

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Isabela Guimarães Alves

“Quem quer saber das lésbicas?”: experiências e práticas em saúde de mulheres lésbicas e
bissexuais.

Belo Horizonte

2020

Isabela Guimarães Alves

“Quem quer saber das lésbicas?”: experiências e práticas em saúde de mulheres lésbicas e bissexuais.

Versão Final

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Lisandra Espíndula
Moreira

Coorientador: Prof. Dr. Marco Aurélio Máximo
Prado

Área de concentração: Psicologia Social
Linha de pesquisa: Política, Participação Social
e Processos de Identificação.

Belo Horizonte

2020

150 Alves, Isabela Guimarães.
A474q "Quem quer saber das lésbicas?" [recurso eletrônico] :
2020 experiências e práticas em saúde de mulheres lésbicas e bissexuais /
Isabela Guimarães Alves. - 2020.
1 recurso online (129 f.): pdf.
Orientadora: Lisandra Espíndula Moreira.
Coorientador: Marco Aurélio Máximo Prado.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais,
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.
Inclui bibliografia.

1. Psicologia – Tese. 2. Lesbianidade – Teses. 3. Bissexualidade
– Teses. 4. Movimentos sociais. – Teses. 5. Saúde – Teses.
I. Moreira, Lisandra Espíndula. II. Prado, Marco Aurélio Máximo.
III. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e
Ciências Humanas. IV. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA




FOLHA DE APROVAÇÃO


"Quem quer saber das lésbicas?": experiências e práticas em saúde de mulheres lésbicas e bissexuais

ISABELA GUIMARÃES ALVES


Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PSICOLOGIA, como requisito para obtenção do grau de Mestre em PSICOLOGIA, área de concentração PSICOLOGIA SOCIAL, linha de pesquisa Política, Participação Social e Processos de Identificação.

Aprovada em 30 de março de 2020, pela banca constituída pelos membros:


Prof(a). Lisandra Espindula Moreira - Orientador
UFMG


Prof(a). Marco Aurelio Maximo Prado
UFMG


Prof(a). Juliana Perucchi
Universidade Federal de Juiz de Fora


Prof(a). Joana Ziller de Araujo Josephson
UFMG

Belo Horizonte, 30 de março de 2020.

Agradecimentos

Não haveria como finalizar este texto e esta pesquisa sem agradecer às pessoas que me ajudaram a chegar até aqui e que foram fundamentais para que a caminhada fosse mais leve e instigante. Sem dúvida, precisamos uns dos outros para não adoecer e como sou grata por tantos encontros maravilhosos que o mestrado me proporcionou.

Agradeço aos meus pais, Neide e Marcos, por tanto cuidado, amor e carinho, desde sempre. Nossas conversas, ainda que de longe, foram fundamentais para que eu me mantivesse forte nos momentos difíceis e deixaram as alegrias mais gostosas, por poder partilhá-las com vocês.

Agradeço à minha avó, Helita, por ser inspiração de mulher, de força e leveza, desde sempre.

Agradeço à minha orientadora, Lisandra, e ao meu coorientador, Marco. Obrigada por terem topado a orientação e por terem sido tão presentes ao longo de todo o processo, me instigando a crescer e repensar os fazeres desta pesquisa. Em tempos difíceis, acompanhar a prática profissional de vocês de perto me trouxe esperança de que é possível resistir. Muito orgulho em tê-los como parte formadora da minha trajetória.

Agradeço às sete mulheres que participaram desta pesquisa: Soraya, Neusinha, Andressa, Bethânia, Beatriz, Juliana e Mariana. Obrigada por compartilharem suas histórias e memórias, sem as quais essa dissertação não teria sido possível. Me sinto mais forte e potente depois de nossas partilhas e conversas.

Agradeço aos amigos que o mestrado me trouxe e que levarei para a vida, vocês tornaram BH um lugar mais acolhedor para se viver. Obrigada à Luísa, Mary, Júlia, Ceceia, Miroca, Ju, Walter, Lucas, Tchuca e Ada, amo vocês!

Agradeço aos amigos que o NuH me presenteou, Suzaninha, Ju e Vini. Obrigada por terem me recebido de braços abertos, a trajetória foi, sem dúvida, mais leve por ter vocês por perto. Seguimos!

Agradeço à Lari, Gu e Jess, por terem feito da nossa casa um lugar cheio de amor e movimento. Cês viraram família aqui em BH, obrigada por tanto afeto, carinho e risada!

Agradeço aos amigos de Uberlândia, que se fizeram presentes, mesmo longe: Fred, Buiú, Barbarazinha, Tamarinha e Belinha. Sou muito grata aos nossos encontros pela vida!

Agradeço à Ana Paula, obrigada por ser superinspiração profissional e pela escuta sempre atenta, cuidadosa e transformadora!

Agradeço ao NuH pelas discussões teóricas ao longo desses dois anos, meu texto foi se transformando a partir dos nossos debates.

Agradeço aos professores da UFMG que contribuíram para minha formação nesses dois anos de mestrado.

Agradeço à UFMG por um ensino público de tanta qualidade.

Agradeço à Capes pela bolsa que permitiu que eu me dedicasse integralmente a essa pesquisa.

Agradeço à Joana, pelas contribuições feitas na qualificação e por, mais uma vez, topar fazer parte da banca, agora de defesa! Agradeço também à Juliana, por topar compor a banca!

Agradeço a todos que cruzaram meu caminho nesses dois anos de pesquisa e que de alguma forma transformaram minhas vivências e experiências, obrigada!

Por fim, um viva ao SUS e ao ensino público de qualidade! É preciso resistir!

Resumo

Buscamos investigar, nesta dissertação, os modos como mulheres que se identificam como lésbicas ou bissexuais cuidam da própria saúde, seja ela sexual, mental ou integral. Para tal, revisitamos o histórico das políticas públicas voltadas para mulheres lésbicas e bissexuais, bem como a trajetória de construção do Sistema Único de Saúde. Como estratégia metodológica, conversamos com sete mulheres, duas ativistas do movimento lésbico de Minas Gerais e cinco mulheres indicadas pela minha rede pessoal. A partir de um roteiro de entrevista semiestruturado, dialogamos sobre suas histórias de vida, experiências de acolhimento e violência no acesso a serviços de saúde e as práticas de autocuidado. As entrevistas foram transcritas e analisadas a partir da análise do discurso em diálogo com teóricas feministas, mas sobretudo baseada nas vozes e experiências das mulheres que compuseram esta dissertação. Sistematizamos as análises em quatro eixos: no primeiro deles discutimos questões acerca da construção de uma identidade ou performatividade lésbica e bissexual; no segundo eixo problematizamos nossas redes de sociabilidade, percebendo essas tanto como fonte de cuidado e proteção, como perpetradora de violências; no terceiro eixo analisamos as práticas de cuidado em saúde, fossem elas em espaços institucionais ou práticas de autocuidado; no último eixo exploramos outros atravessamentos que marcam a forma como nos cuidamos, como as questões de raça e classe. Por fim, retomamos os pontos principais discutidos ao longo do texto pensando o cuidado em saúde de mulheres lésbicas e bissexuais para além de uma perspectiva restrita ao risco, mas compreendendo as particularidades que perpassam cada uma de nós.

Palavras-chave: sapatão; lesbianidade; bissexualidade; políticas públicas; saúde; feminismo; decolonialidade; análise do discurso.

Abstract

I aimed to investigate, in this dissertation, the ways in which women who identify themselves as lesbian or bisexual take care of their own sexual, mental or integral health. In order to do it, I revisited the history of public policies towards lesbian and bisexual women, as well as the public health system construction trajectory. As a methodological strategy, I spoke with seven women, two of them from the lesbian movement of Minas Gerais and five others indicated by my personal network. Based on a semi-structured interview script, we talked about their life stories, welcoming experiences or violent ones in the access of healthcare services and their selfcare practices. The interviews were transcribed and analyzed through discourse analysis in dialogue with feminist theorists, but above all based on the voices and experiences of the women who composed this dissertation. Four axes were systematized: in the first of them, we discussed lesbian and bisexual identity or performativity construction matters; in the second axis, we problematized our sociability nets, perceiving them as both a care and protection source and a violence perpetrator; in the third axis, we analyzed healthcare practices, in either institutional spaces or selfcare practices; in the last axis, we explored other crossing issues that mark the way we take care of ourselves, such as race and class. Ultimately, we resumed the main matters discussed throughout the text understanding lesbian and bisexual women healthcare beyond a risk perspective but understanding the particularities that run through each one of us.

Keywords: sapatão; lesbian; bisexuality; public polices; health; feminism; decoloniality; discourse analysis.

Lista de Siglas

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ALEM – Associação Lésbica de Minas Gerais
APA – Associação Americana de Psiquiatria
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CEREST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CID - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
CIPD - Conferência Internacional de População e Desenvolvimento
CNDM - Conselho Nacional dos Direitos da Mulher
CPMAIC - Centro de Pesquisas de Assistência Integrada à Mulher e à Criança
ENABRAPSO – Encontro Nacional da Associação Brasileira de Psicologia Social
GALF – Grupo Ação Lésbica Feminista
GIRA - Grupo de Estudos Feministas em Política e Educação
GLS – MG – Gays, lésbicas e Simpatizantes
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV – Vírus do Papiloma Humano
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INSS - Instituto Nacional do Seguro Social
ISTs – Infecções Sexualmente Transmissíveis
LF – Grupo Lésbico Feminista
LGBT – Movimento de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais
MHB – Movimento Homossexual Brasileiro
MSM – Mulheres que Fazem Sexo com Mulheres
NuH - Núcleo de Direitos Humanos e Cidadania LGBT da UFMG
OMS – Organização Mundial da Saúde
PAISM - Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PEC - Proposta de Emenda à Constituição
PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PN-DST/Aids – Programa Nacional DST/Aids
PNPM - Plano Nacional de Políticas para as Mulheres
PPGAR - Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco
PSMI - Programa de Saúde Materno Infantil

PSTU - Partido Socialista dos Trabalhadores Unificado

RFS – Rede Feminista de Saúde

Senale - Seminário Nacional de Lésbicas

SPM - Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres

STF – Supremo Tribunal Federal

SUS – Sistema Único de Saúde

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

UFBA - Universidade Federal da Bahia

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

UFU – Universidade Federal de Uberlândia

Sumário

1. Os caminhos que me trouxeram até aqui.....	11
1.1. “Gente, a gente tá correndo muito risco aqui então, né?” – Por que pesquisar sobre a saúde de mulheres lésbicas e bissexuais?.....	20
2. Aproximações teóricas.....	27
2.1. Um panorama sobre o movimento lésbico brasileiro e suas demandas no campo da saúde.....	27
2.2. Entre a saúde materno-infantil e a epidemia de HIV – “quem quer saber das lésbicas?”	32
2.3. As políticas públicas de saúde voltadas para mulheres lésbicas e bissexuais.....	36
3. Caminhos metodológicos.....	52
3.1. O encontro com uma epistemologia/metodologia lésbico-feminista.....	58
3.2. A objetividade na pesquisa feminista: uma mulher lésbica fazendo pesquisa sobre lésbicas?.....	62
3.3. Discursos, saberes e poderes.....	66
4. Possibilidades de cuidado em saúde: as vozes e saberes das mulheres entrevistadas... 	71
4.1. Identidades, performatividades e saúde.....	72
4.2. Redes de suporte? Os cuidados e violências reproduzidos pelas redes de sociabilidade de mulheres lésbicas e bissexuais.....	84
4.3. Práticas de cuidado em saúde.....	94
4.4. Somos muitas – articulações entre raça, classe e corpos dissidentes.....	106
5. Afinal, que cuidado em saúde queremos?	114
6. Referências.....	117
7. Anexo I – Pontos Norteadores da Entrevista.....	125
8. Anexo II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-----	126

1. Os caminhos que me trouxeram até aqui

Antes de contar um pouco da minha trajetória a vocês, apresento brevemente do que se trata a presente pesquisa. Busquei investigar os modos como mulheres que se identificam como lésbicas ou bissexuais cuidam da própria saúde e, para tal, conversei com algumas delas sobre suas experiências relacionadas à saúde sexual, mental e integral. Em nossas conversas, compartilhamos histórias de vida, que se uniam por um ponto em comum: somos mulheres lésbicas e bissexuais e demandamos um cuidado em saúde que seja, no mínimo, acolhedor e assertivo. A despeito de termos um sistema de saúde público que preconize um atendimento de qualidade para todos, encontrar espaços acolhedores quando não nos encaixamos em práticas e identidades hegemônicas é desafio constante.

Apresentarei, nos parágrafos a seguir, minha trajetória como psicóloga, profissional de saúde e mulher lésbica e não haveria como fazê-lo sem já dialogar com as mulheres¹ que entrevistei, pelas experiências afins e porque sem elas essa pesquisa não existiria. Portanto, entremeada à minha narrativa, coloco também as vozes de Andressa, Bethânia, Beatriz, Juliana e Mariana. As ativistas Soraya Menezes e Neusinha Cardoso de Melo, que de forma semelhante me ajudaram a compor esta dissertação, aparecerão como referencial teórico, por me apresentarem suas histórias e experiências como militantes do movimento lésbico belorizontino. Antes de mergulharmos no texto, apresento uma tabela com alguns dados das entrevistadas que compõem esta pesquisa:

Nome	Profissão / Atividade	Idade	Raça
Andressa	Fotógrafa	30	Branca
Bethânia	Jornalista	32	Branca
Beatriz	Cozinheira	33	Branca
Juliana	Cientista Social	39	Branca
Mariana	Graduanda	26	Negra
Neusa Cardoso	Ex – ativista na Rede Feminista de Saúde	61	Branca

¹ As mulheres entrevistadas nesta dissertação se identificam como mulheres cisgêneras.

Soraya Menezes	Enfermeira / Pedagoga / Ativista Lésbica	54	Negra
----------------	--	----	-------

Quando penso em narrar minha trajetória aqui neste texto, me pego questionando como foi que me tornei mestrandanda em Psicologia, pesquisando especificamente gênero e sexualidade, e qual seria a história pra contar sobre como cheguei até aqui. É preciso certo esforço para puxar da memória algumas lembranças. Depois de um caminho feito a gente tem a sensação de foi parar ali de repente, e diria também que uma boa dose de coragem, algumas delas não foram tão fáceis assim.

Até pouco tempo eu não me nomearia assim, pesquisadora de gênero e sexualidade, mas me parece que as pessoas têm buscado, cada vez mais, falar sobre o tema comigo, seja pra perguntar qual o jeito certo pra falar sobre as sexualidades não heterossexuais, seja pra tirar uma dúvida sobre sexo seguro, seja pra divagar sobre as múltiplas formas de expressar e viver nossa sexualidade. Talvez eu esteja reparando agora sobre o quanto esta conversa chega fácil até mim pelo cansaço de debater sobre o tema ao final de um mestrado, fato que meus amigos e colegas mestres já haviam me alertado sobre a exaustão dos que chegam a esta fase derradeira, mas acho que a gente não leva nenhum conselho muito a sério até que aconteça com a gente.

O que quero dizer é que, por mais que me pareça repentino este lugar do saber sobre gênero e sexualidades, quando procuro olhar pra alguns dos meus caminhos como estudante de Psicologia, vejo o quanto essa tem sido minha escolha há alguns anos. O porquê desta escolha eu não saberia dizer, mas certa vez ouvi que a gente pesquisa aquilo que nos dói e, bom, sendo uma mulher lésbica penso no quanto descobrir esse debate na universidade foi fundante pra que eu, finalmente, conseguisse construir algum tipo de orgulho sobre quem eu era ou gostaria de ser.

Digo que essa minha escolha foi durante a graduação² de Psicologia, mas devo dizer que minha trajetória foi singular, quando comparada ao que nosso currículo nos oferecia, a saber, uma matriz curricular muito alinhada a uma Psicologia racista, machista e heteronormativa. Mas os caminhos tortuosos têm sempre suas surpresas, ainda bem! e encontrei muita resistência nesses espaços, alguns professores e colegas que me mostraram uma Psicologia compromissada com a mudança social e questionadora de algumas verdades há

² Me graduei na Universidade Federal de Uberlândia (UFU), no ano de 2014.

muito naturalizadas. Aprendi que muito mais do que um debate sobre nossa essência ontológica – comumente privilegiado no campo Psi – somos os discursos que nos atravessam e interpelam e que nos possibilitam determinadas formas de viver, nos convocam a diversos modos de agir, legitimam ou não nossos jeitos de existir e que vão nos distribuindo em hierarquias, justificadas por alguma natureza inventada pelos discursos hegemônicos. Foi enveredando por este caminho, da busca por uma Psicologia crítica, que chego hoje na escrita destas linhas.

Essa é uma das narrativas possíveis pra história que quero contar aqui, mas existem outras versões e ângulos pra visitar a minha trajetória até então. Já na graduação eu pesquisava sobre a experiências de mulheres lésbicas³ na Universidade e em meio à confusão de prazos e aceites do Comitê de Ética, decidi por fazer uma autoetnografia sobre as vivências lésbicas na universidade. Hoje penso que poderia ter escolhido uma metodologia que não me remexesse tanto, à época eu havia recentemente saído do armário⁴ e vivia alguns conflitos em casa por ter contado que tinha uma namorada, mas, apesar de ter revirado algumas lembranças difíceis, foi quando compreendi o quanto era importante conhecer e mergulhar nas produções acadêmicas que debatiam sobre nós, as mulheres lésbicas. Conversar com as mulheres desta pesquisa sobre suas experiências de saída do armário ou sobre como descobriram de si me levou de volta para várias dessas lembranças. Quando Bethânia me contou que foi preciso um tempo considerável para que sua mãe aprendesse a lidar bem com sua lesbianidade ou Andressa me diz dos medos que sentia antes de contar para a família sobre sua orientação sexual, eu viajava pelas minhas memórias e lembranças dolorosas. Bethânia me dizia “quando eu contei pra minha mãe eu desenvolvi uma série de candidíase, começou a me dar candidíase assim... direto em mim, porque... por conta do emocional mesmo, né...porque não foi uma experiência fácil” e eu me reconectava com as dores de garganta repetidas que tive enquanto eu não encontrava uma forma de dizer para mim e para meus pais que eu era lésbica. Quando Andressa me contava do receio em contar de si para família, por eles serem muito católicos e eu me lembrava dos mesmos medos que me tomaram por anos:

³ Quando utilizo a nomeação mulheres lésbicas e bissexuais nesta dissertação me refiro às mulheres que se identificam como cisgêneras.

⁴ Sedgwick (2007, p. 22), em *A epistemologia do Armário*, discute as formas como o regime do armário tem regulado nossas vidas desde o final do século XX. A autora fala do armário como um segredo aberto, que “até entre as pessoas mais assumidamente gays há pouquíssimas que não estejam no armário com alguém que seja pessoal, econômica ou institucionalmente importante pra elas. [...] As pessoas encontram novos muros que surgem à volta delas até quando cochilam”.

eu sempre achava que isso ia ser um problema que eu ia ter que lidar internamente pro resto da vida, que eu nunca poderia falar pra ninguém, né, e eu permaneci dessa forma até meus 19 anos, que eu tive que meio que brincar de ser hétero eu falo [risos], porque não tinha como escapar (Andressa).

Hannah Gadsby (2018), em seu *stand-up* *Nanette*, nos faz rir – de nervoso – quando explora justamente esse ponto: como aprender a nos amar e orgulhar de quem somos se crescemos ouvindo que deveríamos ser o contrário? Ela conta de uma cena em que sua avó pergunta sobre seus namorados e ela brinca “esqueci de falar pra minha avó que sou lésbica”, toda a plateia ri. Um pouco à frente na narrativa ela retoma a história pra contar que não falou sobre sua sexualidade naquele momento, porque ainda hoje sente vergonha de quem é, apesar de racionalmente saber que não deveria. Ela explora a risada sobre esses eventos, justamente pra questionar o porquê de continuarmos rindo de momentos que a fizeram sofrer. Por que contar nossa história dessa forma?

Nanette me ajudou em um ponto que considero crucial pra pensar nossa sexualidade: é preciso que aprendamos a recontar nossas histórias e a criar novos enredos para o que ainda vamos viver. É aí que retomo o encontro teórico com Butler, Foucault, Anzaldúa, hooks, lorde e muitas outras inspirações que a pesquisa tem me convidado a ler, é preciso que repensemos nossos olhares colonizados, brancos, heterossexuais, patriarcais e, somente no encontro com esses discursos resistentes, é que encontramos vislumbres de outros caminhos possíveis.

Eu e Mariana conversamos justamente sobre como encontrar referências resistentes, seja em textos ou na mídia, nos ajudam a fazer as pazes com nossa história e a criar nossos próprios significados do que é ser sapatão:

tudo que eu podia ver e tinha de referência que eu sabia eu procurava, eu queria ver, eu queria saber. Porque, até mesmo porque a visão que eu tinha e o que eu tinha aprendido do que era ser sapatão, era uma coisa muito ruim. [...] Eu precisava entender se era isso de verdade (Mariana).

Comentamos sobre as séries com casais de lésbicas que assistíamos, muitas em comum, e que foram me reafirmando a importância de vermos outras mulheres como nós para nos inspirarmos, aprendermos, sabermos que nosso jeito de viver é também uma forma legítima e inteligível.

A ideia deste relato não é um contar cronológico, mas sim um alinhavo de alguns dos percursos e reflexões que me ajudaram a compor esta dissertação. Por isso, retomo um pouco das minhas experiências como Psicóloga Residente no Hospital do Câncer da UFU. Nossa

formação foi composta por dois momentos: no primeiro ano ficamos na atenção primária, o enfoque era trabalharmos na prevenção ao câncer e com pacientes que já tivessem recebido alta do tratamento oncológico; no segundo ano fomos para o Hospital do Câncer para atendermos pacientes assistidos ali.

Quando comparo as experiências da residência e as do mestrado, me parecem dois universos completamente distintos. O exercício reflexivo de nossas práticas e discursos parecem ser a tônica do mestrado enquanto na residência parecia haver um compromisso com uma Psicologia formatada em protocolos a serem seguidos e diagnósticos psicopatológicos para serem colocados nos prontuários. Pensar dicotomicamente binômios como teoria/prática, reflexividade/protocolo, mestrado/residência parece o caminho mais óbvio, entretanto, é uma análise que oferece mais do mesmo. O que quero dizer é que embora me pareça o caminho mais fácil, por ser a forma como sempre pensei, fazê-lo me proporcionaria poucas ferramentas para questionar nossos modos hierárquicos de fazer cuidado ou produzir saúde. O exercício de encontrar os furos desse pensamento dual, nos momentos em que suas lógicas se rompem e outras inteligibilidades são produzidas me exigem rearranjar um modo de pensar que estava há muito acostumada e facilmente me pego reafirmando essas certezas. O resgate de algumas memórias que me ajudam nesse recontar e me mostram quanta reflexividade havia na prática, como quando uma paciente que atendia dentro do hospital me pede um laudo para que ela pudesse se afastar do emprego pelo INSS e, apesar das minhas críticas ao CID colocado no laudo, eu o faço.

Conto esta história pra marcar que houve uma mudança na forma como eu me colocava dentro do hospital, apesar de ter tido uma formação crítica em relação a uma série de funções tradicionalmente atribuídas à Psicologia, eu passei a negociar algumas formas de enxergar o mundo, afinal, era preciso dialogar com os pacientes e outros profissionais da saúde do hospital, principalmente médicos e enfermeiros. Hoje, revisitando estas memórias, percebo o quanto a reflexividade foi necessária para que eu pudesse encontrar formas de negociação com os vários saberes que conversavam dentro do hospital. Analogamente, minha experiência no mestrado o tempo todo me convida a repensar a prática e me instiga a retornar para a atuação como psicóloga com outros olhares. Costumo localizar a Psicologia no lugar da dúvida, penso que estamos aqui pra ajudar a ampliar debates, rever as lógicas naturalizadas, exceder as certezas, mas, como fazê-lo em um lugar em que a busca por respostas imediatas é a pergunta mais urgente? Acho que é esse o desafio de uma prática reflexiva e que me ajuda a romper com os binarismos epistemológicos da teoria e prática, para pensá-las como saberes complementares.

Minhas dúvidas e reflexões acerca dos meus dois anos dentro do hospital apareceram por perceber o quanto, ainda com todo o meu preparo de cinco anos de graduação, a prática me exigia posturas e saberes que eram novos para mim. As perguntas vinham de todos os lados e costumeiramente tinham um teor pragmático, como “o que fazer com a Dona Maria⁵ que está muito triste e não quer mais comer?” ou “O Mário tem medo de agulha e tá dando uma trabalhadeira quando precisamos tirar sangue, chama a psicóloga”. Havia certa urgência no hospital em que as pessoas se adaptassem ao que quer que estivesse acontecendo ali, já que os tratamentos biomédicos eram colocados como função primordial, então, o que contava era o tempo do Doutor Cláudio e não o da Dona Maria. Perceber algumas dessas dinâmicas me faziam pensar, o tempo todo, quais eram as demandas para a Psicologia ali e quais funções, vindas do saber psicológico, eu saberia ou poderia oferecer.

Uma das perguntas que me fizeram, e que com certeza me trouxeram até aqui hoje, veio da filha de um senhor que estava internado no hospital. Eu atendia a Luana com frequência, o tratamento de seu pai era longo, e em um de nossos atendimentos ela, depois de alguns floreios, fala “é errado beijar mulher?”. Eu já estava na metade da residência e aquela pergunta mexeu comigo. A princípio pensei se eu deveria contar a ela que eu era uma mulher lésbica e que não entendia aquilo como errado de forma alguma, inclusive achava uma coisa linda de se fazer, depois pensei que uma resposta mais explicativa fosse ajudar mais, dizendo que existem pessoas que gostam de beijar mulheres e outras que não, outras que não gostam de beijar ninguém, então, o que importava era a vontade que ela estava sentindo. Optei pela segunda opção e ela me contou de uma mulher que estava a fim dela no bairro em que moravam e ela não sabia muito como agir.

Essa história mexeu comigo, não pelo enredo em si, mas pelo fato de ter sido a primeira vez naquele ambiente hospitalar que uma mulher me falava sobre beijar outra mulher. E eu pensei, por quê? Por que não apareceu antes? Por que ela me perguntou se era errado, antes de contar o que estava acontecendo? Será que ela me avaliou previamente, pra saber se eu era a pessoa certa pra ouvir aquela história? Ela falou dessa história pra algum outro profissional que ela teve contato ali no hospital? Como esse profissional reagiu, caso ela tenha contado? O que será que sentiu quando contou pra mim?

⁵ Todos os nomes utilizados nesta dissertação são fictícios para preservar as identidades das pessoas relatadas aqui, exceto nas conversas que tive com as ativistas Soraya Menezes e Neusa Cardoso de Melo, que serão utilizadas como referencial teórico para este texto como Menezes (2019) e Melo (2019).

Não sei das experiências prévias de Luana, entretanto, histórias de homofobia em ambientes hospitalares ou de cuidado em saúde costumam ser comuns e, sem dúvida, criamos certo receio a partir do que já ouvimos. Eu e Andressa conversamos sobre como reparamos nos machismos que podem ser reproduzidos pelos profissionais de saúde e o quanto evitamos falar da nossa sexualidade, se percebemos posicionamentos desse teor. Andressa me disse que seu posicionamento muda, se o atendimento é para ela ou se ela está de acompanhante de alguma parceira:

Geralmente isso que eu recuo um pouco é quando se trata do outro. Comigo eu sou um pouco mais, eu peito mais, sabe? Mesmo se eu achar que é um médico que tá me atendendo que se eu falar que eu sou lésbica que ele vai ficar...vai fazer qualquer tipo de coisa, dependendo, 99% das vezes eu banco, mesmo correndo o risco. Agora se eu tô com outra... igual se eu tô com a minha namorada ali e eu acho que vai interferir no atendimento dela, eu recuo, entendeu? Mas isso acontece, tem gente que eu vejo que não dá pra... que é melhor ficar quieta, fingir que é hetero mesmo e tá de boa. (Andressa).

Avaliar se contamos da nossa sexualidade para alguém ou não pode ser uma constante na vida de muitas de nós e não apenas para profissionais de saúde, mas para nossos chefes, amigos, família ou outras pessoas com quem nos relacionamos. Quando entrei no hospital, e avaliei minha preceptora⁶ pra saber se poderia contar sobre a minha namorada, fiquei nervosa quando falei e aliviada quando percebi que ela agiu como se fosse uma informação qualquer. Na minha conversa com Bethânia também falamos das expectativas e medos de contar para pessoas que nos são importantes:

Aí eu lembro que eu consegui contar pra duas [amigas] é... mas assim nesse esquema, 'preciso contar uma coisa'. E aí elas super de boa, sabe? Eu lembro que quando eu fui contar pra terceira eu chorei [risos] porque eu achava... essa terceira era evangélica e eu gostava muito dela. [...] Nossa eu achava que ela não ia conversar nunca mais comigo, que ela ia me detestar, né? Aquela coisa...não! Me deu um abraço...sabe? 'Por que que você tá chorando?' falei 'ah porque eu achei que você fosse parar de conversar comigo', mas não. (Bethânia).

Alguns eventos específicos dentro do hospital foram me confirmando que aquele era um lugar que não cogitava uma existência que não fosse a cisheterossexual. Ignorar a possibilidade de múltiplas formas de viver e expressar nossa identidade e sexualidade é, por si só, uma

⁶ Todos os locais que recebem residentes devem ter preceptores de mesma profissão para recebê-los e orientá-los quanto às atividades a serem feitas ali.

violência, mas ela encontra formas mais cruéis de operar. Me lembro de Bruna, eu a vi pela primeira e única vez quando eu estava no início da residência, ela estava deitada em uma das macas das salas destinadas à quimioterapia. Ela usava um turbante, para esconder a falta dos cabelos, e estava pedindo algo às enfermeiras que a atendiam. As cuidadoras prontamente se deslocaram para o corredor ao lado, onde eu estava, para buscar o que quer que Bruna tivesse solicitado e o fizeram com pequenas risadinhas. Fiquei atenta, já esperando o tipo de piada que viria, e as ouvi dizendo “O Bruno...é... A Bruna, né, sei lá como fala [risos]”.

Aquele não era um lugar de violências explícitas, mas elas se desenrolavam de formas sutis e talvez ainda mais perversas se pensarmos que aconteciam no espaço em que deveríamos ser cuidadas. Que tipo de cuidado é esse, que ao mesmo tempo em que ampara, fere? Uma outra paciente que encontrei me remeteu muito aos silêncios que falavam de como aquele ambiente funcionava. A Júlia estava tratando de um linfoma e havia complicações por ela ser soropositiva. Ela já estava muito magra e debilitada, ia ao hospital sempre sem acompanhantes e falava muito pouco. Bingo! Chamavam a psicologia pra resolver. Eu a atendi apenas uma vez e, nas sessões seguintes, ela não apareceu mais. Em uma conversa truncada, ela me contou que tinha uma namorada, também soropositiva, elas haviam sido informadas de que não tinha chance de transmissão de ISTs em sexo lésbico.

Novamente, me fiz as perguntas de quando conversei com Luana. Mais ainda, questionei de onde vinha tanto silêncio. Existem pessoas mais caladas, sim, e o linfoma a havia enfraquecido de uma forma que talvez não restasse muita energia pra fala. Mas será que era só? Existiam outros atravessamentos para aquelas relações e que transcendiam os limites corpóreos impostos por um câncer. Por ser um hospital público, havia um recorte de raça e classe muito bem delimitado, então, era possível perceber o descuido na fala de muitos profissionais em seus atendimentos, uma certa impaciência para explicar o que para eles era óbvio, ainda mais quando atendiam pessoas de zonas rurais ou consideradas menos eruditas.

A expectativa de um atendimento ruim estava na fala de todas as mulheres que conversei, quando nada de errado acontecia, elas contavam em tom de surpresa, trago Mariana como exemplo:

Ela perguntou ‘aaah, mas...ce tem vida sexual ativa?’ Eu falei... ‘tenho’. ‘ah, mas você transa, tipo, você usa camisinha, usa algum método contraceptivo?’ Eu falei... ‘então, eu não transo com homens, eu transo com mulheres e tals’...e aí tipo assim, foi... a conversa continuou normalmente, não teve nenhum tipo de alteração, sabe? (Mariana).

Juliana coloca um contraponto, sobre como deveríamos poder falar mais livremente sobre nossa sexualidade com ginecologistas, por exemplo, e ela sugere:

Ela num pergunta assim ‘olha querida o seguinte, se enfiar um pinto em você e enfiar um pinto na outra pessoa, sabe o que que pode acontecer? Pode acontecer de A à Z, pode acontecer de você pegar uma candidíase, que é uma simples cê toma um remedim e acaba, mas cê tem que tá ciente que isso pode acontec...não. (Juliana).

As experiências que tive na época da residência, e que revistei com frequência nas conversas com minhas entrevistadas, me instigaram a pesquisar sobre o tema, portanto, decidi que pesquisaria, para meu trabalho de conclusão, sobre mulheres lésbicas e bissexuais no contexto oncológico. Optei por uma revisão bibliográfica e os artigos, nenhum publicado no Brasil, falavam todos da invisibilidade lésbica na saúde, as informações equivocadas sobre as ISTs, mais uso de álcool e outras drogas quando se é uma minoria, entre outras categorias que foram aparecendo. Havia prevalência de análises biomédicas para se falar do tema, assim como nas políticas públicas de saúde no Brasil⁷. Os textos apontavam questões importantes acarretadas por nossa invisibilidade no campo da saúde oncológica, entretanto, alguns acabavam por reproduzir heteronormatividades, como afirmar que mulheres lésbicas e bissexuais fumam e bebem mais que as heterossexuais e que, por isso, estariam mais sujeitas a desenvolverem cânceres. Embora esse seja um fator importante de ser olhado, algumas dessas produções de conhecimento tendem a utilizar a heterossexualidade como padrão ou norma a ser seguida, além de tenderem a individualizar problemas produzidos socialmente.

Busquei, na minha narrativa até aqui, fugir da dicotomia entre um posicionamento crítico, vivido na Universidade, ou uma prática pouco reflexiva, vivida no exercício da profissão. Sei que o jogo é mais complexo que isso e que é necessário realocar essas fronteiras ou, ao menos, ocupar a fronteira desses binarismos, sendo os dois ao mesmo tempo em que não se é nenhum, como nos sugere Anzaldúa (2005), falando sobre o feminismo chicano. É justamente aí que busco localizar esta pesquisa, de um modo que seja possível pensar uma prática crítica e uma teoria mais alinhada à prática. Sei que hoje, se busco um caminho fronteiriço, é porque a experiência prática me mostrou muitos entraves, mas me inspirou um lugar potente. Foi somente pela atuação como psicóloga, nos atendimentos cotidianos dentro do hospital, que pude questionar tanto teoria quanto prática: Como pensar o cuidado em saúde

⁷ Elas serão retomadas e analisadas no próximo capítulo desta dissertação.

de mulheres lésbicas e bissexuais que se aproxime do que de fato acontece em nossas vidas? Como reformular uma política pública que possibilite um atendimento ginecológico aberto ao que esta mulher precisa falar? Como transcender as fronteiras de um cuidado pensado no risco?

Pela leitura de artigos acadêmicos e das políticas públicas, em conversas com ativistas e mulheres lésbicas e bissexuais sabemos que em ao menos em um ponto teoria e prática estão alinhadas: o cuidado oferecido a estas mulheres não tem funcionado. Reparem que ao dizer isto, não digo que não há cuidado, porque há! Há o cuidado que os médicos pensam que oferecem, quando prescrevem logo de cara um anticoncepcional, de uma mãe quando conversa sobre sexo com a filha lésbica dizendo para ela usar camisinha e também da amiga que oferece um ótimo chá para cólicas para outra que tem sofrido com os períodos menstruais. Há um escopo enorme quando dizemos a frase cuidado em saúde e, no entanto, as políticas públicas, que orientam a formação e a prática de profissionais de saúde, parecem versar sobre uma parte muito específica dela. Dito isso, direciono o texto para próxima seção, em que falarei um pouco mais da importância de se pesquisar sobre a saúde de mulheres lésbicas e bissexuais.

Feita esta breve apresentação da minha trajetória, a seguir apresento algumas discussões feitas na arena acadêmica, como também pelas entrevistadas, e que apontam para a importância de se pesquisar acerca da nossa saúde, um tema historicamente negligenciado e invisibilizado pelas políticas públicas. Para tal, incorporo a esta dissertação o histórico discutido no artigo⁸ sobre políticas públicas voltadas para mulheres lésbicas e bissexuais, produzido em conjunto com meus orientadores, Lisandra Moreira e Marco Prado. No capítulo a seguir, apresento recortes de alguns debates que considero centrais para a pesquisa em saúde de mulheres lésbicas e bissexuais, para depois apresentar um histórico das políticas de forma sistematizada.

1.1. “Gente, a gente tá correndo muito risco aqui então, né?” – Por que pesquisar sobre a saúde de mulheres lésbicas e bissexuais?

⁸ No capítulo metodológico trago mais detalhes sobre a produção e publicação do artigo: ALVES, Isabela Guimarães; MOREIRA, Lisandra Espíndula; PRADO, Marco Aurélio Máximo. **Mulheres lésbicas e bissexuais e saúde: política, movimento e heteronormatividade**. REVISTA PSICOLOGIA E SAÚDE, no prelo.

O dito que coloco no título desta seção aconteceu em um diálogo com Beatriz, uma das minhas entrevistadas⁹. Eu pergunto a ela se gostaria de dizer algo a mais antes de encerrarmos a entrevista e ela me diz que não, então, eu desligo o gravador e começo a me preparar para ir embora, quando Beatriz me pergunta sobre saúde sexual, se eu sabia algo, porque ela sabia muito pouco. Peço para ligar o gravador novamente, ela diz que sim, e o seguinte diálogo acontece:

Beatriz: nossa, mas ninguém usa.

Isabela: não, ninguém usa. E tipo... cê... cê já ouviu falar...algum médico...

Beatriz: Não, eu já ouvi falar, mas eu nunca usei.

Isabela: nunca usou?

Beatriz: mas eu fico pensando, gente, eu num uso, tá erradíssimo. Mas eu não uso [risos] aí é você quem vai me falar [risos].

Isabela: e cê pensa...e cê pensa, tipo, que será que pode rolar de num usar, cê, tipo...cê acha que...

Beatriz: Eu num, eu, eu acho que elas acham que não é tão importante. Eu acho, às vezes, eu sei que é importante, mas...ah não...vai dar nada.

Isabela: Sei.

Beatriz: Mas é diferente, eu acho que se fosse com homem eu ia usar camisinha, com certeza, não só pra não engravidar, mas por doença. (Diálogo com Beatriz).

Como nos tornamos tão preocupadas com preservativos e ISTs se nunca fomos grupo prevalente ou alvo de campanhas de prevenção à aids? A invisibilidade lésbica nos colocou e coloca num limbo de desinformação que, além de produzir descuido em saúde, tem como efeito o medo. Aprendemos a transar, sem ter acesso a qualquer tipo de informação que seja produzida especificamente para nós, então, buscamos nos encontrar naquilo que é veiculado: camisinha masculina ou feminina. É preciso imaginação, e muita, para encontrar um modo de se proteger, não sabemos bem do que, a partir do que o condocentrismo, pensado para práticas que envolvem pênis, oferece. “A gente tá correndo muito risco” talvez devesse se referir mais à falta de informação e a necessidade de uma educação sexual que fale, sem pudor, sobre nossas práticas sexuais, do que às ISTs que afetam mulheres que transam com outras mulheres.

Há uma série de desdobramentos em relação ao medo que vamos construindo em relação às ISTs e em como vivemos nossa sexualidade a partir disso. Se por um lado nos resguardamos em estereótipos que indiquem algum tipo de segurança no sexo ou escolhemos alguma prática sexual em detrimento de outra, uma que nos pareça mais segura, por outro estamos rodeadas de

⁹ A escolha das entrevistadas, bem como a apresentação dos resultados das entrevistas serão desenvolvidas mais à frente no texto.

uma desinformação e invisibilidade que nos deixa vulneráveis a diversas questões de saúde. Para exemplificar, trago uma memória da conversa que tive com Soraya Menezes (2019), ativista lésbica e fundadora da ALEM, em que ela me conta de duas amigas, uma que recentemente faleceu de câncer de colo de útero e outra diagnosticada com câncer de mama há pouco tempo. A primeira amiga, se chamava Adriana e morava em uma cidade do interior de Minas Gerais. Ela estava há um tempo se queixando de fortes dores abdominais, que de tão intensas já não se aliviavam com os anti-inflamatórios receitados pelos médicos com quem se consultava. Um tempo depois ela procurou Soraya, que a chamou imediatamente para Belo Horizonte para que a amiga fizesse o exame preventivo, que deveria ter sido solicitado desde o início, quando descobriram que ela já estava com um câncer colo de útero em estágio avançado e que não havia mais possibilidade de cura. A outra amiga, Helena, teve um diagnóstico recente de câncer de mama, novamente tardio. Adriana e Helena viveram na pele os efeitos da omissão estatal acerca de políticas de saúde e de educação sexual voltadas para a diversidade e que tem sido denúncia do movimento lésbico há anos: a invisibilidade lésbica no campo da saúde impede que um cuidado efetivo seja oferecido às mulheres que o procuram.

