva anunciadamente destinada a lésbicas, indica que a discussão necessita de melhor tratamento, visto que, há uma diferença no que o movimento coloca como invisibilidade e no que as próprias lésbicas pontuam. Muitas das pautas do movimento trazem propostas para discutir temas vinculados a políticas públicas, já as lésbicas que ainda não estão organizadas expressam o desejo de um espaço onde pudessem discutir

relações do cotidiano, na dinâmica do desejo entre elas, do afeto, buscando-os muito mais como espaços de socialização. Segundo Martinho (2006), citado por Soares e Costa (2012 p.13), as discrepâncias entre as expectativas das lésbicas em relação às primeiras organizações coletivas constituiu uma característica presente desde o início, e “quase sempre havia choque entre o que o movimento propunha e a expectativa que as lésbicas tinham ao procura-lo, visto muito mais como espaço de socialização e relaxamento do que para a formação política”.

A discordância quanto ao sentido atribuído à visibilidade por parte do movimento lésbico organizado também é expressa por quem não participa e tem interesse em participar desses espaços. Dentre aquelas que não participam de ativismo lésbico 20% revelou ter interesse em participar, mas não o faria por temer a exposição; 20% revelou que tem interesse, mas indisponibilidade de tempo, apontando para as nuances da divisão sexual do trabalho nas experiências lésbicas e 10% apresentou motivação para participar de iniciativas coletivas relacionadas à necessidade de discutir a dinâmica de desejo e sexualidade nos relacionamentos lésbicos.

Além disso, reiteradamente dinâmicas de invisibilidade são relacionadas a estratégias de autopreservação e segurança, daí o desconforto em relação à ideia da visibilidade como um ato de coragem individual, desconsiderando todas as condições que essas mulheres têm para se posicionarem ou não como lésbicas. O medo quanto à exposição pode ser compreendido a partir de experiências de abjeção associadas à enunciação de si como lésbica não somente no momento em que buscam o acesso aos serviços de saúde.

É possível afirmar que a dinâmica da invisibilidade predomina no universo lésbico, mas não simplesmente como a mera ocultação. Para Aguiar (1926, p. 359 apud BRANDÃO, 2010, p.311) “a homossexualidade feminina não é rara, mas é menos pública e menos aparente do que a masculina”, o que torna a sua existência percebida de forma marginal, reforçada por relações de poder que historicamente vem subordinando e disciplinando as mulheres, mulheres lésbicas, bissexuais e pansexuais em especial, classificando-as como identidades desviantes, anormais e abjetas, que destoam a “ordem social”, a “moral” e os “bons costumes”, ditados por um processo que tende a regular e corrigir para que atenda hegemonicamente a norma vigente.

Como apontam nossas interlocutoras, os mecanismos encontrados para enfrentar discriminações cotidianas passam prioritariamente pela organização coletiva em redes de solidariedade com amigos/as e conhecidos/as, mantendo uma interface com os movimentos feminista e LGBT local. A aposta nas políticas públicas parece se constituir na força aglutinadora para o grupo, embora quando mencionam o acesso a política de saúde estas

demonstrem não cumprir tal expectativa, que fica explícito no dado de que 90% das interlocutoras complementem o atendimento público com o recuso à rede privada.

As linhas investigativas das análises sobre acesso de lésbicas a política de saúde apontam o fato de que a inclusão tardia da lésbica no horizonte político do movimento homossexual e feminista incidiu na inclusão também tardia no horizonte das políticas públicas e, portanto, na política de saúde. Como observa Stella Aquino (et al, 2003), embora o tema da sexualidade de alguma forma estivesse presente no campo da saúde coletiva e dos estudos de população há, pelo menos, duas ou três décadas – nos debates em torno das políticas e dos programas de controle da fecundidade – é na década de 1980 que se criam as condições históricas, políticas e culturais para sua constituição enquanto campo temático ligado às questões de Saúde Reprodutiva. Até então, sua presença podia ser percebida apenas de forma marginal, dado que o debate no campo da saúde se concentrava em torno dos fatores que poderiam promover a aceitação e a efetividade dos métodos contraceptivos. A relação entre gravidez indesejada, prática contraceptiva e sexualidade, embora admitida, era tratada do ponto de vista de sua invisibilidade, como aponta Barbosa (2005). A ênfase na igualdade dos direitos de mulheres e homens, defendida pelo movimento, se desdobra nos estudos voltados para a família e a saúde da mulher, campo que mais tarde passará a ser conhecido como o da saúde sexual e reprodutiva.

