

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
NÚCLEO DE PESQUISA DE ENFERMAGEM MATERNO-INFANTIL
(NUPESM)**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DAS MULHERES HOMOSSEXUAIS SOBRE
DST: IMPLICAÇÕES PARA ÀS PRÁTICAS PREVENTIVAS.**

ELBERTH HENRIQUE MIRANDA TEIXEIRA

Rio de Janeiro - RJ

Agosto/2014



UFRJ

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DAS MULHERES HOMOSSEXUAIS SOBRE
DST: IMPLICAÇÕES PARA ÀS PRÁTICAS PREVENTIVAS.**

ELBERTH HENRIQUE MIRANDA TEIXEIRA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof. Dra. Ana Beatriz Azevedo Queiroz

Rio de Janeiro - RJ

Agosto/2014

M262r MIRANDA TEIXEIRA, ELBERTH HENRIQUE
 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DAS MULHERES
HOMOSSEXUAIS SOBRE DST: IMPLICAÇÕES PARA ÀS
PRÁTICAS PREVENTIVAS.
/ ELBERTH HENRIQUE MIRANDA TEIXEIRA. -- Rio de
Janeiro, 2014.
 198 f.

Orientadora: ANA BEATRIZ AZEVEDO QUEIROZ.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio de
Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem, 2014.

1. Representações Sociais . 2. Mulheres. 3.
Homossexuais . 4. DST. 5. Prevenção . I. AZEVEDO
QUEIROZ, ANA BEATRIZ , orient. II. Título.

CIP - Catalogação na Publicação

Elaborado pelo Sistema de Geração Automática da UFRJ com os dados
fornecidos pelo(a) autor(a).

Elberth Henrique Miranda Teixeira

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DAS MULHERES HOMOSSEXUAIS SOBRE
DST: IMPLICAÇÕES PARA ÀS PRÁTICAS PREVENTIVAS.**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Banca Examinadora:

Presidente - Prof^a. Dr^a. Ana Beatriz Azevedo Queiroz
EEAN – Universidade Federal do Rio de Janeiro

1º Examinador – Prof^a. Dr^a. Lúcia Helena Garcia Penna
EE/UERJ- Universidade Estadual do Rio de Janeiro

2º Examinador – Prof^a. Dr^a. Maria Aparecida de Vasconcelos Moura
EEAN – Universidade Federal do Rio de Janeiro

1º Suplente - Dr^a. Maria Cristina de Melo Peçanha Carvalho
Hospital de Ipanema – Ministério da Saúde

2º Suplente – Prof^a. Dr^a. Flávia Pacheco de Araújo
EEAN- Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

Agosto/2014

DEDICATÓRIA

Dedico esta Dissertação de Mestrado aos meus exemplos de vida, Prof. Dra Ana Beatriz Azevedo Queiroz, aos meus pais, minhas irmãs e ao meu grande amor , que sempre estiveram do meu lado, me apoiando, me incentivando e me estimularam durante toda a minha trajetória a dar este grande passo. Pessoas estas com muita sabedoria, discernimento, bom senso e dedicação e que sempre estiveram ao meu lado me encorajando nas horas difíceis e me aplaudindo nos momentos de glória. Obrigado por serem amigos, profissionais corretos e competentes, fonte de inspiração, apoio, e por ajudarem a tornar mais um de meus sonhos realidade.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Ana Beatriz Azevedo Queiroz, orientadora desta pesquisa, por todo empenho, sabedoria, compreensão, ajuda e acima de tudo, exigência. Gostaria de ratificar a sua competência, brilhantismo e seu exemplo de mulher, professora, pesquisadora e profissional a ser seguido por todos aqueles que lutam por uma saúde e uma sociedade mais justa. Uma mulher guerreira, brilhante e com um coração cheio de luz e amor que contagia todos que estão ao seu redor.

À Profa. Dra. Maria Catarina Salvador Mota e Profa Dra Ana Maria Borralho pelo apoio, ajuda, incentivo e por acreditarem, apostarem e estimularem o meu potencial enquanto coordenador de um dos setores do HESFA/UFRJ.

A todos os funcionários do Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis pelo acolhimento, confiança e pelos grandes ensinamentos. Muito obrigado por contribuírem de forma integral para a minha formação profissional e pessoal.

Aos meus funcionários e colegas de trabalho, da Estratégia de Saúde da Família do HESFA, pelo respeito, força e incentivo nesta reta final de estudos e pesquisa.

À Minha eterna e segunda “ grande mãe ” : Sônia Batista, que foi uma das responsáveis por todo o meu sucesso profissional e que teve ainda em vida, grande importância para com este estudo

Às secretárias Rose e Nilcea pela força, entusiasmo e otimismo contagiante na administração das atividades da Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher, sendo prestativas, dedicadas e competentes.

A Gerência de Hepatites Virais da Secretária Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, a Gerência de DST/HIV/aids e Hepatites virais B e C da Secretária Estadual de Saúde do Rio de Janeiro e ao Departamento de DST/HIV/aids e Hepatites virais B e C do Ministério da Saúde pelas oportunidade e apoio.

Aos meus familiares que sempre me deram carinho, amor, e força, valorizando meus potenciais e acreditando nos meus sonhos.

A todos os meus amigos e amigas em especial a Regina Ribeiro, Juliano Mello, e ao Sérgio Sant`anna, que sempre me aconselharam, amaram e me incentivaram com o mais nobre de todos os carinhos.

As mulheres que participaram desta pesquisa, pois sem elas nenhuma dessas páginas estaria completa.

A todas as pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a execução dessa pesquisa, dentro do Programa de Pós Graduação de Enfermagem da EEAN/UFRJ.

RESUMO

TEIXEIRA, Elberth Henrique Miranda. **Representações Sociais das Mulheres Homossexuais sobre DST: Implicações para às práticas preventivas.** 2014. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

Introdução: As DST são um grave problema de saúde pública e vem atingindo cada vez mais as mulheres, entretanto este agravo em saúde é pouco estudado entre as mulheres homossexuais. Os mitos e estereótipos sobre a lesbianidade em nossa sociedade contribuem para potencializar as vulnerabilidades deste segmento populacional no que tange as DST/HIV/aids. Este estudo visou analisar os conteúdos que organizam as representações sociais das mulheres homossexuais sobre as DST; caracterizar as ações e práticas frente as DST, considerando as medidas preventivas e de cuidados e discutir as relações existentes entre as representações sociais das mulheres homossexuais sobre as DST, em sua vida sexual e as possíveis tomadas de decisão frente à adoção de medidas preventivas das mulheres homossexuais atendidas no Centro de Testagem e Aconselhamento, na Estratégia de Saúde da Família e na Unidade de Cuidados Básicos do Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis da UFRJ . Optou-se pela realização de um estudo descritivo com abordagem qualitativa na perspectiva processual da Teoria das Representações Sociais de Moscovici. Os participantes foram 30 mulheres adultas homossexuais. Como coleta de dados foram utilizados três instrumentos um para traçar o Perfil Sócio Econômico Demográfico, a Técnica da Associação Livre de Ideias e um roteiro de entrevista semi-estruturada. A análise de dados dos discursos foi realizada por meio do Programa Alceste e todas as etapas éticas de pesquisa com seres humanos foram atendidas. Resultados: A faixa etária foi entre 20- 60 anos, grande parcela com ensino médio e superior completo, religião a católica, da cor/etnia parda e com práticas sexuais exclusivamente com outras mulheres, sem uso de preservativo. Foram identificados dois grupos de pertença neste estudo, sendo o mais representativo composto por 27 mulheres que atribuíram a vulnerabilidade aos patógenos sexuais a falta de cuidados diários e principalmente aos cuidados de higiene, e por último, um grupo menor de 3 mulheres com histórico de DST em suas relações homoafetivas, associaram a origem destas doenças a qualquer relação sexual sem o uso do condom independente da orientação sexual. Conclusões: Este estudo demonstrou que mesmo sendo baixa a transmissão do HIV entre mulheres, os profissionais de saúde não devem assumir que mulheres homossexuais têm automaticamente baixo risco em adquirir quaisquer DST. A questão primordial desta pesquisa foi desconstruir mitos e disseminar informações relevantes e necessárias para a prevenção e o tratamento deste problema neste segmento populacional, além de quebrar a invisibilidade para com o corpo da mulher homossexual, garantindo uma assistência digna e humanizada de acordo com suas especificidades, além de propor medidas de cuidados mais eficazes e efetivas a partir da compreensão dos elementos de representação social dos nossos sujeitos de pesquisa.

Palavras-chave: DST; Psicologia Social; Homossexualidade; Saúde da Mulher.

ABSTRACT

TEIXEIRA, Elberth Henrique Miranda. **Social Representations of Women Homosexuals about STDs: Implications for preventive practices.** 2014 Dissertation (Master's in Nursing) - Anna Nery School of Nursing, Federal University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

Introduction: The STDs are a serious public health problem and is increasingly affecting women, however this cause health is understudied among homosexual women. The myths and stereotypes about lesbianism in our society contribute to enhance the vulnerabilities of this population segment regarding STDs / HIV / AIDS. This study aimed to analyze the contents that organize the social representations of homosexual women about STDs; characterize the actions and practices towards STDs considering preventive and care measures and discuss the relationships between social representations of homosexual women about STDs in your sex life and possible decision-making against the adoption of preventive measures women gay seen at Counseling and Testing Center, the Family Health Strategy and the Primary Health Care Unit of the Institute for Health Care São Francisco de Assis of UFRJ. We opted for the realization of a descriptive qualitative study on the process perspective of the Theory of Social Representations Moscovici. Participants were 30 gay adult women. As data collection three instruments were used to draw one Profile Socio Economic Demographic, Technical Association of the Free ideas and a semi-structured interview. Data analysis of the speeches was performed using the Alceste program and all stages of ethical human research were met. **Results:** The age range was 20-60 years old, large plot with secondary education and higher education, the Catholic religion, color / brown ethnicity and sexual practices exclusively with other women without using a condom. Two groups of belonging were identified in this study, the most representative compound 27 women who attributed their vulnerability to sexual pathogens lack of daily care and especially the care of hygiene, and lastly, a smaller group of 3 women with a history of STD homoafetivas in their relationships, associated the origin of these illnesses to any sexual intercourse without using a condom regardless of sexual orientation. **Conclusions:** This study demonstrated that even with low HIV transmission between women, health professionals should not assume automatically that homosexual women have low risk of acquiring any STD. The primary question of this research was to deconstruct myths and disseminate relevant and necessary for the prevention and treatment of this problem in this population segment information, and break the invisibility to the body of the homosexual woman, ensuring a dignified and humane care according to their specific , and to propose measures for more efficient and effective through an understanding of the elements of social representation of our research subjects maintained.

Keywords: STD; Social Psychology; homosexuality; Women's Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Classificação das variáveis	64
Figura 1	Distribuição das classes na representação das mulheres homossexuais acerca das DST	65
Quadro 2	Blocos Temáticos	66
Figura 2	Dendograma da primeira classificação hierárquica descendente	108
Figura 3	Distribuição das classes na representação das mulheres homossexuais acerca das DST.....	109
Figura 4	Gráficos referentes às uce e o número de palavras nas classes.....	110
Quadro 3	Distribuição das classes por blocos temáticos: variáveis e indivíduos representativos.....	111
Quadro 4	Bloco Temático I – A Homossexualidade Feminina e a Relação com a Sociedade.....	113
Quadro 5	Palavras mais significativas da Classe 4.....	114
Figura 5	Classificação hierárquica ascendente da classe 4.....	117
Quadro 6	Palavras mais significativas da Classe 6.....	123
Figura 6	Classificação hierárquica ascendente da classe 6.....	126
Quadro 7	Bloco Temático II - Da origem à dimensão prática da prevenção das DST.....	130
Quadro 8	Palavras mais significativas da Classe 1	131
Figura 7	Classificação hierárquica ascendente da classe 1.....	133
Quadro 9	Palavras mais significativas da Classe 2.....	139
Figura 8	Classificação hierárquica ascendente da classe 2.....	143
Quadro 10	Bloco Temático III – Lidando com as DST: Cuidar e Tratar.....	149
Quadro 11	Palavras mais significativas da Classe 3.....	150
Figura 9	Classificação hierárquica ascendente da classe 3.....	153
Quadro 12	Palavras mais significativas da Classe 5.....	158
Figura 10	Classificação hierárquica ascendente da classe 5.....	163

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição das mulheres homossexuais de acordo com os dados gerais do perfil socioeconômico e demográfico.....	69
Tabela 2	Distribuição das mulheres homossexuais de acordo com os dados referentes à saúde sexual e reprodutiva.....	81
Tabela 3	Distribuição das categorias por percentual das associações à palavra MULHER HOMOSSEXUAL	93
Tabela 4	Distribuição das categorias por percentual das associações à palavra DST	97
Tabela 5	Distribuição das categorias por percentual das associações à palavra MULHER HOMOSSEXUAL COM DST	103

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABEn – Associação Brasileira de Enfermagem
AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ALCESTE – Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte
ALI – Associação Livre de Ideias
A.P – Área Programática de Saúde
CEPEn – Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem
CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CF/88 – Constituição Federal de 1988
CFL – Coletivo de Feministas Lésbicas
CNS – Conselho Nacional de Saúde
DIP – Doença Inflamatória Pélvica
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
EEAN – Escola de Enfermagem Anna Nery
ESF – Estratégia de Saúde da Família
EUA – Estados Unidos da America
GLBT – Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros
HESFA – Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV – Papilomavírus Humano
HSH – Homens que fazem sexo com homens
ISMO – Sufixo de origem grega que exprime a ideia de doença
LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros
MS- Ministério da Saúde
NUPESM – Núcleo de Pesquisa em Saúde da Mulher
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONG – Organização Não Governamental
PAISM – Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNHH3 – Programa Nacional de Direitos Humanos
PNDST/Aids – Programa Nacional de DST/Aids
RS- Representações Sociais

SEDH/PR – Secretária Especial de Direitos Humanos da Presidência da República

SENALE – Seminários Nacionais de Lésbicas

STF – Supremo Tribunal Federal

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TRS – Teoria das Representações Sociais

U.C.E – Unidade de Contexto Elementar

U.C.I – Unidade de Contexto Inicial

UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

1	CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO	15
1.1	Justificativa e relevância do estudo	23
1.2	Contribuição do estudo	29
2	CAPÍTULO II - BASES CONCEITUAIS	30
2.1	Contextualizando a homossexualidade feminina e a saúde	30
2.2	A saúde da mulher e as políticas públicas frente às DST	35
2.3	As políticas públicas de saúde para as mulheres homossexuais	39
2.4	A situação das mulheres heterossexuais e homossexuais frente às DST	44
3	CAPÍTULO 3 - REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	52
3.1	Teoria das representações sociais	52
3.2	Caminho metodológico	59
4	CAPÍTULO 4 – CONHECENDO OS SUJEITOS DO ESTUDO	67
4.1	Análise do perfil sócio econômico demográfico das mulheres homossexuais participantes deste estudo	67
4.1.1	<i>Análise da identificação dos participantes da pesquisa</i>	67
4.1.2	<i>Análise dos dados referentes à saúde sexual e reprodutiva</i>	81
4.2	Análise da Associação Livre de Ideias (ALI)	92
4.2.1	<i>Análise da Associação Livre de Ideias utilizando como termo indutor a palavra Mulher Homossexual</i>	93
4.2.2	<i>Análise da Associação Livre de Ideias utilizando como termo indutor a palavra DST</i>	97
4.2.3	<i>Análise da Associação Livre de Ideias utilizando como termo indutor a palavra Mulher Homossexual com DST</i>	107
5	CAPÍTULO 5 – ANÁLISE DOS DISCURSOS	107
5.1	Descrição do conteúdo do ALCESTE	107
5.1.1	Bloco Temático I – A Homossexualidade Feminina e a Relação com a Sociedade	112
5.1.2	Bloco Temático II: Da origem à dimensão prática da prevenção das DST	129
5.1.3	Bloco Temático III – Lidando com as DST: Cuidar e Tratar	148
6	CAPÍTULO 6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	165
	REFERÊNCIAS	172
	APÊNDICE A – Roteiro para aplicação da Técnica Associação Livre de Ideias (ALI)	190
	APÊNDICE B - Roteiro para Perfil sócio-econômico-demográfico	191
	APÊNDICE C - Roteiro de entrevista semi-estruturada	193
	APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	194
	ANEXO A - Comissão de Ética em Pesquisa Escola de Enfermagem Anna Nery ..	195

1. CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO

Este estudo apresentou como objeto as Representações sociais de mulheres homossexuais sobre as DST e suas implicações na adoção de medidas preventivas.