Apesar da literatura indicar que houve um avanço na forma como a saúde tem nos enxergado, saindo da invisibilidade para afirmação de uma vulnerabilidade (Almeida, 2005; Carvalho, Calderaro & Souza, 2013), a realidade permanece árida. Em meio as desinformações, descuidos e violências perpetrados por um saber heteronormativo, o que acontece no cotidiano é, na fala de Soraya: a morte de mulheres provocadas por um sistema de saúde homofóbico, racista e machista. Foi preciso que Adriana acionasse uma rede lésbica de saúde, já que Soraya tem formação em enfermagem, para que suas queixas fossem finalmente ouvidas, mas já não havia mais tempo. Juliana traz relato que se aproxima à história de Adriana, no sentido de que precisamos acionar nossas redes para conseguirmos acesso a informações sobre nossa saúde:

dá tanta preguiça, que é...cê...eu eu e as pessoas são, existe uma ignorância tão grande em relação a sexualidade entre mulheres com os profissionais de saúde que eu prefiro usar o meu bom senso, eu prefiro fazer as minhas pesquisas, eu prefiro, sei lá, ligar ou mandar uma mensagem pruma amiga minha sapatão de carreira, n... em são Paulo que trabalha com é...no consultório de dst. (Juliana).

Quando pergunto sobre o contato já feito com essa amiga que trabalha com ISTs, Juliana me conta que nem ela sabia o que responder: “eu falei assim ‘ô, helena, eu tô, é... por exemplo, isso, eu tô com essa infecção, cê acha que pode ser alguma coisa?’ ‘Se...ah, Juliana, não sei.’. Ela também não sabe!”. Volto à questão que trago no início desta seção, é preciso pensar o que esta desinformação tem gerado. Soraya nos conta de um extremo, a morte de sua amiga por um

sistema omissivo, entretanto, podemos pensar em desdobramentos que nos afetam cotidianamente, como o receio de Beatriz ou a sensação de Juliana de que ninguém pode ajudá-la com suas questões de saúde.

Facchini e Barbosa (2006), há 13 anos, já nos contavam desta invisibilidade e desinformação. As autoras publicaram o primeiro dossiê nacional sobre a saúde da mulher lésbica e bissexual pela Rede Feminista de Saúde (RFS) e, em um levantamento sobre as produções nacionais e internacionais relacionadas ao tema, elas elencam os principais eixos pesquisados: câncer de mama e de colo de útero, infecções sexualmente transmissíveis, saúde mental e violência, álcool e outras drogas, invisibilidade, saúde sexual e reprodutiva e consultas ginecológicas. Elas também apresentam políticas e ações voltadas para a nossa saúde no Brasil e trazem as demandas e propostas elegidas tanto pelos estudos encontrados quanto pelo movimento social de mulheres lésbicas e bissexuais.

Rufino, Madeiro, Trinidad, Santos e Freitas (2018) publicaram uma pesquisa feita nos anos de 2013 e 2014 com o intuito de debater nossa saúde sexual. O estudo traz dados epidemiológicos, utilizando o termo MSM, para discutir tipos de práticas sexuais, tipos de proteção e frequência em consultas ginecológicas, apresentando dados consistentes com o que já era apontado por Almeida (2005), Facchini e Barbosa (2006) e Menezes (2019): há uma vulnerabilidade dos corpos lésbicos no campo da saúde e o que temos produzido é, ainda, incipiente. Por que, apesar de termos uma Política Nacional de Atenção à Saúde LGBT, Adriana morreu sem ter sido diagnosticada previamente com um câncer de colo de útero? Por que, ainda assim, Beatriz se sente em risco por não ter informações suficientes sobre como e se deve se proteger em suas relações sexuais?

Os exemplos e debates que trago aqui fazem referência à saúde sexual das mulheres lésbicas e bissexuais, mas podemos ainda refletir sobre os cuidados oferecidos no campo da saúde reprodutiva. Soares, Peres & Dias (2017) debatem sobre os estigmas em torno da experiência lésbica especificamente sobre a maternidade: ao mesmo tempo em que temos este direito negado por sermos lésbicas, somos cobradas pela suposta função de nossos úteros. Por mais que o SUS preconize o direito à inseminação assistida para mulheres lésbicas, fico me perguntando como este atendimento aconteceria se pensarmos que há uma série de expectativas dos profissionais em torno do que seria uma maternidade ideal e que, definitivamente, não contemplam uma maternidade lésbica, conforme histórico exposto por Amorim (2016), corroborando com a ideia de que a maternidade foi, por muitos anos, inimaginada para as mulheres lésbicas.

Não é possível perpassar todos estes atravessamentos sem nos perguntarmos sobre a saúde mental dessas mulheres. Pensando na minha própria experiência, posso dizer categoricamente que os efeitos de se entender uma mulher lésbica em um mundo heteronormativo não são nada amenos. Não quero universalizar minha experiência, mas ela, coincidentemente ou não, conversa com as histórias contadas pelas mulheres que compõem essa pesquisa. As candidíases em repetição de Bethânia ou os ataques de pânico que teve quando adulta; Mariana quando me conta da sua tristeza sem fim ao se deparar com a não aceitação dos pais, que a conduziram para uma tentativa de suicídio; quem sabe ainda quando Andressa me diz do quanto alguns acontecimentos do seu passado reverberam ainda hoje:

acho que teve uma vez que um médico ficou meio que olhando pra gente assim com uma cara...tipo...de fetiche, sabe? Acho que ele sacou que que era e aí a forma como ele atendeu, ela num foi bacana e eu fiquei um pouco desconfortável. [...] Mas isso me incomoda, me incomoda, sabe? Num é nem me incomodava, isso me incomoda muito, porque, eu gosto de ter essa liberdade. Hoje eu não tô namorando, mas se eu tiver com uma namorada e tiver que ir no médico e num sei que e acompanhar, eu sempre vou querer me posicionar enquanto namorada 'sou namorada dela e tal'. (Andressa)

Fernandes, Soler e Leite (2018) elencam uma série de fatores que contribuem para vulnerabilidade da saúde mental de mulheres lésbicas e bissexuais, além da própria orientação sexual, como: idade, gênero, raça e classe social. Anzaldúa (2005), Lorde (2009) e Curiel (2016) tensionam exatamente as fronteiras de cada um destes ativismos, reiterando a importância de pensarmos em um feminismo lésbico e antirracista. Fernandes *et al.* (2018) também discutem que estas opressões acontecem ao longo de toda uma vida, desde a abjeção – no sentido trabalhado por Butler, em entrevista a Prins e Meijer (2002), sobre os corpos que não são sequer imagináveis dentro da inteligibilidade heteronormativa – vivida no ambiente escolar e que se repetem no mercado de trabalho, na convivência familiar e no acesso aos serviços de saúde. Novamente em uma comparação com a norma, a heterossexual, as mulheres lésbicas fazem uso mais frequente de álcool e outras drogas, que são vistos como barreiras para uma saúde física com mais qualidade (Fernandes *et al.*, 2018).

Em uma conversa com Neusa Cardoso de Melo, a Neusinha, ativista lésbica e integrante da Rede Feminista de Saúde, discutimos sobre alguns desses dados relacionados à nossa saúde e ela rebate brincando que se bebemos mais, é porque sabemos nos divertir mais. Bem, isso não se pode negar! Mas, é de praxe que todo profissional de saúde nos aconselhe a beber com moderação, evitar exageros, afinal, o álcool traz uma série de efeitos a longo prazo, mas, me pergunto: em que nos ajuda dizer que nós, mulheres lésbicas, bebemos mais do que as mulheres

heterossexuais? Se a resposta for que precisamos do álcool para lidar com os estresses de ser uma minoria social, argumento utilizado em muitos artigos biomédicos, Neusinha traz uma justificativa um pouco diferente: nosso universo é tão amplo e complexo quanto o de mulheres heterossexuais, além de ser uma afirmação que serve muito bem para o aumento do estigma contra lésbicas (Melo, 2019)¹⁰. Se não fossemos constantemente comparadas à norma, talvez conseguíssemos pensar em outras perguntas que não essas que individualizam problemas absolutamente estruturais e sociais. O que quero dizer é, a informação de que bebemos mais por estarmos estressadas com a lesbofobia nos traz quais possibilidades de ação frente a este suposto problema?

Facchini e Barbosa (2006), Fernandes *et al.* (2018) e mesmo a Cartilha de Atenção Integral à saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais (2014) nos disseram ser urgente e necessária a melhoria na formação dos profissionais de saúde que vão nos atender e, de fato é. No entanto, eu me pergunto quais tem sido os efeitos desta visibilidade que, aos poucos, temos conquistado. Percebo que há uma atenção crescente sobre nossas formas de transar, sobre os riscos aos quais estamos submetidas e, conseqüentemente, uma regulação cada vez maior dos nossos corpos. Foucault (1999b) discute a transição entre *ars erótica* e *scientia sexualis* e mostra como passamos do gozar pelo sexo em si, para gozar pelo saber sobre o sexo: em observar, descrever, categorizar e controlar esse sexo. Novamente, o estigma em torno das ISTs, especialmente o HIV nos ajuda em quê? Vejo mulheres preocupadas com quem e como estão transando e me pergunto se era essa a ideia inicial quando buscamos por uma visibilidade no campo dos direitos sexuais e reprodutivos.

Não quero negar as conquistas há muito tempo batalhadas pelo movimento, é preciso saber o que pode acontecer quando transamos de determinadas formas e quais são as possibilidades de cuidado nessas práticas sexuais, no entanto, o saber sobre os nossos corpos, ao que me parece, vai se moldando não a partir de um cuidado, mas a partir de um controle. Ao passo em que vemos uma política que nos mata operando, em mortes que acontecem por omissão do estado, por negligência no serviço público de saúde, pela desinformação veiculada às mulheres, vemos um Biopoder (Foucault, 1999b, p. 132), operando por “*técnicas* de poder presentes em todos os níveis do corpo social e utilizadas por instituições bem diversas”, que regula e disciplina nossos corpos, que busca controlar um sexo que para muitos ainda nem é

¹⁰ Enviei a dissertação para Neusinha, para que ela autorizasse o que havia escrito sobre ela. Nos e-mails que trocamos, ela me explica melhor da sua resposta irônica sobre bebermos mais, por sabermos nos divertir melhor.

sexo “de verdade”. Ao mesmo tempo em que controlam nosso prazer, nos matam por não enxergarem um corpo a ser cuidado.

Retomando minha conversa com Soraya, depois de falarmos das omissões relacionadas à saúde sexual de suas amigas, ela amplia o debate para pensarmos em questões tão urgentes quanto. Discutimos as subnotificações das violências sofridas por mulheres lésbicas e bissexuais, fato recentemente discutido pelo primeiro Dossiê Sobre Lesbocídio no Brasil (2018), um compilado dos dados publicados nas mídias, em redes sociais e organizações lésbicas e LGBTs sobre assassinatos de mulheres lésbicas e bissexuais. Soraya conta a história de uma amiga que sofria violências homofóbicas constantes de sua vizinha, sempre verbais, até que um dia ela vê objetos sendo jogados contra seu carro. Ao tentar notificar a polícia, passou por um grande estresse até que eles concordassem em colocar que aquela era uma agressão por discriminação. Soraya debate a sobrecarga emocional da amiga de ter sofrido uma violência, no bairro em que morava, e ainda ter que insistir para que tivesse seus direitos garantidos.

Soraya também partilha uma história pessoal de quando foi expulsa de casa por contar para a mãe que era uma mulher lésbica. Ela não relata muito do que sentiu, mas me conta dos desafios de se sustentar e encontrar caminhos para viver agora que não podia mais morar na casa que sempre teve como referência. Soraya conta que só não passou por dificuldades maiores por ter recebido ajuda, em segredo, do seu pai. Este também não é um cenário incomum, ainda que seja menos falado no escopo do cuidado em saúde. As vulnerabilidades as quais mulheres lésbicas e bissexuais ficam expostas quando sofrem violências já dentro de casa mostram como a heteronormatividade opera por meio da precarização (Butler, 2011) das nossas vidas.

Trago estas histórias em diálogo com algumas referências que ajudam a pensar o que temos feito até então e pra onde queremos ir no campo dos direitos sobre nossa saúde. Os avanços sobre a visibilidade de mulheres lésbicas e bissexuais nas políticas públicas brasileiras são notáveis, no entanto, trazem consigo uma série de problemáticas. De forma semelhante, as produções acadêmicas avançam devagar, de modo que percebemos uma série de lacunas nos debates produzidos até então. Precisamos de mais. Melo (2019), a Neusinha, conta sobre os avanços e retrocessos das discussões sobre a saúde lésbica ao longo de seus anos de militância, tanto dentro do governo, quanto na arena acadêmica e ela afirma: as lésbicas continuam ficando pra trás.

Não pretendo, obviamente, esgotar a discussão sobre a saúde de mulheres lésbicas e bissexuais com esta pesquisa, a vejo mais como uma busca pelos discursos que parecem não existir quando consolidamos uma política pública ou quando vamos encontrando formas de nos cuidar e que um saber heteronormativo sequer enxerga como um cuidado em saúde. Trago estas

histórias, porque é preciso falar e lembrar das mulheres que têm sido esquecidas por um estado negligente e somente mantendo vivas, e honrando estas memórias é que nos lembraremos de que é necessário reinventar o cuidado em saúde que nos tem sido oferecido.

Feita esta introdução, trarei a história das políticas públicas de saúde brasileiras voltadas para mulheres lésbicas e bissexuais, em diálogo com as tensões provocadas pelo movimento feminista e pelo movimento lésbico. Em seguida, discutirei a metodologia escolhida para esta pesquisa, juntamente com cada passo que compôs a produção e escrita desta dissertação. Logo depois, apresentarei as entrevistas feitas, divididas em eixos de análises, os quais: identidades, performatividades e saúde; redes de suporte? Os cuidados e violências reproduzidos pelas redes de sociabilidade de mulheres lésbicas e bissexuais; as práticas de cuidado em saúde; somos muitas – a saúde para além das questões de gênero e sexualidade. Os eixos serão discutidos a partir da análise do discurso, aliados às discussões produzidas por teóricas lésbicas e feministas e, sobretudo, em diálogo com as falas das mulheres que entrevistei. Ao final, retomarei os debates desenvolvidos nesta dissertação, apontando as limitações desta pesquisa e as possibilidades que se abrem a partir desse texto.

2. Aproximações teóricas

2.1. Um panorama sobre o movimento lésbico brasileiro e suas demandas no campo da saúde

Foi em meio a redemocratização do país que conseguimos, aqui me refiro às mulheres lésbicas e bissexuais, conquistar um espaço político e social exclusivamente voltado para nós. Até então, na esfera pública, as discussões se mesclavam às questões do movimento feminista e homossexual, ocupando lugar secundário nas pautas desses grupos. Nossa saúde teve protagonismo na agenda do movimento lésbico desde o princípio e, como veremos a seguir, foi justamente a partir das reivindicações de ativistas lésbicas e feministas que essa discussão alcança as políticas públicas brasileiras. Vejo, portanto, como imprescindível a retomada deste histórico para pensarmos as políticas, práticas e discursos que engendram o cuidado em saúde de mulheres lésbicas e bissexuais.

Começo este histórico na década de 1970, quando o movimento homossexual se estrutura enquanto movimento social na arena política do país (Carrara, 2010; Facchini, 2003). Segundo Uziel, Ferreira, Medeiros, Antonio, Tavares, Moraes, Andrade e Machado (2006) os grupos homossexuais que se constituíram anteriormente objetivavam a convivência e afirmação

homossexual, ainda distantes da disputa por direitos no campo político. Green (2000) reconta a história do movimento e coloca como marco histórico o ano de 1978, com a queda iminente do regime militar, propiciando a organização de diversos movimentos, como o de metalúrgicos, negros, mulheres e homossexuais. Ao final da década de 1970 temos o surgimento do Grupo Somos (Facchini, 2003), que marcava o início do movimento de gays e lésbicas no Brasil como movimento social (Green, 2000).

No eixo Rio de Janeiro - São Paulo a pouca representatividade lésbica nas reuniões iniciais do movimento homossexual é relatada por Green (2000), Facchini (2003) e Fernandes (2018). Fernandes (2018) traz mais detalhes, a autora nos conta que em uma das reuniões do grupo Somos havia oitenta homens gays e somente 10 mulheres lésbicas. O Movimento Homossexual Brasileiro (MHB) estava centrado nas demandas destes homens e, alinhadas à luta do movimento feminista (Carrara, 2010), as mulheres do MHB criaram o Grupo Lésbico Feminista (LF), uma dissidência do Somos, que em 1981 passa a se chamar Grupo Ação Lésbica Feminista (GALF).

Alguns anos depois, mais especificamente em 1997, em Belo Horizonte – Minas Gerais, há uma movimentação política semelhante. A partir de algumas demandas de ativistas locais, o grupo GLS – MG se estrutura, porém, com o aumento do número de mulheres em sua organização e o entendimento de que havia muito machismo reproduzido pelos gays, há a criação da ALEM, já mencionada anteriormente, com enfoque nas pautas das mulheres lésbicas. Em 1998, as ativistas conseguem organizar a Primeira Parada do Orgulho Homossexual de Minas Gerais, apoiadas pelos sindicalistas e o PSTU (Machado & Prado, 2005). Trago este recorte temporal aqui, para enfatizar que o histórico do movimento LGBT no Brasil é costumeiramente localizado no eixo Rio-São Paulo, traduzindo uma visão local e parcial de um movimento mais amplo.

A aproximação com o movimento feminista, nos dois cenários que trago aqui, acontece como uma saída para a invisibilidade das questões das mulheres lésbicas dentro do movimento homossexual, no entanto, ela foi vista com descontentamento por algumas ativistas, que afirmaram haver uma despolitização das questões especificamente lésbicas (Martinho, 2006). Melo (2019) discorda, segundo ela muitas das reivindicações do movimento feminista contemplavam as demandas das mulheres lésbicas e bissexuais, como por exemplo um cuidado em saúde que fosse além da lógica estritamente reprodutiva. E foi justamente pelo movimento feminista que as pautas pleiteadas pelo movimento lésbico encontraram visibilidade na arena política brasileira.

Como dito no início deste capítulo, o movimento de mulheres lésbicas e bissexuais teve as questões relacionadas à nossa saúde como foco na disputa por conquistas de direitos. Assim, dois caminhos se delinearam: um estava relacionado aos direitos reprodutivos e sexuais, mais próximo das pautas do movimento feminista, e o outro se referia à transmissão de ISTs no sexo entre mulheres, ponto que se alinhava às demandas do movimento LGBT na época.

A criação da Rede Nacional Feminista de Saúde (RFS), em 1991, possibilitou que inúmeras questões relacionadas aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres fossem articuladas nacionalmente. Destaco o surgimento da Rede no texto, por ela ter papel fundamental para a visibilidade de questões de saúde das mulheres e, principalmente, para as mulheres lésbicas. A partir da RFS, temas outrora negligenciados passaram a ser discutidos e conquistam espaço na arena política brasileira, como: reconhecimento de violência racial, sexual e doméstica como violação de direitos humanos, legalização do direito ao aborto, assegurar os direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos, entre outros.

A RFS teve presença viva na construção das políticas públicas brasileiras, justamente por sua rede integrada de organizações governamentais e não-governamentais, além de ativistas e pesquisadoras feministas (Rede Feminista de Saúde, 2015). Dos diversos dossiês publicados por elas, a produção de Facchini e Barbosa (2006) contemplava uma série de especificidades do cuidado com nossa saúde. O Jornal da Rede também deu espaço para o tema, em uma das edições Pompeu (2001) entrevista sete ativistas do movimento lésbico brasileiro. Elas trazem algumas insatisfações em relação à visibilidade das lésbicas dentro do movimento feminista, como o medo de algumas feministas de serem tachadas como lésbicas ou rejeições às temáticas sobre lesbianidade. Melo (2019) reitera que só houve mudança na Rede, no que tange um feminismo branco e heterossexual, quando mulheres negras e lésbicas ocuparam espaços de liderança.

Pompeu (2001) também conversou com as ativistas sobre demandas relacionadas à nossa saúde, amplamente discutidos no dossiê de Facchini e Barbosa (2006). A resposta das militantes foi unânime: a carência de informações e de políticas públicas sobre a prevenção de ISTs entre mulheres que fazem sexo com mulheres. Menezes (2019) afirma que costuma haver uma culpabilização, vinda dos profissionais de saúde, das mulheres lésbicas que não procuram serviços de saúde ou que não querem fazer o exame preventivo, mas não se fala sobre a forma como são tratadas em consultas ou sobre o despreparo no jeito como o exame preventivo é executado. Ela faz referência especificamente ao espécuro utilizado nas consultas ginecológicas, que deveria ser adequado para mulheres lésbicas que não fazem sexo com penetração. Menezes (2019) ainda relata que há uma rede de mulheres que conversam entre si,

então, se uma passa por um atendimento ruim, outras ficarão sabendo e, por consequência, evitarão passar pela mesma situação.

Uma das ativistas entrevistadas por Pompeu (2001) discute especificamente a questão das ISTs. Elas debatem sobre o mito de que não fazer sexo com homens¹¹ nos deixa livre de doenças infecciosas ou cânceres de mama e colo do útero e reiteram a importância da divulgação de informações acerca dos riscos aos quais estamos expostas quando fazemos sexo com outra mulher. A ativista sugere como estratégia de conscientização a entrega do kit para mulheres lésbicas, que envolvem cortadores e lixas de unha. Melo (2019) havia me contado deste kit¹², que além dos cortadores contavam com camisinhas de dedo e luvas, e explicou que ele surge estreitamente ligado a epidemia da aids, já que na época não se sabia quais eram as formas de transmissão, então, todo cuidado era pouco. Ainda que o kit não tenha tido muita efetividade, já que ainda hoje não sabemos muito bem o que usar para nos proteger ou do que estamos nos protegendo, era alguma forma de visibilidade para as mulheres lésbicas e bissexuais. Nos visibilizamos, minimamente, a partir de uma infecção que acometia majoritariamente homens gays e, ainda que não fôssemos o grupo de risco¹³, me pareceu uma tentativa de criar alguma forma de cuidado que pensasse o sexo entre mulheres com vulvas. Para além do que continha no kit, que pressupunha a prática sexual com as mãos, muitas de nós transam usando dildos ou outros acessórios durante o sexo. Precisamos falar sobre isso, se estamos falando em saúde e educação sexual. Juliana me conta que durante seu relacionamento de 18 anos, ela e a companheira compraram vários dildos:

É...de várias cores, tamanhos. [...] é, então, quando você vive 18 anos com alguém é uma coisa super...é... isso é uma coisa estranha. É... porque cê separa das pessoas e dos pintos, no meu caso foi isso. Algumas amigas não, algumas amigas continuam e tal. Eu sou muito apegada [risos] [...] era com ela...eu peguei, embrulhei [...] joguei no lixo do prédio! (Juliana).

¹¹ A autora não faz menção, mas entendo que falam de homens cisgêneros, uma vez que se refere aos riscos do sexo entre pênis e vulvas.

¹² O kit foi criado pelo Ministério da Saúde e distribuído logo no início das campanhas de prevenção às ISTs/Aids (Melo, 2019).

¹³ Spink (2012) faz um histórico sobre a lógica que rege a promoção de saúde e o conceito de risco, localizando a epidemia da AIDS como central para configuração do conceito de grupo de risco, ou seja, grupos de pessoas que tivessem maior prevalência da doença. Posteriormente, devido ao estigma e preconceito reproduzido contra os homens gays, há uma mudança para comportamentos de risco, em seguida práticas de risco e, por fim, a noção de vulnerabilidade é adotada, de modo a ampliar para o social a compreensão individualista de risco e adoecimento.

Juliana, quando me contou essa história, me ajudou a pensar no quanto somos plurais nas nossas práticas sexuais e em como as sentimos, ou seja, em como a partir delas podemos nos conectar com outras mulheres, nos apaixonar e precisar, em algum momento, nos desfazer dos dildos que significavam mais do que apenas apimentar uma relação de 18 anos. Imagino quantas de nós nos sentiríamos contempladas em conversar ou ler sobre o que fazer com os dildos quando o namoro acaba. Falar da nossa saúde sexual é mergulhar nesse mar de possibilidades, mas insistimos em fazer uma política que, se mergulha, coloca apenas os pés na água. Na entrevista de Pompeu (2001) as ativistas enfatizam que se não somos visíveis, não temos demandas e conseqüentemente não temos acesso a direitos básicos, como a um cuidado em saúde que pense práticas sexuais feitas entre mulheres. Uma delas comenta que os entraves para esta visibilidade começam já dentro de casa, onde podemos sofrer violências, sejam elas físicas, psicológicas, sexuais, patrimoniais ou morais.

Os avanços, sejam eles no campo teórico, político ou ativista, foram tímidos, nós caminhamos muito pouco. Produções recentes dissertam sobre a ineficiência dos serviços de saúde que nos são oferecidos (Fernandes *et al.*, 2018; Soares *et al.* 2017; Silva, 2015) e versam sobre os efeitos disso, como: continuamos sem informações sobre riscos e proteções que envolvem o sexo lésbico; os relatos de experiências ruins em atendimentos com profissionais de saúde permanecem; além de atendimentos homofóbicos, a desinformação destes profissionais sobre perguntas que possamos ter levam a evasão de consultas e, portanto, significam que disponibilizamos de uma forma a menos de nos cuidar; as conseqüências para a saúde mental das violências homofóbicas que sofremos nestes ambientes e fora deles (Fernandes *et al.*, 2018).

Em novembro de 2019, no XX Encontro Nacional da Associação Brasileira de Psicologia Social (ENABRAPSO), participei do minicurso intitulado “Cuidados em Saúde de Mulheres que Fazem Sexo com Mulheres”. Diversos debates surgiram entre as mulheres que estavam ali, fosse para contar experiências pessoais ou para partilhar angústias de pesquisar sobre o tema. Começamos discutindo a inexistência de dados quantitativos sobre a lesbianidade e bissexualidade, não sabemos quantas de nós estão morrendo em decorrência de infecções de HPV não tratadas ou por violências homofóbicas. Uma das participantes do minicurso relata que ficou muito tempo sem ir a consultas médicas para não precisar falar que era lésbica, assunto que engatilhou a discussão sobre podermos ou não doar sangue. Algumas disseram doar sangue e não contar que são lésbicas, mas nos perguntamos qual era o sentido desta proibição já que também nos contam que não precisamos nos preocupar com ISTs.

Embora a Resolução 153/2004 da Anvisa proíba a doação de sangue apenas para “homens que tiveram relações sexuais com outros homens e ou as parceiras sexuais destes” (p.15), algumas mulheres já partilharam histórias sobre serem impedidas de doarem sangue por se relacionarem sexualmente com outras mulheres, como quando Andressa resolveu doar sangue para seu tio: “E aí não me deixaram doar e a mulher falou que eu tava no grupo de risco, tipo 3 vezes, que era tatuagem recente, piercing e homossexual.”. Além das indignações relacionadas à doação de sangue, falamos do uso da palavra brinquedo sexual para se referir aos acessórios que podem ser utilizados no sexo entre mulheres, debatemos sobre as violências que podemos sofrer e nos perguntamos se era possível falar sobre sexo enquanto desejo e prazer ou se apenas conversaríamos sobre proteção, riscos e ISTs.

As discussões, que duraram em torno de uma hora e meia, perpassaram as demandas levantadas pelo movimento lésbico há anos. Me pergunto se paramos no tempo, já que permanecemos com as mesmas questões das mulheres que fundaram o GALF ou a ALEM. Seria absurdo dizer que não progredimos, mas em que sentido? As políticas públicas construídas não foram eficazes, como veremos a seguir. Conseguimos produzir visibilidade temática às mulheres lésbicas e bissexuais, com o aumento de produções acadêmicas e debates científicos sobre, mas retorno a pergunta feita há algumas páginas, por que Mariana ainda se sente em risco quando transa com outra mulher, sem saber exatamente como ou do que deve se proteger? Por que Adriana e Helena tiveram diagnósticos tardios de câncer há pouco tempo, justamente por serem lésbicas? Entretanto, se as produções acadêmicas e a visibilidade temática não conversam com as políticas públicas, e se estas não cumprem sua função, para onde estamos caminhando? Para que nos serve esse tipo de visibilidade?

Me refiro a uma política que foi construída, mas que não alterou a forma como temos sido atendidas, ou seja, continuamos recebendo um cuidado em saúde heterocentrado, que não enxerga nossas demandas ou especificidades, e que nos afasta desse modelo de cuidado em saúde. Andressa conta como ficou anos sem ir à ginecologista, por receio de discriminações; Bethânia ouviu que não necessitava do exame preventivo, por transar com mulheres, o que também a afastou das consultas ginecológicas. Thum, Ceolin, Borges & Heck (2011) discutem práticas de autocuidado e argumentam como um cuidado médico que não olha para a integralidade do sujeito produz afastamento, impondo que essas pessoas busquem outras formas de cuidado.

É preciso ampliar um pouco a discussão para ajudar a pensar em respostas e caminhos para estas perguntas. Outras questões atravessam as vivências destas mulheres lésbicas, como raça e classe, que vão interferir diretamente no tipo de cuidado em saúde que constroem para si

e em quais são suas possibilidades de acesso a serviços e informações relacionadas à saúde. Pensando nisso, revisitar o histórico da construção do SUS no Brasil nos ajuda a pensar sobre como acontece o cuidado em saúde hoje no país, seja ele público ou privado, e no que os discursos sobre cuidado em saúde produzem.

2.2. Entre a saúde materno-infantil e a epidemia de HIV – quem quer saber das lésbicas?

O processo de abertura política no Brasil, como afirmado por Green (2000), fundou caminhos para o florescimento de uma série de movimentos sociais que reivindicavam direitos e melhores condições de vida. Além das manifestações dos metalúrgicos, mulheres, negros, gays e lésbicas, tínhamos uma forte movimentação, conforme disserta Filho (2001), que clamava pela liberdade, democracia e eleições diretas na escolha da presidência da República. A pressão social do povo culminou na intensificação do processo de democratização do país e cenários que não faziam parte do cotidiano brasileiro durante os anos da ditadura passam a marcar presença: liberdade de expressão para a imprensa e para as greves dos trabalhadores (Filho, 2001).

Ao passo em que reconquistávamos a democracia, o país passava por uma grave crise econômica e social. Durante a ditadura militar houve intensa migração populacional para as periferias urbanas, à medida que a concentração de renda se acentuava, e uma atmosfera de tensão social recrudescia (Santos, 2018). Somado a isso, não havia sequer assistência nos hospitais públicos, que funcionavam de forma precária (Filho, 2001), deixando a população desassistida e sem acesso a direitos básicos que deveriam ser assegurados pelo estado. Então, começaram a ser delineadas propostas de reorganização do sistema de saúde oficial (Filho, 2001), embora houvesse resistência de setores conservadores do governo, afirmando que as políticas de seguridade social afastavam a iniciativa privada de investir no país (Paim, 2013). A abertura política e social do período propiciou que Conselhos Populares de Saúde fossem criados com o intuito de levar saneamento básico e hospitais para áreas periféricas do país, situação que, atrelada ao descontentamento crescente da classe médica com suas condições de trabalho, deu início ao Movimento Sanitarista (Filho, 2001).

Um dos principais frutos do Movimento Sanitarista foi, segundo Filho (2001), a criação do texto “Pelo direito universal à saúde”, que colocava assistência médica e sanitária como um direito do cidadão e um dever do estado. Apesar dos confrontos com os empresários que lucravam com o modelo de saúde privada, a redação final da Constituição de 1988 incluiu

grande parte das demandas populares e de profissionais de saúde que constavam no documento em questão. A seguridade social deixava de ser filantropia estatal, para fazer parte de um estatuto de direito (Paim, 2013).

O sistema de saúde que tramitava nas reuniões da constituinte, de início denominado Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), tinha por princípio a integração de todos os serviços de saúde, fossem eles públicos ou particulares, sendo uma rede hierarquizada e regionalizada, com forte presença da comunidade. Havia uma tentativa do governo em controlar as atividades de instituições privadas, como laboratórios e hospitais, tornando o setor de saúde particular como complementar ao serviço de saúde público. Houve, novamente, resistência do lobby empresarial e o Sistema Único de Saúde (SUS) é criado a partir da integração de serviços estatais (Filho, 2001) e hoje tem os serviços privados de saúde vinculados como suplementares às políticas de saúde do SUS.

Tanto o final da década de 1970, quanto a década de 1980 foi marcada por diversos avanços no campo da saúde, que culminaram na criação do SUS. A constituição das Unidades Básicas em diversos municípios, já antecipava compromissos do SUS como a atenção integral e equitativa ou os princípios de universalidade, integralidade e igualdade. A organização das Secretarias Municipais de Saúde, junto ao Movimento Sanitarista, possibilitou a expansão da atenção à saúde a outros municípios. Após a publicação da constituição cidadã, duas outras leis ratificaram os progressos feitos nos últimos anos, as quais: a lei 8080/90, que regula as ações e serviços de saúde em todo o território nacional; e a lei 8.142/90, que dispõe sobre a participação comunitária na gestão do SUS (Santos, 2018).

Os últimos 32 anos de SUS foram de avanços e retrocessos. Se de um lado vimos diversas áreas prosperando, como as unidades de atenção básica ou dos centros de atenção psicossocial (CAPS) e de saúde do trabalhador (CEREST). Houve também uma ampliação na assistência de doenças crônicas e a inclusão de portadores de deficiências, além do controle à epidemia de aids permanecer entre os melhores se comparado aos países em desenvolvimento. Por outro lado, acompanhamos um boicote à política do SUS e a criação de um modelo alternativo de atenção à saúde, alinhado aos interesses dos lobbies empresariais (Santos, 2018) e de setores políticos neoconservadores no Brasil. O SUS tem resistido a um plano orçamental austero e a constantes desvios de verbas (Filho, 2001; Paim, 2013; Santos, 2018), o que dificulta a plena execução dos deveres firmados no ato da sua criação.

Se em princípio a saúde privada era vista como complementar aos serviços de saúde públicos (Filho, 2001, Santos, 2018), hoje acompanhamos um maciço investimento voltado para a saúde privada, em detrimento da saúde pública. O subfinanciamento do SUS impede que

a atenção básica dê conta de sua função primeira: a de prevenir e promover saúde, de modo que o serviço se tornou compensatório ou, em outras palavras, um constante “apagar fogo”. Exames específicos que deveriam, supostamente, ser financiados pelo estado na atenção secundária, estão com filas lotadas, impedindo que o sistema de saúde funcione como poderia. Sabemos que para que um usuário do SUS seja atendido na atenção terciária, como por exemplo um hospital oncológico, é preciso que tenha os exames que comprovem seu diagnóstico, fato que faz com que muitos usuários paguem clínicas particulares para que tenham logo seus resultados.

Segundo Santos (2018), cerca de 25% a 30% da população é vinculada a algum plano de saúde, ainda que utilizem o SUS quando necessitam de medicamentos onerosos ou em ações de vigilância sanitária. Os outros 70%, que utilizam somente o sistema público ficam à mercê das filas ou sucumbem às clínicas particulares. Ao passo em que o sistema público de saúde é sucateado, a privatização de hospitais públicos e a criação de planos de saúde baratos, que funcionam por franquia justamente para atrair as camadas mais populares, vai aos poucos realocando o setor privado como primeira, senão única, opção para um cuidado em saúde de qualidade.

A partir de 2013, com as manifestações contrárias à gestão Dilma, iniciamos um processo de inconstância política no país, com o avanço de movimentos neoconservadores, tornando o cenário econômico e político desfavorável para a expansão de políticas sociais (Machado, Lima & Baptista, 2017), sinalizando tempos ainda mais difíceis ao SUS. Tais movimentações culminaram no golpe, em 2016, que irregularmente destituiu a presidenta do poder. Hoje, sob a gestão extrema-direita e fascista de Bolsonaro, acompanhando um movimento político mundial¹⁴, há uma forte ofensiva contra os direitos sociais conquistados desde a redemocratização. Dizer que o cenário não está favorável não significa afirmar que em governos anteriores os direitos relacionados a saúde prosperavam facilmente, ainda em tempos de gestões aliadas aos movimentos sociais a bancada religiosa sempre teve forte interferência nos vetos a projetos progressistas relacionados a avanços nos direitos sexuais e reprodutivos. Temos como exemplo o Projeto de Lei 1151-A de 1995 da então deputada federal Marta

¹⁴ Me refiro às eleições do presidente Donald Trump nos Estados Unidos e do primeiro ministro da Hungria, Viktor Orbán. O documentário “Gênero sob ataque” de Erika Miranda e Jerónimo Centurión ilustra bem a ofensiva neoconservadora, que acontece em toda a América Latina, travestida de defensora dos direitos da família e das crianças enquanto busca aniquilar direitos como a legalização do aborto e o casamento homossexual.

Suplicy, que por assegurar que duas pessoas do mesmo sexo¹⁵ pudessem reconhecer união civil ficou engavetado durante anos (Pimentel, 2001).

Se o cenário foi sempre desafiador, no que se refere as conquistas no campo dos direitos relacionados a nossa saúde, hoje enfrentamos um processo massivo de silenciamento e cerceamento de direitos sociais. No ano de 2016, sob a gestão Temer, a “PEC do fim do mundo” foi aprovada, fato que já dava o tom dos interesses políticos que se sustentariam no pós-golpe. A Emenda Constitucional 95/2016 congelou em 20 anos os gastos públicos, afetando diretamente as verbas da seguridade social da União, especialmente a saúde e educação, áreas que já sobreviviam com repasse muito aquém do que realmente precisam. Santos (2018) compara o SUS com sistemas públicos universalistas avançados que, apesar de também sofrerem com a lógica neoliberal, conseguem manter a adesão de classes médias e da elite, fator preponderante para que o sistema não seja sucateado, além de manterem em 70% ou mais seu gasto público com saúde.

No atual governo brasileiro, de Bolsonaro, a resolução 614 do Conselho Nacional de Saúde afirma a garantia da atenção à saúde da mulher e das pessoas LGBT, no entanto, as Secretarias de Direitos Humanos e de Políticas para Mulheres foram extintas, com um corte orçamentário significativo em relação às questões pertinentes às mulheres (Gonçalves & Abreu, 2018). Houve também a mudança da estrutura do departamento de ISTs, Aids e Hepatites Virais, importante conquista dos movimentos sociais, para Departamento de Doenças e Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (Decreto nº 9.795), indicando uma mudança significativa na forma como a atual gestão encara o cuidado em saúde das mulheres e da população LGBT.

É preciso pontuar que a ofensiva conversadora neste governo avança de modo peculiar, não a partir da destruição dos direitos humanos, mas sim a partir de sua depuração. De forma contundente, a chefe do Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos afirma defender a todos e coloca como frente de sua gestão a proteção da família, da mulher e das crianças e, a despeito dos discursos homofóbicos e transfóbicos do presidente, mantém a diretoria para promoção de direitos LGBT. Entretanto, ao associar os direitos humanos à criminalidade e corrupção, esse governo propõe uma releitura da política humanitária, focada em populações

¹⁵ Apesar de ser esta a descrição do projeto de lei, é preciso compreender a homossexualidade para além da concepção do sexo biológico. A expressão “casais do mesmo sexo” tende a reduzir a experiência plural da homossexualidade a uma prática sexual, além de manter uma ordem discursiva heteronormativa e binária, excluindo, por exemplo, pessoas trans.

específicas, como as crianças, cuidadosamente separadas em meninos e meninas; como também a proteção aos embriões, em detrimento da vida de mulheres (De Vito & Prado, 2019).

