

Mulheres, homossexualidades e saúde: visibilizando demandas e caminhos

Por Regina Facchini

Apresentação

O crescimento da preocupação científica com a questão da sexualidade a partir dos anos 90, bem como os avanços observados em relação à afirmação dos direitos sexuais e reprodutivos e o crescimento da visibilidade das demandas do movimento lésbico nos últimos anos, são fatores que têm influenciado um aumento das preocupações em torno da saúde de mulheres apresentadas na literatura como “lésbicas” ou “mulheres que fazem sexo com mulheres”.

Este texto pretende retomar criticamente alguns aspectos da literatura internacional dedicada ao tema e contribuir para essa discussão através da apresentação de dados de pesquisas brasileiras e internacionais e da proposição de alguns rumos para a ação.

Problemas envolvendo a definição da população

Um primeiro ponto a ser examinado na literatura está relacionado à variabilidade no modo de definir a população base dos estudos. Nesse sentido, há basicamente dois grandes grupos: os que tomam por base a categoria “lésbica”, explicitando posteriormente a que se refere a categoria – identidade ou comportamento sexual - e os que enfatizam o comportamento, referindo-se a “mulheres que fazem sexo com mulheres” e distinguindo mulheres com comportamento exclusivamente lésbico e mulheres com comportamento bissexual no desenho da pesquisa. Nesse sentido, é digno de nota que existam trabalhos recentemente publicados¹ para afirmar a disjunção entre comportamento e identidade e a importância de que profissionais de saúde procurem conhecer a trajetória/história sexual das mulheres.

Ao mesmo tempo, há pesquisadores que apontam “lésbicas” como uma população única e subatendida no sistema de saúde² e que criticam o uso de termos “neutros” como “mulheres que fazem sexo com mulheres” por obscurecerem dimensões sociais da sexualidade, não descreverem suficientemente as variações do comportamento sexual e fazerem referência a comportamentos em detrimento de identidades, redes sociais e comunidades em que se inserem³.

Outra questão que pode ser relacionada a esta é o fato de que alguns estudos tomem a categoria “lésbica” ou “MSM” de forma isolada de outras características da população estudada, não se preocupando com a intersecção entre a orientação sexual e fatores como raça, classe, escolaridade, idade, história/trajetória sexual e reprodutiva e o que se chama eventualmente de gramática corporal ou atributos/expressão de gênero.

Vários estudos e a experiência concreta de muitas ativistas apontam para o impacto de convenções heteronormativas e da invisibilidade das demandas de mulheres lésbicas e bissexuais sobre a capacidade das políticas, serviços e profissionais de saúde atenderem adequadamente a essas mulheres, bem como dessas mulheres adotarem práticas de cuidado à saúde. No entanto, é preciso que a necessidade de

visibilizar demandas não tome tal população como entidade discreta e essencial e suprima o conhecimento adequado do impacto da intersecção de outras características no interior da mesma, sob pena de construirmos políticas para sujeitos hiper-reais.

Um olhar sobre a literatura

A literatura internacional, com predominância de estudos realizados nos Estados Unidos, Inglaterra e Canadá, é bastante útil e importante, sobretudo na medida em que estudos com essa população não estão disponíveis em outras localidades. No entanto, é importante considerar o impacto de fatores sócio-culturais diferenciados sobre os resultados afirmados, que apontam, em boa medida, para a necessidade de realização de estudos locais.

Esses estudos indicam especificidades em relação a câncer de mama e de colo, de útero, abuso de álcool e drogas ilícitas, doenças sexualmente transmissíveis e transmissão do HIV. As pesquisas que se debruçam sobre os cuidados à saúde indicam baixa proporcionalidade do exame de papanicolaou e de exames preventivos ao câncer de mama⁴. As razões apontadas para tal perfil sugerem que essas mulheres enfrentam problemas com relação à discriminação e que nem sempre procuram tratamento quando necessitam, só o fazendo quando surgem sérios problemas e em períodos de maiores agravos à sua saúde⁵.