A aproximação com essa temática iniciou durante a minha formação profissional pela Universidade Federal de Uberlândia. Foi durante esse período de graduação, que iniciei meus primeiros contatos com as mulheres usuárias dos serviços de saúde, pois além de ter sido monitor das disciplinas Saúde da Mulher e Enfermagem Obstétrica e Ginecológica, fui bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Ensino de Graduação no projeto: “Formação dos acadêmicos de enfermagem frente à assistência qualificada e humanizada ao parto”. Dentro desta área, também realizei estágio extracurricular de Inserção Acadêmica de Enfermagem no Pronto Socorro de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Clínicas de Uberlândia.

Em todos esses campos, prestei assistência direta às mulheres, não só durante no ciclo gravídico puerperal, mas com outras demandas de saúde, tanto na atenção básica como na área hospitalar. Realizava, sob supervisão, inúmeras consultas de enfermagem, assim como, visitas aos leitos dessas mulheres realizando cuidados a essas usuárias. No entanto, algo já me chamava atenção desde essa época, era que a vida sexual, principalmente com relação à orientação sexual pouco ou quase nunca, era abordada, ou seja, todas as mulheres eram tratadas como se fossem heterossexuais e monogâmicas.

Frente a essa inquietação, comecei a questionar algumas usuárias quanto a sua orientação sexual e, depois de estabelecido uma empatia e uma relação de confiança, algumas mulheres declaravam-se homossexuais. Porém, de uma forma geral, via a dificuldade tanto minha, como dos meus supervisores e dos profissionais de saúde em lidar com essa revelação, muitas vezes, não sabendo abordar a questão e nem valorizando as especificidades biológicas, psicológicas e sociais dessas mulheres.

Por outro lado, essas minhas experiências associado a minha vivência também na Estratégia de Saúde da Família/ESF através do Estágio Supervisionado 1 e 2, permitiu não somente a realização das consultas de enfermagem ginecológica, como a constatação de que uma das principais queixas ginecológicas era o corrimento vaginal, que muitas vezes, era a manifestação de alguma Doença Sexualmente Transmissível/DST.

Sobre esse agravo de saúde, Naud et al (2004) afirma que o corrimento vaginal é uma das afecções mais comuns na idade fértil, sendo um dos principais motivos da consulta

ginecológica em atenção primária em saúde, uma vez que, acomete cerca de um terço de todas as mulheres e praticamente metade das gestantes.

Não muito diferente da realidade hospitalar, a anamnese dentro da ESF, também negligenciavam as questões pertinentes à prática sexual entre pessoas do mesmo sexo, e traziam apenas questões relacionadas à atividade heterossexual, como sendo a única dinâmica sexual das mulheres.

Da mesma forma, pude perceber que a revelação da homossexualidade, não era algo fácil, para algumas mulheres, principalmente pelo receio de sofrerem preconceitos e discriminações por parte dos profissionais de saúde. Percebia que quando queriam falar sobre o assunto, era quase como algo que precisavam “confessar”, demonstrando constrangimento, dificuldade e medo em tocar no assunto.

Após receber o título de Bacharel em Enfermagem em janeiro de 2010, fui aprovado em concurso público para ingresso na primeira turma de Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher do Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis (HESFA) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Na condição de enfermeiro e cursando uma especialização voltada para a área escolhida profissionalmente, tive a oportunidade de atuar em vários setores dentro da área da saúde da mulher; porém, a que continuava a despertar minha atenção era a consulta de enfermagem ginecológica, onde optei, por minha atuação dentro do curso da residência.

Durante os dois anos de curso, atuando em vários programas de saúde dentro do referido hospital e nas instituições de convênio, percebi que a demanda da leucorreia patológica/DST continuava sendo uma das principais queixas das mulheres.

Diante dessa realidade constatada diariamente no consultório de enfermagem, pude fortalecer o meu interesse em estudar esta temática e resolvi desenvolver um estudo científico de trabalho de conclusão de curso sobre essa problemática nas mulheres, intitulado: “As representações sociais das leucorreias patológicas para as mulheres que vivenciam esta situação atendida pela enfermagem ginecológica do Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis/UFRJ”.

Dentre os vários resultados em que a pesquisa apontou uma em especial chamou à minha atenção, foi que das trinta entrevistadas, seis delas declaram-se como homossexuais, apresentando-se como um forte grupo de pertença por representar a leucorreia patológica, como algo “próprio de mulher”, não fazendo qualquer ligação com a vida sexual ou suas práticas sexuais (TEIXEIRA, QUEIROZ, 2012).

Cabe destacar que esse segmento de mulheres vem aumentando a procura pelos serviços de saúde, mesmo que ainda de forma incipiente conforme ressalta Barbosa e Facchini (2009), e que o conhecimento sobre o acesso dessa população aos serviços de saúde, ainda é precário, em especial àqueles voltados para saúde sexual e reprodutiva; sendo esta uma dimensão fundamental para a formulação de políticas de saúde condizentes a esse segmento.

Esse aumento de mulheres homossexuais nos serviços de saúde, pôde ser percebido na minha prática profissional, seja no Centro de Testagem e Aconselhamento, seja na Consulta de Enfermagem Ginecológica, seja nos grupos de Saúde Sexual e Reprodutiva com as adolescentes de ensino médio e, mais recentemente, na Estratégia de Saúde da Família o qual venho atuando. No entanto, como ressalta Barbosa e Facchini (2009) esse aumento não exclui a discriminação e a marginalização que este segmento populacional vem enfrentando. Os autores reforçam que por possuírem especificidades e particularidades próprias, muitas vezes são marginalizadas e excluídas dentro da sociedade, além de serem vítimas de inúmeros preconceitos sofridos dentro das famílias, das escolas, do trabalho, e até mesmo, nas instituições de saúde.

Destarte, tendo um olhar mais cuidadoso com essas mulheres, comecei a atentar também, para as demandas de saúde ginecológica e percebi que da mesma forma um dos principais motivos que levavam as mulheres homossexuais a procurarem por esse tipo de assistência é apresentarem sinais e sintomas de Doença Sexualmente Transmissíveis.

Entretanto, eram frequentes os questionamentos de algumas dessas mulheres sobre a origem destas DST, podendo assim, experienciar uma diversidade de pensamentos e ações frente a essa situação. Para algumas mulheres homossexuais aquelas DST não eram reconhecidas como tal, eram apenas um corrimento próprio de qualquer mulher, independente de sua opção sexual, não tendo grandes preocupações com relação ao momento vivido. Acreditavam que fazendo uso de qualquer “pomada” aquele sinal ou sintoma iria desaparecer, por um período de tempo, conseqüência do desconhecimento da doença.

No entanto, outras mulheres homossexuais já acreditavam que as DST eram adquiridas através do uso em comum de roupas íntimas, bem como do uso de vasos sanitários em banheiros públicos, tratando-se de algo mais sério com relação a sua saúde. Outras ainda acreditavam ter adquirido aquelas DST de anos atrás quando ainda mantinham relações sexuais com parceiros do sexo masculino. Isso sem contar com a relação que algumas faziam com a questão da falta de uma adequada higiene íntima com seu próprio corpo.

Entretanto, a maior parte das mulheres homossexuais que tive contato no meu dia a dia profissional não atribuía às DST a sua prática sexual atual, por ser com mulheres, nem mesmo pelo uso de objetos eróticos, quando compartilhados durante as relações sexuais.

Detectei também, em meu cotidiano de trabalho, que uma parcela dessas mulheres não tinha o hábito do uso do condom, pois não se viam como vulneráveis ou em situação de risco frente às Doenças Sexualmente Transmissíveis.

Esta situação pode ter origem, como afirmam Barbosa e Facchini (2009) no fato de que às DST são agravos de saúde ligados às práticas heterossexuais ou a homossexuais masculinas. Complementam ainda que, como as DST ainda hoje são fortemente associados à ideia de promiscuidade e traição, a prática sexual exclusiva entre mulheres pode ser vista como um fator de proteção e, portanto, não demanda cuidados específicos.

Frente a esse contexto, percebi que a vivência da mulher homossexual com DST apresentava-se diferenciada, conforme cada contexto sócio econômico cultural. Para algumas usuárias que eram portadoras dessa problemática, a busca por tratamento medicamentoso era a solução. E não era raro também, ouvir histórias de que só estavam ali, pois já tinham tentado várias alternativas como uso de chás caseiros, banhos de assentos, além de usos vaginais de ervas, porém sem melhora definitiva nos cuidados para minimizar tal situação.

Diante desse contexto de diversidade de pensamentos e ações frente às DST, refleti que essa problemática para essa parcela da população situa-se dentro de um constructo biológico, social e cultural, produzido e (re)produzido múltiplas formas em tempos e lugares. Portanto, fonte de significações e representações no imaginário social feminino que pode implicar em adoções ou não de condutas preventivas.

Observa-se um conjunto de questões subjetivas que influencia suas representações e suas condutas no que concerne a maneira de pensar e agir frente à possibilidade de estar com processos de agravo ginecológico, levando a atitudes de prevenção ou não, e de formas diferenciadas de busca de tratamento e alternativas de solução.

Diante dessa problemática descrita e que foram percebidas a partir das inquietações advindas da minha experiência com a clientela homossexual feminina e do resultado de estudos da literatura científica disponível sobre o assunto, foi que consideramos relevante desenvolver esta pesquisa, aprofundando conhecimentos.

A problemática de pesquisa escolhida mostrou-se relevante, pois aborda os saberes das mulheres homossexuais acerca das DST, as representações que possuem, influenciando sua vida sexual e suas práticas preventivas e de cuidados. As DST em mulheres homossexuais compreendem um universo subjetivo, que produz representações e, por sua vez, pode

interferir na maneira da mulher se autorepresentar e de se relacionar, implicando em determinados modos de cuidar-se e prevenir-se.

Neste intuito, foram delimitadas as seguintes questões norteadoras nesta pesquisa:

- Que conteúdos organizam as representações sociais das mulheres homossexuais sobre as DST?
- De que forma as mulheres homossexuais, acreditam na possibilidade de serem infectadas pelas DST?
- Que práticas preventivas e de cuidados as mulheres homossexuais tomam frente às DST?
- Quais relações se estabelecem entre as representações sociais sobre as DST e a sua vida sexual?

A partir dos questionamentos anteriormente citados, elaboraremos os seguintes objetivos para esse estudo:

- Analisar os conteúdos que organizam as representações sociais das mulheres homossexuais sobre as DST;
- Caracterizar as ações e práticas frente as DST, considerando as medidas preventivas e de cuidados e
- Discutir as relações existentes entre as representações sociais das mulheres homossexuais sobre as DST, em sua vida sexual e as possíveis tomadas de decisão frente à medidas preventivas e de tratamento.

Diante do exposto, compreender como uma DST é representada por esse segmento de mulheres, vai além de conhecer os aspectos biológicos e físicos dessas patologias, a sua frequência, os mecanismos de transmissão e as possibilidades diagnósticas e de tratamento. Mas, se fez necessário buscar o senso comum que envolve essas infecções, os elementos constitutivos dessas representações, como lida com sua saúde sexual e as práticas de prevenção adotadas ou não. Acreditamos que, somente desta forma, podemos, enquanto profissionais de saúde e gestores dessa área, programar estratégias de controle e tratamento efetivos, que vão ao encontro das reais demandas destas mulheres. Como citam alguns estudiosos, como Oliveira et al (2005) e Barcelos et al (2008), para se pesquisar as infecções genitais, como algumas DST é primordial levarmos em consideração as condições sociais, culturais e econômicas como fatores predisponentes ao desenvolvimento dessas patologias.

Logo, ter uma visão unicamente epidemiológica ou biologicista para esse tipo de problemática não trará resultados impactantes na quebra da cadeia de transmissão dessas infecções, principalmente nesta parcela da população, que ainda é muito pouco estudada.

As DST estão entre os problemas de saúde pública mais comum em todo mundo e também mais antigos, porém são doenças que trazem em si, historicamente, toda uma conotação estigmatizante e de preconceito, que com certeza ainda hoje influência e ajuda na produção de representações sobre elas (WHO, 2005). Os conceitos, os valores e as crenças que se tem sobre as DST modelam as representações. A representação social dessas infecções advém de contextos sociais que estão imbricados em subjetividades e guardam informações e experiências vividas ao longo da vida. Sobre isso, Moscovici (2012, p. 53) ressalta que:

O conhecimento penetra no mundo da conversação, prosseguindo as permutas verbais depois de certo tempo. As informações são transmitidas e os hábitos do grupo confirmados. As atitudes ordenam-se, os valores tomam seus lugares, a sociedade começa a ser habitada por novas frases e visões.

No entanto, tudo isso é ainda novo quando retratamos essa parcela significativa da população, ou seja, as mulheres homossexuais, pois como destacam Stevens e Hall (2001) às mulheres homossexuais, na grande maioria, não se percebem em risco de contrair o HIV ou qualquer outra infecção sexual, tendo assim pouca familiaridade com estratégias de prevenção. Apresentam práticas inconsistentes de sexo seguro que as faz ser, um grupo que precisa ser estudado, pela sua vulnerabilidade.

Para Pinto (2004), mesmo sendo baixa a transmissão do HIV entre mulheres, os profissionais da saúde não devem assumir que as mulheres homossexuais têm automaticamente baixo risco de adquirir quaisquer DST, e que essas mulheres jamais fazem sexo com homens.

De forma ainda mais acentuada que a sexualidade feminina heterossexual, o comportamento homossexual feminino tendeu historicamente à invisibilidade no discurso médico-ginecológico. O advento da AIDS contribuiu para a manutenção desta invisibilidade por força da crença de que o corpo da mulher homossexual seria o único corpo imune à infecção pela via sexual (ALMEIDA, 2009).

Ainda com relação a esse assunto, Facchini (2004, p. 47) ressalta que as mulheres homossexuais são extremamente vulneráveis à infecção e transmissão de DST, principalmente pelo mito de que a prática sexual entre mulheres é de baixo ou nenhum risco; ou seja, que

DST são doenças provenientes de homens; e que o ginecologista é o médico que trata de questões ligadas ao sexo com homens e à reprodução.

Partindo desses pressupostos sociais, existe uma visão estereotipada das mulheres homossexuais, que pode acarretar um sentimento de não pertença a uma história, e de exclusão social que as colocaria em uma posição de vulnerabilidade ao sofrimento físico e psíquico, assim como, à impossibilidade de acesso a direitos, como os direitos à saúde sexual e reprodutiva.

Os mitos e estereótipos sobre a homossexualidade feminina poderiam contribuir para a potencialização das vulnerabilidades da saúde das mulheres homossexuais, assim como a outros aspectos relevantes de sua vida afetivo-sexual, tais como: a relação com os cuidados de si, com seu prazer, com o amor, o trabalho, enfim, com outros aspectos importantes de sua socialização primária (a família) e secundária (o campo social), bem como no campo político de acesso aos direitos (TOLEDO, 2006, p. 45).

Para esta mesma autora, num contexto heterocentrado, falocentrado e machista, onde está prevista a dominação masculina e existem modelos de homem, mulher, criança, família, que são apresentados como verdades naturais e superiores, o que foge a esses padrões é estigmatizado, portanto, inferiorizado, e muitas vezes, violentado. A partir disso, o social identifica os sujeitos a partir de seus estereótipos, criando identidades estigmatizadas, como a lésbica ou o gay, transmitindo e reatualizando esses estigmas de geração em geração. Essa forma de transmissão e reafirmação desses estereótipos homogeniza e reifica as diferentes formas de expressão da homossexualidade feminina. Isso contribui para a reafirmação dos mitos, dando-lhes um suposto caráter de verdade, essência e universalidade.