A ofensiva antigênero se organiza de forma complexa, uma vez que mitiga nossa liberdade, ao passo em que o faz em nome da proteção de direitos humanos. A complexificação no modo como as pautas e reformas conservadoras avançam no governo Bolsonaro, implicam em um rearranjo nas formas de insurgência e resistência dos movimentos sociais, de modo que até então nos encontramos de mãos atadas frente ao desmonte das políticas sociais, de saúde, de educação, da cultura. Na seção seguinte, irei revisitar as políticas públicas de saúde criadas desde o processo de redemocratização brasileiro em diálogo com autoras e produções feministas.

2.3. As políticas públicas de saúde voltadas para mulheres lésbicas e bissexuais

Antes de iniciarmos o resgate histórico das políticas públicas voltadas para as mulheres lésbicas e bissexuais, apresento duas tabelas para facilitar o caminho das leitoras pelo capítulo. A primeira tabela se trata dos documentos de políticas de saúde em articulação com questões feministas e LGBT, a segunda se refere aos documentos que estruturaram as políticas de saúde no Brasil. A seguir listo todos os documentos que discutiremos aqui, com uma breve descrição da finalidade de cada um deles:

Documento	Ano	Finalidade
Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática	1984	Primeiro documento que versa sobre a saúde da mulher, indo além da lógica materno-infantil que operava até então.
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes	2004	Atualização da Política de saúde, com uma seção direcionada às mulheres lésbicas e bissexuais.
Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM I)	2005	Criado pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres com o intuito de promover a igualdade entre homens e mulheres.
Chegou a Hora de Cuidar da Saúde	2006	Fruto da Política Nacional de DST/Aids, a cartilha fala de alguns aspectos sobre a saúde de mulheres lésbicas e bissexuais.
Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia da Aids e outras DST	2007	Documento norteador da implementação de ações, voltadas para mulheres, relacionadas ao diagnóstico e tratamento de DSTs e aids.
II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM II)	2008	Atualização do PNPM I, que traz ações específicas voltadas para mulheres lésbicas.

Plano integrado de Enfrentamento da Feminização da Aids e outras DST – versão revisada	2009	Versão atualizada, agora com uma seção voltada para mulheres lésbicas e bissexuais.
Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais	2012	Construído com o intuito de visibilizar as questões de saúde LGBT. O documento também aponta para a invisibilidade histórica das mulheres lésbicas no movimento LGBT.
Mulheres Lésbicas e Bissexuais – Direitos, Saúde e Participação Social	2013	O documento buscou enfatizar a importância da participação social na construção de políticas públicas e foi uma resposta às demandas do movimento por um material educativo e informativo que abordasse pautas específicas sobre lesbianidades, bissexualidades e saúde
Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais	2014	Documento específico voltado para pensar um cuidado em saúde específico para mulheres lésbicas e bissexuais.

Tabela 1: Documentos da política de saúde em articulação com questões feministas e LGBT

Documento	Ano	Finalidade
Constituição da República Federativa do Brasil	1988	Instituiu o Sistema Único de Saúde – SUS, colocando a saúde como um direito social de competência dos poderes públicos.
Lei nº 8.080	1990	Lei que regula as ações e serviços de saúde em todo o território nacional.
Lei nº 8.142	1990	Dispõe sobre a participação comunitária na gestão do SUS.
Resolução CFP nº 001/99	1999	Regulamenta sobre as ações da Psicologia em relação às orientações e práticas homossexuais, vetando qualquer prática psicológica relacionada à “cura gay”
12ª Conferência Nacional de Saúde	2003	Inclusão da orientação sexual e identidade de gênero como determinantes sociais de saúde.
Resolução nº 153	2004	Regulamenta os procedimentos hemoterápicos e institui a proibição de que homens que fazem sexo com outros homens não podem doar sangue.
13ª Conferência Nacional de Saúde	2008	Inclusão da orientação sexual e identidade de gênero como determinantes sociais de saúde.
Emenda Constitucional nº 95	2016	Congelou em 20 anos os gastos públicos, afetando diretamente as verbas da seguridade social da União, especialmente a saúde e educação.
Resolução nº 614	2019	O Conselho Nacional de Saúde aprova diretrizes referentes à Programação Anual de Saúde e o Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias da União para 2020.

Decreto nº 9.761	2019	Revogou a política de redução de danos, uma grande conquista da Reforma Psiquiátrica de 2001, da nova Política Nacional sobre Drogas, adotando como terapêutica a abstinência, tanto de drogas lícitas como ilícitas
Decreto nº 9.795	2019	Alteração da estrutura regimental do Ministério da Saúde, fundindo o Departamento de ISTs, Aids e Hepatites Virais ao de Doenças e Condições Crônicas.

Tabela 2: Documentos que estruturam a política de saúde

Como vimos na seção anterior, o movimento que dá origem ao modelo de saúde pública brasileiro se inicia no período de abertura política do país, depois de anos de ditadura, culminando na criação da Constituição Federal de 1988. Com a ascensão à época dos movimentos sociais feminista, negro e homossexual, três aspectos propiciados por este levante marcaram de forma contundente as políticas públicas que se seguiram. Foram eles: o entendimento da saúde como um direito de todos, a ser assegurado pelos poderes públicos (Brasil, 1988); o viés materno-infantil das políticas de atenção à saúde das mulheres no cenário internacional (Rede Feminista de Saúde, 2008) e a resposta brasileira à epidemia da aids (Calais & Perucchi, 2017).

Tanto a luta pelos direitos reprodutivos das mulheres, quanto as disputas em decorrência da epidemia de aids são pautas estreitamente ligadas à invisibilidade lésbica. Se por um lado somos cobradas, por sermos mulheres, a seguirmos nosso destino biológico e engravidarmos, de outro, na lógica proposta por Wittig (2012), não somos consideradas mulheres, por desafirmos a inteligibilidade heteronormativa e, como a gravidez só seria possível neste universo discursivo, a maternidade não poderia ser imaginada para nós. Mayorga, Perucchi e Prado (2011) traduzem bem a proposição de Wittig:

Se ser mulher é estar inserida no domínio da heterossexualidade compulsória e, considerando que o discurso opressor é, sobretudo, um discurso heterossexista, Wittig provoca ao colocar as lésbicas em uma posição (política) diferenciada por meio da qual escapam à programação da matriz heteronormativa original, uma vez que não se submetem, *à priori*, à hierarquização heterossexual. Portanto, para ela [Wittig], a lesbianidade – mais do que um conceito que remete a práticas de caráter sexual homoerótico – trata-se, sobretudo de um conceito revolucionário, traduzindo um posicionamento político que se situa além das categorias homem e mulher. (Mayorga *et al.*, 2011, p. 20)

A partir deste entendimento, para pensarmos as opressões em torno da lesbianidade, precisamos ir além das discussões que as reduzem somente aos efeitos do patriarcado (Mayorga *et al.*, 2011). Neste sentido, resgato os desafios do movimento lésbico ao se aproximar das

pautas feministas, havia um receio de que as demandas lésbicas fossem reduzidas às lutas exclusivas de mulheres heterossexuais. Analogamente, a ideia do sexo lésbico como preliminar do sexo heterossexual, o sexo de verdade, as apagava em relação aos riscos da epidemia de aids. Se no sexo lésbico, se é que ele acontecia, não havia troca de fluídos, então, não havia com o que se preocupar. As lésbicas, enquanto sujeitas abjetas (Butler, 1999), se quer existiam no campo inteligível da heteronormatividade: pensavam, e ainda pensam!, que não transamos, e se transamos, não é sexo o suficiente para nos preocuparmos com proteção.

Era preciso buscar um caminho fronteiriço, em que conseguíssemos discutir opressões interseccionais. Bem, naquela época de insurgência dos movimentos sociais, a pauta principal do movimento feminista conversava bem com as demandas lésbicas. Buscávamos avanços relacionados aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, já que até meados de 1980 a visão materno-infantil predominava no Brasil (Rede Feminista de Saúde, 2008). Os primeiros programas voltados à saúde das mulheres, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher que, baseada em justificativas biológicas, nos reduzia ao papel social de mãe e doméstica (Brasil, 2004).

Costa (1999) conta que o Programa de Saúde Materno Infantil (PSMI) foi criado ao final dos anos 60, pela Divisão de Saúde Materno-Infantil do Ministério da Saúde, inspirado nas recomendações da Organização Pan-Americana da Saúde. O programa tinha como foco o binômio mãe e filho e à mulher restavam cuidados referentes ao pré-natal, ao parto e ao puerpério. À época, ainda sem a existência do SUS, a saúde era operada verticalmente, a partir de um sistema centralizado, o que dificultava a integralização dos serviços ofertados em diferentes estados e municípios. Assim, outros programas relacionados ao cuidado à saúde das mulheres não se articulavam, como o controle de câncer cervical que, naquele tempo, era gerido pelo Programa de Doenças Crônico-Degenerativas (Costa, 1999).

A década de 70 foi movimentada por fortes debates relacionados às políticas demográficas, os posicionamentos se dividiam entre pró e anticontrolistas. Começava a se falar em planejamento familiar, que tem suas origens no Brasil Colônia, quando havia incentivo à natalidade, por dois motivos, respectivamente racistas e machistas: o compromisso com uma política de embranquecimento¹⁶ e melhoria da raça brasileira e por uma ideologia religiosa, que

¹⁶ Abdias Nascimento (1978), em *O Genocídio do Negro Brasileiro*, relata que nos tempos de escravização a política de embranquecimento se estruturou com o intuito de limitar totalmente o crescimento da população negra, vista como uma raça de sangue infectado e qualidades inferiores à branca. O autor cita Arthur de Gobineau, um diplomata francês, que predisse que, com o fortalecimento vindo das raças europeias, em dois séculos a raça negra acabaria.

compreendia ser função da mulher a servidão ao homem, provendo quantos filhos a natureza ou deus determinassem. De modo que o incentivo à natalidade perdurava, quando começaram discussões sobre o crescimento populacional ser inversamente proporcional ao desenvolvimento econômico dos países. A eugenia, que operava antes em favor da natalidade, agora se fundamentava no planejamento familiar para promover a seleção racial e evitar que populações negras e pobres continuassem crescendo.

As políticas públicas, alinhadas aos interesses religiosos e financeiros, começaram a adotar práticas de controle de fecundidade, como a incorporação da paternidade responsável e do Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco (PPGAR) ao PSMI, que ofertava a contracepção às mulheres que apresentassem sintomas de risco gestacional (Costa, 1999). Resistências se mobilizaram contra o PPGAR, que foi descontinuado pelo Ministério da Saúde. Como saída, instituições não governamentais se organizaram para promover ações de planejamento familiar, como por exemplo o Centro de Pesquisas de Assistência Integrada à Mulher e à Criança (CPAIMC). A instituição conseguiu construir uma cultura de contracepção e intervenção entre os profissionais, como também ampliou seu alcance distribuindo materiais contraceptivos para outras instituições. Era o início dos anos 80, o cenário de abertura política no Brasil, a organização da Reforma Sanitarista e a organização de um movimento feminista brasileiro criam pano de fundo para importantes inovações no modelo de saúde e aqui, especificamente, me refiro na criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (Costa, 1999). E, se até então, havia uma postura de incentivo à natalidade e, em consequência, uma legislação que preconizava a maternidade em detrimento da autonomia sobre nossos corpos (Rede Feminista de Saúde, 2008) as tensões que borbulhavam entre os movimentos sociais apontavam para mudanças significativas.

Pela primeira vez na história da saúde pública brasileira fazíamos parte da discussão acerca da política pública que seria construída para o cuidado à nossa saúde. Em meio à primeira primavera do movimento feminista branco brasileiro, reinava um clima de liberdade trazido pela pílula contraceptiva e a possibilidade de ruptura com o lugar da mulher que sempre nos foi atribuído, começávamos a ocupar espaços que fossem além da maternidade e da profissão de dona de casa (Costa, 1999). É importante salientar que embora o movimento feminista branco comemore a chegada das mulheres ao mercado de trabalho, este é um ponto de crítica contundente feito pelo movimento feminista negro. Sueli Carneiro (2003) discute esta questão colocando em xeque a expressão “boa aparência” escrita em anúncios de emprego, uma hierarquia bem-posta entre mulheres brancas e negras. Ao passo em que comemorávamos a

chegada ao espaço de trabalho, quantas mulheres negras já trabalhavam, há anos, incessantemente para seu sustento?

O PAISM foi o primeiro programa já estruturado a partir da reforma sanitária e alinhado aos princípios que seriam elegidos pelo SUS alguns anos depois, ou seja, organizado de forma integralizada, descentralizada e horizontalizada. O programa inovava tanto nesta nova estruturação de sua gestão quanto no conjunto de princípios e diretrizes que visavam orientar toda a assistência voltada para mulheres de diferentes idades, raças e classes sociais de acordo com suas demandas relacionadas à saúde mental, internações hospitalares, situações de emergência, atenção clínica, saúde da mulher trabalhadora e, dentre estes processos, incluía-se a saúde reprodutiva. Houve uma mudança fundamental, a partir do PAISM áreas distintas do SUS, que tratavam da saúde das mulheres, estavam conectadas (Costa, 1999). A autora enfatiza que a inclusão do Planejamento Familiar no PAISM não deveria ocupar espaço privilegiado na agenda do programa, assim como as políticas de controle de fecundidade deveriam partir de uma abordagem integral, sem oferecer qualquer risco a nossa saúde.

A criação dos métodos contraceptivos foi um grito de liberdade, por significar a retirada da maternidade como função mandatória¹⁷, no entanto, o estado operou o controle de natalidade por uma via já conhecida: nossos corpos. De modo que 2 anos depois da criação do PAISM, em 1986, dados do IBGE expostos por Costa (1999), indicavam que as esterilizações cirúrgicas eram utilizadas em demasia, abrindo questionamentos sobre como a escolha por este método contraceptivo definitivo acontecia. Aqui, retomo a crítica feita ao feminismo, que pautava demandas exclusivas das mulheres brancas e heterossexuais. O texto do PAISM (Brasil, 1984), embora inovador por buscar ampliar o cuidado em saúde da mulher para uma perspectiva integral, nos tratou como se fôssemos uma, com as mesmas demandas e necessidades. Costa (1999, p. 331), em contrapartida, afirma que “no plano dos conceitos e das políticas para a saúde das mulheres, o PAISM satisfaz inteiramente”, em consonância, Melo (2019), enquanto conversávamos sobre os avanços das pautas feministas no âmbito governamental, diz que, caso tivesse sido colocado em prática em todos os seus princípios, o PAISM seria suficiente para abarcar as demandas plurais das mulheres. Anzaldúa (2005), em 1987, discutia justamente a

¹⁷ O filme “A Vida Invisível” (2019), uma adaptação do livro de Martha Batalha, retrata, de forma sensível e intensa, os efeitos da maternidade não programada ou desejada imposta às mulheres da época. O enredo trata especificamente da vida de Eurídice Gusmão e sua irmã, que viviam no Rio de Janeiro na década de 50. Não havia possibilidade de escolha sobre a gravidez, especialmente após o casamento, quando o sexo, ou melhor dizendo: o estupro, acontecia única e exclusivamente de acordo com as vontades do homem.

suposta universalidade do feminismo ao afirmar o lugar limítrofe da mulher lésbica e não branca, que em uma lógica binária, não existe em nenhum dos dois lugares. Analogamente, Curiel (2016) discute a multiplicidade de identidades que carrega, uma mulher, negra, lésbica, feminista, decolonial, acadêmica e, por aí vai, e seu ponto é que as políticas de identidade, ainda que muito importantes, não bastam para refletirmos todas as opressões que podem nos atravessar. Talvez seja esse o caminho para pensar as existências que cruzam estas fronteiras, como as mulheres lésbicas ou as mulheres lésbicas negras. Carneiro (2003), ao problematizar justamente os limites do feminismo branco, discorre sobre as questões de saúde das mulheres negras brasileiras e da inexistente conversa sobre doenças étnicas/raciais, bem como a esterilização maciça da população negra.

Os anos seguintes ao PAISM, foram marcados por mais avanços relacionados aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. A Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD) em Cairo, em 1994, e a Conferência Mundial sobre Mulheres em Beijing, em 1995, marcaram a saúde reprodutiva e a saúde sexual como um direito legítimo das cidadãs e um dever do estado (Facchini, 2008; Rede de Saúde Feminista, 2008). Embora direitos tenham sido reconhecidos, é nessa época que, segundo Corrêa (2017), a ofensiva antigênero se inicia: na conferência de Cairo se adicionou o conceito de gênero, pela primeira vez, a um documento intergovernamental, entretanto, por pressão da direita católica norte-americana, ele foi retirado da conferência sobre Mulheres em 1995, por sua potência em desestabilizar a suposta ordem natural dos sexos. Em meio a esta silenciosa disputa, no Brasil, o movimento gay avançava suas pautas com a consolidação do Programa Nacional DST/Aids (PN-DST/Aids) (Calazans, Pinheiro e Ayres, 2018).

O cenário de avanços relacionados às pautas das mulheres e da epidemia de aids era propício para o que o movimento lésbico pensasse articulações referentes aos nossos direitos na esfera governamental. A aposta inicial aconteceu no campo da saúde, por ser a demanda principal das mulheres que compunham o movimento, talvez pelo que Melo (2019) me conta, sobre a epidemia de aids ter sido um susto para todos, inclusive para as lésbicas que não sabiam quais eram as formas de transmissão do vírus. Assim, com o apoio do Ministério da Saúde via PN-DST/Aids, em 1996 aconteceu o primeiro Seminário Nacional de Lésbicas (Senale), com a participação de 100 mulheres (VI Senale, 2006). Nossa visibilidade política aconteceu, neste primeiro momento, colada à busca por visibilidade no campo das ISTs, o que evidenciava, mais uma vez, a escolha da saúde e dos direitos sexuais como prioridade na agenda do movimento lésbico (Almeida, 2009).

A aproximação do movimento lésbico ao PN – DST/Aids trouxe outros frutos, como a elaboração do Grupo Matricial, uma instância de diálogo constante entre o Ministério da Saúde e as mulheres lésbicas. Apesar da sua importância nos anos 90, o grupo não teve o efeito esperado, as demandas produzidas por ele não culminaram nas respostas estatais desejadas, além da associação do movimento lésbico à discussão da aids ter sido vista, por algumas militantes, como desnecessária (Almeida, 2009). Calhoun (2000) teoriza sobre as dificuldades encontradas pelas mulheres lésbicas tanto dentro do movimento gay quanto dentro do movimento feminista. A autora argumenta que o movimento gay errou em dois pontos:

Se por um lado, focava no status de gays e lésbicas como desviantes sexuais, o movimento por direitos gays não conseguiu notar a conexão entre opressão às mulheres lésbicas e opressão às mulheres. Por outro lado, tendia a igualar gay com homem gay e falhava em consignar as atitudes patriarcais reiteradas pelo próprio movimento gay. Tornar clara a diferença entre lésbicas e gays significava que o foco das feministas lésbicas teve que ser na experiência das lésbicas dentro de uma cultura patriarcal, não na sua experiência como desviantes de uma cultura heterossexual (Calhoun, 2000, p. 27, tradução nossa).

Com o Senale, havia no Brasil uma tentativa de encontrar o caminho de um movimento lésbico que, como sugere Calhoun (2000), buscasse compreender as opressões que atravessam a vida das mulheres lésbicas, vindas por se desviarem tanto do patriarcado quanto da norma heterossexual e que seriam também interpeladas pela raça e classe de cada uma de nós. A autora argumenta que um dos grandes erros do movimento lésbico dos anos 80, se referindo ao contexto norte-americano, foi o de tentar encaixar todas as opressões vividas por uma mulher lésbica dentro da lógica de dominação patriarcal. De modo que, as resistências de ativistas ao se aproximarem dos movimentos feminista e gay podem ser entendidas a medida em que compreendemos a ideia de que era preciso construir um discurso e uma militância que fosse além das fronteiras propostas por estes dois debates.

No Brasil, com o movimento lésbico mais estruturado, os Senales continuaram acontecendo. Nos anos de 1997, 1998 e 2001, em consonância com o primeiro encontro, as ativistas pautaram temas referentes à nossa saúde como prioridade na agenda dos seminários (Facchini & Barbosa, 2006; Fernandes e cols., 2018). As temáticas centrais dos quatro primeiros Senales foram: Saúde, Visibilidade e Organização no ano de 1996; Saúde e Cidadania em 1997; Saúde e Visibilidade em 1998; e Cidadania, Visibilidade, Saúde e Organização em 2001 (VI Senale, 2006). Os encontros que se seguiram ampliaram o debate para outros campos, como em 2003 com o tema “Políticas Públicas: conquista de cidadania para as lésbicas” ou em

2006 com a temática “Movimento de Mulheres Lésbicas como Sujeito Político: Poder e Democracia” (VI Senale, 2006).

No ano de 2004 houve o lançamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e, com avanço em relação ao PAISM, continha uma seção direcionada às demandas levantadas pelas ativistas que compuseram o Senale de 2003, as quais: os atendimentos ginecológicos heteronormativos oferecidos às mulheres, a ideia de que mulheres lésbicas não estão em risco em relação ao câncer de colo de útero, a vulnerabilidade em relação as DSTs pelas mulheres lésbicas profissionais do sexo, a violência intrafamiliar à qual adolescentes lésbicas podem estar expostas e o acesso à inseminação assistida na rede do SUS (Brasil, 2004).

Embora a política nacional tenha significado um avanço relacionado à nossa visibilidade política, com a adição das pautas priorizadas na agenda do movimento, permanecia como desafio a viabilidade para a implementação de mudanças a partir dos problemas expostos na PNAISM, já que o documento não propõe saídas sobre em seu Plano de Ação. As informações expostas no texto da política exploravam debates importantes e que estavam alinhados às demandas do movimento lésbico, no entanto, discorre sobre as vulnerabilidades às quais estamos expostas, mas somente para grupos específicos, como no caso das ISTs para mulheres lésbicas profissionais do sexo e os casos de violências sofridas por adolescentes.

Nossas pautas ganhavam visibilidade pouco a pouco, fosse na arena política, com uma gestão aberta ao diálogo com os movimentos sociais, fosse nas produções acadêmicas de mulheres lésbicas que estavam escrevendo e debatendo sobre questões específicas que nos atravessavam e ainda atravessam. Em 2006, a publicação de Facchini e Barbosa explora as diversas vulnerabilidades e temáticas relacionadas a nossa saúde, como já discutido anteriormente no texto, e apontam para a necessidade de mais produções acerca do tema. Textos recentes, no entanto, continuaram mencionando a incipiência dos dados e publicações sobre lesbianidades, fato que já havia aparecido nas minhas conversas com Neusinha Melo (2019) e Soraya Menezes (2019). Soares, Peres e Dias (2017) apontam para a escassez dos dados epidemiológicos sobre mulheres lésbicas e bissexuais e me pergunto, se vivemos em uma lógica de saúde que só enxerga a vulnerabilidade em números, como seremos vistas se os dados que podem denunciar a realidade em que vivemos não forem produzidos. Publicações internacionais também reiteram a vulnerabilidade de mulheres lésbicas e bissexuais em relação aos cânceres de colo de útero e de mama (Watermann & Voss, 2015; Cochran & Mays, 2012), bem como o despreparo profissional para nos atender (Curmi, Peters e Salamonson, 2014), fato

que gera a evasão de mulheres nos serviços de saúde (Soares, Peres & Dias; Silva, 2015), como já denunciado por acadêmicas e ativistas lésbicas brasileiras.

De volta às políticas, a parceria com o PN-DST/Aids rendeu ainda a cartilha “Chegou a Hora de Cuidar da Saúde”. A publicação, de poucas páginas, perpassa alguns temas relacionados à nossa saúde, como o direito em viver a homossexualidade e a descoberta da sexualidade na adolescência. Numa abordagem interseccional e integral, abrange também questões raciais, alimentação saudável, exercícios físicos e o uso de drogas, em uma perspectiva da redução de danos¹⁸. No campo da saúde sexual e reprodutiva comenta sobre as visitas periódicas à ginecologistas, prevenção de cânceres de mama e colo do útero, gravidez e ISTs (Brasil, 2006). A luta por visibilidade política nos diversos campos da saúde está em constante disputa, de modo que podemos perceber uma oscilação da priorização e legitimação das demandas do movimento de mulheres lésbicas na publicação de documentos oficiais do governo. Como exemplo, temos o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM) I e II, respectivamente lançados em 2005 e 2008. Ambos se fundamentam em pontos como igualdade, respeito à diversidade e autonomia das mulheres (Brasil, 2005; Brasil, 2008). Nota-se um avanço do segundo plano em relação ao primeiro, já que este traz ações específicas voltadas para a população lésbica, reconhecendo a orientação e práticas sexuais como determinantes no cuidado em saúde (Calderaro, 2011).

Analogamente, o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST, de 2007, pautava a promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva, com o intuito de nortear a implementação de ações relacionadas ao diagnóstico e o tratamento de ISTs e da aids especificamente para mulheres. Neste primeiro documento, apesar de parecermos como vulneráveis às infecções, não descrevem possibilidades de ação para o diagnóstico e tratamento especificamente para nós (Brasil, 2007). O segundo Plano, publicado em 2009, foi fruto da discussão com diversos grupos de mulheres, de modo que seu texto conta com uma agenda afirmativa pautada na vulnerabilidade de mulheres lésbicas e bissexuais, transexuais, prostitutas, entre outras (Brasil, 2009).

¹⁸ O Decreto nº 9.761 (2019) revogou a política de redução de danos, uma grande conquista da Reforma Psiquiátrica de 2001, da nova Política Nacional sobre Drogas, adotando como terapêutica a abstinência, tanto de drogas lícitas como ilícitas. A medida, mais um dos grandes retrocessos da gestão Bolsonaro, indica um retorno à lógica manicomial de cuidado em saúde. As comunidades terapêuticas são majoritariamente religiosas, subsidiadas pelo próprio governo federal, e tem como prerrogativa, segundo Ribeiro e Minayo (2015), a participação em atividades religiosas e submetem homossexuais e travestis a situações discriminatórias, quando não a ações de cura.

O Ministério da Saúde lançou em 2012 a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (2012) na tentativa de visibilizar questões de saúde LGBT e reconhecer os efeitos da discriminação e exclusão neste âmbito. O texto da política reconhece a invisibilidade das mulheres lésbicas tanto no Grupo Somos como nas ações de prevenção à aids, caminho que só se modifica com a aproximação do ativismo lésbico ao feminista, o que propiciou a emergência deste debate na arena política (Brasil, 2012). Além da política nacional de saúde, outra grande conquista do ativismo LGBT na luta por reconhecimento dos direitos foi a inclusão da orientação sexual e identidade de gênero como determinantes sociais de saúde, nas Conferências Nacionais de Saúde de 2003 e 2007 (Brasil, 2003; Brasil, 2008).

A política trata de temas específicos relacionados à nossa saúde, que já eram discutidos tanto pelo movimento lésbico quanto pelas produções acadêmicas, como a prevenção de cânceres ginecológicos, o acesso a um tratamento qualificado, assim como o cuidado a questões relacionadas à nossa saúde mental (Brasil, 2012). No entanto, uma das principais demandas do movimento de mulheres lésbicas e bissexuais permaneceu pendente: a priorização de demandas plurais do movimento LGBT em detrimento das questões que envolvem especificamente a lesbianidade e bissexualidade. Me lembro da fala de Melo (2019), quando a ativista relata que se antes os homens gays tinham mais visibilidade, hoje as pautas trans assumem o protagonismo do movimento e, então, nos perguntamos “quem quer saber das lésbicas?”.

Em 2013, o Ministério da Saúde lançou a cartilha “Mulheres Lésbicas e Bissexuais: Direitos, Saúde e Participação Social”. Fruto da cooperação do ministério com ativistas lésbicas e bissexuais, o documento buscou enfatizar a importância da participação social na construção de políticas públicas e foi, também, uma resposta às demandas do movimento por um material educativo e informativo que abordasse pautas específicas sobre lesbianidades, bissexualidades e saúde. O texto traz algumas conceituações teóricas sobre gênero e sexualidade, histórias de ativistas e da luta por direitos e cidadania do movimento lésbico e bissexual, especificamente no campo da saúde. Importantes avanços no campo dos direitos das mulheres e dos LGBT foram enfatizados no texto, como a construção do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), em 1985, e a criação da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM) em 2003. As duas instâncias foram responsáveis pela criação de Conferências Nacionais de Políticas para Mulheres, um avanço considerável na representatividade feminina no âmbito governamental (Brasil, 2013).

Ainda no compromisso de visibilizar as demandas especificamente lésbicas, o livreto de Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais é lançado em 2014. O documento

discute os determinantes de vulnerabilidades na assistência à saúde e repensa elementos para a garantia a integralidade no cuidado em saúde que nos é oferecido. São apresentados dados e indicadores de saúde que exploram, novamente, as pautas há muito discutidas pelo movimento: acolhimento insuficiente nos atendimentos oferecidos, foco na saúde reprodutiva da mulher, a melhoria na educação e formação dos profissionais de saúde e a importância em repensar o modo como a conversa sobre orientação sexual acontece no cuidado em saúde (Brasil, 2014).

Um ponto de forte tensão discutido no livreto, ainda invisibilizado na trajetória do movimento lésbico, está relacionado à bissexualidade. O texto apresenta reflexões acerca da falta de espaço da identidade bissexual dentro do movimento LGBT, apagamento que se estende às produções e pesquisas sobre a saúde destas pessoas. Além da invisibilidade, o documento explora o estigma em torno da sexualidade bi, frequentemente vista como “vetor” na transmissão de ISTs (Brasil, 2014). O termo bi foi adicionado à sigla do Senale somente na sua oitava edição, em 2016, totalizando 20 anos de invisibilidade bi dentro do movimento de mulheres lésbicas (Fernandes, 2018).

Alberto (2018) e Pamplona e Dinis (2013) afirmam que os discursos sobre a bissexualidade giram, frequentemente, em torno de um privilégio, por poderem se relacionar tanto com homens quanto mulheres. Quem nunca ouviu a frase “as bis têm mais opção no mercado”? Alberto (2018) fala de outros estereótipos sobre a bissexualidade, como a noção de uma identidade transitória ou indecisa e o entendimento de que são pessoas promíscuas, ponto que se aproxima da ideia de “vetores” de ISTs ou de que querem beijar e transar com todas, todos e todes que puderem.

O movimento lésbico reproduziu e reproduz opressões que sofremos com frequência, como a ideia de que somos promíscuas, por nos aproximarmos com o universo gay, ou a deslegitimação da nossa identidade, por exemplo quando estamos saindo do armário e nos dizem que estamos passando por uma fase. Assim, acabamos por reiterar, seja enquanto grupo ou individualmente, toda a heteronormatividade (Berlant & Warner, 1998) que criticamos na busca pelos direitos políticos que conquistamos até hoje. Esta não é uma repetição apenas do movimento lésbico, veja pelas histórias que vimos do próprio movimento LGBT ou do movimento feminista. Por ser a norma que nos estrutura enquanto sociedade, a heteronormatividade é reproduzida a todo momento, seja quando nos organizamos enquanto grupo, em instituições ou nas nossas relações pessoais.

A suposta coerência entre sexo, gênero, orientações sexuais e práticas sexuais nos interpelam cotidianamente, seja pessoal, social ou institucionalmente. Prado e Machado (2008) discorrem sobre a heteronormatividade como um campo normativo e regulador das nossas

relações, produzindo hierarquias sexuais que se justificam por meio de saberes morais, religiosos ou científicos. Sempre comparada à norma, a heterossexualidade, historicamente se colocou a homossexualidade como inferior, no lugar de crime, pecado ou doença, produzindo efeitos institucionais como silenciamentos e violências, impedindo que exerçamos plenamente nossa cidadania. Butler, em entrevista a Prins e Meijer (2002, p. 165), fala dos efeitos específicos da heteronormatividade às mulheres lésbicas e traz o conceito de abjeção para falar das lesbianidades que desafiam a coerência binária imposta pela heteronormatividade: “não é simplesmente a questão de o que é uma mulher própria ou imprópria, mas o que não é absolutamente concebível como uma mulher!”.

Ainda que deslegitimadas e vistas como algo negativo, algumas identidades e performatividades (Butler, 1999) reiteram esta suposta coerência heteronormativa em que esperamos que determinado sexo corresponda a uma determinada orientação sexual, que por sua vez mantenha práticas sexuais específicas, conforme o gênero que lhe foi atribuído no momento de seu nascimento. Podemos pensar um pouco além, que a partir destas lentes com as quais lemos o mundo, vamos criando outras expectativas, que com o tempo se naturalizam e passam a ocupar status de verdade nos discursos (re) produzidos, como a ideia colada de bissexualidade e promiscuidade ou a de que lésbicas beijam e logo se casam ou de que se uma mulher lésbica se relacionar com uma bissexual ela vai ser, invariavelmente, trocada por um homem em algum momento da relação. A questão aqui não é se elas acontecem de fato ou não, mas sim do porquê e como se tornam verdades absolutas e, por ocupar este lugar, que efeitos produzem no nosso cotidiano, na forma como nos enxergamos, nos relacionamos, nos cuidamos e, mais estruturalmente, de como produzimos determinadas políticas e práticas profissionais.

Como uma aposta para incluir mulheres que não se identificam como lésbicas ou bissexuais, mas mantêm relações sexuais com outras mulheres, justamente escapando das expectativas heteronormativas, o termo epidemiológico MSM¹⁹ - mulheres que fazem sexo com mulheres - foi criado. Importado de pesquisas internacionais, foi uma tentativa de ampliação das demandas de saúde lésbicas, com o objetivo de expandir o alcance numérico das políticas de saúde. No entanto a nova terminologia não foi bem recebida pelo movimento (Almeida & Heilborn, 2008). Segundo os autores, as ativistas do movimento lésbico brasileiro têm baixa tolerância com mulheres que não se auto referem como lésbicas, mas que mantêm práticas sexuais com outras mulheres. Outra crítica ao termo, feita por Soares, Peres e Dias (2017),

¹⁹ Em tentativa análoga à proposta pelo movimento gay de homens que fazem sexo com homens (HSH) e que, mesmo que apareça mais frequentemente, foi também alvo de uma série de questionamentos.

aponta que tal nomenclatura reduz o universo plural da lesbianidade, composto por afetividades, saúde e cultura, a um comportamento sexual.

Meinerz (2011) avança nos questionamentos acerca das normatividades reproduzidas em nosso cotidiano ao dissertar sobre as lésbicas que não performam a feminilidade esperada à categoria mulher. A autora reflete sobre a deslegitimação de expressões de gênero mais afinadas à masculinidade, exceto quando se aproximam da androginia, vista de forma mais positiva, como uma transgressão à norma. Ainda segundo Meinerz (2011), as caminhoneiras, *dykes* ou bofinhos são vistas como o estereótipo da masculinidade grosseira, desleixada e despreocupada com o estético. Almeida (2005) demonstra que as reflexões deste estigma perpassaram o movimento lésbico, ao defenderem que a lesbianidade vai além dos opostos *lady/dyke*, em que uma das mulheres performaria mais feminilidade e a outra masculinidade e que, normalmente, estariam em um relacionamento afetivo entre si. O binarismo *lady/dyke* mostra especificamente a reprodução da heteronormatividade nas identidades e performatividades lésbicas, reiterando ainda uma suposta noção de complementaridade dos opostos que, especificamente neste caso, se referem ao feminino/masculino. Meinerz (2011) discute que a estratégia do movimento de afastamento destes estereótipos foi, além de um posicionamento crítico a comportamentos machistas e que reiteram hierarquias de gênero, uma tentativa de minimizar preconceitos desencadeados por esta reprodução.

As ativistas lésbicas negras, atravessadas por outras opressões que vão além de sua sexualidade conforme discutido por Calhoun (2000), Carneiro (2003), Lorde (2009) e Curiel (2016), criaram o I Seminário Nacional de Lésbicas Negras: Afirmando Identidades, em 2006 (Fernandes, 2018). O encontro propiciou conversas sobre orientação sexual, identidade de gênero e o debate antirracista no país, uma agenda imprescindível para discutir questões referentes a negritude dentro do feminismo e do movimento lésbico e bissexual. Silva (2017), ao dissertar sobre entrevistas com ativistas lésbicas negras, analisa mais um eixo de opressão: a classe. Uma das entrevistadas relata não ter lugares de sociabilidade lésbicos monetariamente acessíveis, por isso por muitas vezes se encontrava com suas paqueras em parques, levando a discussão para a frequência com que as lésbicas negras que conhecia eram também pobres. Silva (2017) discute, a partir desta afirmação, o conseqüente empobrecimento da população negra após anos de escravização e o modo como a experiência de mulheres lésbicas negras perpassa também a classe social de cada uma delas.

As questões apresentadas até aqui, relacionadas a construção das demandas do movimento lésbico no campo da saúde e sua busca por visibilidade na esfera pública, permanecem pendentes ainda hoje. As queixas sobre o despreparo profissional permanecem,

assim como a evasão de mulheres lésbicas e bissexuais dos serviços de saúde, indicando que as ações propostas pelas políticas públicas dedicadas à capacitação de profissionais de saúde não foram colocadas em prática. Em uma revisão bibliográfica recente sobre o tema, Rodrigues (2018) discorre sobre idas à ginecologista com pouca frequência, medo de falar sobre a própria orientação sexual em consultas, encaminhamentos equivocados relacionados ao exame preventivo e a invisibilidade de práticas sexuais entre mulheres.

Se a invisibilidade permanece, apesar dos esforços do movimento lésbico por visibilidade e de mínimos avanços nas políticas públicas de saúde, é preciso questionar o quanto a precariedade e vulnerabilidade (Butler, 2011) a qual estamos expostas de fato alcançou reconhecimento, por exemplo, em meio a profissionais de saúde. O ponto aqui é refletir sobre os porquês dos textos contidos nas políticas, que denotavam um avanço em relação ao cuidado que nos é oferecido, não terem sido apropriados nos discursos e práticas de profissionais de saúde, que seguem reproduzindo desinformações e heteronormatividades. As mulheres que buscam cuidar da própria saúde permanecem desassistidas, precisando encontrar outras formas de cuidado, que não as institucionais.

Butler (2011) trabalha o conceito de precariedade para pensar os processos discursivos e sociais pelos quais colocamos determinadas identidades e performatividades no campo do humano e outras do não-humano. Assim, determinados sujeitos e populações, a depender do enquadramento, são lançados a condição precária, “condição politicamente induzida na qual certas populações sofrem com redes sociais e econômicas de apoio deficientes e ficam expostas de forma diferenciada às violações, à violência e à morte” (Butler, 2015, p. 46). Butler (2018) também fala da precariedade como condição politicamente induzida que nos coloca em vulnerabilidade, nos negando proteção e reparação do estado às violências que podemos sofrer. De modo que, algumas populações são enxergadas como sujeitos de direito, com legitimidade para reivindicar justas condições de acesso à saúde e outras se tornam abjetas, muito distantes de serem vistas pelo sistema de saúde, quiçá atendidas em suas demandas.

A política de cuidado que tem sido produzida pelos aparatos públicos, e consequentemente pelos profissionais de saúde que atendem por convênios ou consultas particulares, acontece somente a partir da precarização das nossas vidas. Apesar de terem criado políticas e documentos que pretendessem algum tipo de assistência, os discursos em torno da saúde da mulher permaneceram imutáveis, ainda somos atendidas como se fossemos heterossexuais, como se nosso desejo mais ardente fosse o de engravidarmos. Ainda temos receio de falar de nossa orientação sexual e se, em algum momento de coragem, conseguimos dizer sobre, certamente teremos alguma história sobre invisibilidade lésbica pra contar. De

modo que tem sido necessário buscar outras formas de cuidado, seja na busca incessante por um profissional minimamente preparado, fazendo com que muitas de nós pague consultas particulares, ou buscando outras formas de cuidado – dessas que os médicos costumam dizer não funcionar – como chás, banhos de assento, terapias holísticas ou simplesmente ignorar o problema.

É preciso reinventar o cuidado em saúde, é preciso compreender melhor o que buscamos quando vamos à ginecologista ou à psicóloga, sendo uma mulher lésbica, e mais, é preciso conhecer como estamos nos cuidando, já que o estado não está cumprindo esta função específica. Assim, discutiremos a seguir os caminhos pelos quais andei para colocar em prática esta pesquisa, como e qual foi o percurso metodológico. Em seguida, apresentarei recortes das conversas com as mulheres que entrevistei entremeadas aos discursos feministas antirracistas que apresentei brevemente até aqui.