Não me deterei aqui em fatores a serem investigados em contextos sócio-culturais específicos, como tabagismo, uso de álcool ou drogas ilícitas, obesidade ou comportamentos sexuais que tendem à prática com homens não-heterossexuais. As demandas relativas à saúde mental são também bastante presentes nos estudos e baseiam-se sobretudo no contexto sócio-cultural, dada a relação direta entre tais demandas e ocorrências de preconceito, discriminação e violência com o sujeito ou ao seu redor⁶.

A violência no interior dos casais é algo que merece atenção, especialmente porque é uma realidade passível de ser invisibilizada, na medida em que o enfoque da violência contra a mulher muitas vezes prioriza uma visão em que o homem aparece como potencial agressor. Há dados internacionais que apontam uma prevalência semelhante de comportamentos abusivos e violentos entre casais hetero e homossexuais e recomendações para que profissionais de saúde mental e de serviços de atendimento a vítimas de violência tomem isso em consideração⁷.

Há também um estudo brasileiro de natureza antropológica que, se propondo inicialmente a estudar maternidade entre lésbicas, confrontou-se com a necessidade de compreender as relações violentas que se verificavam entre mulheres lésbicas, familiares, ex-parceiros e atuais parceiras⁸.

Dados produzidos a partir de estudos realizados nas Paradas do Orgulho GLBT brasileiras têm chamado atenção também para o tipo de vitimização que atinge às mulheres homossexuais: ao contrário de homens e travestis que tendem a sofrer discriminação e violência causadas em maior parte por desconhecidos ou parceiros sexuais eventuais, as mulheres tendem a ser atingidas majoritariamente em relações interpessoais com familiares, vizinhos e amigos, reafirmando as dinâmicas silenciosas e interativas que predominam na vitimização feminina⁹.

Alguns dados relativos à saúde ginecológica são os mais facilmente generalizáveis. A nuliparidade, a obesidade e o tabagismo têm sido indicados na literatura como fatores de risco para o câncer de mama, bastante prevalentes na população descrita como “lésbica”¹⁰. Estudos que dão suporte à afirmação da necessidade de oferecer e garantir a mesma periodicidade de realização de exames de papanicolaou às mulheres homossexuais, inclusive as de comportamento exclusivamente lésbico, do que o preconizado para mulheres heterossexuais¹¹ são dignos de nota. Achados sobre HPV entre mulheres que relataram nenhum contato sexual anterior com homens têm levado a afirmar sua transmissibilidade em relações sexuais entre mulheres¹². Dados sobre citologias oncóticas anormais também têm sido descritos mesmo entre mulheres que nunca tiveram sexo com homens¹³.

A transmissibilidade de DST entre mulheres é apontada também em relação à vaginose bacteriana, comum entre mulheres que fazem sexo com mulheres e freqüentemente encontrada em ambas as parceiras de casais monogâmicos¹⁴.

Marrazo¹⁵ afirma que tem sido reportada transmissão sexual de HPV, HIV¹⁶, *Treponema pallidum* e *trichomonas* entre mulheres¹⁷ e que é fundamental que ações educativas voltadas a mulheres lésbicas e seus cuidadores enfatizem que não há ausência de risco de transmissão de DST no sexo entre mulheres. A necessidade de assistência e informação adequada sobre práticas de prevenção no sexo entre mulheres para MSM soropositivas são referidas por Arend¹⁸ e têm sido uma preocupação recorrente nas ocasiões em que pude conversar com profissionais que atendem população soropositiva em congressos nacionais e regionais no Brasil.

Saúde sexual e reprodutiva, prevalência de DST e comportamentos de risco: dados brasileiros

Um primeiro estudo brasileiro sobre prevalência de DST e comportamentos de risco entre mulheres que fazem sexo com mulheres¹⁹, realizado em São Paulo com uma amostra de conveniência de 145 mulheres, aponta a presença de comportamentos considerados de risco como: múltipla parceria; troca de sexo por bens ou dinheiro; uso inconsistente de preservativos nas relações sexuais com homens; sexo com parceira menstruada; compartilhamento de acessórios sexuais sem preservativos e uso de psicoativos na população, além de quase 40% de mulheres com história prévia de DST.