Na atualidade, dizer que uma DST é um problema exclusivo de homossexuais masculinos ou de heterossexuais, e que advém apenas do homem, é um grande equívoco, pois já foi constatado, que qualquer pessoa independente de sua orientação sexual, que tenha práticas sexuais sem o uso efetivo da camisinha, encontra-se vulnerável a qualquer patógeno de transmissão sexual. Entretanto, cabe destacar que um diagnóstico de DST em mulheres que relatam prática sexual exclusiva com outras mulheres tem uma conotação diferenciada, devido às construções sociais atribuídas a homossexualidade, que foram tratadas até pouco tempo atrás, e ainda são, tanto pelos médicos como pelos demais profissionais de saúde, como invulneráveis às DST (BRASIL, 2006).

Ao refletir sobre esses aspectos tanto sobre a homossexualidade feminina como as DST e o que produz ao reelaborar seu conhecimento, buscou-se neste trabalho o reconhecimento das representações que engloba comportamentos, sensações e expressões

corporais, que segundo Moscovici (2001), sofre a pressão das representações dominantes na sociedade e, é nesse meio que as pessoas pensam ou exprimem seus sentimentos. As representações dos indivíduos sofrem influencia do meio em que vivem e do grupo social, diferenciando de acordo com a sociedade em que nascem e são moldadas.

A problematização acerca da saúde sexual das mulheres homossexuais exige que elas saiam da invisibilidade sustentada pela crença de que o corpo da mulher homossexual seria o único protegido à infecção pela via sexual, recebendo tratamento e cuidados adequados e coerentes com a proposta de integralidade da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher. Requer também, que se reconheçam as necessidades dessas mulheres, de modo a garantir o acesso não apenas aos serviços de atendimento, mas também à saúde mais ampla, sentindo-se acolhida e respeitada (VILLELA, 2009).

Neste sentido, tal estudo possibilitou conhecer o senso comum das mulheres homossexuais acerca das DST, identificando suas estratégias para lidar e prevenir-se desse evento.

1.1 Justificativa e relevância do estudo

Como destacamos, as DST são um grave problema de saúde pública no Brasil, sendo uma das principais causas de consulta ginecológica. É de extrema importância para o enfermeiro, o conhecimento da fisiopatologia destas doenças, bem como as principais formas de tratamento e de prevenção. Porém, somente esses conhecimentos não são o suficiente para combater essa problemática. Cabe destacar que estas infecções sexualmente transmissíveis provocam desconforto e vergonha nas mulheres, influenciando diretamente na sua saúde sexual e reprodutiva e na sua vida como um todo.

A consulta de enfermagem constitui importante etapa no atendimento ginecológico, por ser um procedimento no qual são levantados problemas que levam as mulheres a procurar o serviço de saúde. Além disso, a consulta deve fornecer informações para que as mulheres compreendam seu processo saúde/doença e possam participar do tratamento de forma ativa, assegurando seus direitos de cidadania (PALMEIRA; LOPES, 2006).

Para esta mesma autora, durante a consulta ginecológica, a interação entre o enfermeiro e a cliente possibilita ao profissional realizar intervenções específicas, planejar os próximos encontros e avaliar o processo saúde-doença. Ações de enfermagem são definidas com base em fenômenos, determinados por meio da avaliação clínica. Ademais, tais ações podem ser melhor direcionadas tendo como ponto de partida uma classificação que procura unir fenômenos e ações, de forma a proporcionar uma visão ampliada das necessidades da mulher.

A relação usuária-profissional de saúde é fundamental para a qualidade do atendimento, especialmente nos serviços de atenção à saúde da mulher, onde a abordagem da sexualidade deve ser objeto de relevância. (ARAÚJO et al., 2006).

Desde sua implantação, os programas de assistência à saúde da mulher privilegiaram as mulheres com práticas heterossexuais, com enfoque particular na saúde reprodutiva. Quanto às mulheres homossexuais, suas demandas específicas ressentem-se de acolhimento face aos preconceitos sexuais dominantes em nossa sociedade. Desse modo, enfrentam inúmeras barreiras para revelar sua orientação sexual nos serviços de saúde. Temem, segundo Wilton e Kaufmann (2001) principalmente, um provável impacto negativo na qualidade da assistência recebida.

A partir da mudança no perfil epidemiológico da AIDS, que passou a acometer cada vez mais mulheres em idade reprodutiva, despertou-se para a necessidade de incluir trabalhos

de prevenção contra as DST/ HIV na rotina dos serviços de assistência à saúde da mulher. Diante disso, o Ministério da Saúde passou a recomendar o aconselhamento na rotina desses serviços, tendo uma abordagem voltada às necessidades de cada usuária de acordo com a sua orientação sexual. È recomendado também envolver temas relacionados aos aspectos sociais e comportamentais de mulheres homossexuais, bem como garantir a qualidade do atendimento a essa população. (BRASIL, 2003).

Um estudo brasileiro sobre prevalência de DST e comportamentos de risco entre mulheres homossexuais, realizado em São Paulo com uma amostra 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, além de quase 40% de a sua amostra apresentar história prévia de DST (PINTO, 2004).

Para este mesmo autor, entre as participantes, 3,3% nunca foram ao ginecologista e 17,9% nunca tinham feito o exame de Papanicolaou, ao passo em que apenas 40% 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%. Dentre muitas conclusões a que os pesquisadores chegaram, reforçam a necessidade de se privilegiar ações educativas entre profissionais e mulheres homossexuais, como uma estratégia de desfazer a suposição, fortalecida por interpretações do histórico da epidemia do HIV, de que o sexo entre mulheres não oferece riscos e que não necessitam de exames ginecológicos periódicos.

Outro estudo, conduzido por Facchini e Barbosa (2004) também na cidade de São Paulo, com 22 mulheres homossexuais entre 18 a 45 anos, indica uma maior dificuldade em acessar cuidados ginecológicos entre esse grupo populacional que nunca tiveram sexo com homens, que possuem uma gramática corporal masculinizada ou que pertencem a segmentos socioeconômicos mais baixos. Os resultados apontaram que a anamnese em consultas ginecológicas não pressupõe a homossexualidade das mulheres, nem suas trajetórias sexuais e reprodutivas. Concluíram, também, a necessidade de que os profissionais de saúde sejam preparados para: não pressupor ou naturalizar a heterossexualidade e criar um ambiente de confiança, a fim de que mulheres homossexuais possam estar à vontade para falar mais abertamente sobre sua sexualidade e expor suas inquietações.

Dados produzidos a partir de estudos realizados nas Paradas do Orgulho Gays Lésbicas Bissexuais e Travestis e Transexuais (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 feminina (CARRARA; RAMOS, 2005).

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 homossexuais (CARILLO, 2009).

De acordo com Marrazzo (2001) estudos que dão suporte à afirmação da necessidade de oferecer e garantir a mesma periodicidade de realização de exames preventivos para o câncer de colo uterino às mulheres homossexuais, inclusive as de comportamento exclusivamente homossexual, do que o preconizado para mulheres heterossexuais são dignos de nota, pois achados sobre HPV entre mulheres que relataram nenhum contato sexual anterior com homens têm levado a afirmar sua transmissibilidade em relações sexuais entre mulheres. Ferris (2000) também ressalta que dados sobre citologias oncóticas anormais têm sido descritos mesmo entre mulheres que nunca tiveram sexo com homens.

No campo da ginecologia, por meio da consulta de enfermagem, tem se conseguido atender a grande parte das ações previstas na Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher, juntamente com a sua proposta de integralidade. No entanto, o que se vê ainda na prática, é que essa parcela da população feminina encontra-se invisível dentro dos serviços de saúde. (BRASIL, 2003).

O Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM), criado em 1984, pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1984), representou uma proposta institucional marcante e de forte mobilização que os movimentos sociais, em especial o de mulheres, empreenderam anos 70 e início da década de 80, movido pela necessidade de definição das políticas públicas de saúde do país.

Historicamente, até a criação do PAISM, a mulher era vista apenas como um ser reprodutivo, o que limitava a assistência somente aos aspectos biológicos, ficando distante à visão da mulher como um ser existencial, que tivesse outras necessidades e possibilidades além do cuidar do corpo gravídico. Com o PAISM, a atenção à mulher foi ampliada em todas

as suas fases, da infância à terceira idade, incluindo dentro dos seus objetivos a assistência ginecológica.

Costa (2004) destaca que a noção de integralidade do PAISM aparece indistintamente associada à saúde integral, devendo, portanto, no atendimento as mulheres, reconhecê-las como sujeito social em que o bem estar e o adoecer estão vinculados aos fatores biológicos, condições sociais, econômicas, culturais e subjetivos que influenciam a vida cotidiana.

No entanto, autores como Serruya et al (2004), sugerem que o PAISM não foi adequadamente implementado no Brasil, apontando o distanciamento entre concepção e prática. Segundo esses autores, a efetividade de um programa com tal envergadura depende de fatores políticos, econômicos, culturais e sociais. Daí a importância de um controle social eficaz, com o envolvimento contínuo de grupos de mulheres e instituições.

O mais recente documento em relação à Saúde da Mulher no Brasil é a chamada PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes (BRASIL, 2011). Este tem por objetivos reduzir a morbimortalidade feminina por causas previsíveis e evitáveis, além de fomentar a implementação de ações que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres. Para o Ministério da Saúde, esse documento denota um ganho no que se refere aos direitos humanos das mulheres, visto sua implantação concomitantemente aos diversos movimentos feministas no Brasil. Os princípios norteadores dessa política são a integralidade e a promoção da saúde da mulher, com ênfase nas questões de gênero, buscando consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e direitos reprodutivos (BRASIL, 2011).

A Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes representa um grande avanço. A Síntese das Diretrizes para a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher considera, “num enfoque de gênero, a evolução das políticas, a situação sócio demográfica e o diagnóstico da saúde da mulher no Brasil”. (BRASIL, 2011, p. 77).

A melhoria da atenção obstétrica, o planejamento familiar, a atenção ao abortamento, o controle à violência doméstica e sexual, a prevenção e tratamento das DST/HIV/AIDS, de doenças crônico-degenerativas e do câncer ginecológico, bem como a assistência clínico-ginecológica são alvos dessa política (BRASIL, 2011).

Cabe destacar ainda que surge com um dos objetivos principais desta política promover a atenção à saúde das mulheres homossexuais, bissexuais e transexuais. Este mesmo documento enfatiza que a elaboração de políticas públicas precisa incorporar o entendimento de que as mulheres homossexuais também são mulheres e, portanto, devem ser contempladas no conjunto das ações de atenção à saúde desse grupo.

De acordo com essa Política (BRASIL, 2011) não se pode desconsiderar a violência intrafamiliar contra adolescentes lésbicas, quando são expulsas do lar ou são vítimas de violência sexual por parte dos familiares ou outras formas de violência. A outra questão se refere ao acesso à inseminação assistida na rede do Sistema Único de Saúde/SUS, que deve incluir na clientela-alvo as mulheres homossexuais que desejam exercer o direito à maternidade e destaca ainda que para essas mulheres e profissionais do sexo, um problema que se coloca é a vulnerabilidade pela exposição às DST e AIDS.

É preciso que os serviços de saúde disponham de profissionais capacitados para o atendimento às mulheres, considerando a possibilidade de parte da clientela, ser composta por homossexuais. Isso é necessário para que saibam atender às mulheres homossexuais dentro de suas especificidades, respeitando seus direitos de cidadania. (BRASIL, 2011).

É importante destacar que este estudo, traz temas acerca das DST e das práticas homossexuais entre mulheres, que fazem parte da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, do Ministério da Saúde, no item 8 que refere-se a Saúde da Mulher. (BRASIL, 2008).

Diante de uma análise das pesquisas com relação às DST e mulheres homossexuais, para a construção do Estado da Arte desta pesquisa, percebemos que a literatura científica disponível sobre essa temática, em sua grande maioria, desconsidera as percepções e representações atribuídas a essa ocorrência, apresentando um maior direcionamento para investigações que contemplem a sintomatologia e tratamentos medicamentosos das mesmas.

Ao acessar as bases e bancos de dados e os sistemas de documentação tais como: BIREME, CEPEN/ABEN e Banco de Teses da CAPES e MINERVA, foi possível constatar um grande acervo sobre o tema homossexualidade (2.101 referências) em vários contextos, fato que se repetiu ao utilizar o descritor *gay* (1.105). Entretanto, ao analisar o conteúdo dos manuscritos podemos observar que mais de 90% dos trabalhos se referiam a estudos sobre a homossexualidade masculina. Cabe destacar o recorte temporal para o estado da arte deste estudo foi referente às publicações entre os anos de 2002 à 2012.

Com o descritor *homossexualidade feminina* foram encontrados 851 artigos científicos sendo que 60% traziam estudos epidemiológicos acerca da vulnerabilidade das mulheres homossexuais acerca do HIV e HPV, negligenciando muitas das vezes, as outras DST. Os outros 40% eram relacionados aos aspectos psicológicos de ser uma mulher homossexual. Chama a atenção, pois a grande maioria dos estudos é na língua inglesa e de natureza quantitativa. Cabe ainda destacar que com os descritores *lésbica* e *mulheres que fazem sexo*

com mulheres foram encontrados 14 e 25, trabalhos respectivamente, que continham um conteúdo meramente psicológico sobre rejeição e preconceitos sofridos por estas cidadãs.

A pesquisa com o descritor *enfermagem e homossexualidade feminina* resultou em 3 trabalhos científicos, sendo que as temáticas abordadas foram em relação ao significado de família para os casais homossexuais femininos, a questão da homofobia entre estudantes de enfermagem e o conhecimento de mulheres homossexuais sobre o papiloma vírus humano/HPV.

Dando continuidade ao Estado da Arte, utilizamos os descritores *representações sociais e homossexualidade feminina* onde verificamos a presença de 5 artigos, entretanto, em nenhum destes manuscritos foram encontradas referências às representações sociais das mulheres homossexuais acerca das DST. Dentre os trabalhos encontrados no que tange as representações sociais da homossexualidade feminina, 3 trabalham o debate da homossexualidade mediado por representações sociais, um outro relata sobre as representações sociais da AIDS e das práticas sexuais entre heterossexuais, bissexuais e homossexuais; e o último, diz respeito a um estudo sobre às formas de preconceito contra este segmento populacional. Cabe ressaltar que nenhum destes trabalhos foi estudado na área da enfermagem, mas, sob a óptica da psicologia, o que justifica o presente estudo.

Refinando ainda mais os descritores para a pesquisa, buscamos nestas bases de dados trabalhos científicos que se aproximassem ao objeto de estudo, e, portanto utilizamos os descritores *psicologia social, DST e homossexualidade feminina*. Porém, nestas bases de dados pesquisadas não foram encontrados nenhum trabalho científico, com esses descritores.

Os resultados da pesquisa do Estado da Arte reforçam e justificam esse estudo, uma vez que até o momento, não foram encontrados pesquisas que apresentam respostas as inquietações levantadas neste trabalho. Neste contexto, sendo as DST um problema de saúde pública tanto no Brasil como no mundo, não devem ser estudados apenas pelo prisma tecnológico e epidemiológico, mas enquanto um fenômeno social que apresenta simbolismos e crenças, no imaginário das mulheres homossexuais. Finalmente, por ser um fenômeno passivo de um estudo de representações sociais esta pesquisa mostra-se relevante.

1.2 Contribuição do estudo

Este estudo teve a intenção de contribuir não só no campo da enfermagem, mas também de outras áreas que abranjam a assistência, o ensino e a pesquisa na saúde, principalmente com ênfase na promoção e prevenção das DST em um segmento populacional pouco ligado a essas infecções – o grupo de mulheres homossexuais.

Este empreendimento vem possibilitando maior compreensão e visibilidade sobre o tema, o que esperamos que contribua para a melhoria da assistência prestada a mulher homossexual especialmente na atenção básica.