3. Caminhos metodológicos

Bem, penso que antes de apresentar os porquês da minha escolha por um caminho metodológico específico, entendo que seria importante descrever brevemente quais foram os passos dados para que esta pesquisa acontecesse, com o intuito de pontuar mais objetivamente os percursos metodológicos escolhidos e como os coloquei em prática. Acredito que, a partir da descrição do passo a passo da pesquisa, posso apresentar mais livremente como fui caminhando por estes dois anos de mestrado e que processos reflexivos me levaram a escolher tal percurso, parte essencial da apresentação metodológica desta dissertação.

Não pretendo, nesta parte mais descritiva, encaixar o percurso metodológico nos moldes tradicionais de fazer pesquisa, e quando digo tradicionais me refiro a um fazer positivista, com o intuito de apreender e descrever a realidade. Pretendo, como tenho feito ao longo deste texto, contar a história de como esta pesquisa aconteceu, a partir da ideia de Spink (2003) do processo de pesquisa ser também um narrar de histórias, semelhante ao que fazemos na vida cotidiana. O autor também sugere que a investigação e o campo-tema de pesquisa começam a partir do momento em que nomeamos: “oi, meu mestrado é sobre a saúde de mulheres lésbicas e bissexuais”. Portanto, vamos ao começo.

Pretendia, desde a escrita do anteprojeto que me inseriu no programa de mestrado, entrevistar mulheres lésbicas e bissexuais sobre suas experiências de saúde. Nomeei, conforme

protocolo, minha metodologia: a famosa bola de neve (Goodman, 1961) e pontuava como um dos meus objetivos “dar voz” às mulheres que eu ia pesquisar. Hoje eu penso: quanta presunção! Algum tempo depois, já parte do programa como mestranda, descobri que não era interessante dizer que eu daria voz a alguém, afinal, voz aquela pessoa já tinha, ainda que não fosse ouvida. Parece bem óbvio que uma pesquisa que pretende dar voz a alguém é, além de pedante, um pouco redundante, mas, fui descobrir o tamanho desta redundância, de fato, só depois de conversar com as mulheres que entrevistei e pude ouvir com meus próprios ouvidos quanta voz elas têm e quanta voz eu tenho! Digo de mim, porque de algum modo na escrita do meu anteprojeto, ironicamente, minha voz sumiu: eu não contava da minha experiência como mulher lésbica em momento algum, escrevia na terceira pessoa e todo o protocolo positivista de uma boa pesquisa. A questão é que eu não conhecia quem iria avaliar minha escrita e, por via das dúvidas, eu optei por um modelo mais tradicional de escrita de projeto. Há quem opte pela ousadia frente ao desconhecido, eu preferi seguir o caminho seguro que uma pesquisa mais formatada oferecia.

Esta pesquisadora que entra no mestrado tateando no escuro um universo absolutamente novo – além de uma universidade diferente, eu havia acabado de me mudar para Belo Horizonte – é inundada por uma série de teorias, textos, autoras e professoras que ainda não conhecia e que a apresentavam um mundo discursivo dispar. Faço uma breve narrativa em terceira pessoa para contar que aquela mulher que entrou no mestrado buscando dar voz às outras já não existe mais, eu acabei reencontrando minha própria voz. Depois de reaprendermos a falar, não queremos parar, então, a primeira decisão sobre esta pesquisa havia sido tomada: não seria possível falar da saúde de mulheres lésbicas e bissexuais sem que eu me colocasse como participante ativa nesta construção, eu precisaria descobrir uma forma de romper com o dualismo colonial da pesquisadora/objeto, conforme sugerem Minayo e Sanches (1993) ao falarem das pesquisas qualitativas ou Harding (1987; 1993) ao falar das metodologias feministas.

O meu diálogo com a nossa saúde aconteceu, primeiramente, num encontro com as teorias feministas e lésbicas, com a história do SUS e as políticas públicas brasileiras. Busquei as políticas que se estruturaram a partir das articulações do movimento lésbico com os movimentos feminista e LGBT, para visibilizar as pautas sobre saúde priorizadas pelo movimento. Este primeiro mergulho teórico resultou na escrita conjunta, com minha orientadora, Lisandra Moreira, e meu coorientador, Marco Prado, de um artigo submetido em meados de 2019 e já aceito para publicação na Revista Psicologia e Saúde, para o número

temático intitulado “Psicologia e Saúde Coletiva”. Este primeiro artigo, compôs a apresentação epistemológica desta dissertação, acrescido de algumas referências e discussões.

Concomitante à escrita do artigo, aconteciam as entrevistas com as mulheres que participaram desta dissertação. Eu já havia conversado com duas ativistas do movimento lésbico de Belo Horizonte, a Soraya e Neusinha, apresentadas a vocês no primeiro capítulo. Optei por utilizá-las como referencial teórico, porque nunca as enxerguei como entrevistadas, sequer cogitei propor que conversássemos neste formato. Por respeito e admiração às suas trajetórias de militância, as coloquei no lugar de ensino, e como ensinaram! sobre o histórico do movimento lésbico, nossas demandas, e a realidade das mulheres que lutaram pelos nossos direitos quando não tínhamos nada, sequer um movimento organizado. A conversa com as duas foi uma viagem no tempo e se antes eu tinha pensado que elas tinham muito a ensinar, saí de suas casas com vontade de voltar, para aproveitar mais da companhia doce das duas, que me receberam com café, atenção e cuidado, e também com sede de saber mais sobre tudo que lutaram e fizeram. As conversas com as cinco mulheres que compuseram esta dissertação não foram diferentes, cada uma delas, à sua maneira, me inspirou, me ensinou e me propiciou uma viagem às suas histórias de vida.

As entrevistas com as cinco mulheres - exceto Neusinha e Soraya com quem eu já havia conversado sem seguir um protocolo ou roteiro específico de entrevista - aconteceram espaçadamente, conforme a disponibilidade de cada uma, em lugares variados, como ficasse mais confortável para elas. A ideia era conversarmos sobre suas histórias de vida, sexualidade e identidade, depois dialogarmos sobre saúde e práticas de cuidado e, em seguida, falarmos de práticas de acolhimento ou violência já vivenciadas. O roteiro de entrevista²⁰, foi dividido nestes três eixos e funcionou como um norteador dos pontos que eu gostaria de abordar com as mulheres que conversava. Ele foi seguido à risca somente na primeira entrevista, eu ainda estava insegura sobre dar conta de todos os temas que havíamos listado no roteiro. Na segunda entrevista, já mais leve, a conversa aconteceu com cara de bate-papo e, em cada partilha em comum, as fronteiras entre entrevistadora/entrevistada se misturavam. As entrevistas seguintes aconteceram também de forma descontraída, os pontos do roteiro foram abordados sem que eu precisasse retornar a ele e checar se tudo estava sendo contemplado.

Quando submeti a pesquisa ao comitê de ética, no início de 2019, encaminhei a eles o termo de compromisso que seria entregue a cada uma das entrevistadas, neste documento eu

²⁰ O roteiro de entrevista está anexado ao final da dissertação.

explicava um pouco de qual era a proposta da pesquisa e cumpria alguns protocolos necessários à aprovação do comitê, como apontar os riscos de participar da entrevista. Como de praxe, o termo de compromisso apareceu como pendência para que “a pesquisa com seres humanos” fosse autorizada, era preciso que eu listasse quais eram os riscos de ser entrevistada sobre o tema e apontasse o tempo estimado das entrevistas. A contragosto, adicionei ao termo que os riscos incluíam “possíveis sensações de ansiedade ou angústia ao dialogar sobre temas sensíveis relacionados à construção da própria sexualidade e identidade.”, igualmente, adicionei que as entrevistas durariam aproximadamente uma hora e, assim, o projeto foi aprovado para que eu pudesse encaminhar as entrevistas. Elas se estenderam consideravelmente em relação ao tempo estimado, algumas se aproximaram de duas horas. As entrevistadas, ao invés de se preocuparem com os supostos riscos propostos pelo comitê, me contaram o quanto consideravam importante falar sobre o assunto e partilhavam abertamente suas histórias.

A Andressa chegou dizendo que queria muito ajudar, porque achava muito importante falar sobre aquele assunto, já que não sabíamos muita coisa sobre; a Beatriz me pediu dicas ao final da conversa sobre saúde sexual, porque ela também queria saber sobre e não sabia o que fazer; a Juliana me mandou uma mensagem depois da entrevista dizendo que aquela conversa havia feito muito bem a ela; Bethânia disse que estava aberta caso precisássemos conversar mais, que era só mandar uma mensagem; Mariana me contou do quanto importa ter círculos lésbicos e representatividade. Nós estávamos felizes em conversar sobre o assunto, para mim porque sempre quis pesquisar sobre, sempre quis encontrar gente que vivesse o mesmo que eu, sempre quis encontrar formas de nos visibilizar e legitimar. Para as meninas, eu não saberia dizer ao certo, mas por me dizerem que reconheciam a importância daquela nossa conversa, penso que nossos sentimentos, em alguma medida, se aproximam!

O termo de compromisso do comitê previa apenas os riscos, não havia espaço para falar sobre a importância da representatividade naquele documento. É preciso ressaltar que os itens listados pelo comitê de ética têm correlação com um modo biomédico de fazer pesquisas em saúde e não haveria nenhum problema com tais questionamentos se essa fosse uma pesquisa do campo. Entretanto, trabalhar com questões subjetivas, a partir de uma escuta psicológica e acolhedora, abre possibilidade para acontecimentos imprevistos e que, inclusive, ajudam a compor e instigar uma pesquisa em psicologia social. Além disso, as ressalvas do comitê parecem reproduzir um caráter judicializador, em que o termo de compromisso assume mais uma posição contratual do que uma explicação e um acordo do que pode ou não acontecer naquela entrevista.

As duas exigências do comitê me instigaram uma reflexão sobre qual seria a ética desta pesquisa, que compromisso eu gostaria de firmar com as mulheres com quem me propus conversar? Me lembrei do encontro ético, proposto por Butler (2015), no qual permitimos que o outro nos interpele, nos convide para uma desposseção de nós mesmos, ou seja, quando nosso interlocutor nos descentra e abala nossas certezas e é, somente por este caminho, de um relatar a si mesmo desde o encontro com o outro, que encontramos possibilidade de subverter a norma. Digo isso, porque construímos nossa subjetividade pela convocação e interpelação discursiva e inteligível já existente e só a partir deste relatar a si mesmo, que surge do encontro com o outro, podemos recriar e recontar nossa subjetividade, abrindo caminhos para algum tipo de resistência surgir.

Como exemplo, podemos pensar justamente a construção metodológica desta pesquisa. Em um primeiro relatar, formatado e alinhado à norma, eu buscava um caminho, ainda que tivesse um compromisso político com alguma mudança social, que me abria poucas possibilidades de subversão. Minha própria forma de escrever, narrar a pesquisa e a procura pelas respostas que eu já conhecia me acompanhavam e ainda que eu quisesse, não conseguia propor uma pesquisa que fosse resistência no seu próprio fazer e na sua própria escrita. Interpelada e convocada por outros saberes e outros interlocutores, reinício um relatar sobre mim mesma e sobre esta dissertação, propiciando a invenção de novas formas de escrever e pensar a pesquisa.

Foi apenas a partir dos encontros éticos que tive no mestrado, quando me abri para um exercício criativo e reflexivo de construção, seja da minha própria subjetividade ou desta pesquisa, que pude repensar caminhos resistentes para conduzir esta pesquisa. Me refiro às aulas que tive, que me possibilitaram pensar a pesquisa feminista a partir da leitura de Haraway; às aulas em que discutimos Butler e Rancière e que me abriram possibilidades de pensar novas formas de fazer pesquisa; às reuniões quinzenais que tínhamos no Núcleo de Direitos Humanos e Cidadania LGBT da UFMG (NuH) e que sempre me deslocavam de lugares já postos, para descobrir um pesquisar mais atento ao que podemos produzir a partir de determinadas falas e escritos. O encontro com meus colegas de mestrado que partilhavam de outra bagagem acadêmica, diferente da minha, me levou para outros lugares e escolas de pensamento. Foram nos encontros que ultrapassaram os muros da universidade, em bares e cafés, que fui rearranjando velhas certezas, reiterando algumas, inventando outras. Foram esses encontros, que chamo de éticos, que me transformaram. Sinto que o processo continua, a escrita deste texto me mostra o quanto é fácil cair em dicotomias e o quanto é desafiante exercitar uma escrita que esteja de fato coerente com o que me proponho.

Harding (1993) faz uma crítica contundente aos que se dedicam a fazer uma crítica da ciência e epistemologia hegemônicas, no sentido de que criamos problemas insolúveis se utilizarmos somente os esquemas teóricos que dispomos, ela propõe que encaremos tais processos não como questões a serem resolvidas, mas como “oportunidades para propor melhores problemas do que aqueles dos quais partimos” (p. 12). A autora disserta justamente sobre o desafio de construirmos problemas de pesquisa impossíveis de serem solucionados no nosso modelo dual de pensar, se nos mantermos presas em dicotomias como razão e emoção, objetividade e subjetividade, público e privado, objeto de pesquisa e pesquisadora, e podemos seguir pensando nos diversos maniqueísmos utilizados para descrever as questões para as quais procuramos soluções. As lentes que buscamos para enxergar o mundo aparecem, nitidamente, na forma como estruturamos o texto e, principalmente, na forma como buscamos executar nossa pesquisa. Por isso, faço o esforço de relatar como a metodologia que escolhi tem se modificado ao longo dos dois anos de mestrado e como busco, inclusive nesta história que escrevo, deixá-la aberta aos processos que inevitavelmente interpelarão este estudo.

Fui alterando o percurso desta pesquisa, conforme caminhava por ele. Me lembro que na primeira entrevista, estava muito preocupada em dar conta do meu roteiro de entrevista e pouco me permitia engatar a conversa a partir do que Andressa falava. Na segunda entrevista, eu estava mais à vontade, ainda que preocupada em dar conta do que havia me proposto – por vários momentos eu me desconectava da conversa repassando se precisava abordar algum tema a mais -, a conversa fluiu mais livremente. Sobre a terceira entrevista, depois de transcrevê-la e relê-la, pensei o quanto poderia ter investido em várias falas de Beatriz e que, por receio de ser invasiva ou por estar insegura quanto ao que perguntar além do roteiro, não o fiz. Beatriz quem me indicou Mariana, porque disse a ela que até então eu apenas havia conversado com mulheres brancas e estava preocupada com isso. Em cada uma dessas conversas, me vi diferente e percebi o quanto essa pesquisa se alterava. Juliana me desbancou, quando faço a ela uma pergunta absolutamente binária sobre o uso dos dildos em seu namoro:

Isabela: usavam cês duas assim, uma na outra ou era só uma usava, como que era?

Juliana: ela não gostava muito, mas de vez em quando rolava.

Isabela: de você é... ser a ativa?

Juliana: é... ela não gostava muito de penetração, ela sentia dor, ela...

Isabela: ah, entendi.

Juliana: é...eu não gosto desse termo de ativa e passiva, sabia? [...] não tem problema, não, é que, 'aah', eu não gosto, eu não use', não é isso não, mas, assim, é porque eu não acho que quando alguém tá penetrando, uma mulher tá penetrando com mulher ela está sendo ativa... (Diálogo com Juliana).

Trago estes recortes, porque fui compreendendo as entrevistas não como uma ordem de fatos e cronologias, mas a partir desses momentos de ruptura, em que minha narrativa é interpelada pela delas e vice-versa.

A seguir, discutirei alguns recortes específicos da minha trajetória no mestrado e que tem estreita ligação com as escolhas metodológicas que fiz. O primeiro dos recortes diz respeito ao meu encontro com uma epistemologia e metodologia lésbico-feminista: em princípio, havia pensado em nomeá-la como metodologia feminista, por ter encontrado nas produções de Haraway (1996) e Harding (1987; 1993) um caminho potente, no entanto, percebi que sem as produções das mulheres lésbicas, que discutiam nuances específicas das opressões que nos atravessam, teríamos um feminismo menos plural e mais heteronormativo. Nas palavras da própria Harding:

Na busca de teorias que formulem a única e verdadeira versão feminista da história da experiência humana, o feminismo se arrisca a reproduzir, na teoria e na prática política, a tendência das explicações patriarcais para policiar o pensamento, presumindo que somente os problemas de algumas mulheres são problemas humanos, e que apenas são racionais as soluções desses problemas (Harding, 1993, p. 9).

Achei, portanto, fundamental nomear que parto de um olhar não apenas feminista, mas lésbico-feminista. No segundo recorte, discuto a minha experiência em ser uma mulher lésbica e pesquisar lesbianidades/bissexualidades, a partir da noção de objetividade na pesquisa feminista.

3.1. O encontro com uma epistemologia/metodologia lésbico-feminista

Como conto para vocês na primeira parte desta dissertação, meu encontro com leituras feministas começa na época da graduação, já há alguns anos. Foram primeiras leituras, feitas em grupos de estudos entre alunas, com o intuito de ler autoras como Butler (1999) e Beauvoir (2009). Fui apresentada a um universo novo, de uma ciência que não fosse produzida apenas por homens, mas por mulheres que inclusive questionavam as verdades criadas por estes mesmos homens. Acho que apenas hoje, depois de quase uma década de início dessas leituras, consigo compreender o tamanho da contribuição destas mulheres em como fazemos pesquisa e no que consideramos uma boa produção acadêmica.

A experiência de dois anos no mestrado, mergulhada em estudos sobre gênero, sobre raça, sobre saúde e políticas públicas, me trouxe outros olhares e, claro, novas experiências

sobre o fazer pesquisa. Fui compreendendo que era preciso encontrar uma forma de encaminhar meu mestrado, as mulheres que eu escolheria entrevistar e, agora, o texto que escrevo, de um modo que me aproximasse do universo plural das mulheres lésbicas e bissexuais, não como pesquisadora ou mera observadora, mas como parte ativa e presente neste processo. Não bastava que eu fosse uma delas, afinal, somos muitas e minha história, além de ser única, é permeada por muitos privilégios, de raça e classe, portanto, precisei reconhecê-los para começar a olhar para outros mundos, tão estranhos ao meu, com um olhar menos colonizador.

Foi um desafio ouvir experiências diferentes da minha e vê-las como uma pluralidade que mais aproxima do que afasta. Mariana me falou “eu senti como se tivesse transando com um cara, que ela tava ali pra ela sentir prazer, ela tinha esquecido que eu era uma pessoa” eu me lembrei das histórias que havia me sentido assim, sobre como algumas mulheres me fizeram sentir como se eu fosse um objeto. Em seguida ela me diz que “algumas coisas que eu passei enquanto lésbica eu também tinha... tinha questão de raça, sabe?”. É claro que havia diferenças nos como e porquês de termos passado por uma situação de objetificação dos nossos corpos no momento do sexo, mas, em certa medida, essa aproximação, ainda que por motivos distintos, rompia com minha forma dual de entender nossas experiências: a da lésbica branca e a da lésbica negra.

Butler (2005) disserta sobre como a ideia de universalidade abre precedentes para um encontro violento com o outro, como exemplo, ela trata da imposição de governos a países estrangeiros, quando em nome de princípios democráticos universais, acabam por negar os direitos da população em eleger seus próprios representantes²¹. Mais à frente, Butler (2005) coloca este encontro com o outro como condição inerente para nossa existência, pois somente assim podemos nos nomear e, por consequência, sermos alguém no campo inteligível da norma. Estamos, portanto, a todo momento construindo quem somos, a partir de outros olhares, outros discursos e é na alteridade, em uma constante construção de si, que podemos pensar num encontro ético: quando em vez de homogeneizarmos e silenciarmos a estranheza do outro, que possamos reconhecê-la, ouvi-la e respeitá-la. Nas palavras de Butler (2005):

Devemos reconhecer que a ética requer que arrisquemos a nós mesmos precisamente nos momentos de desconhecimento, quando o que nos dá forma diverge do está diante de nós, quando nossa vontade de nos tornar desfeitos

²¹ Butler (2005) faz referência às interferências do Presidente Bush na escolha da autoridade Palestina e seus esforços para substituir o governo iraquiano.

na relação com outros constitui nossa chance de nos tornar humanos (Butler, 2005, p. 136, tradução nossa).

É questionar, portanto, meu lugar de pesquisadora e acadêmica, de profissional da saúde, de mulher lésbica branca e de classe média e por aí vai. O que quero dizer, é que no encontro com esta pesquisa e com as mulheres que escolhi entrevistar, optei pela busca de um encontro ético, no qual meu processo – de escrita deste texto, de construção de categorias analíticas, de encontros com outras mulheres lésbicas e bissexuais – esteve, e está, em constante formação, ao ser interpelada a todo momento por estes outros. A exemplo, um dos encontros propiciados pelo mestrado, foi a junção de oito mulheres na elaboração de uma revista para mulheres lésbicas e bissexuais. Uma das minhas entrevistadas fez o convite e, recentemente, fizemos uma primeira reunião para pensarmos em pautas urgentes para primeira edição e ali, com todas aquelas mulheres em um “bar sapatão”, percebi como somos plurais, como cada uma de nós tinha uma urgência diferente e tentávamos, entre muitas que somos, criar uma revista que acolhesse toda essa alteridade.

Duas delas, um casal interracial, contou sobre como preferem ir em bares que possuem banheiros unissex, já que uma, por não performar feminilidade, passa sempre por situações constrangedoras ao frequentar o banheiro feminino. Outra relata as dificuldades que teve ao se relacionar com uma mulher com um diagnóstico psiquiátrico mais grave e sobre como estava elaborando o fim do namoro. Conversamos sobre relacionamentos afrocentrados, entre mulheres cis e trans, reprodução de heteronormatividades e machismos nas relações lésbicas, entre outras pautas. Com algumas das histórias eu me relacionava, outras me fizeram pensar sobre nossas múltiplas vivências. Um ponto em comum foi quando falamos de saúde, absolutamente todas concordavam sobre a urgência do tema e, lembrei com tristeza das minhas leituras para a dissertação: esse é um tema urgente para nós há 40 anos. Se por um lado me entristeço em ver que pautas levantadas por nós são discutidas há muito tempo pelas mulheres que nos antecederam, por outro me sinto realizada de encontrar um grupo disposto e com gás para produzir informação feita por e para nós, numa tentativa de propagar uma cultura lésbica que existe e resiste, ainda que seja estruturalmente invisível.

Talvez esteja aí uma das nossas falhas, ainda que existam mulheres lésbicas e bissexuais escrevendo e resistindo, não é raro que nos sintamos sozinhas ou que não tenhamos pares para partilhar o que experienciamos e elaboramos. Fui conhecer autoras lésbicas, negras e latinas só no mestrado, e me pergunto, um pouco envergonhada, dos porquês de ter entrado em contato tão tardiamente com uma perspectiva decolonial. Para além de respostas individualizantes, sabemos que a academia bebe, historicamente, de fontes europeias e norte-americanas e que o

debate étnico e a inclusão, por exemplo, de saberes tradicionais ao conhecimento acadêmico é prática recente.

Se para mim o mestrado foi um momento de encontro com perspectivas decoloniais, autoras lésbicas e uma bolha de amigos com ideais afins, Juliana viveu uma experiência diferente. Ela esperava encontrar pessoas que fossem abertas, por entrar para um curso de humanas, mas se depara com o contrário:

Falei assim ‘olha, eu pensei que eu ia chegar no curso [...] e... e eu ia abrir meu leque assim de de relacionamentos, isso ia crescer, desenvolver e tal e as pessoas são preconceituosas’, as pessoas foram pre...extremamente preconceituosas, colegas de curso. [...] é...é...era uma coi...era...é...era um preconceito indi...era uma...violência indireta assim é...é...do tipo vamo fazer um encontro e vamo fazer um churrasco e num sei que e tal leva aquela sua....que que ela é mesmo sua? (Juliana).

Uma das experiências que mais me aproximou das produções de mulheres lésbicas, latinas e negras foi ter participado do Curso do Pensamento Lésbico, organizado pelo GIRA – Grupo de Estudos Feministas em Política e Educação, da Universidade Federal da Bahia – UFBA. Apesar de ter sido feito à distância, me colocou em contato com mulheres que contribuíram para a construção de um pensamento lésbico, que questionavam justamente o lugar de fronteira de ser ao mesmo tempo mulher e lésbica e, mais ainda, quando se é negra, latina ou indígena. Foi ali que li pela primeira vez Anzaldúa (2005), descobri a cultura chicana, uma fronteira entre a cultura mexicana e cultura a branca, lugares supostamente opostos, mas que encontram uma saída quando pensamos em um “contraposicionamento”, a ideia de que é possível refutar crenças da cultura dominante, ao invés de sucumbir aos limites rígidos da racionalidade ocidental, que não toleram contradições e ambiguidades, nas palavras de Anzaldúa (2005):

La mestiza tem que se mover constantemente para fora das formações cristalizadas – do hábito; para fora do pensamento convergente, do raciocínio analítico que tende a usar a racionalidade em direção a um objetivo único (um modo ocidental), para um pensamento divergente, caracterizado por um movimento que se afasta de padrões e objetivos estabelecidos, rumo a uma perspectiva mais ampla, que inclui em vez de excluir (Anzaldúa, 2005, p. 706).

Calhoun (2000) propõe também outros caminhos dentro do feminismo para pensarmos lesbianidades. A autora argumenta que lutar somente contra as opressões de gênero não basta quando precisamos tratar das opressões sofridas por nós, mulheres lésbicas e bissexuais. Assim,

para recontar as histórias do movimento lésbico, do SUS e das políticas públicas de saúde feitas para nós, busquei diálogo com autoras feministas que fossem além de uma tentativa de extensão das opressões de gênero para dar conta da complexidade que é pensar a saúde de uma mulher lésbica, dialogando com os atravessamentos heteronormativos, de raça e de classe. Procurei também, com as mulheres que encontrei, abrir espaço para diálogos que pudessem explorar a multiplicidade do que é ser lésbica ou bissexual e, mais ainda, de como praticamos sexo, me despindo da moralidade capitalista, ocidental e cristã que pudesse existir em mim e mais alinhada a uma moralidade democrática, como propõe Rubin (2003, p. 17), interessada nos “atos sexuais pela forma através das quais um parceiro trata o outro, o nível de consideração mútua, a presença ou ausência de coerção, e a quantidade dos prazeres que eles proporcionam”.

Beatriz também coloca a importância de pensarmos as diversas opressões as quais estamos submetidas:

E aí eu era revoltada, Beatriz é muito esquisita, Beatriz muito revoltada por causa disso, ‘não, vai lavar vasilha’ e eu ‘não, não vou’ não lavava. E aí eu sempre...nó...penei na minha vida, tá? Nossa [...] Sempre me incomodou demais da conta, nó. Fudia com o meu psicológico, mas eu discordava, eu nunca...nunca...eu não tenho lembrança de falar ‘não, tá bom, vou lavar vasilha’. Nunca peguei e lavei. (Beatriz).

Foi por ser mulher que ela precisava lavar a louça, como se fosse inerente ao seu corpo, à sua identidade. Também foi por não gostar dos meninos na escola que ela era chamada de estranha: “eu sei que eu era considerada estranha, muito estranha, eu era considerada extremamente estranha, se vestia estranho e...eu queria estudar moda na época, mas todo mundo achava muito bizarro”. Suas escolhas profissionais, em uma cidade do interior em uma época que não havia muitas opções, faziam dela uma mulher diferente, em um sentido ruim. “Nó, num consegue jogar bola, porque é gorda...”, seu corpo gordo não era inteligível para as pessoas da escola, assim como seu desgosto pelos homens, suas escolhas profissionais, seus modos de vestir.

Beatriz nos conta que é preciso um feminismo interseccional. Falar de opressão de gênero é necessário, é claro. Foi por aí que pudemos começar a questionar esse lavar a louça, mas ele não basta para pensarmos os corpos lésbicos, gordos, negros. Quando digo de uma metodologia lésbico-feminista, nesta dissertação, me refiro a um fazer pesquisa que busca olhar para estas opressões não como um somatório de experiências interseccionais, mas para perceber como estas atravessam historicamente nossas vidas e como interpelam determinadas mulheres que não cabem nas categorias hegemônicas de raça, classe, sexo e sexualidade (Curiel, 2016).

Busquei abandonar a racionalidade convergente, como propõe Anzaldúa (2005), no sentido de tentar ampliar meus horizontes para além dos binarismos que compõem nosso olhar ocidentalizado, com os quais eu apenas conseguiria olhar para o que tenho costume, não conseguiria fugir dos meus padrões eurocentrados e, como pesquisadora, da minha busca incessante pelas respostas mais óbvias. E, apenas disposta a fazê-lo consigo cogitar o encontro ético descrito por Butler (2005), em que permito deslocar minhas certezas para encontrar o outro, para tornar-me humana frente as minhas entrevistadas e não mais uma pesquisadora lésbica interessada em reafirmar teorias já ditas e escritas, mas sim atenta ao que cada uma daquelas mulheres pode me contar de um novo universo que se abre sempre que estamos compromissadas com um encontro ético.

3.2.A objetividade na pesquisa feminista: uma mulher lésbica fazendo pesquisa sobre lésbicas?

No fim de 2019, em uma conversa com uma amiga da minha mãe, a Márcia, contei da minha pesquisa e de que havia entrevistado cinco mulheres lésbicas e bissexuais e das conversas com duas ativistas lésbicas, que foram referência na construção movimento lésbico de Belo Horizonte. Logo de cara, Márcia me pergunta: “mas você tem amostragem o suficiente para concluir alguma coisa?”. Nem preciso dizer que ela era da área de exatas e que, quanto mais eu tentava explicar sobre a metodologia escolhida, mais ela afirmava que não era possível que eu concluísse nada, afinal, não havia mulheres o suficiente para que eu pudesse afirmar que “mulheres lésbicas e bissexuais sofrem homofobia em consultórios médicos”. Disse a ela que, para mim, bastava que uma de nós sofresse homofobia em uma consulta para dizer que algo precisa ser feito sobre.

A questão é que a busca de uma pesquisa qualitativa não está na produção de perguntas e respostas que sejam generalizáveis, mas sim de olhar de perto as experiências dessas mulheres, quais são suas especificidades, quais são as características de seu cuidado em saúde que talvez passassem despercebidos para uma metodologia que busca categorizar e generalizar. Com isso, não quero dizer de uma metodologia que seja melhor que a outra, mas sim apontar que as perguntas desta pesquisa não procuram universalizar as experiências de mulheres lésbicas e bissexuais em saúde, elas buscam olhar para aquilo que passa despercebido, para as particularidades e peculiaridades.

De volta ao diálogo do café, como nós conversávamos com outras duas mulheres que não eram da área acadêmica, minha mãe e uma amiga, eu explico que historicamente as

pesquisas da área de Márcia, as quantitativas, foram as primeiras pesquisas consideradas científicas e buscavam produzir um tipo de conhecimento que fosse universal, ou seja, que pudesse ser replicado em todos os outros momentos em que algo do tipo acontecesse, como nas leis da física ou matemática. A questão é, e aqui coloco mais detalhes do que disse no café com as amigas da minha mãe, quando buscamos investigar questões sociais, o fazemos a partir de que ciência?

Em princípio, as humanidades buscaram replicar o positivismo (Minayo e Sanches, 1993; Romão-Dias, 2013), em que precisamos apreender o social a partir de dados, em forma de números, produzidos objetivamente a partir de um método científico ou, conforme Romão-Dias (2013, p. 19), a partir da “produção de um conhecimento objetivo, racional, quantitativo e neutro, isto é, um conhecimento sobre os fatos, independente do olhar do pesquisador”. Bem, como aplicar a objetividade e neutralidade positivista às ciências humanas e sociais? Afinal, neste campo, as fronteiras, tão bem estabelecidas pelo positivismo, viram pontes e pesquisadora e objeto se misturam, justamente por terem a mesma natureza (Minayo & Sanches, 1993; Romão-Dias, 2013) e, no caso específico desta pesquisa, por eu ser uma mulher lésbica falando de outras mulheres lésbicas e bissexuais. Caso eu optasse por esta metodologia, além de pretender uma neutralidade impossível de existir, eu precisaria de um número de mulheres que fosse quantitativamente representativo de todas as outras mulheres lésbicas e bissexuais de Belo Horizonte, uma amostra, para que meus resultados pudessem ser replicáveis a todas elas e em qualquer situação.

Não digo que minha escolha foi absolutamente oposta ou contrária a uma ciência positivista, porque estaria caindo justamente na reprodução da cultura dominante, a própria ciência positivista, na busca por uma mesma objetividade, ainda que diametralmente oposta. Como afirma Haraway (1995, p.10), “a ciência – o jogo real, aquele que devemos jogar – é retórica, é a convicção de atores sociais relevantes de que o conhecimento fabricado por alguém é um caminho para uma forma desejada de poder bem objetivo”. Dessa forma, busquei, inspirada em Anzaldúa (2005), um contrapositionamento, que possibilitasse a escolha de um caminho do meio: o fazer de uma ciência objetiva, afirmando essa escolha, ao mesmo tempo em que afirmo estar presente em toda minha subjetividade, cada vez mais, como pesquisadora, mas também como mulher, lésbica, psicóloga, militante, aluna e tantas outras que fui me descobrindo ao longo desses dois anos. Tentei estar completamente presente nas conversas com as mulheres que entrevistei, contando detalhes da minha própria vida, como uma conversa cotidiana, quando me relacionava com as histórias que contavam. Penso que nossos encontros foram mais um partilhar histórias, do que o contar delas e meu ouvir.

Contei de quem eu era, logo no convite para as entrevistas. Pedi a algumas amigas que encaminhassem uma mensagem minha, via *WhatsApp*, a quem achassem que pudesse interessar e conforme fui recebendo as respostas, marquei as entrevistas. Em princípio, imaginava que entrevistaria muito mais mulheres, com uma variedade maior de orientação sexual, expressões de gênero, raça e classe, mas, pela extensão das entrevistas, optei por parar na quinta conversa. Eu pretendia uma variabilidade à pesquisa que, percebo agora, era um compromisso tácito com as normas positivistas de não enviesar minha pesquisa e buscar dar conta de descrever qual era a realidade do mundo lésbico que eu iria encontrar. Como eu buscava descrever o real, encontrar a maior pluralidade de lésbicas possível era a saída mais fiável. Nem preciso esperar a apresentação dos resultados para dizer que não encontrei este tão esperado e real mundo lésbico.

Quando mandei a mensagem para minhas amigas pedindo que encaminhassem para sua rede, em que chamava mulheres lésbicas e bissexuais para termos uma conversa sobre experiências de saúde, algumas retornaram dizendo que se interessavam em participar. Eu estava preocupada que, por conhecer apenas pessoas ligadas à universidade, minhas entrevistadas fossem ser escolhidas a partir de um recorte bem privilegiado: mulheres brancas e de classe média. Conversei com algumas delas e consegui agendar duas entrevistas, as duas eram brancas, uma com curso superior e a outra não. Por estar preocupada em dar algum tipo de variedade à pesquisa, conversei com outra amiga para saber se ela conhecia sapatões que não fossem desse mesmo recorte (branca/classe média) e ela me passou o contato de Beatriz, uma mulher sapatão e gorda, que me apresenta a entrevistada seguinte, a única mulher negra que conversei. A mulher bi desta pesquisa chegou a partir da mensagem que eu havia veiculado para minhas amigas, ela já chegou se apresentando “sou a frente bi!”.

As entrevistadas foram sendo escolhidas a partir do meu círculo de amizades, fossem minhas amigas lésbicas, bissexuais ou hétero. Procurei conversar com mulheres que me possibilitassem olhar para nossa sexualidade por outros ângulos e experiências, para poder, justamente, acessar algumas particularidades das nossas vivências e por buscar me deslocar da ideia de uma mulher lésbica ou bi universal. Como bem nos diz Haraway:

Gostaria de insistir na natureza corpórea de toda visão e assim resgatar o sistema sensorial que tem sido utilizado para significar um salto para fora do corpo marcado, para um olhar conquistador que não vem de lugar nenhum. [...] Gostaria de uma doutrina de objetividade corporificada que acomodasse os projetos científicos feministas críticos e paradoxais: objetividade feminista significa, simplesmente, saberes localizados (Haraway, 1995, p. 18).

A partir desta noção dos saberes localizados e da objetividade feminista, podemos retornar, também, a Butler (2005) quando ela discute a ideia de nos permitirmos ser desfeitas pelo outro como uma necessidade primária. Aqui eu penso na metodologia desfeita pelo encontro com minhas entrevistadas e, também, na minha ideia de uma boa pesquisa sendo reescrita a medida em que eu caminhava pelas teorias e encontros com as mulheres com quem conversava. Butler (2005) fala da angústia causada pelo processo da descoberta de algo que não era esperado, ao passo em que é, também, uma oportunidade para encontrarmos novas possibilidades. Para além de um encontro ético, ela fala de um encontro responsável, capaz de reescrever e recontar as histórias sobre si.

Fui, então, descobrindo o processo metodológico da pesquisa a medida em que caminhava pelas estradas que acreditava, piamente, serem as melhores. Se em princípio queria uma imensa variedade de mulheres entrevistadas, fui descobrindo que conversas mais extensas e que possibilitassem mais partilhas me abriam múltiplas possibilidades de imergir nas experiências de mulheres e bissexuais sobre saúde. De forma parecida, fui desconstruindo meu entendimento do que poderia ser saúde. Comecei o mestrado certa de que faria uma pesquisa crítica ao sistema público de saúde, à classe médica, à psicologia e todas as formas de cuidado institucionalizadas que eu já sabia não funcionar como deveriam. Havia uma necessidade pronta, na forma como eu gostaria de encaminhar a pesquisa: a de nos incluir no sistema de saúde existente.

É claro que queremos estar inseridas no sistema, se é este o sistema que dispomos e é a partir deste acesso, como um direito garantido, que nos tornamos sujeitas políticas, livres de quaisquer punições por sermos quem somos. Digo isto, porque é exatamente pela via de retirada de direitos, privação de liberdade ou restrições a necessidades consideradas básicas que o poder disciplinar (Foucault, 1999a) nos pune quando fugimos da normalidade, da ordem instituída e, neste caso, perdemos o acesso e o direito à saúde, quando desviamos da heterossexualidade. Ao mesmo tempo em que buscamos esta via de reconhecimento, pagamos um preço para sermos incluídas: é preciso que funcionemos minimamente dentro dos padrões considerados normais deste sistema. Portanto, se queremos nos casar, precisamos funcionar dentro de uma lógica monogâmica, monossexual²², do afeto como propriedade privada. Se queremos ser bem

²² Ross, Dobinson e Eady (2010) comparam o monossexismo ao heterossexismo, por ser uma norma que opera, estruturalmente, em favor das orientações sexuais voltadas para apenas um gênero, em detrimento de outras, como a bissexualidade. Jaeger, Longhini, Oliveira e Toneli, (2019) explicam que o termo tem sido utilizado pela militância bissexual brasileira e em produções acadêmicas internacionais para discutir a maior legitimidade atribuída às heterossexualidades e homossexualidades, considerando-

atendidas pelo sistema de saúde já organizado, é importante que performemos feminilidade e que façamos sexo com penetração, para não causarmos nenhum problema na hora do exame preventivo.

Com estes questionamentos não quero negar a importância da luta pelo acesso a serviços de saúde de qualidade, mas afirmo que as vias pelas quais conquistamos visibilidade são mais complexas do que um problema dual entre sermos bem atendidas ou não em um serviço de saúde. Conforme problematiza Foucault (1999a, p. 224) “a visibilidade é uma armadilha”, de modo que, nos tornando visíveis, podemos facilmente reproduzir as opressões e normas que tanto buscamos questionar. Como saída alternativa à busca por visibilidade, encontramos formas de cuidado que não dependem de políticas públicas ou de profissionais de saúde formados. Me refiro às práticas holísticas, como meditação e reiki; ou religiosas como a umbanda ou o candomblé; ou ainda as práticas feitas entre pares, como receber um conselho aqui, trocar uma receitinha caseira ali.

Bethânia encontrou muito cuidado em saúde participando dos encontros no terreiro, assim como Andressa que cuida da sua ansiedade nos encontros com outras mulheres na fogueira. Beatriz e Andressa trocam receitas de chás e outras dicas para cuidarem da própria saúde sem precisarem ir tanto ao médico ou tomar medicamentos. Juliana também relata como prefere conversar com amigas a com médicos sobre determinados assuntos de saúde. Buscamos estes outros saberes, porque o saber biomédico, apesar de anos de esforços dos movimentos sociais, ainda não consegue nos atender como precisamos.