Entre as participantes, 3,3% nunca foram ao ginecologista e 17,9% nunca tinham feito papanicolaou, ao passo em que 46,9% iam ao ginecologista anualmente. Os dados relativos à prevalência de vaginose bacteriana, tricomoníase, clamídia e HPV se aproximam dos relatados na literatura internacional, as sorologias positivas para hepatite B e C foram de 7,0 e 2,1% respectivamente e, para o HIV, 2,9%. Esse estudo reforça a necessidade de ações educativas entre profissionais e mulheres que desfaçam a suposição, fortalecida por interpretações do histórico da epidemia do HIV, de que o sexo entre mulheres não oferece riscos e que enfatizem a necessidade de exames ginecológicos periódicos independente da orientação sexual da mulher.

Um estudo conduzido por mim e Regina Barbosa entre 2003 e 2004 em São Paulo, com 22 entrevistas em profundidade entre mulheres que fazem sexo com mulheres de 18 a 45 anos²⁰, indica uma maior dificuldade em acessar cuidados ginecológicos entre mulheres que nunca tiveram sexo com homens, que possuem uma gramática

corporal masculinizada ou que pertencem a segmentos sócio-econômicos mais baixos. Os resultados apontam a necessidade de que a anamnese em consultas ginecológicas não pressuponha a heterossexualidade das mulheres e de que o profissional investigue suas trajetórias sexuais e reprodutivas a fim de evitar pressuposições ligadas a estereótipos sobre a lesbianidade. Apontam, também, a necessidade de que os profissionais de saúde sejam preparados para não pressupor ou naturalizar a heterossexualidade e para criar um ambiente de confiança, a fim de que MSM possam estar à vontade para falar mais abertamente sobre sua sexualidade expor suas inquietações.

As entrevistas indicaram que é preciso que profissionais tenham cuidado ao lidar com categorias de classificação presentes na população, uma vez que o referente de palavras como “lésbica” ou “bissexual” pode não ser o mesmo para o profissional e para sua interlocutora. A consulta ginecológica aparece como um momento de tensão para a maior parte das MSM e é referida como *locus* de exposição da intimidade física e comportamental, sendo que muitas possuem fantasias a respeito de que seu corpo possa de algum modo denunciar suas práticas eróticas desvalorizadas socialmente.

A justificativa mais importante para não ir ao ginecologista foi a “ausência de necessidade” associada a representações do ginecologista como “médico que trata de questões ligadas ao sexo com homens e reprodução” e a do ginecologista como “médico que trata de DST”.

As representações acerca de riscos à saúde sexual e reprodutiva tendem a enquadrar as relações com mulheres como algo que libera do risco de gravidez indesejada e de DST, muitas vezes citadas como “doenças provenientes do homem”, que aparecem em boa parte das entrevistas como necessariamente promíscuos e moralmente desvalorizados. No que diz respeito à prevenção às DST, a hierarquização de práticas que poderiam implicar maior risco não é comum a todas as entrevistadas, concentrando-se entre as que possuem mais informações e maior preocupação com a questão da Aids.

Essa hierarquização concentra-se especialmente em práticas em que há troca direta de fluídos genitais (contato entre genitais) ou contato entre boca e região genital, e usa por referência as informações sobre prevenção ao HIV disseminadas nos meios de comunicação e cartilhas de prevenção.

Assim como já descrito na literatura sobre prevenção às DST/Aids em outras populações, a restrição de práticas consideradas de maior risco deixa de ser adotada na medida em que sentimentos de confiança e intimidade entram em cena no relacionamento.

Poucas entrevistadas relataram acesso a informações específicas sobre prevenção às DST/Aids entre mulheres, sendo que algumas – sobretudo as mais velhas e que mantêm relações sexuais exclusivamente com mulheres – sequer manifestaram qualquer demanda de informação nesse sentido. Entre as que tiveram acesso a informações e citaram insumos como barreiras ou luvas, nenhuma considera viável sua utilização cotidiana.

Recomendações

Pela complexidade das situações aqui apresentadas, pode-se perceber que não se trata de propor soluções unilaterais, ou seja, que abordem apenas os profissionais ou apenas as pacientes.