Para um atendimento de qualidade, os profissionais de saúde, em especial os de enfermagem, necessitam compreender, além das habilidades técnicas e da ética, os aspectos psicossociais das DST para essas mulheres.

O enfermeiro necessita entender que, além das questões objetivas, deve conhecer os fatores subjetivos no que tange as DST e a homossexualidade feminina. Ao prestar um cuidado em saúde é preciso que a subjetividade do cliente seja valorizada em todo o processo de cuidar (SÁ, 2004). A autora alerta ainda que, cada um de nós é um caso estatístico, único, no meio da diversidade da complexidade e a ciência pode enaltecer e visar mais o nível biológico, excluindo, deliberadamente do cuidado, os demais níveis, entre eles, o social e o psicológico.

Para o ensino é preciso que o tema seja incorporado, mais e mais, aos currículos das escolas de enfermagem e demais cursos de saúde, como na disciplina de saúde da mulher, enfermagem obstétrica e ginecológica, pois na maioria das vezes, o tema da homossexualidade é negligenciado e pouco estudado.

Para pesquisa, o estudo visou contribuir para a produção do conhecimento científico pela enfermagem, articulando discussões em torno das representações sociais, saúde sexual e saúde reprodutiva, DST, homossexualidade feminina e a saúde da mulher. Esta fortalece através da produção de conhecimento a linha de Pesquisa Saúde Sexual e Reprodutiva do Núcleo de Pesquisa em Enfermagem em Saúde da Mulher (NUPESM), da EEAN/UFRJ, na qual está inserida esta pesquisa.

2. CAPÍTULO II - BASES CONCEITUAIS

2.1 Contextualizando a homossexualidade feminina e a saúde

As relações sexuais entre pessoas do mesmo sexo sempre existiram, desde as sociedades primitivas, em todas as culturas. De fato, os primeiros relatos acerca disso apareceram por volta da terceira dinastia egípcia, cerca de 2.500 anos a. C. (MIRANDA, 2001).

Lacerda, Pereira e Camino (2002) destacam inclusive que em algumas antigas civilizações, essas relações, principalmente entre homens adultos e jovens, só eram repudiadas quando ameaçavam subverter a hierarquia social da época, sendo assim aceita como algo normal.

A palavra Lesbianismo data de 1870, entretanto, a relação afetivo sexual entre mulheres existe desde a Antiguidade, e mesmo tendo sido pouco reconhecida, essas mulheres foram nomeadas de diversas formas: safistas, sáficas, lésbicas, lesbianas, fricatrix e tríbadés (SMALLS, 2003).

Para Miranda (2001), tal condição foi interpretada, admitida e explicada de diferentes formas ao longo do tempo, mas foi somente a partir da tradição judaico-cristã que essa prática passou a ser concebida como pecaminosa. Somando-se a isso, a partir do século XIX a medicina passa a definir a homossexualidade como uma doença fisiológica.

Embora a homossexualidade tenha existido em todos os tipos de sociedade, em todos os tempos, e tenha sido, sob diversas formas, aceita ou rejeitada, como parte dos costumes e dos hábitos culturais das sociedades, somente a partir do século XIX e nas sociedades industrializadas ocidentais é que, segundo Weeks (2001), se desenvolveu uma categoria homossexual distinta e uma identidade a ela associada.

Freud (1976), no início do século XX, introduziu uma visão psicológica do fenômeno, considerando tal prática como um desvio no desenvolvimento da sexualidade. Já em 1917, o autor definiu os homossexuais como “uma variedade especial da espécie humana, um terceiro sexo que tem o direito de se situar em pé de igualdade com os outros dois” (FREUD, 1969, p. 46). Justamente em função disso, a denominação inicial de homossexualismo serviu para indicar um desvio ou anormalidade, em função do sufixo ISMO, que traria a imagem de doença (FRANÇA, 2011).

No Brasil, Mott e Cerqueira (2003), pontuou que com a chegada dos colonizadores portugueses, as práticas homossexuais se ampliaram e diversificaram, pois já existiam entre os indígenas. Contudo, a partir de 1591, a Inquisição começou sua atuação, perseguindo as homossexuais femininas, situação que se perpetuou até o século XVIII, período em que a lesbiandade apareceu nos palácios imperiais.

Mott (2001) comenta que a partir da segunda metade do século XIX o amor entre mulheres passou a ser encontrado em algumas referências bibliográficas, tais como no livro “*Atentados ao Pudor*” de 1894 de Viveiros Castro.

Plummer (2000) ressalta que foi a partir desse século que um novo modelo de homossexual emergiu da literatura científica, embora houvesse todo tipo de disputas sobre as explicações para este estranho fenômeno: biológica, hormonal, ambiental e psicológica.

O modelo de homossexual que emergiu no século XIX tentou explicar mulheres e homens homossexuais nos mesmos termos, como se tivessem uma causa e características comuns. De fato, o modelo era extraordinariamente baseado na homossexualidade masculina e nunca foi diretamente aplicável às mulheres. Intelectuais lésbicas têm descrito as formas pelas quais relações íntimas entre mulheres fizeram parte de um continuum de relações próximas, sem que houvesse uma identidade lésbica distintiva claramente desenvolvida até este século (ADELMAN, 2000). Somente no século XX surgiu a primeira publicação nacional lésbica, intitulada “*Chana com Chana*”, que começou como um boletim e transformou-se em um jornal, porém sem nenhum cunho científico. (MESQUITA, 2004).

Porém, de acordo com Roudinesco (2002), os primeiros estudos sobre a homossexualidade feminina datam dos anos 1950, tendo como principal foco a investigação da etiologia do lesbianismo. Dos anos 60 aos 80, a ênfase se desloca para o funcionamento psicológico, comparando mulheres homo e heterossexuais, numa tentativa de determinar se a atração pelo mesmo sexo consistia em uma psicopatologia. No entanto, apenas a partir de 1985 que o interesse pela saúde de mulheres lésbicas aumentou, coincidentemente com a realização do primeiro tratado sobre o assunto “*National Lesbian Health Care Survey*”, que possibilitou de maneira sistemática a identificação de demandas de saúde dessa população.

Contudo, nota-se que a figura da mulher homossexual pouco aparece na história. Talvez porque, dentro do contexto da sexualidade ao homem sempre houve maior permissividade, enquanto da mulher esperava-se o afastamento de sua sexualidade, sendo valorizado, o sexo apenas na esfera reprodutiva. As lésbicas, enquanto mulheres que buscam no sexo o prazer se colocam em sentido oposto desta trajetória, sendo então excluídas e invisibilizadas, ao longo da história. Essa não visibilidade se traduz em um desconhecimento

acerca da lesbianidade, suas especificidades e diversidades, e possibilita a criação de mitos em torno da sexualidade da mulher homossexual e, por conseguinte, do universo feminino. Toledo (2006) descreve que os mitos e estereótipos formados socialmente advêm de uma construção histórico cultural, da mídia e do senso comum que generalizam acontecimentos ditos negativos a respeito de algo, formando, assim, representações limitadas e errôneas em relação às identidades, e dentro desse contexto, está à homossexualidade feminina.

Temáticas como a homossexualidade em escritos científicos foram estudadas apenas nas últimas décadas no Brasil, entretanto, as pesquisas científicas sobre a homossexualidade feminina ainda são escassas se comparada à vasta bibliografia sobre a homossexualidade masculina, principalmente no que diz respeito à área da saúde. Em específico, no Brasil foi a partir de 1980 que emergiram os primeiros estudos sobre aspectos do desenvolvimento da homossexualidade tendo por referência a mulher como sujeito psicologicamente saudável (FACCHINI; BARBOSA, 2006).

Dentro da Medicina e da Psicologia ainda pode-se verificar que a homossexualidade foi tratada como patologia até muito recentemente. O Conselho Federal de Medicina, apenas em 1985, passou a não considerar a homossexualidade como doença, enquanto o Conselho Federal de Psicologia e outras entidades desta área não se manifestaram a este respeito até mais atualmente. Mesmo que em 1975, a Associação Americana de Psicologia já tenha situado a homossexualidade dentro das orientações sexuais e não entre os distúrbios e patologias psicológicas, somente em 1999 foi promulgada a resolução nº 001 do Conselho Federal de Psicologia, que estabelece aos psicólogos normas de atuação em relação às orientações sexuais, destacando que homossexualidade não é considerada patologia, nem distúrbio e os psicólogos não podem trabalhar em propostas de tratamento e de cura da mesma (LACERDA; PEREIRA; CAMINO, 2002).

Atualmente, o termo lésbica é utilizado para definir a orientação sexual de mulheres que se relacionam sexual e afetivamente com outras mulheres. Essa orientação pode ser afirmada pelas mulheres assumindo a forma de uma identidade sexual pública e compartilhada em diferentes esferas sociais. A palavra lésbica pode ser utilizada também para definir as práticas homoeróticas dessas mulheres, sem que estas sejam compartilhadas publicamente ou associadas à identidade social (mulheres que fazem sexo com mulheres). Mulheres que se identificam como lésbicas ou que têm práticas homoeróticas podem ser encontradas em todos os grupos étnicos, classes sociais, faixas etárias e ocupações profissionais (PORTO ALEGRE, 2011).

Dentro desse contexto, a relação entre a homo e a bissexualidade feminina e a temática saúde está perpassada por uma série de fatores que envolvem a pouca visibilidade do homoerotismo feminino; a invisibilidade da própria sexualidade feminina; e o grau de preconceito que temos, ainda hoje, em relação à homossexualidade.

Não há como compreender o crescimento da preocupação com a temática da saúde de mulheres homossexuais e bissexuais sem que se considerem fatores como o crescimento do movimento de *gays*, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais (GLBT) na sociedade brasileira contemporânea; a segmentação de categorias no interior desse movimento e a explicitação em separado da categoria lésbica; o contexto em que vêm se dando as reivindicações em torno da saúde das mulheres nos últimos anos no Brasil; a produção e a divulgação de conhecimentos sobre homossexualidade e os avanços conceituais na luta por direitos, com a afirmação dos direitos sexuais.

Embora o tema da sexualidade, de alguma forma, estivesse presente no campo da saúde coletiva e dos estudos de população há, pelo menos duas ou três décadas, é na década de 80 que se criam as condições históricas, políticas e culturais para sua constituição enquanto campo temático ligado às questões de Saúde Reprodutiva (AQUINO et al., 2003).

Os estudos sobre homossexualidade, que floresceram dentro da tradição antropológica brasileira na década de 80, iniciam o debate sobre as questões relacionadas às liberdades de orientação e expressão sexuais, marcando a passagem de abordagens centradas no indivíduo e na etiologia da homossexualidade, para uma abordagem centrada na inter-relação sujeito sociedade e no contexto sociocultural (GUIMARÃES, 2004).

Para Heilborn (2004) com a emergência da epidemia da AIDS, essas dimensões vão, em parte, ceder lugar ao foco das relações entre homossexualidade masculina e a AIDS. Mas isso não impediu que surgissem trabalhos pioneiros sobre homossexualidade feminina. No entanto, nenhum deles dedicou-se diretamente as questões de saúde, muito embora abordassem aspectos importantes para contextualizar tais aspectos como construção de identidades, sociabilidade e conjugalidade e indicassem situações que fazem dessa população mais vulnerável, tais como o silêncio e as concepções românticas que marcam o estabelecimento de parcerias afetivo sexuais.

No campo das reivindicações políticas, os estudos apontam que o movimento de lésbicas nasce e, até certo ponto, se mantém na interseção do movimento homossexual e o movimento feminista, acarretando assim, dificuldades de autonomia e visibilidade. Louro (2001) ressalta que no início dos anos 80, quando as mulheres homossexuais buscam

consolidar-se como sujeitos políticos, ocorrem tensões e parcerias pontuais entre ativistas lésbicas, *gays* e feministas.

Para Facchini e Barbosa (2004) embora tenham estado presentes desde as primeiras iniciativas do movimento homossexual no Brasil (finais dos anos de 70), os primeiros grupos exclusivamente de mulheres homossexuais foram formados a partir de 1980. Mas o termo lésbica foi incluído no movimento apenas a partir de 1993, com o VII Encontro Brasileiro de Lésbicas e Homossexuais.

As tensões permanecem na virada do século XX para o XXI. Nesse processo, tornam-se importantes a organização dos Seminários Nacionais de Lésbicas/SENALE a partir de 1996, tendo como suporte o Programa Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde. Nesses seminários eram discutidos e afirmados as especificidades das mulheres homossexuais a partir da referência ao corpo lésbico e suas demandas de saúde, especialmente quanto à possibilidade de infecção por DST/Aids. Apesar de esforços desses movimentos, tal caminho foi conduzido para a invulnerabilidade e a invisibilidade dessa população, frente a um contexto marcado pela feminização (heterossexual) e pauperização da epidemia da Aids (ALMEIDA, 2005).

À medida que a reivindicação dos direitos sexuais como parte dos direitos humanos das mulheres vem sendo compreendida como argumento que dá suporte à reivindicação de direitos das lésbicas e vem ganhando, nos últimos anos, o apoio de diferentes atores e atrizes sociais (feministas, militantes do movimento lésbico e técnicos de agências governamentais, como Ministério da Saúde e o da Justiça), a invisibilidade dessa população vem diminuindo. No entanto, o quadro de escasso conhecimento científico a seu respeito dificulta o embasamento de tais políticas. Tal fato eleva o risco de que se produzam políticas a partir de sujeitos hiper-reais, como a lésbica, tomada enquanto categoria essencial e universal, em detrimento do reconhecimento e da plena incorporação da diversidade presente nessa população (FACCHINI; BARBOSA, 2004).

Portanto, poder estimar o tamanho da população homossexual feminina, conhecer aspectos relacionados a crenças, atitudes e práticas vinculadas à saúde e à sexualidade, assim como, identificar suas demandas e necessidades de cuidados, constitui, sem dúvida, um ponto de partida para a formulação de políticas públicas voltadas para este segmento.

2.2 A saúde da mulher e as políticas públicas frente às DST

A partir das primeiras décadas do século XX, a atenção à saúde da mulher passou a fazer parte das políticas públicas de saúde no Brasil. No entanto, nas décadas de 30, 40 e 50 a mulher era vista basicamente como mãe e dona de casa. Na década de 60, diversos países se voltaram para controlar a natalidade e destacou-se a atenção do Estado às mulheres em idade fértil. Assim, os programas de controle da natalidade ganharam destaque no final da década de 70, negando atenção às reais necessidades ou preferências das mulheres, que ficavam relegadas em segundo plano (MORI; COELHO; ESTRELLA, 2006).

De acordo com Giffin (2002), ainda na década de 60, o movimento feminista brasileiro descontente com as diferenças de gênero e com o enfoque reducionista dado à mulher, reivindicou a não hierarquização das especificidades de homens e mulheres, propondo igualdade social que reconhecesse as diferenças, hoje expressa na ideia de equidade de gênero. Desta forma, emergiu um novo conceito de saúde da mulher, rompendo com o paradigma vigente centrado na função controlista da reprodução, pontuando a saúde sexual e reprodutiva como um direito.

De acordo com a Conferência Nacional de Política para as mulheres (2004), esse engajamento das mulheres na luta pelos seus direitos e por melhores condições de vida impulsionou a adoção das primeiras medidas oficiais do Ministério da Saúde voltadas para a assistência integral à saúde da mulher. Apesar das limitações impostas pelo governo militar da época, o movimento feminista se reorganizou incitando debates que denunciavam a precariedade da saúde da mulher brasileira.

Tal precariedade referia-se, principalmente, à redução de ações que contemplavam à mulher sob um único aspecto, relacionado ao seu estado gravídico-puerperal, tendo em vista que apenas em meados da década de 80 é que foram incorporadas ações de caráter integral à saúde da mulher. Na atualidade, o conceito de saúde da mulher é amplo, contemplando os direitos humanos e a cidadania como necessidades de atenção (BRASIL, 2011).