Nesse sentido, tentei descrever, a partir de saberes localizados, quais foram meus embates teóricos, e minhas percepções iniciais da pesquisa e sobre como elas foram sendo reconstruídas e alinhavadas conforme fui atravessada por outros conhecimentos e possibilidades. Procurei contar como aconteceu a escolha das participantes e quais foram meus caminhos para chegar até elas e como meus ideais de pesquisadora foram sendo transformados em cada encontro e conversa. Assim como dito por Hissa (2019):

A pesquisa não é o resultado da ligação entre dois pontos, previamente concebidos. [...], Entretanto, esses pontos – de partida e de destino – vão se descobrindo ou se fazendo ao longo do processo de construção da própria rota. Os textos de pesquisa, também, são feitos desse *fazer rotas* ou desse *construir cartografias enquanto se fazem caminhos* (Hissa, 2019, p. 26).

as superiores em relação as não monossexualidades: bissexualidades, pansexualidades, polisssexualidades.

A etapa seguinte deste percurso metodológico foi composta pela transcrição das entrevistas feitas e suas análises. Minha escolha, a partir do entendimento de que não há uma realidade a ser descoberta e descrita, foi a da análise do discurso, proposta por Foucault (1996). Na seção seguinte, discorrerei acerca desta análise e refletirei sobre “o que há, enfim, de tão perigoso no fato de as pessoas falarem e de seus discursos proliferarem indefinidamente? Onde, afinal, está o perigo?” (Foucault, 1996, p. 8).

3.3. Discursos, saberes e poderes

Depois de colidir com uma dúzia, você aprende a andar com a barriga contraída e os braços levemente abertos, o que para lésbicas como eu nem é tarefa penosa. Algumas lésbicas gostam de abrir o cotovelo para apoiar a mão na mesa, o braço na janela do carro ou na perna. O cotovelo lésbico revela tanto quanto a munheca do homem gay. Mas o fato é que, fazendo isso, você mantém uma pequena órbita, evitando que a colisão o derrube e tornando possível uma volta para casa sem novos hematomas (Lacombe, 2017, posição 350).

Começo esta seção com um pequeno trecho do romance lésbico da Milly Lacombe, jornalista e escritora brasileira. Seu livro, que logo na capa promete ser uma ode ao amor-próprio, trata das dores do fim de um amor de anos e da busca da protagonista, uma jornalista lésbica, em se reconstruir e reencontrar depois desse término. Faço questão de dizer do romance *lésbico*, com uma protagonista *lésbica*, porque foi de fato marcante me identificar com a personagem principal e suas longas descrições das paixões por outras mulheres ou das suas divagações sobre o amor. A narrativa, tão comum, sobre os amores heterossexuais cansa e uma leitura que me conecte com outras mulheres, lésbicas como eu, traz prazeres e sensações de pertença bem marcantes. Mas, meu intuito aqui não é fazer uma análise sobre os perigos e problemas do amor romântico e heteronormativo, mas sim do trecho em que Milly fala tão corriqueiramente sobre nossos cotovelos.

Me lembro que ri bastante quando li sobre a abertura dos cotovelos, que desde sempre me acompanharam, e já desgostei quando via que vira e mexe lá eles estavam abertíssimos, em fotos ou vídeos. Eu não gostava, porque era isso que me fazia parecer diferente das outras meninas e, quando se é mais nova, quem é que gosta de ser incomum?

A questão é que se hoje ganhamos certa visibilidade, na década de 90 ser lésbica no Brasil, para além de incomum, ainda era vista como algo a ser “curado” pela psicologia, até

1999, não havia uma resolução²³ do Conselho Federal de Psicologia que regulamentasse sobre a patologização das homossexualidades e bissexualidades, embora já não fossem consideradas doentes desde 1973 pela Associação Americana de Psiquiatria (APA) e a partir de 1990 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (Junqueira, 2007).

O tal cotovelo aberto da sapatão me fez pensar na série de efeitos discursivos de uma simples frase: desde evocar minhas memórias sobre o entendimento de uma identidade lésbica; ou quem sabe a reflexão sobre a função de um cotovelo aberto – que para além de dizer de uma orientação sexual, poderia significar simplesmente proteção em meio a multidões; ou ainda a conexão de trejeitos a práticas sexuais, que findam na nomeação de uma identidade, que há alguns anos era considerada patologia ou doença mental. O discurso funciona a partir do que se diz e, principalmente, de quem o diz. A descrição feita pela autora lésbica produziu em mim um certo tipo de identificação, entretanto poderia fazer parte de um livro que cataloga comportamentos e trejeitos de mulheres lésbicas e, assim, assumiria um caráter completamente patologizante. O discurso, portanto, é menos o texto em si e mais o sujeito que o pronuncia, o contexto em que se insere e seus possíveis efeitos.

Foucault (1996) comenta sobre a ligação da ordem discursiva com o desejo e o poder, ou seja, “o discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo por que, pelo que se luta, o poder do qual nos queremos apoderar” (p. 10). Acompanhando a virada linguística, de que não há a possibilidade de mundo sem nossa linguagem (Araújo, 2004), Foucault (1996) discorre sobre os mecanismos pelos quais os discursos são criados e controlados nos pequenos comentários, escritos de livros ou em disciplinas, como Psicologia ou Medicina, e são justamente estes discursos que excluem determinadas formas de viver, como os loucos e os homossexuais, e controlam práticas específicas, como a abertura dos nossos cotovelos e, mais enfaticamente: o sexo.

Desde a compreensão do discurso como esse mecanismo que gera e controla nossas vontades de saber e de verdade, Foucault (1996) propõe uma análise discursiva composta por dois conjuntos: o crítico e o genealógico. No primeiro, ele sugere que olhemos para as funções de exclusão do discurso, e como exemplo traz a interdição da linguagem sobre a sexualidade e como ela se desloca e se rearticula de uma série de práticas de proibição e confissão, do século

²³ A resolução nº 001/99, de 22 de março, regulamenta sobre as ações da Psicologia em relação às orientações e práticas homossexuais, vetando qualquer prática psicológica relacionada à “cura gay”. A resolução significou um expressivo avanço sobre as normas que regulam as práticas relacionadas à nossa saúde.

XVI ao XIX, para a aparição da temática sexual na medicina e psiquiatria no século XIX. Quanto a genealogia, cabe o estudo da formação discursiva que é “ao mesmo tempo dispersa, descontínua e regular” (p. 65). De modo que, é preciso olhar para estas duas instâncias analíticas simultaneamente, uma vez que elas não acontecem separadamente: “Toda tarefa crítica, pondo em questão as instâncias do controle, deve analisar ao mesmo tempo as regularidades discursivas através das quais elas se formam; e toda descrição genealógica deve levar em conta os limites que interferem nas formações reais” (Foucault, 1996, p. 66).

Assim, alinhada à proposta Foucaultiana, busquei analisar as entrevistas feitas e os discursos reproduzidos nas falas das mulheres com quem conversei e, inclusive, nos meus próprios ditos. Segundo Harding (1987, p. 9) “introduzir esse elemento subjetivo na análise na verdade aumenta a objetividade da pesquisa e diminui o ‘objetivismo’, que esconde esse tipo de evidência do público”. Não seria possível conversar sobre saúde, lesbianidade e bissexualidade e práticas de cuidado sem revisitar e repensar minhas próprias experiências, inclusive nas construções das categorias de análise feitas a partir a leitura das transcrições das entrevistas. Procurei, portanto, dialogar com as experiências das mulheres que entrevistei com as minhas, já que em vários momentos elas se aproximavam, me fazendo lembrar histórias ou refletir sobre minhas próprias vivências. Falar sobre mim, ao longo desta pesquisa, vem do meu entendimento de que minha subjetividade esteve presente por todo o processo desde a escolha do tema de investigação, a escolha das entrevistadas, como também as escolhas epistêmicas e metodológicas dessa dissertação.

A despeito da escolha por uma metodologia lésbico-feminista e pela análise do discurso, reitero que a importância de uma pesquisa interessada em ouvir mulheres, e comprometida em ir além de uma ciência androcêntrica e positivista, não está restrita a quais métodos escolhemos para realizá-la, mas sim se escutamos com cuidado ao que as mulheres têm a dizer sobre suas vidas e se conseguimos olhar criticamente como cientistas costumam conceituar a vida dessas mulheres (Harding, 1987). Segundo a autora, os desafios feministas na pesquisa estão justamente nas perguntas que fazemos e, principalmente, naquelas que não fazemos. É preciso olhar para aquilo que os saberes hegemônicos não conseguem enxergar, para os silêncios, as falas que outrora não seriam legitimadas e para os perigos da universalização da categoria mulher, como se fossemos uma só.

Harding (1993) disserta sobre a dificuldade em pesquisar experiências feministas a partir das categorias e conceitos teóricos tradicionais, já que as teorias patriarcais que fundam nosso modelo de ciência foram feitas para explicar as vidas de homens cisheterossexuais, brancos, burgueses e ocidentais. Ela sugere que a própria teorização aparece como empecilho

na busca por uma produção de conhecimento que fuja à lógica patriarcal, uma vez que pressupõe uma divisão entre quem conhece e quem é conhecido e se orienta por uma visão exata de mundo. De modo que Harding (1993) propõe que o desapego a um esquema permanente para construir explicações e que aprendamos a “aceitar a instabilidade das categorias analíticas, encontrar nelas a desejada reflexão teórica sobre determinados aspectos da realidade política em que vivemos e pensamos, usar as próprias instabilidades como recurso de pensamento e prática” (p.11).

As categorias de análise que apresentarei a seguir foram construídas a partir de uma análise discursiva, conforme a proposição de Foucault (1996). Na tentativa de caminhar por uma metodologia mais fluída, espero conseguir encontrar recursos que ampliem meus olhares para pensar o que buscamos quando pensamos em cuidar da nossa saúde. De qual saúde falamos, que cuidado esperamos e quais são as práticas de autocuidado existentes, ainda invisíveis no modelo androcêntrico e biomédico de saúde que dispomos. Enfatizo que, ao fazê-lo, não procuro encontrar uma receita pronta, que funcione para toda mulher lésbica e bissexual, mas sim demonstrar que a forma universalizada de cuidado, assim como a noção de mulher como unidade, não tem nos ajudado a encontrar soluções para pensar a saúde de mulheres lésbicas e bissexuais.

4. Possibilidades de cuidado em saúde: as vozes e saberes das mulheres entrevistadas

“E quando falamos temos medo
que nossas palavras não sejam ouvidas
ou bem-vindas
mas quando estamos em silêncio
ainda estamos com medo
Então é melhor falar
lembrando
que nunca fomos destinadas a sobreviver”
(Lorde, 1978, tradução nossa).

Começo este capítulo com o trecho de um poema de Audre Lorde, para lembrar da importância de falarmos sobre tudo aquilo que nos ensinaram a não conversar ou a não olhar, ainda que sintamos medo, ainda que pareça estranho. Irei, nesta seção, apresentar as experiências e visões sobre cuidado em saúde das mulheres que entrevistei entremeadas às

discussões teóricas apresentadas até aqui. Por isso, retomo algumas informações importantes, antes de nos colocarmos em diálogo com as entrevistadas.

Conforme apresentado no capítulo anterior, em meio as aproximações teóricas com o campo/tema desta pesquisa, conversei com cinco mulheres sobre suas histórias de vida, sexualidade e identidade; sobre saúde, práticas de cuidado e acesso a serviços; e experiências de violência ou acolhimento no acesso a esses serviços, além da construção de práticas de cuidado costumeiramente invisíveis ao modelo de saúde estruturado no Brasil hoje. De modo que, para dialogar com os temas explorados nas entrevistas, da saúde de maneira ampliada, faço uma introdução teórica nesta dissertação que conversa com a criação do SUS e a construção de políticas públicas para mulheres lésbicas e bissexuais, fatores que influenciam diretamente como vivenciamos nosso cuidado em saúde hoje.

Ao longo do texto, procurei discutir alguns avanços conquistados pelo movimento de mulheres lésbicas e bissexuais que, aliado ao movimento feminista, LGBT e sanitarista, teve forte presença na forma como as políticas públicas de saúde foram estruturadas desde a criação do SUS. Ainda que consideradas um avanço, tais políticas, que parametrizam o saber sobre saúde como o conhecemos hoje, acabam por invisibilizar uma série de práticas e identidades que não funcionam em conformidade com a normativa reproduzida em seus textos, alinhados a um cuidado em saúde universalista e biomédico.

Ainda que universalistas, a criação das políticas públicas para mulheres e a população LGBT prometia uma melhora no atendimento oferecido a nós, mas que permaneceram no papel. Parece haver um distanciamento entre os saberes e práticas construídos e propostos ao longo desses anos e os saberes e práticas que permeiam nossas vidas cotidianamente. O que quero dizer é que para pensarmos em um cuidado em saúde efetivo, é preciso que consigamos compreender o que acontece neste espaço entre o saber especializado sobre saúde e o saber que orienta nossas práticas cotidianas de saúde. O que há neste entremeio? Estes saberes podem cruzar estas fronteiras? E se as cruzam, o que acontece quando o fazemos? Quais possibilidades discursivas e de cuidado se criam?

Neste sentido, busquei construir categorias de análise, as quais apresentarei a seguir, que pudessem discutir as práticas de cuidado em saúde que apareceram nas falas das mulheres com quem conversei. Em um primeiro momento, por conversarmos sobre suas histórias de vida, opto por discutir as identidades e performatividades construídas em um universo discursivo organizado em torno da heteronormatividade e quais são seus efeitos para nossa saúde, seja ela mental, física ou social. Em seguida, conversei sobre as redes de sociabilidade das mulheres que entrevistei, para pensar espaços de cuidado ou de opressão que podem ser construídos a partir

dessas relações. No próximo eixo, exploro as práticas de cuidado em saúde das entrevistadas, as que acontecem em espaços institucionais, como consultórios médicos, como também as práticas organizadas por grupos de mulheres ou entre pares. Por fim, penso nosso cuidado em saúde para além de uma identidade lésbica e bissexual, por compreender que outras opressões e experiências nos circunscrevem, como as questões raciais ou de classe.

As entrevistadas serão apresentadas à medida em que os recortes de suas falas forem incorporados ao texto, mas de antemão adianto que me referirei a elas pelos nomes de: Andressa, Bethânia, Beatriz, Juliana e Mariana. Suas idades são, respectivamente: 30, 32, 33, 39 e 26. Andressa se mudou para Belo Horizonte há alguns anos e antes residia no interior do Mato Grosso; Bethânia já residiu na região metropolitana de Belo Horizonte, mas hoje mora aqui com a mãe; Beatriz vive em uma cidade do interior de Minas Gerais com a mãe, mas, pela proximidade com a capital, vem constantemente a trabalho e para eventos sociais; Juliana e Mariana são belorizontinas, nascidas e criadas aqui. Coloco alguns detalhes como nome, idade e onde moram para facilitar o diálogo com os trechos que apresentarei em seguida.

4.1. Identidades, performatividades e saúde

“Eu sempre soube, desde muito nova. [...] Eu lembro que com doze anos de idade eu descobri que eu poderia sair de óculos escuros e isso era incrível, por que isso me permitia olhar as mulheres sem que alguém percebesse.” (Mariana).

Trago um trecho de uma fala de Mariana que acontece logo no início da nossa conversa, quando peço a ela que me conte um pouco sobre sua história e como foi se entendendo uma mulher lésbica. Escolho começar as análises das entrevistas²⁴ por estes processos de subjetivação, conforme teorizado por Foucault, por compreender que talvez esses sejam os primeiros momentos em que percebemos como nossa sexualidade ou identidade marcam e constroem a forma como experienciamos o mundo a nossa volta, também, por ser um momento comum tanto na minha história quanto das mulheres que entrevistei: foi preciso compreender que éramos diferentes – e aqui não me refiro a qualquer diferença, mas aquela que inferioriza e desqualifica – quando ainda estávamos tateando quem gostaríamos de ser, de quem ou do que

²⁴ As tecnologias de dizer de si remontam, historicamente, ao poder pastoral e confessional, muito apropriadas também pelo saber psicológico. Trago essa nota, porque parece haver nas narrativas das mulheres, talvez pelas perguntas adicionadas ao roteiro ou pela importância que as identidades assumem em nossa sociedade, uma centralidade nesse dizer quem se é.

gostávamos, quando ainda não entendíamos que olhar para uma mulher por tempo demais ou, ultraje ainda pior, desejá-la de forma apaixonada ou carnal era errado, muito errado.

Andressa também conta que sempre soube de si desde os sete anos, “tenho a noção que eu sentia alguma coisa diferente”, e relata sobre como foi dolorido precisar esconder quem era por um tempo:

tive alguns relacionamentos com homem, mas sempre muito superficial, porque de fato pra mim era algo doloroso assim, então, eu ficava e tal, mas tive namoros curtos e nunca me envolvi sexualmente com homem nenhum, então, nunca transei com homem e chegou num ponto assim que pra mim já tava ficando extremamente sufocante assim e eu achava que se eu não desse um jeito naquilo eu ia surtar de alguma forma. Ainda mais por que eu morava no interior [...] na época... (Andressa)

Foucault (1995) teoriza sobre os processos de objetivação que nos transformam em sujeitos: os modos de investigação, que procuram atingir estatuto de ciência; as práticas divisoras, ou seja, aquelas que nos diferenciam entre nosso interior e em relação aos outros; e, por fim, o modo como nos tornamos sujeito, como exemplo, como aprendemos a nos reconhecer sujeitos de sexualidade. Ao trazer dois significados da palavra sujeito, o autor demonstra como, independente do conceito que escolhermos, ambos falam de um poder que subjuga e sujeita: o que está sujeito ao outro por controle ou dependência ou pela própria identidade, que nos é imposta pelas técnicas de poder, como uma lei da verdade.

Pensar nessas técnicas de poder, que nos impõe determinadas formas de viver, implica refletir sobre como a heterossexualidade nos é imposta desde muito cedo, como única possibilidade inteligível de viver, como ilustram Andressa e Rich (2010). Mariana também traz exemplos sobre como a heterossexualidade parece ser a única opção vivível quando ainda não descobrimos discursos que legitimam nossas identidades:

E tipo quando eu beijei esse menino eu fiquei assim ‘ai merda vou ter que lidar com isso agora’. Num princípio, foi muito ruim, não curti. Eu me forcei a fazer aquilo, só que depois eu comecei a achar interessante. Eu acho que de certa forma o nosso...o nosso corpo, a gente... se acostuma a ter aquele tipo de carinho [...] aí ficamos juntos um ano. Ele sempre queria alguma coisa a mais, que eu não tava disposta a dar, porque eu tinha ali um preceito religioso que me impedia (Mariana).

As formas pelas quais o poder se institui não acontecem, no entanto, sem resistências. Não teríamos como pensar em poder ou submissão, sem pensarmos em liberdade ou, ao menos, tentativas de avanço contra algumas amarras instituídas e governadas por esse poder. Foucault

(1995) teoriza sobre três tipos de lutas: aquelas contra as formas de dominação, como as lutas étnicas ou raciais; contra os modos de exploração, como as lutas de classe; ou ainda as lutas contra a sujeição e a submissão, como as lutas identitárias. Para além disso, penso nas pequenas resistências diárias, quando descobrimos, de fato, prazer em beijar:

Aí... foi... numa festa, tava muito bêbada, essa menina chegou pra mim e falou assim 'eu quero te beijar' eu falei 'tá, me beija' [risos]. E... eu acho que eu tinha o que? 20....21, 21 anos. E aí...ela me beijou e na hora minha cabeça fez assim 'é isso, cara', puta que pariu é isso, era isso que, nossa, é....sabe quando você entende que? Ah...você entende, né [risos] [...] eu senti tipo assim o beijo foi diferente, o toque era diferente, a sensação que eu tava tendo com a pessoa era diferente (Mariana).

A primeira vez que eu beijei uma mulher, eu pensei “agora sim eu entendi porque é bom beijar!”. A Bethânia também: “aí eu me envolvi com a minha professora...é... aí quando eu dei o primeiro...o beijo assim... nela foi...eu falei assim nossa libertação...era isso que tava acontecendo comigo, era disso que eu precisava, era isso que eu precisava viver.”. O Estado, portanto, para além de ser um dos lugares mais importantes de exercício de poder, é como o ponto de referência para todas as outras relações de poder nos ajuda a refletir sobre quais ações poderíamos agir para que mulheres como eu, Bethânia, Mariana possam ver o beijar uma mulher como possibilidade, antes de precisarmos insistir em relações heterossexuais que nos causam desconforto e de viver como se quem somos não pudesse existir. Foi pela via do Estado e pelas lutas que os movimentos sociais procuraram justamente por essa visibilidade política em suas lutas, como vimos no primeiro capítulo dessa dissertação, que as políticas de saúde foram estruturadas. Trago estas reflexões para pensar os modos como vamos construindo nossa subjetividade em meio às relações de poder que governam e regulam nossas ações. Proponho que pensemos de que forma os discursos heteronormativos vão circunscrevendo quem somos e de que maneira vamos aprendendo a ser e a estar no mundo.

Não seria possível pensar nosso cuidado em saúde, tanto em práticas de autocuidado quanto em práticas que envolvem instituições e profissionais de saúde, sem resgatar a genealogia dos saberes e verdades sobre as mulheres lésbicas e bissexuais. A genealogia propõe o resgate “do acaso dos começos e dos acidentes” (Revel, 2005, p.52), entendendo que esse conceito “não pretende voltar ao tempo para reestabelecer a continuidade da história, mas procura, ao contrário, restituir os acontecimentos na sua singularidade” (p. 52). Quando compreendemos, portanto, que essa vontade de verdade sobre quem somos vem mais de uma

contingência histórica do que de uma essência, possibilidades se abrem para que a gente reconstrua nossa história a partir desses pontos singulares.

O trecho com que abro esta seção de análise não foi por acaso, trago exatamente o momento em que Mariana descobre uma nova possibilidade de mundo: o prazer de olhar outras mulheres sem que ela fosse julgada, no entanto, já aos 12 anos ela sabia que deveria fazê-lo as escondidas. Fiquei me perguntando, enquanto relia esta passagem nas transcrições, quais foram as falas, comentários ou ações que a fizeram entender que ser uma mulher que olha para e deseja outras mulheres era algo a ser encoberto. Logo depois deste relato, ela me contou que tem fragmentos de memória da sua infância e adolescência e disse: “eu tenho flashes de tipo assim da minha mãe me dando uns puxão de orelha porque eu tava olhando muito pra uma menina ou olhando muito pra uma mulher, reparando demais. Eu lembro quando eu tava na...quinta série mais ou menos, que o pessoal da escola me chamava de sapatão”.

Me lembro também da primeira vez em que me chamaram de sapatão na escola e, se não me falha a memória, assim como Mariana, eu estava na quinta série. Eu já havia ouvido que eu parecia sapatão quando era mais nova, em algum lugar da infância que não me lembro bem, e me recordo que minha tia me disse isso por eu gostar mais de usar tênis do que minha prima, que sempre gostava de ganhar sandálias. Talvez eu só gostasse de brincar mais de corrida do que minha prima, penso eu que essa é a função originária dos tênis, porque na época, certamente, eu não sabia o que era ser uma mulher lésbica, mas era preciso conter qualquer possibilidade de comportamentos ou expressões que ligassem, tanto a mim quanto Mariana, a uma identidade lésbica.

Localizar historicamente os discursos que produzem as formas como experienciamos e vivenciamos o mundo - mais radicalmente, os discursos que criam este mundo inexistente *a priori* – possibilitam que a gente resgate a historicidade das identidades e experiências que tão facilmente naturalizamos. Digo isso porque o discurso essencialista sobre nossa sexualidade procura apagar, a todo custo, o caráter contingencial da hegemonia heterossexual como conhecemos hoje. Nossas famílias quando tentam impedir que vivenciemos experiências homo ou bissexuais, o fazem em nome do cuidado, em nome dos bons costumes, em nome de regras que foram inventadas, mas esquecemos de seu caráter circunstancial ou não aprendemos a repensar suas origens e mais ainda: não olhamos para quem as escreveu e com que intuito.

Katz (1996) argumenta sobre a invenção e imposição da heterossexualidade, assunto já debatido e argumentado por diversos movimentos sociais e políticos, quando questionavam as hierarquias e desigualdades sociais postas (Duggan, 1996). A autora, em uma publicação de

1979, retoma brevemente o histórico das mulheres lésbicas nos Estados Unidos e questiona a a-historicidade da suposição de que a vida da mulher deveria ser restrita ao ambiente doméstico.

Duggan (1979) registra como migramos de uma invisibilidade, no sentido de que nenhum tipo de relação entre mulheres representava uma ameaça à ordem, para sua patologização a partir de 1920. Ainda que baseada em registros de mulheres brancas e de classe-média, a autora discute como a emancipação econômica das mulheres propiciou que casais lésbicos, que antes viviam escondidas, optassem por não se casar com homens para estarem juntas. Duggan (1979), ao comentar o livro de Lilian Faderman, disserta sobre como os escritos médicos do século XIX criariam o conceito patológico de lésbica como forma de controle social para manter a ordem discursiva da época. Apesar da retirada da homossexualidade como patologia dos manuais de doenças mentais, a ideia de que tem algo de errado com a gente, entretanto, permanece:

nossa eu orava demais, eu orava tipo...eram horas pedindo pra deus tirar aquilo de mim, eu chorava horrores. E eu sempre tinha a sensação de que tinha alguma coisa dentro de mim que tava muito errada, por mais que...eu sempre fui... eu sempre fui uma pessoa muito obediente [...] essa coisa de de seguir ordens muito forte (Mariana).

A história nos conta que a patologização das nossas sexualidades tem registro recente e, a despeito de termos sido tiradas dos manuais de doenças mentais no Brasil e em alguns lugares do mundo, os efeitos desse discurso perduram. Juliana também fala do sofrimento para se entender uma mulher bissexual:

Eu acho que no caso da bissexualidade é mais angustiante ainda, porque como se trata de...um lugar não...muito bem estabelecido...na dualidade que a gente vive, né, na sociedade...a gente acha que tá mais confusa. [...] me identificar como mulher bi foi uma coisa tão a longo prazo, tão é... construída com o tempo assim e com uma maturidade que é necessária e sozinha, muito sozinha ou eu com a minha companheira, que eu vivi durante 18 anos (Juliana).

Juliana traz um ponto comumente falado entre as identidades não heterossexuais: a solidão. Assim como Mariana, que aprendeu a manter para si a vontade de olhar para outras mulheres, Juliana conta como foi difícil se entender primeiro uma mulher lésbica e depois uma mulher bissexual. Ela critica a dualidade em que vivemos, ou seja, os modelos binários de homem/mulher, hetero/homo, pinto/"buceta" e por aí vai. Juliana me diz que se apaixona por mulheres, mas que gosta de pinto, ela diz: "cê ta se relacionando com uma mulher, mas cê ta transando com uma mulher usando um pênis, então, que relacionamento homo é... exatamente esse?". Ela conta sobre como resiste ao binarismo monossexual (Ross, Dobinson & Eady, 2010;

Jaeger, Longhini, Oliveira & Toneli, 2019) ao se identificar uma mulher bissexual, ainda que ouça comentários monossexistas tanto nos espaços lésbicos que frequenta, quanto nos heterossexuais.

Parece haver, a partir do que Juliana fala, uma ideia do que seria uma prática sexual lésbica “de verdade”, como se para ser lésbica fosse preciso não gostar de pintos ou dildos, ao passo que para Andressa usar dildos com suas namoradas não fazia dela mais ou menos lésbica. O sexo anal, entra no mesmo escopo, se pensamos em práticas sexuais entre mulheres, não falamos disso, volto à minha conversa com Juliana: “aqui deixa eu te falar uma coisa [...] eu adoro o sexo anal, de verdade, tipo, as vezes dá vontade de colocar uma plaquinha ‘me come, me come, come meu cu’ [risos]”. Andressa e Juliana trazem um ótimo contraponto para pensarmos os limites identitários desestabilizados pelas performatividades, ou seja, não é possível definir, à risca, uma prática sexual que seja essencialmente lésbica e que funcione para todas nós. Falamos em “caminhões”, “tesouras” e “dedadas” para dizer de uma identidade lésbica, mas que com certeza não se estende a todas nós ou não dão conta da complexidade que é ser uma mulher lésbica e bissexual. E aqui me pergunto, como construir uma política pública que faça uma saúde menos universalista e mais particular?

Repensar os binarismos produzidos pela heteronormatividade não se restringe a refletir em como Juliana vai nomeando sua identidade, mas também em como esta identidade/orientação sexual está ligada às práticas sexuais²⁵. Me lembro que antes de entrevistá-la eu havia montado um estereótipo de uma mulher bi, imaginei que ela gostasse de se relacionar amorosamente tanto com homens quanto com mulheres e presumi que ela gostasse de práticas sexuais que pudessem envolver tanto “pintos” quanto “bucetas”. Mas, nossa sexualidade vai muito além do que nossa inteligibilidade heteronormativa consegue imaginar:

Isabela: Cê já ficou com caras mais tempo assim, não?

Juliana: Não, eu tenho preguiça...

Isabela: Não? Só já transou com caras?

Juliana: Nunca também.

Isabela: nunca transou com caras...beijou caras?

Juliana: já beijei muitos, já. Já., tipo... já quase cheguei lá com uns e tals, mas eu sou muito caretinha assim e aí eu acho que, eu...eu num gosto de transar sem ter um vínculo assim.

Isabela: sei.

²⁵ Segundo Marques, Oliveira e Nogueira (2013) a sexologia do século XIX e início do século XX produz a conexão entre comportamentos sexuais e identidades. As identidades, a partir de então, passam a ser vistas como descritoras dos indivíduos, e as categorias como o sujeito homossexual ou a mulher lésbica são criadas. A produção de teóricas feministas, como Butler (1999), do final do século XX, no entanto, passam a questionar esta suposta correlação e coerência entre o sexo biológico, identidades, orientações sexuais e práticas sexuais.

Juliana: sabe? E aí...

Isabela: e não tem como construir um vínculo com alguém que você não tem paciência e aí...

Juliana: é...e... mas isso pra mim é um problema.

Isabela: unhum

Juliana: quer dizer...não sei se chega a ser um problema, mas essa é uma questão pra mim, da minha sexualidade. Eu acho que eu devia sim ter uma experiência e tal, mas os caras...é... os modelos assim estão tão falidos, né? (Diálogo com Juliana).

O que é preciso para se identificar como mulher bissexual? Novamente, parece haver uma normatividade acerca do que seria uma mulher verdadeiramente bissexual, aquela que já teve experiência com dois gêneros ou a que já transou com mulheres e homens. Nossas narrativas parecem buscar uma fixação das práticas sexuais com as identidades, ideia absolutamente colada à heteronormatividade. Eu digo à Juliana que a partir da minha experiência, ainda que eu já tenha transado com homens, me identifico como mulher lésbica. Fico pensando o quanto essas trocas, de partilharmos nossas experiências e em como elas marcam quem somos, são importantes para que a gente construa algum tipo de legitimidade em torno das identidades que não se conformam à heteronorma.

eu tinha uma amiga muito mais velha que eu, muito mais velha...tinha uns 14 anos a mais que eu. E ela sempre foi uma referência pra mim, de tudo, de arte, de literatura, de pff ela me ensinou um tanto de coisa. E...eu ia no cinema com ela, eu fazia os rolês com ela...eu fazia...tipo ela já tinha um filho e... mas ela tava separando pra ficar com uma mulher, inclusive, e a gente trocava muita figurinha (Juliana).

Juliana do quanto foi importante ter diálogo com essa amiga que também se relacionava com mulheres. Elas conversavam muito:

é, mas assim, na época ainda era muito tabu, assim. Tinha tinha, a gente falava mais sobre sexo, porque a gente...ai, enfim a gente era mais aberta e tal, mas, por exemplo, ela falava comigo muito da da....a gente num falava muito sobre sexo, entende? A gente falava sobre relação, sobre romance, a gente falava sobre como que ela toca violão lindamente, ai que fofa (Juliana).

Medeiros (2017) discute a importância da representatividade da mulher lésbica e bissexual em mídia sociais e como, a partir da construção de conexões entre nós, há a possibilidade de resignificação de uma série de discursos heteronormativos e machistas. Um deles, discutido pela autora, é o acesso a histórias e contos de mulheres que amam outras mulheres, possibilitando que encontremos narrativas com as quais nos identifiquemos. Juliana

relata exatamente a potência de participar de um grupo feminista e ter com quem trocar experiências sobre sexo:

A gente fazia parte de um grupo, é... um grupo feminista que... e a gente falava sobre... tudo sobre sexo. Mulheres... então, tinha, era muito bacana, por causa disso. Por que tinha mulheres é... sex... amores livres, tinha... poligamia, tinha grupo de mulheres que namoravam 3, 4, tinha...é... mulheres que namorava com homens, tinha...de todos os tipos (Juliana).

Medeiros (2017) também discute como esses espaços de representatividade possibilitam ressignificar o discurso machista de que mulheres não são capazes de construir amizades entre si. O discurso sobre a incompatibilidade feminina para amizades, que nos manteve sozinhas por muito tempo, tem sido ressignificado justamente pelas mídias sociais, com *posts* feministas difundindo conceitos como sororidade e outras narrativas sobre o suporte entre mulheres.

Beatriz também pontua as diferenças geracionais como quando ela foi entendendo que era uma mulher lésbica, no interior de Minas Gerais, e as meninas de hoje que, nas palavras dela:

Hoje tipo...adolescente estuda e namora menina na escola, não consigo imaginar isso na minha época, não existiria isso nunca na minha época. Nem na minha sala, nem nas salas..nem ninguém do meu...do lado. Minha escola era a maior escola da cidade e não tinha, se tinha era escondido, ne, porque obviamente poderia ter (Beatriz).

Além do comparativo com a solidão na escola, Beatriz estende esse sentimento por ter crescido em uma cidade interiorana. Ela comenta que hoje, várias das pessoas que estudaram com ela na escola, passaram por problemas semelhantes aos dela e se descobriram lésbicas e gays. Beatriz conta que uns cinco anos depois dela ter ficado com outra mulher pela primeira vez, ela descobre l trailer de sanduíche que era o encontro sapatão da cidade, ainda que super discreto: “...foi bem discreto, pra mim e pra toda sapatão da minha idade, da minha cidade, foi a mesma coisa, porque nem entre a gente, sabe? Porque a gente foi se..conhecer com o tempo e tal, mas foi muito devagar mesmo.”. Se para as meninas que vivem hoje sua lesbianidade ou bissexualidade a situação mudou, para Beatriz também. Ela participa de um grupo de pessoas gordas, também promovido pelas mídias sociais, no qual a maioria das participantes se identifica como lésbica ou bissexual. As partilhas no grupo envolvem todo tipo de história e tem sido uma rede de suporte importante para que essas mulheres encontrem umas às outras.

Trago algumas reflexões e trechos das conversas com as entrevistadas para pensar os processos de subjetivação pelos quais passamos enquanto mulheres lésbicas e bissexuais e como tais modos são circunscritos e reiterados por heteronormatividades, machismos, racismos

e outras formas de controle e manutenção das hierarquias já postas. No início desta seção, falo da função do estado na manutenção ou questionamento destas normatividades que nos oferecem um acesso limitado no cuidado em saúde, por meio de políticas públicas que, a exemplo, versam sobre o desamparo de adolescentes lésbicas expulsas de casa, mas não propõem um plano de ação para este cuidado.

Na parte introdutória desta dissertação, discuti um pouco sobre os movimentos organizados, as lutas de grupos identitários e a busca por conquistas e visibilidade no campo dos direitos. Ainda que tenha havido mínimos avanços, quando houve a aproximação entre movimentos sociais e o estado e a organização de pautas em torno de identidades para buscar pontos em comum, certamente alguns tensionamentos foram deixados de lado, permaneceram invisíveis. Me refiro, por exemplo, às mulheres que fazem sexo com mulheres, mas que não se identificam como lésbicas ou bissexuais; ou às práticas sexuais entre mulheres que permanecem invisíveis: como o sexo anal ou *ménages*; à busca de suporte em religiões de matrizes africanas ou em pequenos grupos de mulheres; entre outras.

As mulheres com quem conversei me contaram sobre seus processos de resignificação de quem eram, sobre como aprenderam a gostar das mulheres que se tornaram, ainda que tivessem aprendido que deveriam ser mais magras ou mais femininas. Quando vivemos circunscritas por um poder que pretende, a todo custo, nos homogeneizar e universalizar categorias como mulher lésbica ou mulher bissexual, nos permitir diferenciar e afirmar essa diferenciação significa resistir. Mariana conta como cresceu aprendendo que deveria ser feminina, ter uma fala doce e condescendente, características de uma “boa” mulher. Quando ela volta do intercâmbio com os cabelos raspados, cheia de tatuagens, as axilas e pernas coloridas dos pelos que deixou crescer, ela tinha um jeito mais firme de conversar, afirmava que não era aquela mulher que queriam que ela fosse:

Hoje eu tive que romper com muitos padrões de feminilidade, tipo, principalmente de trejeito, porque eu sempre fui muito forçada a ser muito menina [...] muito feminina, a... a... voz, o jeito de falar, as expressões, a forma de agir, tanto que... enfim, num primeiro momento eu sempre passo essa impressão muito... aaahhh, porque eu... isso foi muito forçado em mim. (Mariana).

Andressa e Beatriz comentam sobre como foi crescer em cidades do interior, como parecia não haver possibilidade de serem quem gostariam de ser, parecia que mais ninguém ali entenderia o que elas sentiam. Andressa diz de quando se mudou para Belo Horizonte:

Quando eu cheguei aqui eu falo que foi muito engraçado porque parecia que eu tava no paraíso assim, porque tudo aquilo que eu sonhava, idealizava de questão de liberdade, em uma saída que eu...num bar que eu fui na Savassi de repente eu tava naquele meio onde tinha um tanto de mulher lésbica se beijando no meio da rua livremente e tal e eu fiquei assim 'meu deus, isso é possível' e aí começou um processo libertador mesmo de conseguir, assim, ainda não tinha conseguido me assumir pra minha família, mas eu já tava bem comigo mesma. (Andressa)

Quando Beatriz se muda para uma cidade maior, ela tem sua primeira experiência com outra mulher:

Mas a gente era muito amiga, foi no Rio, eu tinha...17 pra 18 anos quando eu mudei pro Rio e eu conheci ela na escola. Estudava no ensino médio, conheci ela na escola e a gente ficou muito amiga, muito muito muito amiga mesmo, mas era uma amizade pra gente. E a gente antes de beijar na boca a gente transou. Tipo aquele negócio, dormia junto, muito amor, muito carinho e tal. E aí se descobrindo, se conhecendo, transamo um dia. Mas no outro dia nem tocamos no assunto porque a gente achou aquilo um absurdo, ela também nunca tinha ficado com mulher na vida.” (Beatriz)

A relação das duas permaneceu, mas de modo conturbado:

E a gente ficou cinco anos nessa, tipo, ela não se aceitava, de jeito nenhum, menos do que eu ainda. E... homem, ficava comigo, foi cinco anos isso, namorava homem, ficava comigo, e eu sofri, lógico, né. Se não tem sofrimento não é sapatão [...] . Comecei a namorar outra menina, também não se aceitava. Minha vida cheia de sofrimento [risos]...tipo, não se aceita por causa de não se aceitar mesmo ou por causa de igreja. (Beatriz).

Depois de entender que amor sapatão é só sofrimento, Beatriz desistiu: “Ahh...já sofri muito. Eu não namoro hoje, eu acho muito desgaste, muito desgastante. [...] E aí depois dela eu já tentei namorar com duas pessoas, mas é isso...é não tenho paciência pra ciúme, sabe?”. Me pergunto se além do desgaste vindo de relações pautadas no amor romântico, cheias de expectativas sobre a vida uma da outra e muito ciúme, o fato de seus namoros terem sido marcados pelo armário de suas namoradas não restringiram ao controle um espaço que poderia ser de suporte e cuidado.

Trago alguns trechos que considero resistentes, como quando Mariana performa seu gênero como se sente melhor, não em conformidade com as normativas binárias do feminino e masculino; ou quando Andressa e Beatriz encontram caminhos para viverem sua sexualidade, a despeito de terem crescido em cidades interioranas, circunscritas por possibilidades mais restritas de encontrar mulheres como elas. Volto a Butler (2018), para pensar formas de aliança e resistência contra as condições de vida precárias que nos são impostas:

Do meu ponto de vista mais limitado, quero sugerir somente que quando corpos se juntam na rua, na praça ou em outras formas de espaço público (incluindo os virtuais), eles estão exercitando um direito plural e performativo de aparecer, um direito que afirma e instaura o corpo no meio do campo político e que, em sua função expressiva e significativa, transmite uma exigência corpórea por um conjunto mais suportável de condições econômicas, sociais e políticas, não mais afetadas pelas formas induzidas de condição precária (Butler, 2018, p. 13).