Em acordo com o que eu, Maria Luiza Heilborn e Regina Barbosa sugerimos anteriormente²¹, creio que as medidas para mudar tal situação e visibilizar essa população e suas demandas só alcançarão resultado se forem concebidas de modo integrado. Nesse sentido, deve haver uma ação articulada entre atores dos movimentos feminista e lésbico, pesquisadores e profissionais e técnicos na área da saúde, a partir de medidas como: a inclusão do quesito orientação sexual em fichas médicas; o financiamento de pesquisas rápidas e com divulgação dos resultados para subsidiar a prática clínica dos profissionais; a organização de seminários para divulgação de estudos e avaliação de experiências em serviços de saúde; a produção e veiculação de campanhas de comunicação contra o preconceito e informando direitos.

Por outro lado, deve-se apoiar os movimentos que lutam contra as barreiras culturais ao reconhecimento dos direitos dos sujeitos com práticas não-heterossexuais e promover a capacidade de vocalização dos direitos das mulheres que fazem sexo com mulheres. No entanto, o mais importante é que, ao propor qualquer estratégia de inclusão dessas mulheres nos serviços ou políticas tendo em vista suas demandas, leve-se em conta a diversidade desse “segmento” e se evite responder ao preconceito e/ou à invisibilidade com a construção de um corpo ou sujeito de direitos hiper-real.

Nota do autora

Agradeço a Regina Maria Barbosa, responsável por parte da revisão de literatura presente aqui, e a Isadora Lins França, que discutiu e revisou este texto.

Notas

¹ Ver: BAILEY, J. V et al. Sexual behaviour of lesbians and bisexual women. **Sex Transm Infect** 79(2), p. 147-50, 2003; DIAMANT, A. et al. Lesbians sexual history with men: implications for taking a sexual history. **Arch Intern Med** 159(22), p. 2730-6, 1999.

² McNAIR, R. Outing lesbian health in medical education. **Women Health** 37(4), p. 89-103, 2003.

³ YOUNG, R. M.; MEYER, I. H.. The Trouble with "MSM" and "WSW": Erasure of the Sexual-Minority Person in Public Health Discourse. **American Journal of Public Health**. 95 (7), p. 1144-9, 2005.

⁴ DEEVY, S. J. *Op cit*; DENENBERG, R. A History of the Lesbian Health Movement. In: MARTINEZ, M. C.; WHITE, J. C. (Ed.). **The Lesbian Health Book: caring for ourselves**. Seattle: Seal Press, 1997. p. 3-22. ; DIAMANT, A. L et al. *Op cit*.

⁵ O'HANLAN, K. A. Lesbian health and homophobia: perspectives for the treating obstetrician/gynecologist. **Current Problems in Obstetrics and Gynecology**, n. 18, p. 93-136, July/Aug. 1995.

⁶ KING, M. et al. Mental health and quality of life of gay men and lesbians in England and Wales: controlled, cross-sectional study. **Br J Psychiatry** 183, 2003, p. 552-8 ; MEYER, I. H. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. **Psychol Bull** 129(5), 2003, p. 674-97.

⁷ BURKE, L. K.; FOLLINGSTAD, D. R. Violence in lesbian and gay relationships: theory, prevalence, and correlational factors. **Clin Psychol Rev**, 19(5), p. 487-512, 1999.

⁸ SOUZA, E. R. **Necessidade de filhos: maternidade, família e (homo) sexualidade**. 2005. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade de Estadual de Campinas, Campinas.

⁹ CARRARA, S.; RAMOS, S. **Política, direitos, violência e homossexualidade**. Pesquisa 9ª Parada do Orgulho GLBT – Rio 2004. Rio de Janeiro: CEPESC, 2005.

¹⁰ HAYNES, S. Breast cancer risk: comparisons of lesbians and heterosexual women. In: BOWEN, D. J. **Cancer and Cancer Risks Among Lesbians**. Seattle: Fred Hutchinson Cancer Research Center Community Liaison Program, 1995. ; ROBERTS, S. A. et al. Differences on risk factors for breast cancer: lesbian and heterosexual women. **Journal of the Gay and Lesbian Medical Association**, San Francisco, v. 2, n. 3, p. 93-101, 1998.