As mulheres em idade reprodutiva, ou seja, de 10 a 49 anos, representam 65% da população feminina brasileira e apesar dessa predominância, ainda são observadas importantes diferenças de gênero, sendo que as diferenças se traduzem nas discrepâncias salariais entre os sexos, na maior ocupação de cargos de chefias pelo sexo masculino e na violência contra a mulher. Sendo que essas diferenças se refletem, nas leis, políticas e práticas sociais que repercutem desigualdades de classe, idade, dentre outras (BRASIL, 2011).

Nesse contexto, a necessidade da integralização da atenção é percebida, sendo fortalecida com as discussões sobre a promoção da saúde, como norte para as práticas, organização e gestão da saúde no Brasil. O termo promoção da saúde, definido em 1986, durante a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Ottawa, no Canadá, estava associado aos elementos da atenção primária. A responsabilidade pela saúde era exclusivamente desse setor e se baseava no modelo biomédico, voltado à atividade curativa, de forma individualizada e, portanto, de baixo impacto. Mais tarde, o termo Promoção da Saúde passou a ser associado à qualidade de vida e o sujeito passou a ter autonomia sobre seu estado de saúde (CZERESNIA, 2003).

Tendo em vista a necessidade de mudanças no cenário nacional referente às políticas voltadas à saúde da mulher, que englobe os pressupostos da Promoção da Saúde, foi formulada a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM) para nortear as ações de atenção à saúde dessa parcela da população (FREITAS et al., 2009).

Os princípios e diretrizes dessa nova proposta foram discutidos em parceria com diversos segmentos da sociedade, em especial com o movimento de mulheres, o movimento negro e o de trabalhadores rurais, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, Organizações Não Governamentais/ONG, gestores do Sistema Único de Saúde/SUS e agências de cooperação internacional (BRASIL, 2011).

Esta foi uma iniciativa importante do Governo, respeitando a autonomia dos sujeitos em questão e tornando-os co-autores de um processo decisório relevante para a categoria. Também demonstra a preocupação em adotar políticas consoantes às necessidades das mulheres brasileiras e, assim, reduzir os índices de morbidade e de mortalidade por causas preveníveis e evitáveis, o que não aconteceu na gênese das políticas anteriores (FREITAS et al., 2009).

Além disso, este documento consolida avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Propõem-se também a contemplar áreas como: prevenção e tratamento de mulheres vivendo com HIV/AIDS e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico (BRASIL, 2011).

Para Freitas et al (2009), esta nova política foi formulada tendo por base a avaliação das políticas anteriores e, a partir de então, buscou preencher as lacunas deixadas por elas, como: climatério/menopausa; queixas ginecológicas; infertilidade e reprodução assistida; saúde da mulher na adolescência; doenças crônico-degenerativas; saúde ocupacional; saúde

mental; doenças infecto-contagiosas, bem como, a atenção às mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias e as lésbicas.

Para esta mesma autora embora tenham sido observados avanços em relação à implementação dessas políticas, percebe-se ainda a exclusão de certos segmentos da sociedade, tendo em vista, que grupos como o das prostitutas, que representa uma população extremamente vulnerável a vários agravos, como: DST, violência sexual e a própria marginalização da sociedade, continuam alijados das propostas de atenção à saúde.

A PNAISM reforça a humanização da atenção em saúde, concebendo que humanização e qualidade da atenção são aspectos indissociáveis. Nesse sentido, é imprescindível considerar que humanizar é muito mais do que tratar bem, com delicadeza ou de forma amigável, devendo ser consideradas questões de acessibilidade ao serviço nos três níveis da assistência, provisão de insumos e tecnologias necessárias, formalização de sistemas de referência e contra-referência, disponibilidade de informações e orientação da clientela e a sua participação na avaliação dos serviços.

A mulher, a partir de então, é vista em sua integralidade, como sujeito autônomo e participativo no processo de decisão para a formulação de políticas públicas, tendo em vista que à medida que a mulher é incluída nesse processo, há garantia do atendimento de suas reais necessidades aumentando a qualidade da assistência.

A mulher têm constitucionalmente garantido através da PNAISM o acesso a consulta ginecológica, e cabe ao enfermeiro especialista em Saúde da Mulher, avaliar de forma correta, precisa e cientificamente todas as suas demandas, inclusive as corporais como qualquer corrimento vaginal, visto que muitos destes podem ser indicativos de DST ou porta de entrada para as mesmas.

Com o objetivo da quebra imediata da cadeia de transmissão, o Ministério da Saúde, em 1993, instituiu no Brasil, a Abordagem Sindrômica das DST que tem como finalidade prover, em uma única consulta, diagnóstico, tratamento e aconselhamento adequados para o manejo de clientes com esses acometimentos de saúde, através do uso de quatro fluxogramas. No entanto, as unidades de saúde precisam estar acessíveis, com disponibilidade de medicação e preservativos e profissionais de saúde treinados para trabalhar com essa estratégia (BRASIL, 2006).

Os fluxogramas específicos, foram desenvolvidos e testados nacionalmente e internacionalmente, e são instrumentos que auxiliam o profissional de saúde na determinação do diagnóstico sindrômico (conjunto de sinais e sintomas) e na implementação do tratamento (BRASIL,2006). Existem hoje quatro tipos de fluxogramas que são: Fluxograma de úlceras

genitais, Fluxograma de corrimentos uretrais, Fluxograma de corrimento vaginal sem microscopia e com microscopia e Fluxograma para desconforto e dor pélvica.

Os fluxogramas contêm as informações básicas necessárias ao manejo dos usuários. Para usá-lo, o profissional de saúde identifica a síndrome que se encontra no topo do quadro e segue os passos referidos no fluxograma, tomando as decisões de acordo com os achados clínicos. Após o uso do fluxograma de cada síndrome, são apresentadas as notas explicativas correspondentes a cada polígono de decisão e ação que deve ser tomada como conduta em cada caso (BRASIL, 2006).

Segundo Menezes e Faúndes (2004), esta abordagem utiliza fluxogramas constituídos de sintomas e sinais clínicos para determinar tratamentos antimicrobianos, escolhidos para dar cobertura aos principais patógenos responsáveis pelas síndromes em uma determinada área geográfica.

Para esses autores, esse procedimento, para as mulheres, visa contribuir para a manutenção de sua saúde sexual e reprodutiva, evitando complicações resultantes da doença inflamatória pélvica, por vezes muito grave.

Quanto à homossexualidade feminina e sua relação com a saúde, do ponto de vista da saúde pública, deve-se ter uma maior preocupação se comparada à homossexualidade masculina. Autores atentam para a existência de vários fatores associados a diferentes problemas de saúde nesta população, tais como câncer de mama e colo do útero, menor utilização de serviços de saúde, uso abusivo de álcool e drogas ilícitas, tabagismo e níveis elevados de sofrimento psíquico (BARBOSA; KOYAMA, 2006).

Considera-se que a disjunção entre desejos, práticas e identidades, abundantemente registrada na literatura sobre sexualidade, e o entrecruzamento entre gênero, sexualidade e outros marcadores sociais de diferença (como raça, classe e geração) demandam atenção para a diversidade interna da população constituída por essa categoria (FACCHINI; BARBOSA, 2006).

Ao mesmo tempo, fica evidente o quadro de escasso conhecimento existente no Brasil relativo às necessidades de saúde desse segmento populacional; o conhecimento sobre o seu acesso aos serviços de saúde, em especial aqueles voltados para saúde sexual e reprodutiva. E para Barbosa e Koyama (2006) esses são alguns das dimensões fundamentais para a formulação de políticas de saúde adequadas para esta parcela da população.

2.3 As políticas públicas de saúde para as mulheres homossexuais.

O enfrentamento das questões ligadas à homossexualidade feminina, e especificamente à sua relação com a saúde, não aconteceu nem a partir dos estudos feministas, nem no interior dos estudos sobre a homossexualidade. As dimensões da homossexualidade e do homoerotismo feminino mantiveram-se marginais a esses dois processos. Seu enfrentamento, enquanto campo de reivindicação de direitos, emerge mais recentemente, a partir da expansão e da visibilidade do movimento lésbico e da articulação de atrizes sociais ligadas aos movimentos feminista e lésbico, tendo como ponto de partida a ideia dos direitos sexuais (BARBOSA, 2005).

A construção da mulher lésbica, como sujeito de um direito a cuidados diferenciados de saúde, tem estimulado, em âmbito internacional, uma busca pelas especificidades de saúde de tais sujeitos. Para Facchini e Barbosa (2004) essa construção também tem levado à produção de reflexões críticas sobre a abordagem da sexualidade dentro de um campo marcado por oposições como saúde doença e normal anormal.

Não existem estatísticas precisas sobre o número de mulheres lésbicas no Brasil. Isso se deve, em grande medida, às diferenças nas trajetórias afetivo-sexuais dessas mulheres, o que dificulta a sua apreensão quantitativa, à falta de pesquisas direcionadas ao tema e à expectativa de discriminação relacionada à declaração da orientação sexual, o que faz com que muitas preservem esta identidade. Além disso, a própria definição das práticas sexuais é muita mais difusa, não correspondendo necessariamente ao padrão penetrativo vaginal. No entanto, Davis et al (2000) afirmam que apesar disso, diretrizes internacionais sugerem que entre 5 e 10% da população feminina esteja compreendida neste espectro.

Também como já citamos anteriormente, as pesquisas realizadas com mulheres lésbicas no Brasil indicam que estas mulheres tendem a procurar os serviços de saúde com menor frequência do que as heterossexuais. Dados coletados recentemente na Grande Porto Alegre apontam para experiências de discriminação no atendimento, seja na recepção ou na consulta médica, dificuldades na abordagem da orientação sexual durante a consulta, e principalmente desconforto com a utilização de determinados instrumentos durante a consulta, como o espéculo, por exemplo. (KNAUTH; MEINERZ, 2010).

Torna-se necessário, portanto, capacitar as equipes de saúde para o desenvolvimento de ações e práticas de educação em saúde nos serviços do SUS, enfatizando o direito à livre orientação sexual e à identidade de gênero e com o foco centrado nas práticas sexuais da

mulher que procura estes serviços, independente de sua orientação sexual ou da aparência que assuma (BRASIL, 2008).

A homossexualidade feminina é um tema que só muito recentemente iniciou sua entrada na agenda política brasileira. As ações voltadas à saúde de lésbicas e mulheres bissexuais ainda são bastante incipientes e, em larga medida, realizadas de maneira descentralizada e desarticulada por organizações da sociedade civil. O próprio movimento de lésbicas, apesar de nascido no mesmo período em que o movimento *gay* no Brasil, permaneceu até meados dos anos 1990, restrito a poucos grupos espalhados pelo País.

Para Almeida (2005) a relação do movimento de lésbicas com o Estado, na perspectiva da proposição de demandas para os programas públicos existentes, de proposição de novos programas e de crítica à intervenção estatal, é ainda pontual. Ela se limita a interlocuções com os programas de DST/Aids, com algumas coordenadorias municipais da mulher, à inserção em alguns poucos conselhos de políticas, conferências, e alguns trabalhos pontuais junto a escolas públicas e penitenciárias. A incorporação de lésbicas em discussões sobre políticas públicas e a colaboração do poder público em ações do movimento vêm se dando mais em função da disponibilidade pessoal de técnicos ou gestores do que por compromisso público para com essa população.

O Programa Nacional de DST/Aids (PNDST/Aids) tem se mostrado o mais sensibilizado programa para o diálogo com a sociedade civil. Em 1996, criou o Grupo Matricial para discutir saúde de lésbicas, um marco para a produção dos primeiros encontros do movimento, materiais educativos, capacitações de lideranças e realização de pesquisas. Do apoio do PNDST/Aids surgiram também os SENALE (Seminários Nacionais de Lésbicas), considerados propulsores da emergência e fortalecimento de lideranças em âmbito nacional.

Em que pese ao envolvimento histórico do PNDST/Aids com o desenvolvimento de ações para lésbicas, no *site* do Programa estão disponíveis além das pesquisas citadas e de notas de divulgação de eventos, apenas dois documentos que fazem referência específica à palavra "lésbicas": um manual sobre Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais /GLBT elaborado em 2002 e o Programa Brasil sem Homofobia. Não há informações educativas, nem materiais que dêem subsídios, por exemplo, a profissionais de serviço especializado na assistência a pessoas vivendo com o HIV/Aids que precisem aconselhar casais soro discordantes formados por duas mulheres, no que diz respeito à prevenção.

O Ministério da Saúde (MS) acumula duas décadas de atenção à população GLBT. Nesse sentido, tem apoiado projetos nas áreas da prevenção das DST, disponibilizado assessoria jurídica e fortalecimento de redes; desenvolvido campanhas de comunicação e

ações para visibilidade da população GLBT como estratégia de promoção da saúde e promovido à participação desse movimento em instâncias consultivas. No âmbito institucional desde 2007, tem trabalhado na construção do Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS e outras DST, com ações para mulheres lésbicas, bissexuais e transexuais e do Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de AIDS e das DST entre gays, outros homens que fazem sexo com homens (HSH) e travestis (BRASIL, 2008).

No ano de 2010 o Ministério da Saúde apresentou a Política Nacional de Saúde Integral de Gays, Lésbicas Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (GLBT) para ser implementada no SUS. Sua formulação seguiu as diretrizes de Governo expressas no Programa Brasil sem Homofobia, que foi coordenado pela Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República (SEDH/PR) e que atualmente compõe o Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH 3) (BRASIL, 2010).

Com o atual alargamento da perspectiva da integralidade da atenção à saúde destes segmentos populacionais brasileiros, reconhece que a orientação sexual e a identidade de gênero constituem situações muito mais complexas e são fatores de vulnerabilidade para a saúde, não apenas por implicarem práticas sexuais e sociais específicas, mas também por exporem a população GLBT a agravos decorrentes do estigma, dos processos discriminatórios e de exclusão social, que violam seus direitos humanos, entre os quais, o direito à saúde, à dignidade, a não discriminação, à autonomia e ao livre desenvolvimento (BRASIL, 2008).

Desde a década de 80, o Ministério da Saúde adotou estratégias para o enfrentamento da epidemia do HIV/AIDS e contou para isso com a parceria dos movimentos sociais vinculados a defesa dos direitos da população GLBT. Esta estratégia fortaleceu a participação destes grupos na luta pela saúde. O posterior reconhecimento da complexidade da saúde de GLBT exigiu que o movimento social articulasse com outras áreas do Ministério da Saúde e, conseqüentemente, ampliasse o conjunto de suas demandas em saúde. A construção da Política Nacional de Saúde Integral para a população GLBT representa esse novo momento, resguardando as especificidades de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no que diz respeito ao processo saúde-doença (BRASIL, 2010).

O desafio da promoção da equidade para a população GLBT deve ser compreendido a partir da perspectiva das suas vulnerabilidades específicas, demandando iniciativas políticas e operacionais que visem à proteção dos direitos humanos e sociais dessas populações. Há um consenso sobre a necessidade do combate à homofobia no SUS, tendo como base o conceito de saúde da OMS, que entende que a proteção do direito à livre orientação sexual e identidade

de gênero não são apenas uma questão de segurança pública, mas envolve também, de maneira significativa, questões pertinentes à saúde mental e a atenção a outras vulnerabilidades atinentes a esses segmentos. O combate à homofobia é uma estratégia fundamental e estruturante para a garantia do acesso aos serviços e da qualidade da atenção (BRASIL, 2008).

Portanto a Política Nacional de Saúde Integral GLBT tem caráter transversal e, por isso, envolve todas as áreas do Ministério da Saúde tais como as relacionadas à produção de conhecimento, participação social, promoção, atenção e cuidado. Sua formulação contou com participação de diversas lideranças, técnicos e pesquisadores e foi submetida à consulta pública antes de ser apresentada e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS). Sua implementação requer desafios e compromissos das instâncias de Governo, especialmente das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, dos Conselhos de Saúde e de todas as áreas do Ministério da Saúde. Da mesma forma, é imprescindível a ação da sociedade civil nas suas mais variadas modalidades de organização que tencionam os governos para a garantia do direito à saúde (BRASIL, 2010).