Butler (2018) retoma o conceito de performatividade, para pensarmos de que forma a linguagem atua, de maneira poderosa, produzindo novas situações ou acionando um conjunto de poderes, não apenas pela fala, mas também por atos corporais. A filósofa relembra que os modos de corporificação adquiridos ao longo do tempo, podem, além de reproduzir a norma, serem também formas de contestá-la. Ainda que existam os saberes-poderes sobre o gênero, como a medicina e a psicologia, estes não conseguem conter completamente os efeitos desses discursos, portanto, novas formas de falar e produzir gênero vão acontecendo, indo além do binarismo entre o masculino e feminino. Butler (2018) pensa num mundo ideal, em que o estado salvaguardasse os rompimentos com a normalidade, de forma que estes não fossem passíveis de punições, mas sim oferecidos suporte e afirmação para se realizarem. Acontece que estamos longe de um contexto ideal e, a despeito do otimismo de Butler, vivemos formas, muitas vezes, precárias de vida. E, talvez, seja isso o que nos une, os momentos em que partilharmos experiências de opressão e nos aliamos para de algum modo resistir:

Aí lembro de comentar, de falar assim oh 'nossa, tô tão feliz que a Jéssica [a irmã] tá apaixonada' aí ela [a outra irmã] falou assim 'ai que pena que é por uma mulher, né?'. Ai, tipo assim, essa foi a última vez que eu quebrei o pau, sabe? Falei assim oh 'ah, eu não admito' sabe? Tipo assim...eu já passei por tudo que que uma sapatão pode passar na vida por causa de preconceito dentro de casa, agora vem a outra...ela não vai passar por isso de novo não, sabe? Inclusive foi uma segurança que eu dei pra Jéssica, falei assim 'ou fica tranquila, cê não vai passar pelas coisas que eu passei, sabe?' (Bethânia).

Bethânia tem essas duas irmãs, a Jéssica, que está se relacionando com mulheres, e a Larissa, a que faz comentários homofóbicos constantes. Ela conta que está num nível de exaustão em discutir esses assuntos com a irmã: “Então fala o que quiser. Quando são assuntos assim que envolvem outras coisas, que ela tem mais resistência, sei lá, negros, cotas, travestis, transexuais, aí...aí eu consigo conversar com ela. [...] Agora sobre mim sabe? Nó... neem...vai falar asneira, que eu já cansei”. Mariana pontua a importância de encontrarmos alianças para lidar com essas opressões, especialmente quando não temos o suporte estatal necessário:

Eu acho que é você criar esses círculos, cê criar esses artificios, que você consiga se sentir em paz com quem você é. E eu acho que é importante ter esse tipo de amparo, sabe? Você é... e é isso que a gente não vê, por exemplo. Hoje em dia tem mais coisa? Tem... [...] É criar um ambiente, um canal, onde...tenha essa essa...onde essa informação, essa...até mesmo...essa troca seja feita de uma forma mais fácil, mais acessível, sabe? [...] Porque eu sei que o meu corpo físico hoje sofre mais por causa do que que aconteceu por aqui, sabe? [aponta para a cabeça]. (Mariana).

A questão é que o estado não apenas não apoia as sexualidades dissidentes, como opta por punir, patologizar e regular esses corpos e vidas. É aí que Butler (2018) faz uma ligação com a precariedade, definindo-a como:

A situação politicamente induzida na qual determinadas populações sofrem as consequências da deterioração de redes de apoio sociais e econômicas mais do que outras, e ficam diferencialmente expostas ao dano, à violência e à morte. Como mencionei antes, a precariedade é, portanto, a distribuição diferencial da condição precária. Populações diferencialmente expostas sofrem um risco mais alto de doenças, pobreza, fome, remoção e vulnerabilidade à violência sem proteção ou reparações adequadas. A precariedade também caracteriza a condição politicamente induzida de vulnerabilidade e exposição maximizadas de populações expostas à violência arbitrária do Estado, à violência urbana ou doméstica, ou a outras formas de violência não representadas pelo Estado, mas contra as quais os instrumentos judiciais do Estado não proporcionam proteção e reparação suficientes (Butler, 2018, p. 26).

Como possibilidade de resistência, então, Butler (2018) propõe que olhemos para como os sujeitos que não são vistos pela inteligibilidade heteronormativa se constituem como grupo e criam formas de se tornarem legíveis entre si, como criam base para resistência conjuntamente. Portanto, olhar atentamente para os momentos em que nos sentimos cuidadas, que nos sentimos contempladas e, ainda que temporariamente resgatadas da condição de vida precária, quando nos tornamos sujeitas políticas, com acesso, por direito, a um cuidado em saúde de qualidade.

4.2. Redes de suporte? Os cuidados e violências reproduzidos pelas redes de sociabilidade de mulheres lésbicas e bissexuais

Hoje minha mãe é muito de boa [...], mas na época não foi de boas, ela demorou muito a aceitar, eu, minha irmã, meu irmão. Cada um. Ela descobriu... ela não dava abertura pra conversar sobre isso, então ela descobriu fuxicando mesmo, coisa de computador, conversa de MSN na

época, e descobriu. Ela já desconfiava, obviamente, desde sempre, mas aí ela... descobriu. (Beatriz).

Trago um recorte da fala de Beatriz falando sobre como sua mãe descobriu sobre sua lesbianidade, para começarmos uma conversa sobre nossas redes de sociabilidade e de como elas podem se configurar tanto como ponto de apoio e suporte, quanto como fonte reprodutora de violências e heteronormatividades. No relato de Beatriz, em tempos históricos diferentes, sua mãe perpetrou algumas violências, como vasculhar sua intimidade ou deslegitimar sua identidade, e também, como ao ressignificar essa história, se tornou lugar de acolhimento para a filha. Os trechos que trago a seguir, tratarão exatamente destas redes e de como elas vão sendo construídas ao longo das nossas vidas.

Começo por um trecho contado por Juliana, ao retratar o controle sobre nossos corpos e desejos, quando um primo a vê beijando a namorada no ponto de ônibus e grita: “sapatããã”, e aí ela já antevia: agora a família toda saberia. Não era um simples contar de um namoro, mas sim de que ela não era a mulher que a família esperava que ela fosse. Ela diz: “então, puts, é...eu era a esperança, sabe, assim?”, quando fala que seu irmão já tinha desgostado os pais por ser gay. Para além de se descobrir sozinha, antes de conhecer a namorada, e cuidar para que aquele segredo se mantivesse guardado, precisou encontrar, às pressas, uma forma de lidar com as reações de sua família.

A literatura acerca das experiências das homossexualidades e bissexualidades discorre sobre a necessidade de esconder uma parte significativa da própria vida e a solidão decorrente desses silêncios. Dois estudos sobre adultos LGBT e sua saúde e outro sobre a experiência de luto de viúvas lésbicas comentam como as situações provenientes de homofobia vividas anteriormente impactam em situações diversas da vida adulta (Fredriksen-Goldsen, Kim, Barkan, Muraco & Hoy-Ellis, 2013; Kim & Fredriksen-Goldsen, 2016; Arima & Freitas, 2017). A sobrecarga em lidar com homofobias e heteronormatividades desde cedo nos marcam, como quando Andressa pensava em contar sobre ser lésbica para a família e tinha medo de suas reações ou quando Beatriz relata que sempre foi a estranha do colégio por não se vestir como os outros e não gostar de meninos. Os artigos que trago retomam justamente como estas experiências de solidão na juventude propiciam que quando a companheira de outra mulher morra ela não tenha com quem partilhar as dores de seu luto (Arima & Freitas, 2017) ou quando envelhecemos há a possibilidade de que não tenhamos uma rede de suporte com quem contar (Fredriksen-Goldsen *et al.*, 2013; Kim & Fredriksen-Goldsen, 2016).

Juliana encontrou em seu relacionamento da época lugar de apoio e suporte. Foi com sua ex-namorada que explorou as práticas sexuais das quais gostava:

Eu acho que ela foi muito...muito...estratégica assim em lidar com esse meu desejo [por pênis]. [...] O primeiro pênis que a gente fez era uma coisa que a gente...ela fez assim, né...ela fez sozinha, que isso! [risos] [...] E...eu acho interessante, fazendo uma retrospectiva, acho interessante assim ela ir lá e f...fazer um...um pênis de num sei o que com plástico. [...] ah, era maior legal, é porque a gente...é... pegava filme pornô nas locadoras [...] eu acho horrível pornô pra lésbica, então não procurava eu não procurava, a gente não procurava. Hetero ou ou então de homem com homem, porque até melhor ainda, porque a mulher é é uma coisa que é é um objeto nos filmes e aí aquilo incomoda um tanto que cê não consegue ver. Eu não consigo. Ou então é um fingimento tão grande que pra mim num rola. (Juliana)

Para além de buscarem novas práticas de prazeres, buscavam juntas o acesso a filmes pornô e reinventavam também essa categoria, já que o sexo entre mulheres na indústria pornô é, majoritariamente, visibilizado para o prazer do homem heterossexual, ainda que nosso sexo e o afeto seja símbolo de resistência ao patriarcado. O debate em relação aos filmes pornôs se estende às representações das mulheres sempre submissas à vontade sexual incontrolável dos homens, facilmente nos colocando em situações degradantes de violência e humilhação (Rich, 2010).

A rede de suporte das mulheres que entrevistei vinha com frequência de suas namoradas, fosse para descobrir coisas importantes sobre si, como Juliana contou ou como Andressa:

acho que é uma militância do dia a dia que eu passei a ter, a partir do momento que eu saí dessa alienação. Porque eu de fato era muito alienada com... politicamente, com tudo. Depois que eu comecei a namorar com a Camila que foi a que pediu pra ir pra análise e tal que eu comecei a ficar mais envolvida com todas essas questões, porque ela era muito envolvida nisso (Andressa).

Beatriz também conta que foi com uma de suas namoradas que começou a desconstruir uma narrativa gordofóbica sobre o próprio corpo, em que ela buscava incessantemente formas de emagrecimento, e começou a ver beleza em seu corpo como ele é:

Foi com essa menina que eu namorei, com a Flávia, que eu consegui, que ela falou 'não'. Na época que eu comecei a namorar com ela e eu nem era tão gorda, bota fé? Eu nem era gorda mesmo, eu pesava o que? Num sei...eu devia pesar uns 70 quilos na época? Uns 75? 80? Num sei...aí eu queria tomar uma época, ir num medico tomar sibutramina e ela falou 'pra que cê vai tomar isso? Cê é tão linda' ela foi me fazendo aceitar que eu era bonita desse jeito e num tem porque emagrecer (Beatriz).

Foi depois de começar a namorar que Mariana começou a fazer psicoterapia:

Nesse momento que eu percebi que se eu quisesse me relacionar com ela, eu precisava procurar ajuda, que foi quando eu comecei a procurar ajuda, que eu entendi, aí eu fui...procurei uma psicóloga. Só que...como eu estava lá por causa dela, eu não sentia que eu tinha necessidade, eu mentia pra ela de vez em quando, eu não falava as coisas da v...tipo..qua...eu não conseguia ser tão sincera quanto eu sou hoje, que hoje eu tô com a mesma psicóloga (Mariana).

Além dos namoros como ponto de suporte para construção de algum tipo de orgulho sobre quem somos, Bethânia relata a importância de poder conversar com outras mulheres sobre as experiências de abuso nos seus relacionamentos:

às vezes a gente tava num bar, é... aí acontecia alguma coisa, sei lá, um desentendimento, qualquer coisa e aí ela começava a gritar e eu falava assim... eu falava 'porque que você tá gritando?' 'porque as pessoas precisam saber o que você tá fazendo comigo'. Eu lembro que uma vez, numa dessas vezes assim uma amiga minha tava comigo minha amiga chegou pra mim e falou assim 'eu não me relaciono com ela mais' [...] 'ela gritou com cê, ela quase te bateu, na rua (Bethânia).

Foi sua amiga quem alertou sobre como seu relacionamento estava abusivo, porque à época ela não conseguia enxergar. E, como Bethânia discute, é um baque se dar conta de que em um relacionamento com outra mulher sofreremos opressões machistas e heteronormativas:

Aí teve uma vez que ela quase me bateu dentro de casa, que ela falou assim que eu despertava tanto ódio nela que ela... que eu não sabia que que era capaz de fazer comigo. Coisas assim, bem bizarra. Depois disso eu fui ver, que eu fui conversar com essas mulheres, muitas mulheres me relataram agressão física também, sabe, de outras mulheres. Nossa, gente, que a gente nunca acha que a gente vai passar por isso, né, com outra mulher. E tem uma reprodução muito grande no comportamento masculino, né, infelizmente (Bethânia).

A reprodução de comportamentos machistas e heteronormativos nos relacionamentos entre mulheres apareceu não apenas na fala de Bethânia, como também as outras quatro entrevistadas comentaram de já terem passado por relações que reproduziam tais hierarquias. Ainda que seja inesperado, ao compreendermos o machismo e a heteronormatividade como normas estruturantes da nossa sociedade, que nos regulam e interpelam constantemente, é preciso atenção e cuidado para não reproduzirmos comportamentos que nos oprimem. Namorar outra mulher não traz garantia alguma de que estaremos livres das de tais reproduções e por isso a demanda de Bethânia é tão importante: “é...eu até nessa época eu procurava, [...] eu achava textos de relacionamentos heteros. E eu... e eu até em certa medida conseguia identificar

minha ex-namorada nesses caras que eram abusivos, sabe? Mas, mesmo assim precisa falar disso, né?”.

Sousa (2017) e Domingues (2015) discutem o mito de que não há situações de violência e abuso nos relacionamentos entre mulheres, ponto que dificulta a identificação de uma relação hostil. Domingues (2015) discute ainda a dificuldade em encontrar pessoas com quem conversar sobre a situação, principalmente em casos de mulheres que não revelaram sua orientação sexual para a comunidade, além do fato de muitas considerarem esse um problema restrito à esfera privada. Não fossem suas amigas, Bethânia talvez tivesse demorado mais tempo para conseguir sair daquela relação tóxica. Sousa (2017) discute como a ideia de sororidade muitas vezes atravessa os relacionamentos entre mulheres, quando se espera haver uma solidariedade entre duas pessoas que partilham de experiências afins por questões de gênero ou orientação sexual. Mariana pontua exatamente essa surpresa, quando conta das duas primeiras experiências com mulheres: ela percebe que, ainda que fossem duas mulheres lésbicas se relacionando, as hierarquias apareciam, no seu caso especificamente por serem relacionamentos interracializados, ponto que será explorado a frente no texto.

Bethânia relata especificamente sobre como precisou se organizar, sozinha, depois que sua mãe te retira o suporte financeiro ao saber de sua lesbianidade. Ela conta que depois de dizer para a mãe da sua lesbianidade, ela disse: “ah, cê quer ser sapatão? Então cê vai trabalhar” e ela assim o fez, já que sua mãe de fato cortou seu acesso ao dinheiro que ela antes provinha. O pai, que já vivia distante da família, fazia questão de ignorar a sua sexualidade, perguntava a todos da família sobre namorados e pessoas próximas e pulava quando chegava a vez de Bethânia. Além dos pais, Bethânia também precisou lidar com as violências perpetradas pela irmã, que dizia: “vem escutar a nova da Bethânia, cê tá sabendo que ela calça 44?”. Antes, as duas mantinham hábitos juntas, como o de trocar de roupas uma na frente da outra ou pedir uma ajuda aqui ou ali para abotoar um sutiã ou vestido, práticas que se perderam depois que Bethânia contou da sua sexualidade.

Produções teóricas (Oswald, 2002; DeMino, Appleby & Fisk, 2007; Lomando, 2008; McConnell, Birkett & Mustanski, 2016) acerca das nossas redes de suporte analisam que elas são comumente construídas fora de nossa família de origem, já que estas muitas vezes reproduzem os preconceitos e estigmas dos discursos heteronormativos. Os autores falam sobre as famílias de escolha, ou seja, as afiliações por afinidade e não por um vínculo biológico ou jurídico. McConnell *et al.* (2016) salientam que pessoas LGBT nomeiam seus iguais como fonte primeira de suporte e, além das questões relacionadas à heteronormatividade, Oswald (2002)

discute o quanto outros atravessamentos como as questões raciais, econômicas e étnicas influenciam na criação dessas famílias de escolha.

Uma das surpresas na rede de suporte de Bethânia foi sua avó, que brigou com sua filha por maltratar a neta por conta da sua sexualidade. A avó de Bethânia, que já estava nos seus 90 anos, teve sabedoria o suficiente para compreender que não adiantava proibir, brigar ou violentar a neta por isso. Andressa também me contou da importância de seu avô, eles moravam juntos aqui em Belo Horizonte, na mediação com a mãe para contar sobre sua lesbianidade:

E aí com o passar do tempo acho que minha mãe também foi percebendo e tal e ela começou a pressionar meu vô pra querer saber e como a gente era muito íntimo, eu e meu avô, a gente tinha uma relação assim muito surreal até, ele sentou comigo perguntou se eu gostava de mulher e eu falei que sim e ele 'ah eu já imaginava, te amo mais ainda por isso agora e tal e sua mãe tá me pressionando, vou contar se você quiser que eu conte' e eu falei 'faz o que cê acha que deve', aí ele contou (Andressa).

A história da Andressa me fez lembrar da minha, me recordo que demorei a contar de mim para minha avó, com medo de que ela se entristecesse ou que perdêssemos algum tipo de vínculo. Quando contei, há uns três anos, fui surpreendida pela forma como ela reagiu: ela disse que não é que ela ficava exatamente feliz com aquela notícia, mas que me amava e queria me ver feliz e era isso que importava. Recentemente, durante a escrita desse texto, meu namoro acabou e quando ela ficou sabendo me mandou um áudio no *Whatsapp* dizendo que estava preocupada comigo, mas que ia ficar tudo bem, que aquilo fazia parte da vida. Escolho contar esta história, porque alguns pontos de apoio nos surpreendem, e fazem a diferença, quando crescemos com medo das reações das pessoas sobre quem somos, como Gadsby (2018) bem nos lembra ao dizer que não contava de si para a avó porque existia, em algum lugar dentro dela, vergonha por ser lésbica.

Talvez seja possível pensar que os avós consigam ocupar mais uma posição de suporte, e menos de frustração por não tomarem a questão dos netos como uma ofensa ou falha pessoal. A heterossexualidade compulsória, em certa medida, opera também para os pais, que muitas das vezes procuram culpados por considerarem a homossexualidade um erro de percurso ou algo do tipo:

Eu, eu fui abusada pelo meu pai a minha infância inteira e isso pra mim, eu era um ser alienígena e aí depois com a militância eu vi que isso é uma coisa tão comum quanto, sabe? então, assim, é...e aí, assim, eu acho que o meu pai se sentiu absolutamente...as...ele sentiu esse peso da culpa, né, ele sentiu, né, assim poxa e agora eu tenho um filho homossexual problemático, o Guilherme sempre foi problemático mesmo, um menino que assim ele não saía do quarto,

né. [...] e aí agora ‘poxa, mas a normalidade esperada da casa, num é tão normal assim’ mas aí é ótimo também, porque assim, primeiro que num tem que corresponder a expectativa de normalidade entre milhões de aspas de ninguém e segundo que ele teve que lidar com isso de alguma forma, porque até então ninguém tocava nesse assunto, todo mundo sabia (Juliana).

Juliana traz a questão do abuso de seu pai durante a infância e aponta como ele colocou nesse fato a culpa de sua filha gostar de mulheres. O estigma em torno da lesbianidade recai na ideia de que, se gostamos de mulheres, o único motivo plausível para isso é que tenhamos nos frustrado brutalmente com algum homem no passado. É a busca por uma causa da homossexualidade, já que esta não é esperada no curso de desenvolvimento normal da vida e apenas apareceria caso algo tivesse dado errado. Ainda que a história de Juliana seja marcada por uma violência vinda de seu pai na infância, conectá-la como causa da sua homossexualidade apenas reitera a busca heteronormativa em encontrar as causas de um “desvio”.

Estas histórias, para além de seus significados emocionais, contam de como a família, seja ela nuclear ou extensa, não basta quando falamos de gênero e sexualidade. É preciso acionar outras redes para que nos sintamos cuidadas, seja para encontrar pessoas parecidas conosco, dentro de universos mais amigáveis e que possam nos acolher em momentos de desamparo por sermos lésbicas e bissexuais, seja para ampliar e ressignificar os sentidos e normas que regulam o funcionamento da própria família nuclear. Além do suporte emocional, provido por estes pontos de apoio, o desamparo financeiro em uma época em que somos dependentes economicamente dos nossos pais é uma questão importante. Bethânia relata que foi a mãe de uma de suas namoradas quem estimulou que fizesse uma universidade e pagou sua matrícula, porque na época ela se sustentava com o próprio dinheiro e não ganhava muito. Mariana também conta que foi expulsa de casa duas vezes pelo pai e sua saída foi morar com a namorada que tinha na época. Ela me diz que um dos pontos cruciais para nosso cuidado em saúde é termos pontos de apoio, lugares para onde ir, pessoas em quem nos inspirarmos:

Essa prima minha por parte de pai hoje ela é casada, enfim, mas quando eu soube de...que ela era sapatão, que ela já tinha até casado com uma mulher e ela era um referencial que eu tinha, que eu virava e fala assim ‘pô, olha isso daqui, porque que ser sapatão é tão ruim, olha essa mulher aqui, que maravilhosa, olha como que tá a vida dela, olha as coisas que ela faz, sabe?’ (Mariana).

O relato de Mariana faz pensar sobre como a ideia de que o “cuidado” oferecido pela família, seja ela nuclear ou extensa, terá mais cara de violência, do que de suporte não é uma informação generalizável: algumas de nós encontram na família o conforto e segurança que

necessitamos. Entretanto, alguns desdobramentos para nossa saúde das homofobias sofridas ao longo da vida são importantes de serem pensados. Bethânia e Mariana, passaram por situações semelhantes de violência quando saíram do armário para a família, perda de suporte estrutural e/ou financeiro, violências verbais e psicológicas: as duas passaram por sessões de exorcismo, para que deixassem de se interessar por mulheres, que obviamente não funcionaram, mas deixaram suas marcas.

É... até... carnaval do ano passado que eu...caí na rua. Eu saí, de manhã, na segunda feira de manhã, não tava bebendo, comecei a passar mal...é...tava cansada de carnaval assim...aí comecei a passar muito mal e aí eu falei com uns amigos meus, eu falei assim ‘ou, eu tô passando mal, eu preciso sair daqui, não tô aguentando ficar perto de gente e tals’ eles me tiraram e aí passei mal o dia inteiro, foi uó, e aí eu falei que eu precisava de me tratar, mesmo assim, de parar de de ignorar a parte do medicamento. Foi quando eu fui no psiquiatra, ele me passou um medicamento fortíssimo. [...] Agora eu tô tomando venlafaxina. (Bethânia).

Mariana relata uma tentativa de suicídio quando retorna de seu intercâmbio fora do país:

Eu não queria tá respirando agora. Aí eu fui no quarto da minha mãe e vi um vidro de Rivotril, falei assim, ah, eu vou dormir. Só que eu olhei pra ele e falei assim ‘aaah cê quer saber?’ Eu virei o vidro todo. Num tinha...ele num tava cheio [...] falei ‘ah, na pior das hipóteses eu vou dormir’, só que...quando eu comecei a ficar grogue, eu falei com essa...essa me...que aí o pessoal lá em casa começou a perceber que eu não tava bem, eu falei assim ‘ah, eu tomei um rivotril’ ‘cê tá doida?’ ‘ah, mas se eu parar de respirar também é vantagem, que eu num tô a fim mais não’. E aí minha irmã me levou pro hospital é... não precisou fazer lavagem, eu fiquei de observação, eu tomei soro. (Mariana).

Quando Mariana retornou do intercâmbio, super diferente, a família organizou uma reunião para que ela explicasse o que estava acontecendo, porque estava tão diferente, nas palavras dela: “porque é assim, você não pode mudar a aparência, que cê vira sapatão”. Ela contou a eles, então, que realmente gostava de mulheres lésbicas e que já tinha perdido a virgindade, essa também era uma questão para a religião da família. A tentativa de suicídio vem nessa época de tensões familiares, quando Mariana começa a não ver sentido na vida: “mas eu saia para ficar transtornada mesmo, preu esquecer que eu existia”.

Pergunto se ela na época cuidava da saúde mental de alguma forma e ela conta: “até porque tinha essa questão também, tipo, meus pais acharem que a psiquiatria e a psicologia era mais alguém pra colocar alguma coisa na minha cabeça, então assim...” e eu complemento: “a única opção era ir pra igreja” e ela concorda. Havia uma relação pastoral e confessional entre

Mariana e a mãe, ela era a mentora para a qual a filha deveria reportar seus pensamentos, suas dúvidas, seus desejos pecaminosos, seus desvios, suas alegrias, era quem a indicaria o caminho para seguir nos trilhos certos. Mariana assim o fez por muito tempo, até que vai para o intercâmbio e descobre que seus desejos de pecado nada têm.

Andressa e Beatriz dizem ter sorte pela família que tem e que nunca enfrentaram muitos problemas em relação a lesbianidade, a despeito de contarem algumas dificuldades passadas, como os medos que sentiram quando começaram a perceber que havia algo de diferente nelas, as reações inicialmente negativas de suas mães, mas que logo se reorganizaram, e os pais, que já eram distantes e ficaram ainda mais depois que souberam de suas identidades. As duas não relataram questões mais graves de saúde mental ou que necessitassem de algum tipo de medicação ou acompanhamento mais frequente de profissionais de saúde mental. “Acho que foi mais difícil eu me aceitar do que minha mãe e minha família aceitar” Beatriz diz. Já Andressa fala:

minha mãe ficou assim uma semana em silêncio e depois resolveu aparecer e falando que me amava, que tava do meu lado, então, assim, eu nunca tive problema com a minha família, isso é uma sorte mesmo, né, que eu posso dizer que são exceções, que geralmente o pessoal sofre muito... (Andressa)

Não pretendo atribuir uma simples relação causal entre crescer em lares mais homofóbicos e machistas, sendo uma mulher lésbica ou bissexual, e desenvolvermos questões com nossa saúde mental na vida adulta, mas é preciso pensar de que forma esses discursos reiterados vão modificando nossa forma de estar no mundo, do que escolhemos falar, do que temos medo de falar. É preciso pensar também, como tais discursos afetam nossa relação conosco, dado que esse é um dos modos de objetivação da nossa construção enquanto sujeitas: quem compreendemos ser. É claro que não são questões de simples causalidade, de determinismos, são muito mais complexas, interseccionais, atravessadas por questões que nem sempre são possíveis de descrever ou tornar visíveis.

Perucchi, Brandão e Vieira (2014) discutem os desdobramentos da violência homofóbica intrafamiliar na saúde de jovens lésbicas e gays. As autoras apontam para as dificuldades dos entrevistados em correlacionar as violências sofridas com possíveis problemas de saúde, já que estes apareceram tempos depois. Outra questão discutida foi a dimensão afetiva envolvida nas relações intrafamiliares, que podem nublar o reconhecimento de que algumas situações vividas se configuraram como opressoras ou violentas e, conseqüentemente, impedir que percebam os impactos futuros em sua saúde.

No decorrer desta seção falamos sobre como encontramos suporte nos nossos relacionamentos afetivos, no entanto, há outras versões desta história para serem contadas. Bethânia e Juliana conversaram comigo sobre os relacionamentos abusivos que viveram e as dificuldades em encontrar informações sobre esse tipo de violência entre mulheres. As duas contaram sobre como suas psicoterapeutas foram importantes para que conseguissem formular um entendimento sobre que tipo de relação estavam vivendo, para que conseguissem elaborar o que sentiam, se estruturassem emocionalmente e conseguissem sair daquilo que um dia pensaram ser amor.

Talvez haja uma dificuldade em reconhecer as relações de violência por imaginarmos que “uma relação de violência age sobre um corpo, sobre as coisas: ela força dobra, quebra, destrói; ela fecha todas as possibilidades; não tem, portanto, junto de si, outro polo senão o da passividade; e, se encontra uma resistência, a única escolha é tentar reduzi-la” (Foucault, 1995, p. 243). Se pensarmos em uma relação que, antes de nomeada como violenta, se estruture como uma relação de poder, as fronteiras entre aquilo que ultrapassa os limites de uma relação abusiva e uma relação saudável ficam nubladas: “Uma relação de poder, ao contrário, se articula sobre dois momentos que lhe são indispensáveis para ser exatamente uma relação de poder: que ‘o outro’ (aquele sobre o qual ela se exerce) seja reconhecido e mantido até o fim como sujeito de ação; e que se abra, diante da relação de poder, todo um campo de respostas, reações, efeitos, invenções possíveis” (Foucault, 1995, p. 243). Perceber a opressão, quando vemos possibilidade de ação e resposta naquele sobre qual o poder se exerce, dificulta que consigamos nomear as hierarquias dentro de uma relação. Levou um tempo para que Bethânia e Juliana conseguissem pontuar em que momentos suas companheiras as controlavam em demasia ou desrespeitavam um limite definido por elas.

Falamos um pouco sobre como a família necessita mobilizar outros saberes para dar conta daquilo que compreende no limite de sua inteligibilidade, ou seja, é preciso acionar saberes-poderes outros, que talvez possam compreender e terapeutizar o que se tornou um desafio para a instituição familiar. O dispositivo da sexualidade, criador e regulador da concepção de família como a conhecemos hoje, coloca o sexo tido como ilegítimo como perigo iminente para o alicerce que sustenta a unidade familiar. Não há, entretanto, garantia de qual saber-poder encontraremos quando buscamos outras instâncias. A igreja, medicina e a psicologia foram fundamentais na criação dessa normatização e normalização do sexo e são, portanto, a elas, detentoras do saber-poder sobre nossa sexualidade, a quem recorreremos quando algo não vai bem. Mas se foram elas quem criaram o problema, trataram também de engendrar

discursos que pudessem resistir a culpabilização e individualização de problemas que são absolutamente sociais.

Fico pensando também de que forma estruturar redes de suporte para mulheres lésbicas e bissexuais que estejam desamparadas seja financeira ou emocionalmente. Não pretendo encontrar respostas prontas sobre, mas proponho, alinhada à Foucault (1995), uma tarefa política incessante em questionar as relações entre poder e liberdade. Mais do que tentar localizar e questionar a oposição entre os dois termos, que pouco nos ajudaria, devemos pensar a provocação permanente destas fronteiras. Quero dizer que é preciso estar atenta aos modos de produzir cuidado em saúde e mais do que buscar uma resposta formatada, e supostamente livre dos efeitos destes poderes, precisamos pensar em pequenas resistências e tensionamentos, que possam minimamente deslocar as hierarquias já ordenadas no campo da saúde.

Me refiro a momentos em que encontramos cuidado em situações ou lugares inesperados, quando na reiteração do discurso hegemônico algo escapa à repetição da norma. Me refiro a momentos como o suporte de avós e avôs podem ressignificar os discursos que organizam uma família nuclear ou como o encontro com espaços virtuais de partilhas de experiências comuns pode ser fonte de informação e de criação de redes de proteção. Recortes como esses podem nos ajudar a pensar o que nós, mulheres lésbicas e bissexuais, esperamos quando buscamos lugares de atenção à saúde ou quais modos de cuidado criamos em nosso cotidiano, modos que escapam aos modelos de atenção em saúde já normatizados. A seguir, exploro alguns cuidados em saúde que nos são oferecidos, que podem tanto perpetrar violências heteronormativas e machistas, como se configurarem como fonte de suporte e resistência.

4.3. Práticas de cuidado em saúde

Assim eu acho que inconscientemente tinha uma questão ali também do receio sabe, de como que eu ia ser recebida, de como que eu ia ser vista, como que eu ia falar com ela que eu tinha 28 anos de idade, mas que eu era virgem, mas não era, porque, né, que que define como virgindade? É o hímen que tá rompido ou não? Então assim, eu nem sei como é que tava meu hímen, se ele era rompido ou não, então a... e ia ser a primeira pergunta dela e eu ia falar 'não sei te responder'. (Andressa).

Começo pelo relato de Andressa contando sobre suas dúvidas quanto ao rompimento de seu hímen ou dos receios de encontrar um profissional de saúde que não fosse ajudá-la com suas questões, mas deixá-la ainda mais confusa e perdida em relação ao assunto. A saúde sexual tem sido tema prevalente nas pesquisas sobre nossa saúde (Soares, Peres & Dias, 2017) e foi,

em princípio, a aposta preponderante do movimento lésbico na busca por direitos e visibilidade (Almeida, 2009). A queixa foi e é, como bem afirma Andressa: os profissionais de saúde não são preparados para atender demandas de mulheres lésbicas e bissexuais, além da desinformação, podem reproduzir falas e práticas violentas, por não legitimarem nossas identidades. Embora este seja o campo de pesquisa mais fértil sobre nossa saúde, a conversa sobre sexo, sobre práticas sexuais, sobre autoconhecimento do próprio corpo e prazeres, sobre ISTs se mantêm como questão.

No ano passado uma amiga me chamou para fazer uma fala sobre minha pesquisa na universidade em que ela dá aula, em uma cidade interiorana, próxima a Belo Horizonte. Eu falava para alunos em períodos iniciais do curso de graduação em direito e percebia que falar sobre “buceta” – me referindo exatamente assim, sem falar termos mais formais como vulva ou vagina – provocava risadas e muitos olhos brilhando. Havia um casal, ou ao menos pareciam um, de lésbicas que me ajudavam a responder perguntas como: “o que é tribadismo?”. Ao final da minha fala, abrimos para mais perguntas, uma dessas meninas pergunta sobre como se proteger sexualmente em um *ménage* e se vulvas de mulheres trans, que passaram pela cirurgia de redesignação, transmitem ISTs. Um dos professores depois me conta que ela costuma fazer perguntas polêmicas, como diz Foucault (1999b, p. 12): “se o sexo é reprimido, isto é, fadado à proibição, [...] o simples fato de falar dele e de sua repressão possui como que um ar de transgressão deliberada”. Mas ainda me pergunto o que de polêmico havia naquelas questões: ela certamente não precisava me perguntar sobre proteção de um sexo cisheterossexual com a penetração complementar do pênis na vagina, é sobre esse sexo que nos é permitido esperar e imaginar, todo o resto vira fetiche, polêmica.

Pensar o sexo dessa forma é colocar como sua única função a reprodução e o prazer do homem cisheterossexual. É a manutenção do poder pastoral, conforme discute Foucault (1995), agora na função do estado, das escolas, das universidades, ou seja, nossa única forma de alcançar o bem-estar social, em nossa cultura, é obedecendo a algumas regras tácitas, da ordem da moral e não da lei: quando formos falar de sexo na consulta ginecológica, na política pública e na sala de aula, vamos falar do sexo aceitável.

Juliana se queixou comigo do desconhecimento das ginecologistas que já foi e que prefere hoje buscar na sua rede de mulheres lésbicas e bissexuais informações sobre como cuidar de algumas questões de saúde que tem:

Juliana: é, eu acho assim, a gente faz muitas coisas da relação hetero. Principalmente, ag...é... tem as peculiaridades, obviamente, por exemplo, eu tenho uma unha que é uma unha em formato de concha de colher.

Isabela: concha de que?

Juliana: concha de colher, verdade. A minha unha levanta, tá vendo?

Isabela: aaah, ish, deve machucar então

Juliana: machuca as pessoas, né? Não dá. Então eu tenho que cortar a unha. 'ah, mas eu tenho que ficar bonitinha, pra fazer uma entrevista de emprego' filha, então não vem usar seu dedinho, entendeu? [risos] é, porque isso aqui, existe uma... unha é o lugar que tem mais bactéria no corpo da gente, então, assim... eu tive, eu tive, eu tenho um problema sério com infecção é... urinária ninguém sabe por que. Ai o médico vira pra mim e fala assim 'a gente precisa investigar isso melhor e tal' médico de um pronto atendimento que ele nunca me viu (Diálogo com Juliana).

Ela diz que não conversou com o médico sobre o formato da unha, “ainda não. Então, ah...dá tanta preguiça. Ô ô ô Isabela, dá tanta preguiça, cê sabe”. Partilho do sentimento de exaustão de Juliana quanto a partilhar determinadas informações em consultas médicas e se não sentimos preguiça, sentimos medo, vergonha, receio, porque parece haver uma única possibilidade em como os médicos enxergam o sexo: a procriação. Juliana prefere procurar ela mesma soluções:

mas... olha... deixa eu te falar, tem uma coisa que é o seguinte, estreptococos num sei o que que dá uma infecção urinária mais comum por exemplo, cê não pode fazer sexo anal com uma mulher e colocar o mesmo dedo na vagina dela não, cê sabe disso? [...] porque me parece um pouco básico, é... cê vai usar o bom senso. Agora...vai explicar isso pra sua parceira... n...um mês e meio de relacionamento [...] depois que eu vi que tinha o mesmo dedinho flutuando (Juliana).

O ponto aqui não é pensar se o sexo anal ou a unha de “concha de colher” de fato facilitaram as infecções de urina recorrentes de Juliana, mas que estes saberes e os saberes médicos não se comunicam e como isso circunscreve nossas experiências de saúde. Eu mesma não sabia desse formato de unha e fiquei imaginando possibilidades para amenizar o atrito da unha com o canal vaginal, será que se ela colocasse camisinha – ainda que feita para pintos – nos dedos diminuiria a possibilidade de machucar suas parceiras? Uma das minhas ex-namoradas gostava de fazer isso, mas não pela unha, ela dizia que achava gostosa a forma como a camisinha mudava a penetração.

Em conversas com amigas, me lembro de ouvir que uma cortava as unhas com cortador e não com lixas, porque ela tinha pavor de imaginar que a segunda opção afinasse muito suas unhas a ponto de deixá-las afiadas. Outra dizia que pouco se preocupava com as próprias unhas, elas ficavam grandes e se você soubesse fazer direito, ninguém se machucaria. Trago estes

exemplos para pensar que uma técnica ou prática que envolva o sexo pode ser significada de forma diferente, a depender de quem fala e de quem ouve, ser tanto uma forma de cuidado, quanto de prazer. Os modos do que dizemos também importam, ou seja, o que silenciemos em uma conversa com um médico e o que contamos a uma amiga. Devemos nos atentar exatamente para estes modos de falar e de fazer silêncio sobre o sexo.

Foucault (1999b) teoriza sobre o encerramento da sexualidade, relegada aos muros do espaço privado:

A família conjugal a confisca. E absorve-a, inteiramente, na seriedade da função de reproduzir. Em torno do sexo, se cala. O casal, legítimo e procriador, dita a lei. Impõe-se como modelo, faz reinar a norma, detém a verdade, guarda o direito de falar, reservando-se o princípio do segredo. (Foucault 1999b, p. 9).

O autor comenta, então, sobre a repressão da sexualidade e fala do desaparecimento das sexualidades ilegítimas, estas das quais falávamos: todo o sexo que não acontece como função reprodutiva, o *ménage*, o sexo entre duas mulheres, práticas de sexo anal e uma lista enorme de práticas invisibilizadas que poderíamos comentar aqui... Deve haver, é claro, espaço para os escapes, para a expressão das sexualidades que podem ser praticadas, se escondidas, mas que não podem ser verbalizadas e é aí, na suposta divisão entre o público e o privado, do legítimo e ilegítimo, que compreendemos que algumas práticas não devem ser faladas e tampouco cuidadas.

Juliana mostra bem o quanto determinadas sexualidades não são vistas ou sequer imaginadas, por terem sido apagadas ou se mantido restritas ao privado. “Da primeira vez horrível, horrível...nossa uma coisa que tipo, eu não quero isso não, acho que eu sou hetero, eu nem...senti nada, senti porra nenhuma [...], mas é complicado também, porque foi a minha primeira transa de todas”. E, por entendermos e conhecermos o sexo a partir de uma inteligibilidade heteronormativa, saber e imaginar o que acontece em um sexo lésbico antes da primeira vez pode ser um desafio:

foi muito engraçado, a minha primeira transa eu transei de roupa. A gente transou, quer dizer, a gente não transou. Eu não sei até hoje [risos]. [...] não e era muito engraçado, porque eu já sabia há muito que eu me sentia atraída por mulheres e... e ela não e e isso foi um conflito. Ela foi... então ficava parecendo que ela tinha um pouco delay, mas não tinha, porque a gente tava no mesmo momento, eu só sabia o que eu queria. Ela num tinha tanta certeza... (Juliana).