¹¹ MARRAZZO, J. M. Genital human papillomavirus infection in women who have sex with women: a concern for patients and providers. **AIDS Patient Care STDS**, 14(8), p. 447-51, 2000 ; MARRAZZO, J. M., STINE, K.; KOUTSKY, L. A. Genital human papillomavirus infection in women who have sex with women: a review. **Am J Obstet Gynecol**, 183(3), 2000, p. 770-4; MARRAZZO, J. M et al. Papanicolaou test screening and prevalence of genital human papillomavirus among women who have sex with women. **Am J Public Health**, 91(6), p. 947-52, 2001.

¹² Marrazo, 2000, Op. cit.

¹³ FERRIS, D.G. et al. A neglected lesbian health concern: cervical neoplasia. **The Journal of Family Practice**; v. 43, n. 6, p. 581-584, Dec. 1996 ; BAILEY, J. V. et al. Lesbians and cervical screening. **The British Journal of General Practice**, v. 50, n. 455, p. 481-482, jun. 2000.

¹⁴ A vaginose bacteriana entre MSM tem sido associada a comportamentos como ter múltiplas parceiras sexuais ao longo da vida, compartilhamento de dildos sem proteção e ter sexo anal-oral com mulheres e há suporte a hipóteses de transmissão através de troca de secreção vaginal. Para mais informações ver: MARRAZZO, J. M. et al. Characterization of vaginal flora and bacterial vaginosis in women who have sex with women. **J Infect Dis**, 185(9) , p. 1307-13, 2002.

¹⁵ MARRAZZO, J. M. Barriers to infectious disease care among lesbians. **Emerg Infect Dis** 10(11), p. 1974-8, 2004.

¹⁶ KWAKWA, H. A.; GHOBRIAL, W. M. Female-to-Female Transmission of Human Immunodeficiency Virus. **Clinical Infectious Diseases**, Chicago, v. 36, n. 3, p. 40-41, feb. 2003.

¹⁷ Sobre a transmissão de *trichomonas*, herpes e verrugas genitais entre mulheres que nunca tiveram sexo com homens ver: Bailey, J. V. et al. Sexually transmitted infections in women who have sex with women. **Sex Transm Infect** 80(3) , p. 244-6, 2004.

¹⁸ AREND, E. D. The politics of invisibility: HIV-positive women who have sex with women and their struggle for support. **J Assoc Nurses AIDS Care**. 14(6), p. 37-47, 2003.

¹⁹ PINTO, V. M. **Aspectos epidemiológicos das doenças sexualmente transmissíveis em mulheres que fazem sexo com mulheres**. 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

²⁰ Trata-se da pesquisa *Mulheres, Cuidados à Saúde, Gênero e Diversidade Sexual*, cujo conjunto de entrevistadas foi composto de forma a conter diversidade em termos de raça/cor, escolaridade, inserção profissional, idade, gramáticas corporais, identidades sexuais e experiência de maternidade e/ou de sexo com homens ou não em diferentes momentos da vida. Para dados publicados ver: FACCHINI, R. Mulheres, diversidade sexual, saúde e visibilidade social. In: RIOS, L. F. *et al* (orgs). **Homossexualidade: produção cultural, cidadania e saúde**. Rio de Janeiro: ABIA, 2004. p. 34-43.

²¹ HEILBORN, M. L.; FACCHINI, R.; BARBOSA, R. M. Public Health and Human Rights: policies on sexual diversity. In: SEXUALITY AND REPRODUCTIVE HEALTH LEARNING GROUP. **Learning to Dance: Bringing Together the Fields of Public Health and Human Rights to Promote Women's Well-Being**. New York: Ford Foundation, 2003. p. 151-160.

.....
Sobre la autora

Regina Facchini. Doutoranda em Ciências Sociais pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), São Paulo, Brasil. Endereço de email: rfacchini@uol.com.br