Por outro lado, uma política de enfrentamento das iniquidades deste grupo, requer iniciativas estratégicas vigorosas, entre as quais se destaca a capacitação dos profissionais de saúde sobre as práticas sexuais e sociais de GLBT, questão fundamental para que o cuidado seja condizente com suas reais necessidades em saúde, superando a estrita associação da saúde dessas populações à epidemia de HIV/AIDS (BRASIL, 2008).

A Política GLBT é uma iniciativa para a construção de mais equidade no SUS. O compromisso do Ministério da Saúde com a redução das desigualdades constitui uma das bases do Programa Mais Saúde - Direito de Todos – (BRASIL, 2008), lançada em 2008 e que visa à reorientação das políticas de saúde com o objetivo de ampliar o acesso a ações e serviços de qualidade. Este Programa, espelhando esta política, apresenta metas específicas para promover ações de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com destaques para grupos populacionais de negros, quilombolas, GLBT, ciganos, prostitutas, população em situação de rua, entre outros (BRASIL, 2010).

Neste mesmo documento a Política GLBT tem como marca o reconhecimento dos efeitos da discriminação e da exclusão no processo de saúde-doença desses grupos. Suas diretrizes e seus objetivos estão, portanto, voltados para mudanças na determinação social da saúde, com vistas à redução das desigualdades relacionadas à saúde destes grupos sociais.

O Dossiê Saúde das Mulheres Lésbicas – Promoção da Equidade e da Integralidade (FACCHINI; BARBOSA, 2006) publicado pela Rede Feminista de Saúde apresenta dados

que evidenciam as desigualdades de acesso aos serviços de saúde pelas lésbicas e mulheres bissexuais. Com relação às mulheres que procuram atendimento de saúde, cerca de 40% não revelam sua orientação sexual. Entre as mulheres que revelaram 28% referem maior rapidez do atendimento do médico e 17% afirmam que estes deixaram de solicitar exames considerados por elas como necessários. Com relação ao exame preventivo de câncer cérvico uterino o referido dossiê cita dados da pesquisa realizada em 2002 pela Coordenação DST/AIDS do Ministério da Saúde que demonstram que entre as mulheres heterossexuais a cobertura na realização deste exame nos últimos três anos é de 89,7%. Já entre as lésbicas e mulheres bissexuais a cobertura cai para 66,7%, mesmo entre pessoas com maior escolaridade e renda (BRASIL, 2010).

Esta Política para a população GLBT está embasada nos princípios assegurados na Constituição Federal de 1988 (CF/88), que garantem a cidadania e dignidade da pessoa humana (Brasil, 1988, art. 1.º, inc. II e III), reforçados no objetivo fundamental da República Federativa do Brasil de “promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação” (BRASIL, 1988).

O direito à saúde compõe os direitos sociais e, para sua concretização, a Constituição dedicou à saúde um desenho bem arquitetado ao integrá-la ao Sistema de Seguridade Social. Desta forma, o desenvolvimento social passa a ser considerado como condição imprescindível para a conquista da saúde (BRASIL, 2010).

As discussões sobre as questões específicas envolvendo a homossexualidade feminina, ainda que surgidas na década de 80, no contexto do grupo SOMOS, não tiveram potência para modificar as relações de poder no interior do movimento. Esta situação favoreceu a manutenção da invisibilidade política de lésbicas e mulheres bissexuais. Cabe ressaltar que as lésbicas, por serem inicialmente excluídas como grupo com prática de risco, não foram contempladas nas ações de prevenção da AIDS. A aproximação destas mulheres com as agendas do movimento feminista proporcionou que temas como o machismo, a misoginia e a própria invisibilidade feminina, entrassem na pauta dos movimentos de lésbicas e mulheres bissexuais, qualificando as discussões e evidenciando as lutas por demandas específicas desses grupos (BRASIL, 2010).

A Política GLBT de 2010 enfatiza ainda que de modo geral, a demanda dos movimentos organizados GLBT envolve reivindicações nas áreas dos direitos civis, políticos, sociais e humanos, o que exige atuação articulada e coordenada de todas as áreas do Poder Executivo. Para o atual Governo, cuja diretriz é eliminar a discriminação e a marginalização, a Política GLBT representa mais um passo na mudança de posição histórica a qual estas

peças são submetidas na sociedade brasileira. É neste contexto que questões como a união civil, o reconhecimento das famílias homoparentais, a redução da violência, a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, entre outras situações de desigualdades de direitos, passam a compor o conjunto das agendas políticas Governamentais.

2.4 A situação das mulheres heterossexuais e homossexuais frente as DST.

As DST são doenças frequentes em todo o mundo, e que vem acometendo cada vez mais as mulheres e preocupando os profissionais da área de saúde pública, em especial aqueles que atuam na área da saúde da mulher. As DST são consideradas como processos infecciosos causados por um grupo heterogêneo de agentes, agrupadas devido à significância epidemiológica da transmissão por meio do contato sexual, embora este não seja necessariamente o único meio de transmissão (BRASIL, 2006).

Vários fatores interferem no seu controle, tendo, como destaque, o comportamento da população, as questões de gênero, a cultura e os costumes. A estimativa da Organização Mundial de Saúde/OMS é de que ocorram 340 milhões de novos casos de DST curáveis no mundo e, destas, cerca de 12 milhões no Brasil, representando a segunda maior causa de perda de vida saudável entre as mulheres de 15 a 49 anos (WHO, 2005).

No Brasil, devido à subnotificação, existe escassez de dados epidemiológicos, o que dificulta um conhecimento real do problema, dificultando a elaboração de estratégias eficazes para o seu controle. A elevada incidência associada à automedicação torna o problema das DST preocupante, pois muitos portadores deixam de ser orientados e tratados adequadamente, favorecendo a sua disseminação (BRASIL, 2001).

Outros fatores que agravam o problema é que, muitas vezes, os portadores têm receio em procurar um serviço de saúde devido ao constrangimento em expor a sua sexualidade, e por outro lado existe uma deficiência na abordagem por parte dos profissionais. (BRASIL, 2001).

Segundo Saito (2001), as DST são consideradas de alta transcendência pela elevada morbidade, por facilitar a transmissão do vírus HIV, pela possibilidade de transmissão vertical, pelo impacto psicológico que causam aos seus portadores e pelos elevados custos para a economia. São passíveis de prevenção e tratáveis na sua grande maioria, com exceção das doenças causadas por vírus.

Para o desenho de estratégias de prevenção e assistência, alguns fatores devem ser considerados: falta de preparo dos profissionais, que, muitas vezes, tratam as portadoras com preconceito e discriminação; irregularidade na disponibilidade de medicamentos e carência de sensibilidade e especificidade nas técnicas laboratoriais. O diagnóstico e tratamento tardios podem resultar em complicações para o indivíduo, além do risco de disseminação da doença (BRASIL, 2006).

As desigualdades de gêneros existentes, mais comumente nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, desempenham um fator a mais na determinação da vulnerabilidade feminina às DST (BASTOS, 2001). As mulheres são tratadas de forma assimétrica em termos políticos, culturais e socioeconômicos, compreendendo a não observância dos direitos fundamentais, relações desiguais de poder e acesso diferenciado a bens materiais e simbólicos.

De acordo com Silveira et al (2002), o papel atribuído as mulheres na sociedade, de mãe, esposa e cuidadora, assim como suas relações de submissão e dependência econômica dos parceiros dificultam o acesso à informações adequadas sobre as DST, suas formas de contágio e medidas de prevenção, aumentando ainda mais a sua vulnerabilidade.

Para Maia (2004), em muitos setores que dão atenção à saúde, as mulheres são tratadas como se não tivessem sexo/sexualidade, não havendo espaço para a abordagem de problemas concretos, muitas vezes, vivenciados por elas como sexo fora do casamento, diminuição da libido, não prazer sexual, homossexualidade, DST, gravidez indesejada, drogas e AIDS. Ao longo desses anos, percebe-se que as ações propostas para o enfrentamento da epidemia da AIDS e das DST em mulheres se deparam com o desafio de articular a prevenção e a assistência, no sentido de gerar autonomia sexual e reprodutiva, ao mesmo tempo em que se necessita agregar à discussão feminista, como uma crítica social mais ampla.

Estudo referente ao comportamento sexual dos brasileiros apontou que as relações estáveis são mais frequentes entre as mulheres do que entre os homens; porém, em contrapartida, são elas também as que menos usam o preservativo (BRASIL, 2001). Além disso, de acordo com o referido estudo, a mulher inicia sua vida sexual mais precocemente e de maneira mais fiel do que o homem.

As mulheres são especialmente mais vulneráveis às DST por características biológicas, tanto pela superfície vaginal, relativamente extensa, exposta ao sêmen, como pelas questões de gênero e o papel social da mulher. (SILVEIRA et al , 2002). Para Andrade (2002), essas desigualdades nas relações de gênero prejudicam as discussões em torno de uma prática sexual mais segura. As mulheres vivem em condições de vulnerabilidade em virtude

da submissão ao parceiro, e estes se expõem mais, por acreditarem serem fortes imunes à doença e terem a infidelidade como fato natural.

Além disso, o maior risco para DST, de acordo com Carret et al (2004), está associado à menor idade de iniciação sexual, à baixa escolaridade, à baixa renda, às relações desiguais de poder e à dependência econômica das mulheres, especialmente nos países em desenvolvimento.

Estudos como o de Fernandes et al (2000), demonstram que, para as mulheres, é mais difícil a negociação de uso de preservativos durante as relações sexuais. Elas deixam de se proteger, porque não se percebem sob risco de infecção, são submissas ao desejo do parceiro, delegam a eles a tarefa de tomar as decisões no que se refere ao preservativo, e para algumas, negociar sexo ainda é considerada tarefa exclusiva de prostitutas, entre outros motivos.

Galvão et al (2002) também reafirmam essa questão quando destaca que a falta de autonomia das mulheres nas relações conjugais fica evidente no fato de que a decisão em usar o preservativo parte do parceiro. As mulheres recusam-se a tomar a decisão ou mesmo solicitar o seu uso, por medo de colocar em risco o seu casamento e, às vezes, até sua integridade física. A tentativa de negociação pode ser traduzida como infidelidade feminina e é agravada quando associada a fatores como parceiro fixo, baixa renda e pouca escolaridade.

A vaginose bacteriana entre mulheres homossexuais tem sido associada a comportamentos como ter múltiplas parceiras sexuais ao longo da vida, compartilhamento de dildos sem proteção e ter sexo anal-oral. A vaginose bacteriana é uma afecção comum entre mulheres homossexuais e frequentemente é encontrada em ambas as parceiras de casais monogâmicas (MARRAZZO et al., 2002). Essa infecção bacteriana é a causa principal de descarga vaginal anormal, afetando entre 10 a 15% de mulheres em idade fértil, seguidas da candidíase e trichomoníase (OWEN; CLENNEY, 2004).

Para Almeida (2009) uma polêmica, também presente na literatura internacional, foi a possibilidade de infecção das mulheres homossexuais por vaginose bacteriana, que, assim como a candidíase, não foi considerada uma DST, mas seria de grande ocorrência entre essas população, em vários estudos epidemiológicos. A afirmação predominante foi a de que, embora a candidíase e a vaginose possam não ser estritamente consideradas DST, as mesmas poderiam, por serem infecções, constituir canais possíveis de infecção sexual. Alguns estudos epidemiológicos internacionais como de Marrasso et al (2002) foram afirmativos de que a vaginose bacteriana poderia aumentar a transmissão do HIV em até três vezes, bem como a candidíase. Nestes estudos, a hipótese aventada foi que isto ocorreria porque, mesmo não sendo uma DST, a vaginose bacteriana e a candidíase, causaria um processo inflamatório

local, um acúmulo de linfócitos pelos quais o vírus HIV tem maior tropismo, o que afetaria diretamente as mulheres homossexuais.

A candidíase vulvovaginal é uma das infecções mais comuns na prática ginecológica. Estudo desenvolvido na Universidade de Michigan estimou que provavelmente 55,7% de todas as mulheres terão pelo menos um episódio de vulvovaginite por *Cândida sp* ao longo de suas vidas (FOXMAN, 2000). A incidência da candidíase vaginal na Inglaterra varia entre 28 e 37% das mulheres e nos Estados Unidos, a incidência desta infecção tem apresentado crescimento acentuado, constituindo, deste modo, a segunda causa de vaginite (JUNIOR et al, 2011). Porém, como destacam Ribeiro et al (2001), no Brasil, os dados epidemiológicos acerca deste agravo ainda são bastante escassos.

Do ponto de vista da relação saúde e homossexualidade, não está claro que indagações sobre práticas sexuais mereceriam inclusão em estudos epidemiológicos para identificação de riscos para DST. Estas, entre tantas outras questões, são desafios conceituais a serem enfrentados na busca do melhor entendimento desse universo. As ideias de que entre duas mulheres as relações são mais duradouras, de que o número de parceiros (as) sexuais é menor, e de que a simultaneidade das parcerias é incomum, são fatores que contribuem para diminuir o risco de DST nessa população, porém não se baseiam em evidências científicas (FACCHINI; BARBOSA, 2006).

Para estes mesmos autores se, internacionalmente, os estudos sobre saúde e homossexualidade feminina ainda não conseguiram fornecer os subsídios necessários para o esclarecimento da existência de demandas e riscos específicos, os dados disponíveis no Brasil são ainda mais escassos, necessitando assim de cada vez de pesquisas sobre o assunto.

Desta forma, as questões referentes à saúde sexual desta parcela da população são preocupantes pela existência de poucas informações disponíveis sobre este assunto no Brasil, e por haver maior vulnerabilidade entre mulheres que fazem sexo com mulheres devido a menor frequência de realização de exames preventivos, menos solicitação de exames pelos profissionais da saúde, e por essas mulheres nem sempre realizarem os tratamentos, ou realizarem apenas quando surgem complicações com maiores agravos à sua saúde (FACCHINI; BARBOSA, 2006).

Além disso, como já citado anteriormente, a menor procura dos serviços de saúde pode estar relacionada à discriminação ou despreparo dos profissionais para atendê-las, negação do risco pelas mesmas e dificuldades em assumir a sexualidade. A consulta ginecológica é, para a mulher e para o profissional, um momento delicado. A comunicação é muito importante para fortalecer a relação interpessoal, de forma que essas mulheres fiquem à

vontade para falar abertamente sobre sua orientação sexual e expor suas inquietações, pois para a maioria delas, é um momento de exposição da intimidade física e comportamental.

As mulheres homossexuais por terem quase que exclusivamente o sexo oral como prática sexual, muitas das vezes repudiam o uso do condom, pois acreditam que esse diminui a sensibilidade e o prazer (PINTO, 2004).

Coincidentemente, as representações das mulheres homossexuais acerca do profissional ginecologista têm por referência ser um médico que trata de DST enquanto uma patologia proveniente do sexo com homens, do qual, portanto, não fazem parte do seu universo, uma vez que mantêm práticas sexuais exclusivamente com mulheres (BARBOSA; FACCHINI, 2009).

Para Almeida (2009) até a década de 1990, no Brasil a possibilidade de infecção do corpo da mulher homossexual foi pouco cogitada na cena pública da AIDS, na política de saúde e no repertório do próprio movimento homossexual. Esta situação também teve estreita relação com a forma como foi pensada a propagação do vírus pela epidemiologia: pautada na ideia da necessidade de partilha de fluidos corporais, a ausência de penetração e de contato com esses fluidos fariam desse corpo lésbico, um corpo infenso à infecção por HIV, em sentido inversamente proporcional ao corpo gay, que foi alçado ao epicentro da epidemia. No processo histórico da epidemia foi ocorrendo, entretanto, a substituição do conceito epidemiológico de grupos de risco pelo de comportamento de risco. Isto ocorreu a partir da constatação da feminilização, interiorização, juvenilização e expansão da AIDS junto ao público que se autodefinia como heterossexual, daí ter-se apresentado também a possibilidade da lésbica como mais um sujeito da epidemia (ALMEIDA, 2009).