Ademais de pensar uma ordem repressiva e seus rompantes de liberdade, Foucault (1999b) chama atenção para o movimento acerca das vontades de verdade sobre o sexo, ou seja, o dispositivo da sexualidade não opera simplesmente nesta lógica binária de proibição e liberação, sua economia é mais complexa. Mais do que pensar no controle sobre o sexo, submetido a um dispositivo de aliança, precisamos pensar nas suas normas reguladoras que, ao instituírem uma busca incessante por sua verdade, criam formas e mais formas de falar sobre o sexo, de conhecê-lo, de afirmar seus perigos e buscar prazer, não no sexo em si, mas no saber sobre o sexo.

Retomo a fala de Juliana, sobre suas unhas formato “concha de colher”, para pensarmos que possibilidades teríamos de encontrar um cuidado em saúde que seja, também, resistência frente ao controle dos nossos corpos e a regulação dos nossos prazeres. O que quero dizer é: que tipo de cuidado oferecido é esse em que não temos espaço para falar sobre a primeira vez com outra mulher ou sobre preocupações como o formato das nossas unhas ou a troca de dedos no sexo vaginal e anal? Não bastaria dizer que os médicos deveriam se informar melhor e se inteirarem de seus discursos heteronormativos para que nós, mulheres lésbicas e bissexuais, recebêssemos um cuidado digno. Em primeira análise, talvez esta me parecesse uma solução plausível e aí está a armadilha da visibilidade: elencarmos uma lista de práticas sexuais entre mulheres, para que possamos ser mais bem cuidadas em consultórios pode ser possível, mas a que preço?

Afirmar a armadilha da visibilidade não tira, entretanto, sua importância. A questão é que com ou sem ela, estamos sujeitas a economia política dos prazeres-saberes-poderes e, ainda que pudéssemos gozar, literalmente, mais livremente, ficaríamos desamparadas em relação a direitos básicos enquanto cidadãs, como o de acesso a serviços de saúde baseados na equidade, universalidade e integralidade.

Então, eu fiquei muito tempo, até num sei te dizer assim, é até alguma coisa preu pensar, mas eu fiquei muito tempo sem ir na ginecologista. E quando eu assustei, porque não sei, na minha cabeça parece que era algo que não era necessário, sabe...[...] porque como eu não tinha relação com homem e tal, pra mim tava tudo ok.[...] É..fiquei até os 28, 27, 28, sem ir e aí eu tomei um susto que eu falei assim, porque aí eu comecei a falar com o pessoal, ‘Andressa, mas cê tá louca?’ (Andressa).

Entretanto, depois da ida a ginecologista Andressa começou a ter receio de transar com outras mulheres, ela me disse:

Eu tive um certo susto...é... recentemente assim que eu tava transando com uma menina, que é isso, né, eu tenho até medo de ser um pouco preconceituoso assim, mas ela tem uma trajetória de vida que aspira um pouco de medo, sabe? Eu fiquei um pouco receosa de tá transando com ela... (Andressa).

A fala de Andressa não vem por acaso, ela está arraigada no histórico epidemiológico do controle e regulação de nossas práticas sexuais, sob a justificativa de proteção da saúde populacional. Estes modos de capilarização do saber-poder foram efetivos, o discurso sobre a transmissão de ISTs e suas formas de proteção são bem difundidas – é claro que um tipo muito específico de representação do risco e da proteção, a do sexo heterossexual.

a partir do momento que eu fui e dei essa sorte de ter essa ginecologista que é super massa, aí eu fiquei muito mais tranquila, inclusive de poder tá me cuidando, né, de saber porque, essa coisa assim, num sei, eu comecei a ficar mais, é, rígida talvez com determinadas coisas em relação ao sexo, mais cuidado [...] Posso, não, por exemplo, é, a pessoa que eu vou transar, é, parar um pouquinho pra pensar assim, é, porque é muito difícil pra gente se cuidar na hora do sexo, se proteger [...] na hora do sexo, né? Então, como é que eu ia fazer? Porque não tem...não vou usar camisinha, né? E aí? E... então assim, eu ficava pensando em como que eu ia me cuidar, aí batia numa barreira de tipo ‘ai, então cê, cê vai olhar porque lado? Cê vai ser preconceituosa de olhar pela cara ou a trajetória de vida dessa pessoa pra achar se ela tem alguma coisa ou não? (Andressa).

Apesar de Andressa dizer que tinha ido a uma boa ginecologista, ela parece sair alarmada com a quantidade de ISTs e sem saber como agir: “transmitir doenças e assim de várias formas e que eu não parava pra pensar nisso, até mesmo, é mão suja de rua [...] e eu fiquei também, ainda sou um pouco assim de s... tipo de ficar sem saber como que eu vou localizar determinadas coisas...”. Pergunto a ela como ela tem feito e ela diz “na verdade eu não tenho feito [risos] porque eu ainda não descobri como é que eu vou fazer sabe?”. A saída que Andressa criou, a partir das informações que tinha, foi pensar em critérios que pudessem dar algum indício de que o sexo não seria tão seguro: “ela transa com várias pessoas e é muito aleatório, e a forma como ela leva a vida dela assim, questão de higiene, questão de...de liberdade mesmo que ela...num sei...eu fiquei assim ‘cara, pode ser que talvez eu tenha pegada alguma coisa aí”.

Não basta, entretanto, localizar o saber médico como aquele que normaliza e normatiza e, no polo oposto, nos colocar como submissas a esse poder, em supostos lugares binários e estáticos. Foucault (1999b) sugere que, em contraposição, pensemos em como o poder se modifica e de que forma esse jogo discursivo de poderes-saberes-prazeres se alteram. É preciso

atentar para os momentos em que nos sentimos seguras ou acolhidas por esses mesmos saberes. O que pode ser dito/feito para isso? Que tipo de cuidado e informação buscamos?

Há uns tempos, estava em um bar conversando com uma amiga, a Bárbara²⁶, e, não me lembro o porquê, ela me conta que gosta de ir só em uma ginecologista, a prima dela, e diz: porque ela me respeita! Conversa vai, conversa vem fui entender que o respeito acontecia, porque a prima não fazia o exame preventivo usando o espécuro e havia certo conforto em não precisar explicar os motivos de não usar o instrumento para outra profissional. Nós não estendemos o assunto, mas fiquei me perguntando depois como a médica havia decidido por não usar o espécuro, se Bárbara havia explicado que não costumava transar com penetração, se foi uma pressuposição da prima, por imaginar que por ser lésbica ela não explorava o canal vaginal. Me perguntei também se Bárbara já transou com penetração e, portanto, havia rompido o hímen, mas não se sentia confortável com o uso do espécuro – há espéculos menores para serem usados em mulheres lésbicas – e que, por isso, deveria ter seu colo do útero examinado com técnicas apropriadas. Bem, independente de qual versão tenha acontecido no consultório, me fez bem saber que minha amiga se sentiu acolhida em um serviço de saúde.

As várias possibilidades sobre como esse bem-estar chegou a acontecer, me fizeram imaginar diversas versões dos cuidados possíveis em consultórios ginecológicos, os pequenos detalhes – facilmente despercebidos – que nos fazem sentir mais ou menos confortáveis com uma/um médica/o ou aquela pergunta feita por um profissional de saúde que nos aquece o coração e a gente pensa “tá tudo bem, não vou receber olhares estranhos”. Andressa conta que, por ser muito observadora, fica atenta ao ambiente, quando chega em determinados lugares, para decidir se vai ou não falar sobre ser lésbica: “*Então, gente que eu percebo assim que é muito limitada, que é muito machista, num sei que, eu já fico muito mais insegura de poder me posicionar, sabe, de..de poder falar abertamente e tal, porque, eu tenho medo até de mudar no atendimento assim, sabe?*”.

Andressa relata que depois de experiências ruins em consultas médicas, não vai mais em qualquer profissional sem indicações, sempre pergunta para alguém que conhece e já foi, para não passar mais por determinados constrangimentos. Beatriz me contou que faz o mesmo:

Agora ginecologista eu vou pelo menos uma vez por ano, se tiver bem, uma vez por ano. Mas eu num tinha é é essa ideia, igual, a última vez que eu fui na ginecologista, eu procurei uma ginecologista que tipo, achei uma lista, cê já

²⁶ Bárbara disse que não havia a necessidade de usar um codinome, então, uso especificamente aqui seu nome real para me referir a ela.

deve ter visto, essa essa lista [LGBT friendly] no google, sabe? [...] Tem o que? Tem uns 3 meses. (Beatriz)

Ela me disse: “foi muito boa, a médica muito boa. Foi mais rotina mesmo, entendeu? Não tinha nada específico... fazer preventivo, essas coisas”. No final da nossa conversa, quando retomamos o assunto sobre saúde sexual, ela me conta que, na verdade, não tinha recebido as informações que gostaria. Continuava com as mesmas dúvidas de Andressa, embora tenha optado por se prevenir de outras formas, como evitando usar os dedos e a boca quando machucados.

Beatriz me pergunta no meio da nossa conversa sobre saúde sexual: “Você usa? Você é sapatão?”. Me lembro que, durante a entrevista, fiz questão de mencionar que aquele era um assunto que também me interessava, por eu me relacionar com mulheres, então, eu buscava partilhar um pouco das minhas experiências, ainda que em pequenos comentários. Me pergunto se foi essa a diferença, talvez por me lembrar de quando minha psicoterapeuta me contou que sabia do que eu estava falando e me contar experiências vividas por ela, quando eu contei uma situação de homofobia que eu tinha acabado de passar. Quem sabe, por estar conversando com uma psicóloga e não com uma médica, ela entendesse que eu não fosse julgar caso ela não usasse preservativos ou tomasse qualquer precaução – preconizada pelo saber médico – em suas práticas sexuais.

Beatriz fala sobre pequenos cuidados que toma, como: “os pequenos cuidados e consciências que eu tenho é, tipo, sei que eu tô com um machucadinho na boca, se eu tiver por exemplo, não vou fazer um oral” ou quem sabe “não, unha eu corto, mas se eu tiver um machucadinho eu vou...eu já dou uma coisada, aquele dedo ali [risos]”, então eu completo “[risos] aquele dedo a gente não põe. Tá bem protegido agora”. Ela compara com a conversa que teve com a última ginecologista em que foi, aquela indicada como segura para nós mulheres lésbicas e bissexuais:

Essa última ginecologista que eu fui, ela perguntou ‘cê se previne?’ Eu falei ‘previne como cê fala?’ ‘ah, no sexo, cê usa algum método preventivo?’ ‘de doença que cê fala?’ ‘é’ ‘não’. [...] Eu falei ‘olha não uso, nunca usei e eu não conheço ninguém que usa.’ aí ela falou ‘ah, entendi, é importante usar, né?’ eu falei ‘é, eu acho que é sim’, mas num rendeu o assunto não [risos], mas ela era boazinha. Se mostrou aberta a muitas outras coisas, tipo a questão de remédio, remédio natural e tal, então, foi bom por isso. (Beatriz).

Bethânia também conta de experiências inesperadamente boas com ginecologistas. Ela relata sobre as infecções recorrentes de candidíase que sofreu depois de dizer à mãe sobre sua

sexualidade. Ela atribuiu a baixa de imunidade e a frequência das infecções ao seu estado emocional, em seguida ela explica:

porque não foi uma experiência fácil...é minha mãe me levou até em...uma mulherzinha que exorcizava, sabe... a mulher segurou minha cabeça [risos] e mandava o capeta sair do meu corpo. Então eu passei por esse tipo de coisa, meu pai ficou sem conversar comigo...então foi aquela...foi aquele boom emocional (Bethânia).

Então ela me conta da médica que ia para se tratar, “essa era uma médica por exemplo que eu conseguia conversar com ela, ela me acolheu mais do que minha mãe, do que minha família inteira...”:

Ela me ouvia com todo cuidado, eu sentava lá e conversava com ela, desabafava...e... mas não tinha esse assunto de sexualidades...com relação a sexualidade, sabe, a fazer sexo, a proteção de doença...[...] [era] sobre o emocional mesmo, o impacto que era ...que tava sendo pra mim...é...ter contado pra família, a reação da minha família... era isso assim. Porque... porque a candidíase ela é muito emocional, né, então, acaba que a gente vivia conversando sobre isso (Bethânia).

Aqui, uma médica ginecologista ocupa lugar de suporte e cuidado emocional, a despeito de ser uma especialidade voltada para a saúde sexual. Se, historicamente, o saber médico se ocupou exaustivamente em esmiuçar, catalogar e destrinchar os saberes-poderes sobre nossa sexualidade (Foucault, 1999b), esta médica, em específico, ao acolher Bethânia emocionalmente, desloca, em certa medida, os jogos de poder que ali aconteciam. A médica, detentora do saber sobre a saúde sexual, soube mais sobre saúde mental e Bethânia, que procurava uma cura biológica, encontra uma terapêutica além. Analogamente, a família não acolhe, mas violenta Bethânia, repetidas vezes.

Embora a atenção sobre a nossa saúde sexual, caminho prevalente nas demandas do movimento lésbico e nas políticas de saúde até então, seja de extrema importância, devemos nos atentar em como essa escolha pode reduzir a mulher lésbica e bissexual ao seu sexo, à sua sexualidade. Mariana relata exatamente um desses momentos, quando conta para uma ginecologista que se relaciona com mulheres:

É...e aí eu conversei com ela, eu falei, não... não quero tomar anticoncepcional, não tenho vontade, não acho necessário e aí ela foi perguntando tipo as coisas que eu t...ela ‘ah mas é... você se relaciona com mulheres?’ eu falei ‘sim’ ‘ela, ah e você tá se relacionando com mulheres agora?’ eu falei ‘no momento eu não estou namorando com mulheres, eu num

tô...eu num tenho uma namorada, mas eu...tenho vida sexual ativa' 'ai...mas você já sofreu algum tipo de trauma?' eu falei assim, falei 'que que cê define como trauma?' ela 'ah cê já teve algum relacionamento, sofreu algum tipo de abuso?' eu falei [...] 'olha eu não sei, eu ...por mim eu não sofri nenhum tipo de trauma, nenhuma violência sexual' [...] aí ela perguntou 'ah você já... sentiu... depressão?' aí eu falei 'então eu trato, eu já tive um episódio, eu já tive um episódio de suicídio' contei a minha história pra ela. Expliquei pra ela o que tinha acontecido e ela, tipo, o tempo inteiro jogando o fato deu tá triste na minha sexualidade, falando que 'ai, porque, né, você se relaciona com mulheres, cê tem certeza que não é homem mesmo?'. Eu ficava assim [...]: ô meu amoor, eu tenho certeza absoluta. Ela falou 'não, eu vou deixar aqui esse medicamento com você, porque acho que você tá com depressão' ela era gi... ela era ginecologista, ela não fez nenhum tipo de exame em mim, ela não encostou em mim, ela não olhou nada... (Mariana).

Mais do que sermos reduzidas às práticas sexuais ignoradas pelo saber médico, somos mulheres que demandam também um cuidado em saúde mental menos heteronormativo, que procuram por cultura lésbica e espaços de diálogo com mulheres como nós. Apesar da família de Mariana demonizar a psiquiatria e a psicologia, ela começa a entender que precisava cuidar da sua saúde mental, não com a ginecologista que a reduziu a sua sexualidade, mas com uma profissional especializada:

Assim durante todo esse processo e essas coisas todas, eu entendi que, por exemplo, eu tinha que lidar com a depressão, que eu não entendia que eu tinha isso, por isso que eu achava que eu dava conta de fazer as coisas sozinha. Eu tinha... eu entendi que eu tinha que lidar com a ansiedade, eu entendi que eu precisava sim de um... de um apoio psicológico, de alguém que entendesse do que que eu tava passando e ficasse ali" não, a gente vai fazer dessa forma" (Mariana).

Já Beatriz chega ao saber psicológico por sua mãe: ela e seus dois irmãos – uma lésbica e um gay – começaram sessões de psicoterapia, porque os pais estavam se separando e a mãe pensou que os filhos precisavam desse tipo de suporte. O ano era 2003, havíamos recentemente proibido qualquer terapêutica que envolvesse conversão sexual ou tentativa de cura das sexualidades não hetero, no entanto, a profissional que os atendia se referia a homossexualidade como algo absurdo e anormal. Beatriz conta que não se lembra muito bem, mas que a psicoterapeuta buscava trabalhar essa questão neles, como algo a ser curado. Ela também conta que a mãe concordava com a tentativa de cura, já que havia descoberto dos filhos recentemente e não lidava muito bem com o assunto. Beatriz e os irmãos disseram que não queriam mais ir às sessões, tempo em que a mãe já havia elaborado a homossexualidade dos filhos e percebeu que seriam felizes exatamente assim. Hoje, a mãe é militante LGBT e pediu até perdão por como lidou com a situação na época.

Me pergunto se interessa à saúde, enquanto mais uma das instituições de regulação do poder, que tenhamos as ferramentas para identificar relações de violência por nós mesmas ou que tenhamos conhecimento sobre quais práticas sexuais nos colocam em mais ou menos contato com ISTs. A questão é que os saberes-poderes acabam restritos a uma parcela específica da sociedade: na época da inquisição tínhamos a igreja e os padres, hoje temos o saber científico, diluído em uma série de instituições: a psicologia, a medicina, a universidade e por aí vai. Conforme teoriza Foucault (1996, p. 37): “ninguém entrará na ordem do discurso se não satisfazer a certas exigências ou se não for, de início, qualificado para fazê-lo”.

O intuito dos recortes que trouxe até aqui nesta seção de análise foi destrinchar de que modo fomos criando vários jeitos e formas de falar sobre o sexo e como esse dispositivo da sexualidade controla e regula, através do estado e outras instituições, nossa vontade de verdade sobre o sexo e, mais ainda, sobre quem somos.

Criamos, ao longo dos últimos três séculos, uma série de normativas sobre como deveríamos agir para sermos boas mulheres, como deveríamos praticar e usar nosso sexo – não para nosso prazer, mas para o homem, para a reprodução da espécie -, como deveríamos cuidar do nosso corpo para que mantivesse suas funções – reprodutivas - em pleno funcionamento, nomeamos com quem deveríamos e poderíamos nos relacionar, quantos filhos teríamos – e se teríamos, às mulheres negras esse direito continua sendo negado -, como cuidaríamos de nossos filhos – para sermos boas de verdade, era preciso que quiséssemos dar a vida aos nossos filhos -, trabalho fora de casa – para as mulheres brancas - só em caso de última necessidade e para ganhar menos do que um homem.

Se outrora houve mais controle e proibição de como poderíamos agir, hoje os extensivos modos de falar sobre nossa sexualidade exercem função reguladora das nossas ações. Discuti um pouco do dilema entre nos tornarmos visíveis no campo da saúde e de, em contrapartida, termos nossas vidas ainda mais controladas e reguladas. Problematizar a visibilidade não retira, entretanto, a importância de construirmos um cuidado em saúde melhor do que o que temos hoje. Não basta nomearmos como práticas profissionais boas, aquelas que não digam algum absurdo heteronormativo, mas sim aquelas que discurssem sobre nossa sexualidade como possibilidade legítima de existência.

As práticas de cuidado em saúde, entretanto, não se restringem a estes espaços institucionalizados. Andressa me relatou como sair da alienação, ao se aproximar da militância feminista e de esquerda, mudou seu posicionamento político e pessoal. Hoje ela participa de um grupo de mulheres, elas fazem uma fogueira de tempos em tempos para partilharem saberes e experiências:

Eu comecei a entender a força do feminino e do coletivo mesmo entre as mulheres. O tanto que a gente se ajuda, o tanto que você se sente acolhida, sabe? É... o tanto que é lindo assim. Eu tô muito apaixonada com o feminino, sabe? Tá uma coisa assim muito maravilhosa, porque tem mudado a minha vida em questões, autoestima, ajuda mesmo, ansiedade, que eu sofro muito de ansiedade, minha ansiedade melhorou muito. A partir do momento que eu entendi, que elas tão aqui, que eu tô pra elas e elas tão pra mim, que eu não tô sozinha, que é uma luta geral mesmo, em comum e que a gente precisa dar força uma pra outra (Andressa).

Bethânia relata sobre como o terreiro se tornou um espaço de cuidado para sua saúde. Ela foi pela primeira vez depois de sucessivas crises de ansiedade, que culminaram em uma queda na rua durante o carnaval. Ela foi ao psiquiatra, para ser medicada, mas o terreiro, que já frequentava, se torna ponto principal de cuidado, quando as entidades dizem: “cê precisa cuidar da sua espiritualidade, cê não pode correr disso mais”. O que tá acontecendo com cê é muito mais espiritual do que físico”. Ela conta sobre outros cuidados que foi aprendendo a ter ao frequentar o terreiro, inclusive sobre como ressignificou sua relação com a mãe:

Eu falo com ela [a mãe] hoje, não foi você que mudou, fui eu, sabe? Eu que passei a ver tudo de forma diferente. O meu andar é diferente hoje, porq...sabe...o meu jeito de tomar...eu aprendi a tomar água, sabe? Eu falo pras pessoas, tipo assim, a entidade me ensinou a tomar água, gente, porque a gente toma de tão automático, né, que eu cheguei no terreiro eu tava tremendo tanto que eu não conseguia segurar o copo e ela me deu água na boca, me ensinando a tomar água. Então hoje minha forma de tomar água hoje é diferente, sabe? A minha alimentação é diferente, essa questão da bebida, sabe? Talvez eu volte a beber e eu crie uma outra relação com a cerveja, sabe? Porque eu gostava muito. É...eu tenho uma outra ...eu fumo ainda, tô parando agora. E... até esse fato de querer parar vem disso sabe? Desse entendimento ‘que que eu tô colocando pra dentro do meu corpo?’ sabe? ‘Isso tá me fazendo bem?’ (Bethânia).

Beatriz conta sobre outras formas de cuidado que pratica, já que evita ao máximo ir em consultas médicas ou se medicar:

Ah, eu num tomo muito remédio, tomo mais chá, essas coisa natural. Só quando a cólica aperta mesmo que eu tomo um remedinho, quando num dá mais, quando o chá num guenta. Ah...eu uso coletor menstrual, tem 10 anos. [...] Ah...eu tenho o hábito de meditar, mexer com planta, tenho um monte de bicho, ficar com eles, sentar e costurar, cozinhar me faz bem. Mais sair com amigo, beber e tal. (Beatriz).

Juliana relata seu processo em retirar os medicamentos psicotrópicos que toma, ela diz: “eu tô querendo me livrar de todos os medicamentos e vou...tô no caminho assim. [...] eu sou

uma forte candidata [risos]. É, eu tenho saúde agora. Vou ter um novo emprego. [...] tem que contar felicidade também, não é só desgraça não.”. Mariana conta da importância em construir seu círculo de amizade sapatão:

e aí você tem essas trocas, sabe? Mas a maior parte dessas trocas, dessas informações, foram sendo construídas nesses meios, sabe? Tipo de troca mesmo, tipo... de... porque, beleza que ela era ginecologista, ela tinha esse conhecimento, mas é diferente quando cê tá com a menina que sabe que que é isso, que num vai tirar um papel filtro, oh, filme. [...] [conversar] de como nosso corpo está. De tipo...a gente conversa sobre sexo, a gente conversa sobre como que tá a buceta, o que que a ginecologista falou... coisas que a gente pode fazer ou não, coisas que a gente faz ou não, sabe? (Mariana).

Thum *et al.* (2011) discutem sobre práticas de autocuidado por uma ótica da busca pessoal por cuidar de si, realizando atividades que beneficiam tanto à saúde quanto ao bem-estar. As autoras pesquisam especificamente o universo de mulheres da área rural do sul do Brasil e, a despeito da mudança de cenário, as práticas se assemelham a algumas das apresentadas pelas minhas entrevistadas: como a conexão com a arte ou o uso de plantas medicinais no cuidado à saúde. Thum *et al.* (2011) fazem uma crítica ao modelo biomédico perpetrado pelos profissionais de saúde, que impedem uma conexão com um cuidado em saúde integral.

Retomo a fala de Mariana quando ela faz um comparativo entre conversar com uma amiga e uma ginecologista, que no primeiro caso não haveria a sugestão do uso de papel filme. Me lembro que na conversa rimos bastante imaginando alguém andando com um rolo de papel filme na balada, caso surgisse a possibilidade de sexo. A proposta de proteção não é nada prática e tampouco sabemos se a película de fato nos protegeria, já que não foi feita para tal. A necessidade de pensarmos em sugestões de práticas de cuidado vindas dos profissionais de saúde que de fato se aproximem ao universo que vivemos é urgente. Não basta nos propor soluções remendadas, para práticas que os profissionais sequer imaginam como acontecem.

Perpasso nesta seção pelos campos da saúde sexual, mental e integral, para pensarmos de que forma podemos construir práticas e políticas de saúde que se aproximem do que nós, mulheres lésbicas e bissexuais, esperamos e buscamos quando procuramos um profissional de saúde. Não pretendo construir um saber generalizável a partir das reflexões que apresentei aqui, mas sim, tensionar as fronteiras dos discursos que temos tomado como verdade no que tange o cuidado a nossa saúde. A questão é que nossas performatividades de gênero, nossa sexualidade, nossas necessidades em saúde não são universais e, ainda que dados epidemiológicos sejam importantes para categorização e mapeamento de algumas questões da nossa saúde, eles não

bastam para oferecermos um cuidado efetivo. Durante o texto, perpasso brevemente por outras opressões que nos atravessam, além das de gênero e orientação sexual, as quais discutirei a seguir.

4.4. Somos muitas – articulações entre raça, classe e corpos dissidentes

Quando eu me entendi, quando eu percebi que eu era... que eu comecei a me relacionar com mulheres, sempre tinha aquela voga de ‘ai, nós somos todas mulheres, a gente não se oprime, isso não vai acontecer’. Só que...eu...entendi, eu percebi que...por mais que eu seja uma mulher que me relacione com mulheres, tem a questão da raça. [...] E...justamente por ter a questão da raça, sempre vai existir...é...porque, por exemplo, por mais que eu me relacione com mulheres, eu sempre vou ser a mina que vai ser escondida na balada, que alguém v...que já aconteceu inúmeras vezes, que vai ficar, vai, mas vai ser aquela menina que você vai deixar pra ficar quando ninguém tiver olhando. Ou que você, se for assumir pros seus amigos, vai ser sempre aquela coisa de que é um tipo de produto, cê sempre vai mostrar como uma coisa... um pingente que você tem, sabe? Você sempre tá nessa posição de ser um certo tipo de alegoria de alguém. (Mariana).

Relendo esse trecho da entrevista de Mariana, me lembrei de uma frase da bell hooks (2002, s/p): “O amor cura. Nossa recuperação está no ato e na arte de amar.” A autora discute o quanto os sistemas de exploração e dominação são mais eficazes quando afetam nossa habilidade de querer amar e sobre o quanto essa vontade tem sido forte resistência da população negra contra as opressões sofridas ao longo dos anos. Clarke (2002), ao falar da lesbianidade como um ato de resistência, analisa como a separação em lutas distintas, de mulheres negras e brancas, também nos enfraquece. Ela fala do amor entre mulheres como luta contra o patriarcado e tensiona os relacionamentos interracialis, propondo que estes, antes de serem um problema, podem ser aliança contra opressões que caminham juntas: as do patriarcado e racismo. Embora a proposta aponte para um caminho imprescindível, e que nós mulheres brancas precisamos nos atentar, de que não há feminismo sem a luta antirracista, há uma série de problemáticas envolvendo tais relacionamentos, como apontado por Mariana, e que devemos explorar.

Schucman, Mandelbaum e Fachim (2017) discutem a negação da negritude em famílias com relações interracialis. Os autores apontam a reprodução do racismo nessas relações, mantendo a branquitude como o modelo ideal, como parâmetro de beleza ou comportamento. Ao apresentarem algumas questões das famílias analisadas, parece haver uma mescla entre negar a existência das diferenças de cor e raça, ao mesmo tempo em que se procura embranquecer aqueles que são negros:

De início, ela nega que há na família uma questão relacionada à cor/raça. Depois, afirma que o fato do primeiro marido de Maria ser o que ela nomeia como “negro, negro” gerou uma preocupação sobre a cor com que Joana iria nascer. Em seguida, ela nos faz entender que o fato de Joana não ter nascido negra é o que permitiu a todos se apaixonarem (Schucman *et al.*, 2017, p. 451).

Joana, na verdade, havia nascido com a pele mais clara e, por se aproximar da branquitude, foi digna de receber o amor da família branca. Para além dessas violências, Mariana me conta ainda de como é cansativo se relacionar com alguém que não compreende as dores que te afligem, quando é preciso explicar aquilo que é óbvio. Ela faz um contraponto, então, de seu segundo namoro, com uma mulher que também é negra:

Ai, enfim, a outra não, a Letícia era preta. É... e foi muito bom eu conseguir...eu ter... esse envolvimento onde eu tava num relacionamento de igual, porque a gente entendia a dor uma da outra. Porque... não é só, não é só ser lésbica, eu sou lésbica e eu sou preta, eu vou sofrer racismo, eu vou ter situações onde...tanto a minha raça quanto a minha sexualidade vão ser uma questão. [...] e tipo, é foda quando cê tem que, cê tá lá e cê... sente isso e cê vai explicar pra alguém e a pessoa não entende isso da forma que cê tá falando, tipo, aaah... mas isso aconteceu e aí que que eu tenho ha... que que tinha de errado nisso? (Mariana).

Lorde (2018, p. 57) fala sobre a opressão partilhada entre mulheres negras desde cedo: “somos mulheres negras nascidas em uma sociedade de arraigada repugnância e desprezo por tudo que é negro e que vem das mulheres. Somos fortes e persistentes. Também temos marcas profundas.”. E, aqui, não haveria como não retomar Butler (2018) e sua discussão sobre como a precariedade dos povos oprimidos une mais do que qualquer partilha identitária. As violências que sofremos cotidianamente, os direitos dos quais somos privadas, o cerceamento de liberdades, o assujeitamento experienciado e tantos outros efeitos produzidos quando nos restam condições precárias para viver a vida e que são compartilhadas por outras mulheres que estão submetidas à mesma realidade. De modo que, me aproximo de Mariana quando conversamos sobre as lesbofobias que já vivemos, mas ao ouvir sobre suas experiências com o racismo, eu consigo apenas imaginar, a partir do que já ouvi e já li sobre o assunto.

Não compartilhar de mesma condição de vida precária, como mulher branca, me impõe o compromisso político com um feminismo antirracista, na busca por uma psicologia, uma escrita, um jeito de viver menos racista. Um exercício constante de perceber meus privilégios e as hierarquias que vira e mexe noto ainda sustentar. Nesse sentido, volto a Clarke (2002) quando ela propõe alianças entre mulheres brancas e negras e afirma que esta pode ser

resistência, se pensamos que o patriarcado, sustentado por homens brancos, buscou punir e oprimir relações interracialis que não se resumissem ao modelo mestre/escravizado ou superior/inferior.

Falo brevemente da potência na aliança entre mulheres brancas e negras, para afirmar meu compromisso com um feminismo antirracista, entretanto, reconheço os problemas e limites dessa aproximação, por isso, retorno a Mariana para discutir a importância de espaços formados exclusivamente por mulheres negras:

E aí o fato de você já tá dentro de um grupo que é marginalizado e ainda dentro de outro e, tipo, tanto no movimento... por exemplo, o movimento negro é um grupo que é homofóbico e... as sapatão são racista... cê fala assim [...] e vou sentar aqui no meio e vou chorar, pessoal. Por isso que...é... por exemplo, quando eu tava morando com a Denise, que é a minha amiga, a gente... era muito legal, foi muito legal ter construído isso, porque a gente construiu um meio onde tinha só sapatão preta. E a gente se entendia naquilo e era muito legal cê ter essa troca e ter esse compartilhamento, sabe? [...] Porque eram pessoas que...entendiam de verdade a dor uma da outra, em todos os sentidos. [...] E era assim, aí, eu chegava e ficava assim, aí, eu tô no paraíso [risos] (Mariana).

Anzaldúa (2005) discutiu exatamente essa tensão que Mariana traz: “Como uma lésbica eu não tenho raça, meu próprio povo me rejeita; mas sou de todas as raças porque a *queer* em mim existe em todas as raças.”. Clarke (2002) também disserta sobre a vivência da mulher lésbica negra e aponta como vivem tanto situações de racismo vindas dos brancos, como situações homofóbicas e sexistas vindas da comunidade negra. Anzaldúa (2005) propõe, então, a criação de um novo mundo e uma nova cultura, com outras formas de conexão, que possibilitem transcender as fronteiras binárias e duais, criando modos de viver que sejam ambíguos e contraditórios ao modelo hegemônico, como ser uma mulher que é ao mesmo tempo lésbica e negra. Lugones (2014, p. 935) argumenta como ir além desta lógica categorial sobre gênero, raça e sexualidade nos permite pensar outros formatos: “isso me permite buscar organizações sociais nas quais pessoas têm resistido à modernidade capitalista e estão em tensão com esta lógica”.

Lugones (2014) escreve sobre a construção de uma subjetividade que se opõe ao colonialismo, de modo que dê visibilidade e legitimidade a formas de vida que se distinguem dos padrões de raça e gênero esperados. Mariana encontra resistência em seu grupo de mulheres lésbicas e negras, quando podem juntas construir novos significados para estar no mundo, que são contraposições aos modos já estruturados pelas lógicas de poder colonialistas. A resistência vem também da sua família, ela me conta que sempre se entendeu como uma mulher negra e

que seu pai, desde cedo, fez questão de falar sobre, por conviverem em meios majoritariamente brancos:

É... meu pai ele...tipo assim, ele...é con... ele foi concursado, ele já aposentou. Ele era servidor público, então, ele tinha uma condição boa. Então, a maior parte da minha vida eu tive que passar por meios que não, onde as pessoas não eram tão parecidas comigo, que eram meios muito brancos (Mariana).

Além de explicar sobre a branquitude dos meios que iriam conviver, seu pai avisou sobre os racismos que ela sofreria e que não deveria aceitar:

Ele falou olha vão acontecer certas coisas, certas coisas você não precisa entender... você não precisa aceitar, certas atitudes estão erradas, você não tem que aceitar isso, sabe? Se a sua raça...se a sua cor for uma questão, você tem que gritar mesmo, então, assim, isso...sempre fez questão de tipo assim, é... deixar claro que quem eu era, era uma coisa boa sim, era uma coisa bonita sim. Tinha um...por mais que eu não visse isso de uma forma tão aberta nos meios grandes de mídia e o que a gente tem de referência, mas era uma coisa bonita sim. (Mariana).

Gonzalez (1984), Carneiro (2003), Davis (2016) e Xavier (2016) discutem o mito da democracia racial no Brasil, que aparece escancarado exatamente nesses momentos em que os negros deixam de ocupar lugares menos privilegiados, quando passam a frequentar universidades e serem empossados em cargos públicos, quando rompem com o estereótipo do homem negro que executará trabalhos servis ou da mulher negra empregada doméstica. Gonzalez (1984), esmiúça o mito, ao contrapor a mulher negra, a mulata, que é ao mesmo tempo endeusada no carnaval e rechaçada na vida cotidiana:

Como todo mito, o da democracia racial oculta algo para além daquilo que mostra. Numa primeira aproximação, constatamos que exerce sua violência simbólica de maneira especial sobre a mulher negra. Pois o outro lado do endeusamento carnavalesco ocorre no cotidiano dessa mulher, no momento em que ela se transfigura na empregada doméstica. E por aí que a culpabilidade engendrada pelo seu endeusamento se exerce com fortes cargas de agressividade. E por aí, também, que se constata que os termos mulata e doméstica são atribuições de um mesmo sujeito. A nomeação vai depender da situação em que somos vistas (Gonzalez, 1984, p. 228).

Xavier (2016) aponta os diferentes modos de representação da mulher negra na mídia, que contribuem para a subalternização desses corpos. A autora disserta sobre a naturalização de processos desumanos, circunscritos por situações de racismo, sexismo, lesbofobia e pobreza, que dificultam o acesso a direitos sociais. Ela retoma o tema do carnaval: “podemos ser

maravilhosas passistas de escola de samba, mas não podemos ser exímias cientistas” (Xavier, 2016, p. 39). Mariana exemplifica a questão ao contar sobre seu acesso à universidade:

Sempre que eu tenho que entrar lá, eu tenho, eu posso ter a carteirinha, eu posso tá indo lá uma semana direto o segurança sempre vai parar, vai pedir minha identidade, vai pedir preu entrar, pra eu escrever, pra me dar o negócio de visitante, ok. Eu posso voltar lá no mesmo dia, ele vai fazer a mesma coisa. Se eu vou em algum lugar, ele fica me vigiando pra ver onde eu tô entrando, se eu falo que vou na biblioteca, ele vai ficar olhando se eu tô indo pro caminho da biblioteca. (Mariana).

Xavier (2016) argumenta como o mito da democracia racial autoriza esse tipo de comportamento, que impede e nega o acesso da população negra a direitos e a proteção supostamente assegurados pelo estado. Especificamente no campo da saúde, a autora discute como o racismo regula e controla as formas de viver e morrer das mulheres negras, e trata de dois problemas que mais chamam atenção nesse campo: a violência institucional e a violação dos direitos sexuais e reprodutivos. Xavier (2016) traz como exemplo a Lei Maria da Penha, que em dez anos não conseguiu erradicar a violência contra a mulher. Ao apresentar dados do IBGE de 2015, demonstra que de 2 milhões e 400 mil mulheres agredidas por pessoas conhecidas, um milhão e meio são negras. Além da violência intrafamiliar, a autora trata das torturas sofridas no sistema carcerário e das violências perpetradas pelas instituições e profissionais de saúde durante o parto.

Em relação aos direitos sexuais e reprodutivos, Xavier (2016) e Carneiro (2003) discutem a esterilização maciça das mulheres negras, a partir do controle expressivo de seus corpos. Na década de 80 o movimento de mulheres negras denunciou as laqueaduras e histerectomias feitas sem o consentimento ou acompanhamento dessas mulheres, havia tampouco conhecimento ou estudo sobre o tema (Xavier, 2016). Embora seja uma luta de anos do movimento negro, práticas eugenistas de controle de natalidade especificamente para a população negra continuam sendo operadas pelo estado.

A violência normativa reproduzida pelos poderes públicos se estende a outros corpos que não estão em conformidade com os padrões estéticos hegemônicos. Beatriz comenta as violências sofridas por mulheres gordas em consultórios médicos ou hospitais:

Tô gripada: ‘ai, emagrece que cê melhora’ [risos] é isso. Eu sempre ouço isso, qualquer médico que eu vou, mas eu nem... cogito... nem tipo... me preocupo. Porque eu sei que é uma coisa que acontece, então, não... é foda. É muito foda e os relatos das meninas são piores que os meus, porque tem gorda, gorda real mesmo. Gorda maior que sofre real. É... coisas absurdas,

tipo de parto, sabe? Parto é um trem que sempre tem história pesadíssima, né? [...] De gente tipo falar que num cabe na maca, que vai quebrar a maca, sabe? Que vai quebrar a mesa lá... num sei como é que chama... a mesa de parto. [...] De sofrer mesmo, de ser tratada mal, porque é gorda. Que já... uma menina falou que num sabe como é que ela conseguiu fazer o filho sendo tão gorda, o médico falou pra ela (Beatriz).

Os corpos gordos, assim como outros que não são inteligíveis à norma, recaem à abjeção. Não conseguimos enxergá-los como sujeitos de direito, em sua multiplicidade e se damos algum tipo de visibilidade ao tema é para dizer que é preciso emagrecer. A questão trazida por Beatriz aponta para como as mulheres gordas são reduzidas apenas ao seu corpo gordo e são submetidas a diversos tipos de violências institucionais e sociais:

Gordo num é nem tratado como gente em lugar nenhum, minha filha. Começar ni ônibus, que gordo... eu eu reconheço meus privilégios por ser gorda menor, eu passo em roleta e sento em banco de ônibus facilmente. Agora... gordo, gordo mesmo não. Entendeu? Então tem muita...Médico mesmo, questão de médico. É...cê..cê tá passando mal chega no médico e já, eu já passei por isso. Emagrece! Emagrece (Beatriz).

Beatriz conta que nem dentro de casa ela recebe o suporte que gostaria, como mulher gorda:

Mas isso até em casa mesmo, até minha mãe mesmo. Sem tipo maldade, hoje ela melhorou. Eu falo tanto na cabeça dela que ela melhorou, mas 'ah, tô com uma dor' 'essa dor é porque é gorda, emagrece'. Dor na perna, emagrece, é porque sua perna não aguenta o seu peso, emagrece. Mas é emagrece, não é nem tipo 'não, fortalece o seu corpo, porque o seu corpo precisa tipo cê precisa de atividade física independente de ser gordo ou magra' não, emagrece q é porque você é muito gorda e seu peso... e sua perna não te aguenta. (Beatriz).