As questões aportadas pela investigação apontam a necessidade de ampliar o horizonte e escopo da análise não limitando-a à pergunta se são ou não cumpridas naquilo que preconizam. Os indicadores que trazemos relativos ao atendimento facilmente denotam a não existência de uma posição para as lésbicas na produção discursiva em que se encontram enredadas tais iniciativas. As estratégias inventadas pelas lésbicas para driblar os efeitos desse esvaziamento discursivo são também questionadoras da validade e *modus operandu* pela qual se efetivam e da maneira pela qual são posicionadas no vocabulário construído para expressá-las, incluindo sua incorporação pelo ativismo lésbico. Ficamos com a sugestão de que o exercício de resistir, inclusive no âmbito do acesso a tal política passa pela maneira como se constrói e administra a estratégia para lidar com a (in)visibilidade e sobre essa questão pretendemos dedicar futuros esforços investigativos.

5- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, G. E. S. **Da invisibilidade à vulnerabilidade: percursos do ‘corpo lésbico’ na cena pública face à possibilidade de infecção por DST e Aids. 2005.** Tese doutorado em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, UERJ.

ANDRÉ, Marli Eliza Dalmazo Afonso de. Tendências atuais da pesquisa na escola, Cad. CEDES vol. 18 n. 43 Campinas Dec. 1997.

AQUINO, Estela M L. et al. **Qualidade da atenção ao aborto no Sistema Único de Saúde do Nordeste brasileiro: o que dizem as mulheres?** In. SOS CORPO. Cadernos de Crítica Feminista. Ano VI, nº 5. Recife, SOS CORPO, dez. 2012, p.72-93.

BARBOSA, R. M., FACCHINI, R. **Dossiê Saúde das Mulheres Lésbicas.** Promoção da equidade e da integralidade. Rede Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Reprodutivos. Belo Horizonte, março de 2006.

BRANDÃO, Ana Maria. **Da sodomita à lésbica: o gênero nas representações do homoerotismo feminino.** Análise Social. v. XLV.2010, p.307-327.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.** Brasília, 2010.

BRASIL. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. **Anais da Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais – GLBT.** Brasília, 2008.

BRASIL. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. **Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gay, Bissexuais, Travestis e Transexuais.** Brasília, 2009.

BRASIL. Diário Oficial da União. **Lei nº 8080/90.** Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e da outras providências. Brasília DF, 19 de setembro de 1990.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I: A vontade de saber.** Rio de Janeiro: Graal, 1988.

FOUCAULT, Michel. **Sobre a história da Sexualidade.** In Microfísica do Poder. São Paulo, GRAAL, 2007

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir.** Petrópolis, Vozes, 2004.

GUTHYERS, Willamys, **Seminário sobre saúde para mulheres lésbicas e bissexuais acontece essa semana em João Pessoa.**<http://www.aligagay.com/2014/08/seminario-lesbi.html>. Acesso em: 29 de out. de 2015.

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

ILGA. **Saúde das mulheres lésbicas: mitos e realidades**. 2013. Disponível em <http://ilga.org/ilga/pt/article/n9UyHaN1iu>. Acesso em: 28 de mar. de 2015.

IÑIGUEZ, Lupicínio. **Manual de análise do discurso em Ciências Sociais**. Tradução de Vera Lúcia Joscelyne. Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2005. 114p.

LENARDT, Maria Helena, et all. Revista Colombia Médica Vol. 42 N° 2 (Supl 1), 2011 (Abril-Junio). Disponível em <http://www.bioline.org.br/pdf?rc11042>. Acesso em: 16 de dez. de 2015.

MISKOLCI, Richard. **Reflexões sobre normalidade e desvio social**. Estudos de Sociologia. Araraquara.13/14,p.109-126. 2002/2003

MUNIZ, J. O. **Mulher com Mulher dá Jacaré: uma abordagem antropológica da homossexualidade feminina**. 1992. Dissertação (Mestrado em Antropologia). Rio de Janeiro: Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

PISCITELLI, Adriana. **Re-criando a (categoria) mulher**. Textos Didáticos 48: a prática feminista e o conceito de gênero [Leila M Algranti, org.], Campinas, IFCH-Unicamp, 2001.

RIBEIRO, Aridiane e RODRIGUES Juliana S. M. UFSCar. **O rigor metodológico da etnografia em pesquisas de enfermagem: um enfoque na etnoenfermagem**. UFSCar, 2010. Anais IV Seminário Internacional de Pesquisa e Estudos Qualitativos.

SOIHET, Raquel. **Feminismo ou feminismos? Uma questão no rio de janeiro nos anos 1970/1980**. In: Anais do ST40 - Os feminismos latino-americanos e suas múltiplas temporalidades no século XX – Seminário Internacional Fazendo Gênero 7, Florianópolis: UFSC, 2006, 10p.

SOUTO, K. M. B. **A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher: uma análise de integralidade e gênero**. SER Social, Brasília, v. 10, n. 22, p. 161-182, jan/jun 2008.

ZUCCO, Maise Caroline. **Mulheres e feminismo em Florianópolis (1975-1988)** In: Anais do ST40 - Os feminismos latino-americanos e suas múltiplas temporalidades no século XX – Seminário Internacional Fazendo Gênero 7, Florianópolis: UFSC, 2006, 10p