Este mesmo autor relata que em 1994, uma publicação do Coletivo de Feministas Lésbicas afirmou que com relação à AIDS e ao HIV existia “uma lacuna, completa ausência de serviços de educação e prevenção adequada às lésbicas, no combate não só da AIDS, mas das DST” (COLETIVO DE FEMINISTAS LÉSBICAS - CFL, 1994, p. 20). A publicação afirmou a importância da temática argumentando que o vírus HIV estava se espalhando de forma incontrolável na população brasileira, “sem distinção de orientação sexual, idade, cor, classe social” (op.cit) e que entre as mulheres a incidência vinha aumentando mais rapidamente que entre os homens, sendo portanto, errôneo acreditar que lésbicas são grupo de risco zero.

Pesquisas realizadas no Brasil (PINTO 2005 e MOURA, 2009) identificam situações de possível transmissão nesse segmento populacional, considerando não apenas as práticas homoeróticas, mas também no que se refere à possibilidade de relações com homens. Os

autores alertam para o compartilhamento de dildos e vibradores e para as práticas de sexo oral durante o período de menstruação, ambos sem proteção, como fatores de risco nas práticas entre mulheres. Também se destacam os riscos relacionados à mudança frequente de parceiros e o trânsito entre práticas homo e heterossexuais.

É fato reconhecido em todo mundo que o cuidado com a saúde das mulheres tem conhecido avanços significativos nas últimas décadas. Poucos trabalhos de pesquisa, entretanto, estudam especificamente o impacto desses avanços para as mulheres lésbicas ou bissexuais. Grande parte desse público não se enquadra no modelo prioritário da atenção básica, que ainda se refere em grande parte à saúde materno-infantil (ALMEIDA, 2009).

A existência de um risco diminuído de transmissão de DST nas práticas sexuais entre mulheres homossexuais resulta, muitas vezes, na despreocupação por parte do profissional de saúde em relação às abordagens de prevenção às DST, AIDS e hepatites virais, nesse grupo. O fato de uma mulher se declarar lésbica não significa que ela não possa ter práticas sexuais de risco. Neste contexto, o Ministério da Saúde ressalta que promover, de forma permanente e continuada, a equidade para esta parcela da população significa entendê-la em suas vulnerabilidades específicas (BRASIL, 2010).

Estudos de larga escala entre norte-americanas, como o de Carrol (2010) demonstram que mulheres lésbicas possuem uma maior tendência ao tabagismo, ingestão de álcool e uso de outras drogas (fatores associados ao sofrimento mental, em virtude do alto grau de preconceito e rejeição), a um maior índice médio de massa corporal, a serem nulíparas, não utilizarem contraceptivos orais, não amamentarem e realizarem menos exames preventivos.

Para Bailey et al. (2004) com relação às DST entre mulheres homossexuais, os estudos se concentram em duas vertentes. A primeira questiona a noção vigente de que essas mulheres não têm DST e revela que essas patologias constituem um problema de saúde entre elas, ainda que menos prevalentes do que entre as mulheres heterossexuais.

Para esta mesma autora a segunda vertente preocupa-se em identificar as formas e fatores associados à transmissão de DST entre mulheres homossexuais, tais como: número de parceiros(as), frequência de relação sexual, tipos de práticas sexuais e de higiene, sendo que a tricomoníase, herpes genital e lesões por HPV foram observadas sem história de contato sexual com homens. A proporção de vaginose bacteriana encontrada em estudos recentes tem sido consistente e surpreendentemente alta, estando associada ao número de parceiras e ao tabagismo, mas não necessariamente ao contato sexual com homens. A frequência de relações sexuais entre mulheres parece ser uma variável que explica melhor a ocorrência de DST na

vida do que o número de parceiras, pois segundo Bailey et al, (2004) as mulheres homossexuais parecem manter uma atividade sexual mais intensa.

Um dos desafios para o estabelecimento de associações com as questões de saúde afetas a esse grupo, e em particular as relativas a infecções sexualmente transmissíveis, é a variação das parcerias sexuais e de seu padrão de ocorrência ao longo da vida. Uma mulher pode ter relações com outras mulheres de forma eventual ou mais regular, variando este padrão ao longo do tempo. A mesma mulher pode, ainda, ter relações com parceiras de comportamento exclusivamente homossexual ou parceiras que tenham relações com homens de forma esporádica ou regular. Pode ainda, ela própria, ter relações com homens de forma esporádica ou regular. E esses homens podem ser bissexuais, padrão aparentemente não raro nos circuitos não heterossexuais, conforme apontado por autores como Fethers et al. (2000).

Embora a prevalência das DST pareça ser similar entre mulheres homossexuais e heterossexuais, o que varia são as taxas e os tipos de infecções. Entre as mulheres homossexuais são mais frequentes a vaginose bacteriana e a candidíase, ao passo que chlamydia, gonorréia e Doença Inflamatória Pélvica/DIP não são muito comuns. (McNAIR, 2003). Também as chamadas blood borne viruses (HIV, hepatites B e C) não parecem ser comumente transmitidas neste segmento. Entretanto, há evidências de que HPV e Herpes podem ser transmitidos sexualmente entre mulheres. A infecção por HPV, que é necessária, mas não suficiente para o desenvolvimento de câncer de colo, pode ser transmitida de mulher para mulher por contato pele-pele e pele-mucosa. (op.cit)

Embora haja a crença de que as mulheres homossexuais constituem um grupo de baixíssimo risco para o HIV, a prevalência da infecção nesse grupo, em termos populacionais, é desconhecida. Nos EUA, apesar de escassos, os estudos de HIV entre mulheres homo e bissexuais revelam resultados inesperados. A prevalência de infecção por HIV é maior em mulheres que fazem sexo com homens e mulheres, comparadas às exclusivamente homo e heterossexuais. O risco acrescido se vê associado a sexo desprotegido com homens e uso de drogas injetáveis. Embora já se admita a possibilidade de ocorrer transmissão do HIV entre mulheres homossexuais, sua magnitude é desconhecida, assim como a devida à inseminação artificial com sêmen não testado. Estudos sobre percepção de risco para transmissão do HIV são mais raros ainda e demonstram que a maioria das mulheres homossexuais se considera de baixo risco (FISHMAN; ANDERSON, 2003).

Fatores que deixam a mulher homossexual em estado de vulnerabilidade também estão ligados a aspectos históricos e culturais, como o uso do preservativo estar relacionado à prostituição, práticas promíscuas e relações extraconjugais, resultando em uma má reputação

de seu uso (SILVA; LOPES; MUNIZ, 2002). Ainda de acordo com Olivi, Santana e Mathias (2008) a maioria das mulheres associa o uso do preservativo como forma de evitar uma gravidez não planejada e não especificamente como prevenção para DST. Um estudo desses autores, realizado com mulheres de 50 anos ou mais evidenciou que a baixa percepção do risco para uma DST está relacionada à sensação de proteção, principalmente quando são casadas ou têm parcerias fixas e estáveis, assim como quando não têm mais a possibilidade de engravidar.

O aumento de mulheres infectadas com DST/HIV e as graves consequências resultantes dessas patologias, especialmente quando não tratadas, levantaram a necessidade de questionamentos acerca do problema. Acredita-se que o controle e tratamento dessas patologias são possíveis, desde que o acesso aos serviços de saúde seja facilitado e haja um atendimento adequado, disponibilidade de medicamentos, preservativos e profissionais da saúde devidamente capacitados para o aconselhamento dos portadores e suas parcerias, independente se sua orientação sexual. (BRASIL, 2001).

3. CAPÍTULO III - REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

3.1 Teoria das Representações Sociais

Nesta pesquisa adotou-se a Teoria das Representações Sociais/TRS proposta por Serge Moscovici, na perspectiva processual. A referida teoria, como instrumento de conhecimento da realidade, permite evidenciar uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito. Diante disso pode-se dizer que as representações sociais são afirmações e explicações que surgem na vida cotidiana entre os indivíduos (MOSCIVICVI, 2012).

Segundo Lane (1995, p. 59), a representação social é a verbalização das concepções que o indivíduo tem do mundo que o cerca. Não se trata, porém, de um sujeito sozinho, mas de um sujeito em constante atividade e relação com o mundo e, ao mesmo tempo, responsável pela construção de si próprio e do mundo.

Pode-se dizer que representações sociais, segundo Jodelet (2001, p. 22) são:

“uma forma de conhecimento socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”.

Para Jovchelovitch e Guareschi (2009), o conceito de Representações Sociais é composto de diversos elementos que se apresentam ligados: é um conceito dinâmico e explicativo, tanto da realidade social, como física e cultural; possui uma dimensão histórica e transformadora; junta aspectos culturais, cognitivos e valorativos, isto é, ideológicos; está presente nos meios e nas mentes, isto é, ele se constitui numa realidade presente nos objetos e sujeitos; é um conceito sempre relacional e, por isso mesmo, social.

A teoria das Representações Sociais/TRS, segundo Farr (2012, p.46) é uma forma sociológica de Psicologia Social, originária da Europa, com a publicação feita por Serge Moscovici, pesquisador romeno radicado na França, em 1961, através de seu estudo “La Psychanalyse: son image et son public”. Este estudo pioneiro trata do fenômeno da socialização da Psicanálise, da sua apropriação pela população parisiense e do processo de sua transformação para servir a outros usos e funções sociais. Com isso, Moscovici partindo da tradição sociológica do conhecimento, começava a desenvolver uma psicossociologia do conhecimento.

A TRS, formulada no final dos anos 50, vem marcando uma nova etapa na história da Psicologia, à medida que contribui para quebrar com o uso tradicional de modelos funcionalistas e behavioristas, os quais apresentam a limitação de reduzir o conhecimento a simples disposições de respostas.

O conceito de representação social enfatiza que o indivíduo é produto da sociedade, que é dinâmica e fluida. O processo criativo de elaboração cognitiva e simbólica passou a ser compreendido como caracterização da representação social, que serve como orientador dos comportamentos humanos.

A partir da década de 60, Serge Moscovici apoiou o desenvolvimento de sua teoria nos fundadores das ciências sociais na França, especialmente em Durkheim, que utilizou a denominação de que representações coletivas e é um dos fundadores da sociologia moderna. Por isso, a teoria de Moscovici foi classificada como uma forma sociológica da Psicologia Social (FARR, 2012).

Ao propor que se estudasse a representação social, Moscovici volta-se para o campo sociológico, e não psicológico de Psicologia Social, pois, ao avançar no campo da Sociologia, entra no estudo das representações coletivas, e no campo da Psicologia, avançaria no estudo das representações individuais, o que, segundo alguns críticos, é uma perspectiva que não daria conta das relações informais, cotidianas da vida humana, em um nível mais social ou coletivo (SÁ, 1996).

Segundo Guareschi (2000, p. 40), Moscovici

“organiza os pressupostos básicos de sua teoria ao redor da complexidade do mundo social, e proposadamente abandona o microscópio, pois não lhe interessa as células e os genes, mas os seres humanos no contexto amplo das relações sociais.”

Para Moscovici (2003), é mais oportuno, num contexto moderno e em função da complexificação do mundo contemporâneo, investigar representações sociais do que representações coletivas.

Segundo Farr (2012), as representações coletivas que Durkheim descreve eram um objeto de estudo mais apropriado para um contexto social menos complexo, um contexto estático e tradicional, no qual as mudanças ocorrem lentamente.

O conceito de representações sociais provém da definição de representações coletivas de Durkheim. Contudo, segundo Moscovici a noção de representações coletivas de Durkheim referia-se a um pensamento coletivo de sociedades pouco dinâmicas em que as

interações intergrupais tinham pouca influência na elaboração de representações. Já as representações sociais são um fenômeno de sociedades modernas que apresentam um ambiente mais ativo de interações entre diferentes grupos, cada vez mais consolidados, emancipados e diferenciados para se articular, absorver e constituir os fenômenos sociais (MOSCOVICI, 2003).

Com esses pressupostos fundamentais, as representações sociais abrem novo espaço para captar e analisar a diversidade de significados oriundos dos diversos grupos sociais. Isto porque as sociedades modernas são caracterizadas pelo pluralismo, pela polirreligiosidade e pela rapidez com que as mudanças econômicas, políticas, e culturais acontecem, sem que se possa esquecer a convivência de conceitos, valores, imagens e ideologias. Dessa forma, ao substituir o termo de representações coletivas por sociais, Moscovici contribui significativamente para modernizar o instrumento teórico à disposição das Ciências Sociais, tornando-o mais adequado à natureza dos fenômenos investigados.

Segundo Moscovici (2012), o conceito de representações coletivas não era compatível com essa nova sociedade, porque não dava conta dos novos fenômenos detectados, pelos seguintes motivos: em primeiro lugar, o conceito durkheimiano abrangia uma gama muito ampla e heterogênea de formas de conhecimentos e, para Moscovici, as Representações Sociais deveriam ser reduzidas a “uma modalidade de conhecimento que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos no quadro da vida cotidiana” (SÁ, 1996, p. 23). Em segundo lugar, a concepção de Durkheim era estática, o que não correspondia à plasticidade, mobilidade e circulação das representações contemporâneas emergentes (SOUZA, 2005).

Em terceiro lugar para esta mesma autora, as representações coletivas eram vistas como dados, como entidades explicativas absolutas, irredutíveis por qualquer análise posterior, e não como fenômenos que deveriam ser explicados.

A psicologia social, pelo contrário, segundo Moscovici, caberia penetrar nas representações para descobrir a sua estrutura e os seus mecanismos internos (SÁ, 1996, p. 23).

Moscovici (2003) ainda refere não de forma definitiva, que por Representações Sociais entendemos um conjunto de conceitos, proposições e explicações originado na vida cotidiana no curso de comunicações interpessoais. Elas são o equivalente em nossa sociedade, aos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais, podem também ser vistas como a versão do senso comum.

É importante salientar que Moscovici sempre se recusou a dar uma definição, ou a conceituar Representações Sociais, pois achava que, ao apresentar uma definição precisa,

poderia incorrer na redução do alcance conceitual do fenômeno das representações sociais. Mas na prática por meio de suas obras e pesquisas já publicadas, podem-se visualizar as Representações Sociais como fenômenos que ainda estão precisando de investigação (SOUZA, 2005).

Para Moscovici (2012, p. 23),

Esses conjuntos de conceitos, afirmações e explicações, que são as Representações Sociais, devem ser consideradas como verdadeiras 'teorias' do senso comum, 'ciências coletivas', pelas quais se procede à interpretação e mesmo a construção das realidades sociais.

Mas Moscovici apoiou-se, também em outros pensadores que, segundo ele, precisavam ser retomados. Em Lévy-Bhrul, valeu-se de sua contribuição na área da Antropologia; em Freud, na Psicanálise, buscou a chave para os processos inconscientes que determinam a produção de saberes sociais; em Piaget, embasou-se na Psicologia do desenvolvimento das estruturas cognitivas e, em Vigotsky, procurou a gênese profundamente social da construção do saber, rompendo com as dicotomias que separam a ontogênese da sociogênese, resgatando o entendimento de que o saber social é simbólico e, enquanto tal, é de uma só vez produto da ação, da comunicação e da construção do sujeito (JOVCHELOVITCH, 2008). Segundo a autora citada, nesses teóricos são encontradas, portanto, as fontes que orientam a TRS e a forma como conceitua a produção dos saberes sociais.

As representações sociais desempenham na sociedade, importante contribuição para a formação de condutas, orientando relações e comunicações. Na opinião de Moscovici (2012), as representações sociais são entidades quase tangíveis, pois elas circulam, cruzam-se e se cristalizam, incessantemente, por meio de uma fala, um gesto, um encontro, em nosso universo cotidiano.

Nessa citação, percebe-se a importância, que Moscovici dá ao grupo social a que o indivíduo pertence, pois, quando estamos reunidos em torno de um grupo, passamos a sentir e a pensar de forma diferente de quando estamos sozinhos, porque a partir dessa interação com os demais, a consciência coletiva passa a vigorar afetando o comportamento do indivíduo (SOUZA, 2005).

As representações sociais são uma organização de opiniões, atitudes, crenças e informações determinadas pelos sujeitos, seu contexto e seus vínculos (ABRIC, 2001) e que neste estudo enfoca o grupo de mulheres homossexuais sobre às DST.