As histórias trazidas por Beatriz vão apontando para como o modelo de saúde, universalista, que temos como padrão olha para as sujeitas sem levar em conta a história e a subjetividade daquelas pessoas. Se uma mulher gorda entra em um consultório, só o que verão será a gordura e a necessidade urgente de emagrecimento. Parece haver certa legitimidade em dizer aos corpos abjetos o que estes devem fazer, já que como não sujeitos, eles certamente não saberiam. E é por não serem vistas como sujeitas que ouvem frases de ódio aos seus corpos, inclusive perpetrada pelos profissionais de saúde, como se ser gorda fosse uma escolha e que não deveria ser feita por ninguém.

As possibilidades de aliança e resistência vieram para Beatriz quando ela começou a partilhar com outras mulheres gordas e lésbicas suas experiências, hoje elas têm um grupo em que a afirmação e legitimação desses corpos gordos é o que as une:

num sei porque, mas a maioria das meninas do coletivo são sapatão. Acho que hoje em dia as mulheres tão com a cabeça melhor, sabe? Então, pra se entender uma a outra e... num sei, acho que tem muita ligação sim. Porque... a maioria das meninas, pelo menos no coletivo c... hetero mesmo num tem. Tem bi. [...] Tem mais compreensão com a mana do lado [...] É... tem mais respeito, mais compreensão, aceita mais, então tem muito mais. Homem é escroto. Bota fé? Então...não todo, não generalizando, mas homem é escroto. Então, mulher não tanto, tem mulher escrota? Tem, mas num é tanto, pelo menos hoje não é tanto. (Beatriz).

A ideia de Butler em como a precariedade nos une parece funcionar aqui, são mulheres que partilham vidas que não são vistas ou legitimadas e que são atravessadas por uma série de vivências como ser mulher, ser gorda, ser sapatão, ser negra. Beatriz traz outra questão e que eu penso ser central para tratarmos de algumas opressões que vivemos:

Sei que era muito difícil entrar numa faculdade, acabei faz...começ...entrando em uma particular, fui conseguir entrar na federal depois de muito tempo, 2011 eu fui conseguir uma vaga numa federal, lá no rio, mas também não consegui terminar, porque morava longe. [...] Não consegui ficar... é grana. (Beatriz)

Bethânia parece ter vivido situações semelhantes, ela conta ter tido muitas dificuldades em terminar a faculdade, especialmente depois que parou de ter ajuda financeira da mãe:

Eu tava começando a faculdade, eu fiz, eu tava fazendo letras nessa época, a mãe dela pagou minha matrícula [risos]. É! Eu falei assim ah...ela que insistiu preu fazer vestibular 'ah, cê precisa fazer vestibular' e não sei o que, e eu fui fazer e falei assim 'tá, eu vou passar, mas eu num vou ter grana pra pagar, né, gente' a mãe dela pagou minha matrícula...[...] nossa, ia me virando, minha filha, ia me virando. Sabe aquele negócio que...cê faz um semestre, cê paga no outro... (Bethânia).

Bethânia atribui à diferença de classe o relacionamento abusivo pelo qual passou:

Tem uma coisa de...que ela fazia muito comigo, que eu acho que...pode ser considerada que é tipo a banalização do sentimento, sabe? Como eu tenho...eu faço tratamento pra ansiedade...é...as vezes eu tava sentindo alguma coisa assim e ela tipo total banalizava aquilo, sabe? Que era uma coisa da minha cabeça, que era uma besteira, é... o fato de gritar...é...humilhar...tinha uma uma humilhação dela que era muito forte

com relação a grana mesmo, total falta de consciência de classe, sabe?
(Bethânia).

Davis (2016) discute especificamente como não podemos dissociar as discussões de raça, classe e gênero se quisermos seguir em frente. Ela argumenta em como as diferentes opressões em que vivemos podem contribuir entre si, oferecendo ideias, experiências e análises ao compartilharmos nossas vivências. Beatriz nos conta da potência de seus encontros entre mulheres plurais e que vão reafirmando a ideia de que é preciso um feminismo que amplie ou reconsidere suas prioridades e categorias, somos muitas, somos mulheres brancas, negras, cis, trans, lésbicas, bissexuais, hétero e tantas outras.

Nesta seção, procurei discutir como as diversas opressões que nos atravessam vão marcando e circunscrevendo nossas vidas, para tentar argumentar que não é mais possível pensar um feminismo ou o movimento lésbico sem considerarmos que tratamos de diversas lutas ao mesmo tempo. A condição de vida precária, que nos une, é possibilidade de aliança para pensarmos resistências e encontrarmos caminhos conjuntos para, por exemplo, discutir nossas práticas e experiências de cuidado em saúde.

5. Afinal, que cuidado em saúde queremos?

Finalizo esse texto me perguntando: que saúde queremos? Penso que este trabalho pode nos dar pistas sobre quais caminhos seguir, ainda que eu não pretendesse encontrar respostas ou esgotar um tema que é tão amplo e complexo, procurei explorar tanto na minha trajetória quanto na das mulheres com quem conversei qual é esse cuidado em saúde que tanto buscamos. Quando comecei o mestrado, já me parecia bem óbvio que não, o cuidado em saúde que nos tem sido oferecido não é o suficiente, recebemos um cuidado pensado somente para mulheres heterossexuais, o que torna nosso acesso à saúde precário e insuficiente. Mas, bem, se eu já tinha essa resposta, o que eu gostaria de investigar durante os dois anos de mestrado?

Essa foi a pergunta que me norteou durante meu processo de pesquisa, o que nós, mulheres lésbicas e bissexuais, esperamos quando procuramos um serviço de saúde? Embora pareça uma pergunta simples, fui descobrindo ao longo desses dois anos que encontrar essa resposta era um desafio e tanto. Porque não basta dizer que queremos ser respeitadas por quem somos e termos nossas identidades, performatividades e práticas legitimadas por profissionais de saúde, o debate é mais complexo que isso.

Ao mergulhar no campo teórico da pesquisa, revisitando as políticas públicas de saúde, o histórico de construção do SUS, retomando as lutas dos movimentos feminista, lésbico, LGBT

e negro eu fui percebendo o quanto essa é uma arena complexa e que envolvem resistências de diversas frentes e forças e que nem sempre são convergentes. Vi que foi preciso muita luta, das mulheres que começaram o movimento lésbico há 40 anos, e do quanto devemos agradecê-las se hoje algumas políticas públicas brasileiras fazem menção às mulheres lésbicas e bissexuais.

Mesmo com toda a luta e força dessas mulheres, as políticas que temos atualmente não são suficientes para dar conta da complexidade e multiplicidade das identidades e performatividades de mulheres lésbicas e bissexuais. Além das políticas não chegarem até os profissionais que nos atendem, elas partem de algumas ideias universais de saúde que afastam mulheres que não cabem nesses modelos normalizados. Falo das mulheres que não performam feminilidade, das mulheres gordas, das mulheres negras, das que não transam com penetração e muitas outras.

Discuti também os dilemas entre a visibilidade e invisibilidade, entre um saber instituído e outro não institucional. Procurei argumentar que, embora a visibilidade política e a institucionalização tragam algumas questões relacionadas ao controle e regulação dos nossos corpos, ela é absolutamente necessária para assegurar que tenhamos acesso à direitos humanos básicos, como sujeitas políticas. Foi justamente pelo cerceamento dos nossos direitos e na privação de um cuidado em saúde de qualidade, que fomos relegadas à abjeção, por isso a necessidade de alianças e resistências, como pelos movimentos sociais e outras formas de organização popular, que busquem a interlocução com esferas governamentais, a exemplo do que fez a Rede Feminista de Saúde desde os anos 90.

Trabalhei, ao longo do texto, com alguns conceitos discutidos por Butler, como os de heteronormatividade e precariedade, para argumentar e ilustrar o quanto somos colocadas em condições de vida precária, ou seja, somos vidas que não são passíveis de luto, vidas que importam menos, vidas que são invisibilizadas e deslegitimadas em diversas situações de cerceamento de direitos. O diálogo com Soraya, Neusinha, Andressa, Bethânia, Beatriz, Juliana e Mariana foi essencial para compreender quais são os modos pelos quais os poderes e as hierarquias nos colocam em lugar de abjeção, quando levam mulheres como nós para serem exorcizadas, quando nos expulsam de casa, quando retiram o suporte financeiro do qual dependíamos, quando nos reduzem às nossas práticas sexuais, quando nos oferecem cuidados em saúde pensados para mulheres heterossexuais, quando não conseguimos encontrar informações acessíveis sobre sexo seguro e tantos outros assuntos conversados.

A partir desses diálogos fui percebendo o quanto estamos distantes de um cuidado ideal e como crescermos circunscritas por um discurso que não nos vê como sujeitas inteligíveis pode nos adoecer. Uma fala de Mariana ainda me reverbera, retomo ela aqui: “porque eu sei que o

meu corpo físico hoje sofre mais por causa do que que aconteceu por aqui, sabe? [aponta para a cabeça].”. De modo que não dá para pensar um cuidado ao nossos corpos, como nas práticas ginecológicas, sem pensar seus efeitos para nossa saúde mental e em como elas podem afetar outros aspectos das nossas vidas: acesso à lazer, condições socioeconômicas, oportunidades de trabalho, acesso e permanência à universidade, entre outros.

Encontrei, com as mulheres que conversei, tanto pontos em comum nas nossas histórias, e que nos aproximavam para pensar resistências e alianças, como pontos divergentes, aqueles que tornam nossas experiências absolutamente particulares. Permaneço me questionando como seria possível construir um cuidado em saúde, a partir de políticas públicas feitas por um estado que nos enxergue como sujeitas de direito, mais particular e menos universalista. Embora não seja possível apontar categoricamente um caminho, podemos pensar algumas possibilidades. Me parece urgente a necessidade de compreender a saúde de forma menos dual e binária, ou seja, quando Juliana fala de jogar seus dildos fora ou de como gosta de praticar sexo anal, ela mostra como a conversa sobre o sexo entre mulheres precisa ir além do lixar as unhas e cortar camisinha para fazer sexo oral.

É preciso, também, articular nosso debate para pensar como somos atravessadas e interpeladas por outros discursos que, igualmente, não legitimam a existência desses corpos dissidentes: as mulheres negras, gordas, da classe trabalhadora. Beatriz descreve bem: “Sapatão pena...sapatão sendo gorda pena. Sapatão, gorda, preta pena. Bota fé? Nó...difícil, viver tá difícil.”. A atual conjuntura política brasileira não nos deixa muito otimistas, o avanço de pautas conservadoras se mantém crescente e vai, pouco a pouco, depurando as políticas humanitárias em nosso país.

Embora o cenário político esteja caótico, as meninas me contaram de como foram encontrando formas de se cuidar, que fossem além do saber institucionalizado, já que este não parece dar conta das nossas demandas como precisamos e gostaríamos. Penso que temos conseguindo resistir, como quando Andressa me diz “e na verdade a fogueira são várias coisas assim, acho que a fogueira é um ato político, a fogueira é uma união de forças, a fogueira é um lugar de cura, a fogueira é um lugar de troca [...] de acordo com a demanda de cada um, sabe?” ou quando ouço Bethânia dizer como foi aprendendo a se conhecer: “desse autoconhecimento, dessa inteligência emocional me fez falar pra ela ‘olha, eu não aceito mais esse tipo de relação’, sabe?”.

Ao olhar para os universos particulares de cada uma de nós, as mulheres que compuseram esta dissertação, procurei argumentar aqui como precisamos ampliar ou rearticular nossos debates para tentar, de alguma forma, pensar uma saúde mais acessível. Espero que as

reflexões produzidas neste processo contribuam para o debate acerca da nossa saúde, embora saiba que há muitos outros temas a serem discutidos e que não foram contemplados nesta pesquisa, como as mulheres trans que se identificam como lésbicas ou bissexuais, as questões relacionadas à maternidade lésbica, mulheres de outras classes sociais, entre outros temas. Encerro com uma frase de Mariana, sobre como precisamos diversificar nossos olhares para pensar nosso cuidado em saúde:

É refúgio mesmo, porque por mais que seja informação, é... cê vai ter lá alguma coisa de identificação, mas é refúgio, onde você entende que você não é tão diferente assim quanto você acha que você é ou você não tá tão fora da caixinha quanto você pensa que é. Ou que os referenciais que você tem daquilo, não é na verdade só aquilo, é...uma diversidade muito grande, sabe? E que...é...eu acho que seria isso, criar lugares, âmbitos, artificios (Mariana).

6. Referências

- Alberto, J. A. (2018). *Bissexualidade(s): Crenças e opiniões*. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Escola de Ciências Sociais, Departamento de Psicologia, Universidade de Évora, Évora.
- Almeida, G. (2005). *Da invisibilidade à vulnerabilidade: percursos do “corpo lésbico” na cena brasileira face à possibilidade da infecção por DST e AIDS*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro

- Almeida, G. (2009). Argumentos em torno da possibilidade de infecção por DST e AIDS entre mulheres que se autodefinem como lésbicas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 19(2), 301-331.
- Almeida, G., & Heilborn, M. L. (2008). Não somos mulheres gays: identidade lésbica na visão de ativistas brasileiras. *Gênero*. Niterói, 9(1/2), 225-249.
- Amorim, A. C. H. (2016, agosto) *Maternidades lésbicas: um estudo sobre tecnologias reprodutivas e parentalidades no Brasil*. Trabalho apresentado na 30ª Reunião Brasileira de Antropologia, João Pessoa, PB, Brasil, 18.
- Anzaldúa, G. (2005). La conciencia de la mestiza / Rumo a uma nova consciência. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, 13(3), 704-719.
- Araújo, I. L. (2004). A natureza do conhecimento após a virada linguístico-pragmática. *Revista de Filosofia*, Curitiba, 16(18), 103-137.
- Arima, A. C. & Freitas, J. de L. (2017). O luto velado: a experiência de viúvas lésbicas em uma perspectiva fenomenológico-existencial. *Temas em Psicologia*, 25(5), 1467-1482.
- Berlant, L., & Warner, M. (1998). Sex in Public. *Critical Inquiry*. 24(2), 547-566.
- Brasil (1984). *Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal.
- Brasil (2003). *12º Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2004). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2005). *Plano Nacional de Políticas para as Mulheres*. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres.
- Brasil (2006). *Chegou a Hora de Cuidar da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2007). *Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia da Aids e outras DST*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2008). *13º Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2008). *II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres*. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres.
- Brasil (2009). *Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia da Aids e outras DST – Versão Revisada*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2012). *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2013). *Mulheres Lésbicas e Bissexuais - Direitos, Saúde e Participação Social*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2014). *Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais*. Brasília: Ministério da Saúde.

- Butler, J. (1999). *Gender Trouble: feminism and the subversion of identity*. New York and London: Routledge.
- Butler, J. (2005). *Giving an Account of Oneself*. New York: Fordham University Press.
- Butler, J. (2011). Vida precária. Tradução: Angelo Marcelo Vasco. *Contemporânea*, 1, 13-33.
- Butler, J. (2015). *Quadros de guerra: Quando a vida é passível de luto?* Tradução: Sérgio T. M. Lamarão e Arnaldo M. Da Cunha. Rio de Janeiro: Civilização brasileira.
- Butler, J. (2018). *Corpos em aliança e a política das ruas: notas para uma teoria performativa de assembleia*. Tradução: Fernanda Siqueira Miguens. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Calais, L. B. de, & Perucchi, J. (2017). Políticas Públicas de Prevenção ao HIV/AIDS: uma aproximação entre França e Brasil. *Psicologia em Revista*, 23(2), 573-588.
- Calazans, G. J., Pinheiro, T. F., & Ayres, J. R. de C. M. (2018). Vulnerabilidade programática e cuidado público: Panorama das políticas de prevenção do HIV e da Aids voltadas para gays e outros HSH no Brasil. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, 29, 263-293.
- Calderaro, F. (2011). *Políticas de saúde voltadas às lésbicas: um estudo sobre as possibilidades de reverter um quadro histórico de invisibilidade*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), São Paulo.
- Calhoun, C. (2000). *Feminism, the Family, and the Politics of the Closet: Lesbian and Gay Displacement*. New York: Oxford University Press Inc.
- Carneiro, S. (2003). Enegrecer o feminismo: a situação da mulher negra na América Latina a partir de uma perspectiva de gênero. In: Ashoka Empreendimentos Sociais; Takano Cidadania (Org.). *Racismos contemporâneos*. Rio de Janeiro: Takano Editora.
- Carrara, S. (2010). Políticas e Direitos Sexuais no Brasil Contemporâneo. *Revista Bagoas – estudos gays: gênero e sexualidades*. 4(5). Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/bagoas/article/view/2316>. Acesso em 10 de out de 2018.
- Carvalho, C. Sousa., Calderaro, F., & Souza, S. J. e. (2013). O dispositivo “saúde de mulheres lésbicas”: (in)visibilidade e direitos. *Psicologia Política*, 13(26), 111-127.
- Cochran, S. D., & Mays, V. M. (2012). Risk of Breast Cancer Mortality Among Women Cohabiting with Same Sex Partners: Findings from the National Health Interview Survey, 1997–2003. *Journal of Women's Health*, 21(5), 528-533.
- Corrêa, S. (2017). Ideologia de gênero: rastros e significados. *Sexuality Policy Watch*. Disponível em: <https://sxpolitics.org/ptbr/ideologia-de-genero-rastros-e-significados/8952>>. Acesso em 11 de mar 2020.
- Costa, A. M. (1999). Parte IV – Serviços de saúde – Desenvolvimento e implementação do PAISM no Brasil. In: Giffin, K. & Costa, S. H., orgs. *Questões da saúde reprodutiva*, 319-335. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Clarke, C. (2002). Lesbianism: An Act of Resistance. In: Moraga, C. L. & Anzaldúa, G. E. *This bridge called my back: writings by radical women of color*. Berkeley: Third Woman Press.

- Curiel, O. (2016). *De las identidades a la imbricación de las opresiones: desde la experiencia*. In: Encrescando – Anais do I Seminário Internacional: Refletindo a Década Internacional dos Afrodescendentes (ONU, 2015-2024), 63-73. Brasília: Brado Negro.
- Curmi, C., Peters, K., & Salamonson, Y. (2014). Lesbians attitudes and practices of cervical cancer screening: a qualitative study. *BCM Women's Health*, 14(153), 1-9.
- Davis, A. Y. (2016). *Mulheres, Raça e Classe*. Tradução: Heci Regina Candiani. São Paulo: Boitempo.
- De Vito, R., & Prado, M. A. M. (2019). Direitos humanos, gênero e sexualidade: uma ministra que não brinca em serviço. Sexuality Policy Watch. Disponível em: <<https://sxpolitics.org/ptbr/direitos-humanos-genero-e-sexualidade-a-ministra-que-nao-brinca-em-servico/9402>>. Acesso em 11 de mar de 2020.
- Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019*. (2019). Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. Brasília, DF.
- Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019*. (2019). Atualização da estrutura regimental do Ministério da Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, DF.
- DeMino, K. A., Appleby, G., & Fisk, D. (2007). Lesbian mothers with planned families: a comparative study of internalized homophobia and social support. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77(1), 165-173.
- Domingues, H. M. J. (2015). *Prevalência e caracterização da violência em casas de gays, lésbicas e bissexuais*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Jurídica) – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Duggan, L. (1979). Lesbianism and American History: A Brief Source Review. *Frontiers: A Journal of Women Studies*, 4(3), 80-83.
- Duggan, L. (1996). Epílogo. In: Katz, J. N. *A invenção da heterossexualidade*, 193-195. Rio de Janeiro: Ediouro.
- Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016*. (2016). Altera o Ato das Disposições Constitucionais, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências.
- Facchini, R. (2003). *Movimento homossexual no Brasil: recompondo um histórico*. *Cadernos AEL*, 10(18/19). Disponível em: <https://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/ael/article/view/2510/1920>. Acesso em 2 de julho de 2019.
- Facchini, R., & Barbosa, R. M. (2006). *Dossiê Saúde das Mulheres Lésbicas: Promoção da Equidade e da Integralidade*. Belo Horizonte: Rede Feminista de Saúde.
- Fernandes, M. (2018). O movimento das mulheres lésbicas feministas no Brasil. *Revista Cult*, 235. Disponível em: <https://revistacult.uol.com.br/home/mulheres-lesbicas-feministas-brasil/>. Acesso em 27 de julho de 2019.
- Fernandes, M., Soler, L. D., & Leite, M. C. B. P. (2018). Saúde das mulheres lésbicas e atenção à saúde: nem integralidade, nem equidade diante das invisibilidades. *Revista Bis*, 19(2), 37-46.
- Filho, C. B. (2001). *História da Saúde Pública no Brasil*. São Paulo: Editora Ática.

- Foucault, M. (1996). *A ordem do discurso*. São Paulo: Loyola.
- Foucault, M. (1999a). *Vigiar e Punir: Nascimento da Prisão* (20ª ed.). Tradução: Raquel Ramallete. Petrópolis: Editora Vozes.
- Foucault, M. (1999b). *A História da Sexualidade: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Foucault, M. (1995). O sujeito e o poder. In: Dreyfus, H. L., & Rabinow, P. *Michel Foucault: uma trajetória filosófica (para além do estruturalismo e da hermenêutica)*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Fredriksen-Goldsen, K. I., Kim, H., Barkan, S. E., Muraco, A. & Hoy-Ellis, C. P. (2013). Health Disparities Among Lesbian, Gay, and Bisexual Older Adults: Results From a Population-Based Study. *American Journal of Public Health*, 103(10), 1-8.
- Gadsby, H. (2018). *Nanette* [Stand-up Comedy]. Austrália: Netflix.
- Goodman, L. (1961). Snowball Sampling. *Annals of Mathematical Statistics*, 32: 148-170.
- Gonçalves, R., & Abreu, S. (2018). Do plano nacional de políticas para as mulheres ao “machistério” de Temer. *Revista de Políticas Públicas*, 22 (2), 1-19.
- Gonzalez, L. (1984). Racismo e Sexismo na Cultura Brasileira. *Revista Ciências Sociais Hoje*, Anpocs, 223-245.
- Green, J. N. (2000). “Mais amor e mais tesão”: a construção de um movimento brasileiro de gays, lésbicas e travestis. *Cadernos Pagu*, 15, 271-295.
- Haraway, D. (1995). Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. *Cadernos Pagu*, 5, 07-41.
- Harding, S. (1987). Introduction: Is There a Feminist Method?. In: Harding, S. *Feminism and Methodology*, 1-14. Bloomington: Indiana University Press.
- Harding, S. (1993). A instabilidade das categorias analíticas na teoria feminista. *Revista Estudos Feministas*, 1(1), 7-32.
- Hissa, C. E. V. (2019). *Entrenotas: compreensões de pesquisa*. Belo Horizonte: Editora UFMG.
- hooks, b. (2002). Vivendo de Amor. In: White, E. C., Werneck, J., & Mendonça, M. *O livro da saúde das mulheres negras—nossos passos vêm de longe*. Rio de Janeiro: Pallas, Disponível em: <http://www.olibat.com.br/documentos/Vivendo%20de%20Amor%20Bell%20Hooks.pdf>. Acesso em: 20 de set. 2019.
- Jaeger, M. B., Longhini, G. D. N., Oliveira, J. M. C., & Toneli, M. J. F. (2019). Bissexualidade, bifobia e monossexismo: problematizando enquadramentos. *Periódicus*, 11(2), 01-16.
- Junqueira, R. D. (2007). Homofobia: limites e possibilidades de um conceito em meio a disputas. *Revista Bagoas*, 1(1), 145-165.
- Katz, J. N. (1996) *A invenção da heterossexualidade*. Rio de Janeiro: Ediouro.
- Kim, H. & Fredriksen-Goldsen, K. I. (2016). Living Arrangement and Loneliness Among Lesbian, Gay, and Bisexual Older Adults. *Gerontologist*, 56(3), 548-558.

- Lacombe, M. (2017). *O ano em que morri em Nova York: um romance sobre amar a si próprio*. São Paulo: Planeta.
- Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. (1990). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF.
- Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. (1990). Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF.
- Lomando, E. (2008). *Conjugalidade gay e lésbica e rede de apoio social*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Lorde, A. (1978). A Litany for Survival. In: Lorde, A. *The Collected Poems of Audre Lorde by Audre Lorde*, New York: W. W. Norton & Company.
- Lorde, A. (2009). *I Am Your Sister - Collected and Unpublished Writings of Audre Lorde*. New York: Oxford University Press.
- Lorde, A. (2018). Olho no olho: mulheres negras, ódio e raiva. *Revista Serrote*, 29, 48-83.
- Lugones, M. (2014). Rumo a um feminismo descolonial. *Estudos Feministas*, 22(3), 935-952.
- Machado, C. V., Lima, L. D. de, & Baptista, T. W. de F. (2017). Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(2), 143-161.
- Machado, F. V. & Prado, M. A. M. (2005). Movimentos homossexuais: a constituição da identidade coletiva entre a economia e a cultura. O caso de dois grupos brasileiros. *Interações*, 10 (19), 35-62.
- Marques, A. M., Oliveira, J. M., & Nogueira, C. (2013). A população lésbica em estudos da saúde: contributos para uma reflexão crítica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(7), 2037-2047.
- Martinho, M. (2006). Década de 80: início da organização lésbica no Brasil. *Lesbianismo Erudito* [Blog], São Paulo. Disponível em: <<http://coletaneapratica.blogspot.com/2011/07/miriam-martinho.html>>. Acesso em: jun. 2019.
- Mayorga, C., Perucchi, J., & Prado, M. A. M. (2011). Feminismos e lesbianidades: entre uma e outra é possível ser duas. In: Mayorga, C., Perucchi, J., & Prado, M. A. M, orgs. *Olhares diversos - Direitos Sexuais, Feminismos e Lesbianidades*, 11-29. Belo Horizonte: Editora Campagna.
- McConnell, E. C., Birkett, M., Mustanski, B. (2016). Families Matter: Social Support and Mental Health Trajectories Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth. *Journal of Adolescent Health*, xxx, 1-7.
- Medeiros, M. do S. da S. (2017). “O caminho não precisa ser solitário”: fissuras e representatividade lésbica no ciberespaço. Dissertação (Mestrado em Literatura e Interculturalidade) – Centro de Educação, Departamento de Letras e Artes, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande.

- Meinerz, N. E. (2011). *Mulheres e masculinidades – Etnografia sobre afinidades de gênero no contexto de parcerias homoeróticas entre mulheres de grupos populares em Porto Alegre*. Tese (doutorado em Antropologia Social) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Melo, N. C. de (2019, março 13). Ativista lésbica Neusinha entrevistada por Isabela Guimarães Alves em Belo Horizonte, Minas Gerais.
- Miranda, E. (Produção) & Centurión, J. (Direção) (2018). *Gênero sob ataque* [documentário]. Costa Rica, Colômbia, Peru e Brasil: Centurión Producciones, Clacai.
- Minayo, M. C. de S. & Sanches, O. (1993). Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade. *Cadernos de Saúde Pública*, 9(3), 239-269.
- Nascimento, A. do. (1978). *O Genocídio do Negro Brasileiro – Processo de um Racismo Mascarado*. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra.
- Menezes, S. (2019, abril 26). Ativista lésbica Soraya Menezes entrevistada por Isabela Guimarães Alves em Belo Horizonte, Minas Gerais.
- Oswald, R. F. (2002). Resilience Within the Family Networks of Lesbians and Gay Men: Intentionality and Redefinition. *Journal of Marriage and Family*, 64, 374-383.
- Paim, J. S. (2013). A Constituição Cidadã e os 15 anos do Sistema único de Saúde (SUS). *Cadernos de Saúde Pública*. 19(10), 1927-1937.
- Pamplona, R. S., Dinis, N. F. (2013). Probabilidade: discursos produzidos sobre a bissexualidade. *Comunicações*, 2, 97-112.
- Peres, M. C. C., Soares, S. F., & Dias, M. C. (2018). *Dossiê sobre lesbocídio no Brasil: de 2014 até 2017*. Rio de Janeiro: Livros Ilimitados.
- Perucchi, J., Brandão, B. C., & Vieira, H. I. dos S. (2014). Aspectos psicossociais da homofobia intrafamiliar e saúde de jovens lésbicas e gays. *Estudos de Psicologia*, 19(4), 1-10.
- Pimentel, S. (2001). Os Direitos (Homo) sexuais como Direitos Humanos. *Jornal da RedeSaúde*, 24, 49-55.
- Pompeu, F. (2001). Direitos que não podem calar. *Jornal da RedeSaúde*, 24, 35-41.
- Prado, M. A. M., & Machado, F. V. (2008). Preconceito contra homossexualidades: a hierarquia da invisibilidade. São Paulo: Cortez Editora.
- Prins, B., & Meijer, I. (2002). Como os corpos se tornam matéria: entrevista com Judith Butler. *Revista Estudos Feministas*, 10(1).
- Resolução CFP nº 001/99 de 22 de março de 1999*. (1999). Estabelece normas de atuação para os psicólogos em relação à questão da Orientação Sexual. Conselho Federal de Psicologia, Brasília, DF.
- Resolução nº 153 de 14 de junho de 2004*. (2004). Determina o Regulamento Técnico para os procedimentos hemoterápicos, incluindo a coleta, o processamento, a testagem, o armazenamento, o transporte, o controle de qualidade e o uso humano de sangue, e seus componentes, obtidos do sangue venoso, do cordão umbilical, da placenta e da medula óssea. Anvisa, Brasília, DF.

- Resolução nº 614 de 15 de fevereiro de 2019.* (2019). O Conselho Nacional de Saúde aprova diretrizes referentes à Programação Anual de Saúde e o Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias da União para 2020. Diário Oficial da União. Brasília, DF.
- Rede Feminista de Saúde (2008). *Marcos da saúde das mulheres, dos direitos sexuais e direitos reprodutivos*. Material produzido a partir do 10º Encontro Nacional da Rede Feminista de Saúde. Porto Alegre, RS, Brasil, 8.
- Rede Feminista de Saúde (2015). *Posições Políticas*. Publicação Especial da Gestão 2011/2015. Florianópolis, SC, Brasil, 11.
- Revel, J. (2005). Michel Foucault: conceitos essenciais. São Carlos: Editora Claraluz.
- Ribeiro, F. M. L., & Minayo, M. C. de S. (2015). As Comunidades Terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas: o caso de Manguinhos, RJ, Brasil. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, 19(54), 515-526.
- Rich, A. (2010). Heterossexualidade compulsória e existência lésbica. *Bagoas*, 5, 17-44.
- Rodrigues, J. L. (2018). *Lésbicas e mulheres bissexuais: uma leitura interseccional do cuidado à saúde*. Tese (doutorado em Ciências) – Programa de Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.
- Romão-Dias, D. (2013). Os métodos qualitativos e a psicologia: uma história feita de estórias. In: Nicolaci-da-Costa; Romão-Dias. (Org.). *Qualidade faz diferença: métodos qualitativos de pesquisa para psicologia e áreas afins*, 17-40. Rio de Janeiro e São Paulo: PUC-rio e Edições Loyola.
- Ross, L. E., Dobinson, C., & Eady, A. (2010). Perceived Determinants of Mental Health for Bisexual People: A Qualitative Examination. *American Journal of Public Health*, 100(3), 496-502.
- Rubin, G. (2003). Pensando Sexo: Notas para uma teoria radical da política da sexualidade. *Cadernos Pagu*, 21, 1-88.
- Rufino, A. C., Madeiro, A., Trinidad, A., Santos, R., & Freitas, I. (2018). Práticas sexuais e cuidados em saúde de mulheres que fazem sexo com mulheres: 2013-2014. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 27(4), 1-11.
- Santos, N. R. dos. (2018). SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. *Ciências & Saúde Coletiva*, 23 (6), 1729 – 1736.
- Schucman, L. V., Mandelbaum, B., & Fachim, F. L. (2017). Minha mãe pintou meu pai de branco: afetos e negação da raça em famílias interracialis. *Revista de Ciências HUMANAS*, 51(2), 439-455.
- Sedgwick, E. K. (2007). A epistemologia do armário. *Cadernos pagu*, 28, 19-54.
- Silva, A. M. (2017). Lésbicas negras, identidades interseccionais. *Periódicus*, 7(1), 117-133.
- Silva, M. J. M. da. (2015) *Saúde das mulheres lésbicas no Brasil*. In.: Anais do XX Seminário de Pesquisa do CCSA – “Construindo saberes para a promoção do desenvolvimento e da democracia. Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN.

- Soares, S. F., Peres, M. C. C., & Dias, M. C. M. (2017, setembro.) *Saúde e Sobrevivência Lésbica: uma questão de saúde pública*. Comunicação Oral apresentado no V Seminário Internacional Enlaçando Sexualidades, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 5.
- Sousa, F. K. M. (2017). *Narrativas sobre relacionamentos abusivos e mudança de sensibilidades do que é violência*. Trabalho apresentado no Seminário FESPSP 2017, São Paulo, SP, Brasil, 10.
- Spink, M. J. P. (2012). Sobre a promoção da saúde: tensões entre o risco na modalidade da aventura e as estratégias contemporâneas de biocontrole. In: Jacó-vilela, A. M., & Sato, L., orgs. *Diálogos em psicologia social*, 387- 407. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.
- Spink, P. K. (2003). Pesquisa de campo em psicologia social: uma perspectiva pós-construcionista. *Psicologia & Sociedade*, 15 (2), 18-42.
- Teixeira, R. (Produção) & Aïnouz, K. (Direção) (2019). *A vida invisível* [Longa-metragem]. Brasil e Alemanha: Sony/Vitrine Filmes.
- Thum, M. A., Ceolin, T., Borges, A. M., & Heck, R. M. (2011). Saberes relacionados ao autocuidado entre mulheres da área rural do sul do Brasil. *Rev. Gaúcha Enferm.*, 32(3), 576-582.
- Uziel, A. P., Ferreira, I. T. O., Medeiros, L. S. de Antonio, C. A. de O., Tavares, M., Moraes, M. B. de, Andrade, R., & Machado, R. (2006). Parentalidade e conjugalidade: aparições no movimento homossexual. *Horizontes Antropológicos*, 12 (26), 203-227.
- VI Seminário Nacional de Lésbicas (Senale). (2006). *Movimento de Mulheres Lésbicas como Sujeito Político: Poder e Democracia* - Relatório Final. Recife - PE: Grupo Curumin, 68.
- Watermann, L., & Voss, J. (2015). HPV, cervical cancer risks, and barriers to care for lesbian women. *The Nurse Practitioner*, 40(1), 46-53.
- Wittig, M. (2012). *Ninguém nasce mulher*. Trad. Hurrah, um grupelho eco-anarquista e Coletivo Bonnot, Departamento de Terrorismo Performático de Gênero, 1-20.
- Xavier, L. (2016). *Racismo, corpo, saúde, representação*. In: Encrespando – Anais do I Seminário Internacional: Refletindo a Década Internacional dos Afrodescendentes (ONU, 2015-2024), 37-51. Brasília: Brado Negro.

7. Anexo I

Pontos Norteadores da entrevista

História de vida, sexualidade, identidade

1. Como conversamos anteriormente, o objetivo dessa pesquisa é compreender as práticas de saúde de mulheres que (gostam ou fazem sexo com) mulheres, então eu gostaria que você me contasse um pouco da sua história, por exemplo, como você costuma se identificar em relação à sua sexualidade. Tudo bem, por você começarmos por este caminho?
2. Você poderia contar um pouco sobre como foi o início da sua vida afetiva e sexual?
3. Como é isso pra você de gostar de mulheres?
4. Você tem alguma proximidade ou já ouviu falar sobre movimentos sociais LGBT, feministas ou lésbicos? Se sim, o que você pensa sobre?

Saúde, práticas de cuidado e acesso a serviços

5. E em relação às questões de saúde. Tem alguns cuidados que tomamos quando pensamos em saúde, como você cuida da saúde?
6. Quando você se consulta com profissionais de saúde, podendo ser médicas, psicólogas, dentistas ou outros, você considera como um cuidado?
7. Você considera importante falar sobre sua sexualidade nos atendimentos de saúde? Por quê?
8. Qual tipo de serviço de saúde você usa? Posto de saúde, consultas particulares? Você costuma ir a serviços de saúde com que frequência? Em quais situações? Por quê?

Práticas de violência ou acolhedoras e estratégias de resistência

9. Você lembra de alguma situação em que percebeu alguma diferença de atenção nos serviços de saúde por conta da sua sexualidade? Como foi? (Se foi positiva ou negativa a mudança de tratamento, perguntar se lembra de uma situação oposta)
10. As vezes sentimos algumas coisas no corpo/mente e não sentimos a necessidade de procurar algum cuidado. Nessas situações, você costuma procurar ajuda de alguém próximo?
11. Em relação aos serviços de saúde, o que você considera importante para que eles se tornem cada vez mais acolhedores?

8. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A Sra. está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa **“Invisibilidades no cuidado em saúde de mulheres lésbicas e bissexuais”**. Nesta pesquisa pretendemos **investigar como mulheres que se relacionam afetiva e/ou sexualmente com outras mulheres constroem seus cuidados com a saúde integral**. Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: **entrevistas semiestruturadas com mulheres que se autoidentifiquem como lésbicas ou bissexuais ou que mantenham relações sexuais com outras mulheres; as entrevistas serão posteriormente submetidas à análise do discurso**. A entrevista terá duração de aproximadamente uma hora, podendo variar de acordo com a sua disponibilidade. Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em **possíveis sensações de ansiedade ou angústia ao dialogar sobre temas sensíveis relacionados à história da construção da própria sexualidade e identidade**. Com o intuito de minimizar estes possíveis riscos a Sra. pode, a qualquer instante, optar por encerrar a entrevista ou não responder a quaisquer temas que constem no roteiro. A pesquisa contribuirá para a **legitimação ou construção de discursos que potencializem a atenção de mulheres lésbicas e bissexuais em relação à temática, como também para a identificação de pontos que permitam o aperfeiçoamento no cuidado à saúde desta população**.

Para participar deste estudo a Sra. não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, a Sra. tem assegurado o direito à indenização. A Sra. terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar e a qualquer tempo e sem quaisquer prejuízos, pode retirar o consentimento de utilização dos dados coletados na entrevista, valendo a desistência a partir da data de formalização desta. A sua participação é voluntária, e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que a Sra. é atendida pela pesquisadora, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados obtidos pela pesquisa, a partir da sua entrevista, estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. A Sra. não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pela pesquisadora responsável, na sala 4046 da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da UFMG e a outra será fornecida à Sra. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão arquivados com a pesquisadora responsável por um período de 5 (cinco) anos na sala mencionada acima. As pesquisadoras tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resoluções Nº 466/12; 441/11 e a Portaria 2.201 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares), utilizando as informações somente para fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portadora do documento de Identidade _____ fui informada dos objetivos, métodos, riscos e benefícios da pesquisa “**Invisibilidades no cuidado em saúde de mulheres lésbicas e bissexuais**”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

() Concordo que os dados coletados na entrevista sejam utilizados somente para esta pesquisa.

() Concordo que os dados coletados na entrevista possam ser utilizados em outras pesquisas, mas serei comunicada pela pesquisadora novamente e assinarei outro termo de consentimento livre e esclarecido que explique para que será utilizado o material.

Rubrica da pesquisadora: _____

Rubrica da participante: _____

Declaro que concordo em participar desta pesquisa. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido assinado por mim e pela pesquisadora, que me deu a oportunidade de ler e esclarecer todas as minhas dúvidas.

Nome completo da participante

Data

Assinatura da participante

Lisandra Espíndula Moreira

Endereço: Av. Antônio Carlos, 6.627, Sala 4046. Departamento de Psicologia/FAFICH.
Campus Pampulha/ Belo Horizonte – MG

CEP: 31270-901

Telefones: (31) 984202496

E-mail: lisandra.ufmg@gmail.com

Assinatura da pesquisadora responsável

Data

Isabela Guimarães Alves

Endereço: Av. João Pinheiro, 607, apto 401.

CEP: 30130-185 / Belo Horizonte – MG

Telefones: (34) 99176-1546

E-mail: alves.isabelag@gmail.com

Assinatura da pesquisadora (mestranda)

Data

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

COEP-UFMG - Comissão de Ética em Pesquisa da UFMG

Av. Antônio Carlos, 6627. Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005.

Campus Pampulha. Belo Horizonte, MG – Brasil. CEP: 31270-901.

E-mail: coep@prpq.ufmg.br. Tel: 34094592.