Esta teoria parte da ideia de que os grupos e as sociedades têm conhecimentos compartilhados sobre a realidade que os circundam que podem engendrar práticas e atitudes em relação aos mesmos. Elas permitem compreender de que forma um fenômeno se insere numa sociedade, a forma pela qual ele é entendido, comunicado, explicado, relacionado a forma como se age em relação a ele. Desta forma, segundo Moscovici (2003) uma das funções das representações sociais seria a de elaborar comportamentos e comunicações entre indivíduos, além de ressaltar a tendência das representações sociais em transformar algo não-familiar em familiar. Para este mesmo autor (op.cit; p. 46), “as Representações Sociais devem ser vistas como uma maneira específica de compreender e comunicar o que já sabemos”.

A elaboração das Representações Sociais está vinculada a dois processos básicos geradores que são a objetivação e ancoragem (amarração).

Para o teórico, o propósito de todas as representações é o de transformar algo não-familiar em familiar. O processo de ancoragem, por sua vez, ajuda a tornar familiar aquilo que não é familiar (apresenta-se, até então, como desconhecido). Em outras palavras, ancorar é trazer para categorias e imagens conhecidas o que ainda não está classificado e rotulado, ou ainda, tem a função de duplicar uma figura por um sentido, de fornecer um contexto inteligível ao objeto, interpretá-lo (JODELET, 2001).

Segundo Moscovici (2012), ancorar é classificar e denominar, pois coisas não classificadas nem denominadas são estranhas, não existentes e ao mesmo tempo ameaçadoras.

A objetivação é o processo pelo qual se procura tornar concreta, visível uma realidade, ou seja, designa a passagem de conceitos e ideias para esquemas ou imagens concretas; tem a função de duplicar um sentido por uma figura, de dar materialidade a um objeto abstrato (JODELET, 2001).

Para Jodelet (2001, p. 17),

O Processo de ancoragem articulado dialeticamente com o processo de objetivação articula três funções básicas da representação: 1) a função cognitiva de integração da novidade, que permite entender como a significação é conferida ao objeto representado, 2) a função de interpretação da realidade, que permite compreender como a representação é utilizada como sistema de interpretação do mundo social e instrumentaliza a conduta e 3) a função de orientação das condutas e das relações sociais, que permite compreender como se dá sua interpretação em um sistema de recepção e como influenciam e são influenciados pelos elementos que aí se encontram.

Ainda de acordo com Jodelet (2001), pode-se perceber que os dois processos, objetivação e ancoragem integram-se uma ao outro, não podendo nenhum deles ser analisado de forma independente, ou seja, a ancoragem está, dialeticamente, articulada a objetivação.

A autora comenta ainda que o resultado da integração desses dois processos constitui-se em um ingrediente básico no processo que gera as representações sociais, possibilitando uma compreensão maior sobre os fenômenos que ocorrem no mundo social.

Desta forma este referencial teórico proporcionou suporte a este estudo, pois a TRS propicia sustentação teórico-metodológica adequada para a compreensão de objetos de estudo psicossociológicos., como é o caso das DST para o segmento de mulheres homossexuais.

Vale ainda ressaltar uma noção básica relacionada à representação que é o fato de toda representação ser uma representação de alguém sobre alguma coisa. Portanto, buscou-se a compreensão usando a teoria na tentativa de entender experiências cotidianas das mulheres homossexuais sobre as DST e suas ações e reações de prevenção e cuidados diante do significado da possibilidade de adquirir tais patologias.

No caso de representações sociais, estas são produzidas por grupos sociais específicos, com características próprias. Apesar disso, Potter e Litton (1995) ressaltaram que muitas pesquisas em representações sociais preocuparam-se pouco com a definição e caracterização dos grupos estudados.

Além disso, este pressuposto implica que nem todo o fenômeno ou objeto possui uma representação para todos os grupos sociais. Contudo, é de se esperar que muitos assuntos acabem sendo relevantes para mais de um grupo social, tornando necessário um recorte multigrupal e, mesmo, intergrupal para uma análise mais completa de suas representações sociais, uma vez que estas são formadas num campo de interações sociais, explícitas ou implícitas, em que as representações de um grupo, por mais invisível que este seja, acabam gerando reações e contra-reações em outros grupos/sujeitos sociais (SCARDUA; SOUZA FILHO, 2006).

Para Queiroz (2002) os enfermeiros e a Enfermagem em si, estão tradicionalmente vinculados a modelos tecnicistas, como o biomédico, e com isso as representações sociais não constituem conceito fácil de operar, principalmente por envolver questões pertencentes a esse âmbito da Psicossociologia. No entanto é algo, segundo a autora, que a enfermagem vem cada dia mais lançando esforços para desenvolver estudos e pesquisas dentro desta Teoria.

A despeito desse assunto, a rigor, esse conceito na atualidade, tem sido muito empregado por pesquisadores, não somente da Psicologia e Sociologia, mas também, daqueles que desenvolvem estudos na área da saúde e, mais especificamente da Enfermagem.

Essa tendência é digna de nota, particularmente quando se considera que as questões que afligem as usuárias que recebem cuidados da equipe de saúde precisam ser contempladas com o apoio de modelos teóricos situados para além das dimensões biomédicas e/ou individuais (QUEIROZ, 2002).

Partindo-se do pressuposto de que a possibilidade de se adquirir uma DST em mulheres homossexuais envolve tanto os aspectos biológicos, sociais e psicológicos, que sofrem influência do meio social em que vivem, tornou-se de suma importância estudar esta problemática na perspectiva das Representações Sociais, uma vez que, esta teoria vem contribuindo para entender o complexo saúde-doença de forma mais abrangente e completa.

Muitas questões se colocam para os pesquisadores envolvidos com estudos relativos à homossexualidade. Há uma grande diversidade na forma de se conceber a mesma tanto no discurso acadêmico quanto no senso comum. Apesar desta dificuldade conceitual, sabemos existir uma esfera de intercâmbio e debate intra e intergrupais a respeito da homossexualidade que modifica e/ou fixa certas realidades sociais.

As RS devem ser estudadas relacionando elementos afetivos, mentais e sociais, integrando a cognição, a linguagem e a comunicação, as relações sociais. Com isso, Jodelet (2001), sugere que para se atingir as RS sobre um objeto é preciso responder a três perguntas básicas: Quem sabe e a partir de onde sabe? O que e como sabe? Sobre o que sabe e com que efeito? Essas perguntas relevam três planos, no primeiro questiona as condições de produção e de circulação das RS, no segundo os processos e estados das RS e finalmente, no terceiro o estatuto epistemológico das RS.

Com base no exposto acima, se pôde analisar e compreender sob à luz da TRS, como as mulheres homossexuais representam as DST, a partir de onde sabem e as ações que estas desencadeiam, entendendo como essas mulheres assumem atitudes de prevenção e de cuidados que as tornam (in)vulneráveis as DST.

3.2 Caminho metodológico

Com base no objeto de estudo e nas questões norteadoras, optou-se pela realização de um estudo descritivo com abordagem qualitativa que segundo Polit, Beck e Hungler (2004, p. 270) “baseia-se na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e tal como ela é definida por seus próprios atores”.

Nesta mesma perspectiva, Minayo (2011, p. 21) complementa descrevendo que:

“a pesquisa qualitativa ocupa-se com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, correspondendo a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos, algo que nesta pesquisa é de suma importância”.

Com base no exposto, foi possível sob a TRS na perspectiva processual de Jodelet construir um conhecimento do senso comum sobre as DST em mulheres homossexuais, o que pode vir a subsidiar a qualidade da assistência prestada pelo enfermeiro no campo da ginecologia.

Nesse sentido, as participantes deste estudo foram mulheres adultas que referiram ser homossexuais. Os critérios de inclusão utilizados foram: ter acima de 18 anos, ter vida sexual ativa com outras mulheres de forma exclusiva nos últimos 5 anos, e aceitar participar desta pesquisa, em caráter voluntário. Esses critérios foram ainda de suma importância visto que para que existam representações sociais de algo é necessário que o objeto de representação tenha uma espessura e relevância social para o grupo estudado (SÁ, 1998, p. 23).

Como critérios de exclusão foram levados em conta o desejo de não participar da pesquisa, adolescentes homossexuais (a idade abaixo de 18 anos) e mulheres hetero ou bissexuais. As mulheres bissexuais foram excluídas por apresentarem relações sexuais também com homens, fator que com certeza tem influencia nas representações das DST, assim como em suas medidas de prevenção.

Quando se trata do número de participantes para a pesquisa, seguimos a orientação de Oliveira (2000), quando destaca que ao se tratar de estudos de representações sociais e da composição de grupos de estudo recomenda, que em grupos homogêneos, o quantitativo não deve ser menor que 30 participantes, dependendo do universo. Já em grupos heterogêneos, o quantitativo não deve ser menor que 40 a 50 sujeitos por segmento. Reforçando essa análise,

Sá (1998, p. 91) enfatiza a importância de um número significativo de sujeitos para que se possam identificar os diferentes aspectos das representações, ou seja, uma boa quantidade de posicionamento específicos dos sujeitos. Desta forma, trabalhamos nesta pesquisa com 30 participantes.

Com a finalidade de captar as entrevistadas foi utilizado como cenário o Instituto de Atenção Básica São Francisco de Assis da Universidade Federal do Rio de Janeiro/HESFA/UFRJ. Os setores desta instituição que foram selecionados foram: a Unidade de Cuidados Básicos no segmento da Consulta de Enfermagem Ginecológica, o Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/HIV/AIDS e Hepatites virais e a Estratégia de Saúde da Família. Esses setores foram escolhidos por serem referências na área ginecológica, da sexualidade humana e das DST/aids dentro do município do Rio de Janeiro, além de serem os setores onde são trabalhados as questões referentes à prevenção e também o tratamento de DST, nesta instituição.

Assim sendo, estas escolhas basearam-se nas recomendações de Alves-Mazzotti e Gewandsznajder (2002), quando dizem que o pesquisador deve preconizar na escolha do cenário as questões de interesse do estudo, as condições de acesso e a permanência no campo.

Para a coleta de dados foram utilizados três instrumentos, um inicialmente para a Técnica da Associação Livre de Ideias (ALI), outro para captar o perfil sócio econômico demográfico das depoentes e, por fim, o roteiro de entrevista semi-estruturado.

A ALI (Apêndice A) trata-se de uma técnica em que são fornecidas algumas palavras estímulo para que o sujeito possa associar às ideias que passam pela sua mente de forma espontânea (SÁ, 1998). Esta técnica teve a finalidade de realizar a coleta da representação na sua forma mais ingênua e legítima, sem ser fruto de um discurso elaborado, por isso é recomendado que seja o primeiro a ser aplicado.

Este teste é utilizado para fazer surgirem de forma livre, associações relativas às palavras exploradas ao nível dos estereótipos sociais, espontaneamente partilhadas pelos indivíduos de cada grupo social (BARDIN, 2011).

Esta técnica permite ainda, destacar os elementos que ficam mascarados com a técnica da entrevista, além de se tratar de uma estrutura cognitiva e não inata, ou seja, submetida à influência do meio cultural e de comunicações de massa (BARDIN, 2011).

A ALI também é destacada por Bauer e Gaskell (2002) quando afirmam que esta técnica pode ser iluminadora, quando se quer descobrir como as pessoas imaginam uma definição e para compreender a gama de outros conceitos e ideias relacionadas com o assunto.

As questões que nortearam a técnica da ALI neste trabalho foram: Diga até três palavras que lhe vem em sua mente quando falo *mulher homossexual*; Diga até três palavras que lhe vem em sua mente quando falo *DST* e Diga até três palavras que lhe vem em sua mente quando falo *mulher homossexual com DST*. Cada termo indutor foi perguntado separadamente, na ordem apresentada.

O Segundo instrumento utilizado foi um formulário para captar o perfil sócio econômico demográfico (Apêndice B) das participantes. Este instrumento constou de dados de identificação, informações relacionadas à saúde sexual e reprodutiva.

As variáveis de identificação foram: idade, religião, bairro onde reside, naturalidade, etnia/cor autodeclarada, nível de escolaridade, renda individual e familiar, estado civil/situação conjugal e composição familiar. As informações relacionadas à saúde sexual e reprodutiva dos sujeitos foram: sexarca, vida sexual ativa, frequência sexual, tipos de parcerias sexuais em números, uso do preservativo, utilização de objetos eróticos durante a prática sexual, histórico de DST bem como a história obstétrica pregressa.

Por último, foi aplicado o roteiro de Entrevista Semi-Estruturada (Apêndice C) onde buscou-se os conteúdos e sentidos das DST, se acreditam ser vulneráveis a essa infecção, como lidam ou lidaram com a presença dela (caso fosse o caso), bem como quais são as estratégias que estas mulheres acreditam serem eficientes para evitar o aparecimento das DST e os possíveis cuidados frente a esses agravos de saúde feminina.

Para Polit, Beck e Hungler (2004), a entrevista semiestruturada é usada quando o alvo do pesquisador é elucidar as percepções de mundo do respondente sem imposição do pesquisador. Os autores destacam ainda que esse tipo de entrevista não é totalmente estruturada, deixando livre o entrevistador para mudar a sequência das perguntas, introduzir outras ou até mesmo retirar algumas, ou seja, mantém apenas um roteiro para guiar o pesquisador.

Com relação às etapas de coleta de dados, as mulheres que participaram desta pesquisa foram selecionadas, segundo os critérios de inclusão e exclusão deste estudo e captadas durante a assistência prestada tanto na Consulta de Enfermagem Ginecológica, como no Centro de Testagem e Aconselhamento e na Estratégia de Saúde da Família do Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis.

É importante ressaltar que a grande maioria dessas mulheres já tinha sido assistida por mim, enquanto residente e depois como enfermeiro da ESF. Neste sentido, elaborei um cadastro com o contato dessas mulheres, por serem participantes em potencial de minha pesquisa. Outras participantes foram captadas pelos profissionais desses setores que

sensibilizados com a minha busca pelos sujeitos, me passavam os contatos das mulheres que se declaravam homossexuais.

Assim, tão logo obtive a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA, entrei em contato telefônico com as possíveis depoentes e, com aquelas que aceitavam em participar, agendava conforme sua disponibilidade, o dia e a hora para iniciar a coleta de dados em local de preferência da participante. Ao nos encontrarmos, era mais uma vez, perguntado as mulheres sobre o seu desejo em participar da pesquisa, após explicar os objetivos da mesma e lermos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/TCLE era iniciada a coleta de dados. É importante ressaltar que todas as entrevistas foram em espaço reservado, somente com a presença do pesquisador, o que promoveu privacidade as participantes.

As etapas das coletas de dados iniciava com a Técnica da ALI, em seguida aplicava o formulário para traçar o perfil sócio econômico demográfico e, por fim, a entrevista semi-estruturada. A importância de termos mais de uma técnica de coleta de dados numa pesquisa qualitativa e na TRS se deve ao fato pela busca da triangulação dos dados, assim como, ser um critério de confiabilidade e credibilidade (ALVES MAZZOTI, 2000).

Com o objetivo de cumprir os aspectos éticos da pesquisa de acordo com as determinações do Conselho Nacional de Saúde através da Resolução número 466/12, foi elaborado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo A), tendo em vista o respaldo necessário para a realização de pesquisa científica envolvendo os seres humanos. O mesmo constou-se de duas vias, sendo que uma foi entregue as participantes da pesquisa e a outra está de posse com os pesquisadores. Assim, para a participação no estudo foi necessário à assinatura prévia do TCLE pela mulher. Estas foram informadas sobre os objetivos e benefícios do estudo, bem como, dos riscos que qualquer pesquisa pode ocasionar. Foi explicado que a participação era voluntária, que seus nomes serão mantidos em sigilo e anonimato e as informações coletadas somente serão utilizadas e divulgadas para fins de pesquisa e outros estudos. Todas as mulheres foram comunicadas quanto à possibilidade de interromperem sua participação em qualquer momento, se assim o desejarem. O referido projeto teve aprovação do Comitê Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery e Instituto de Atenção Básica São Francisco de Assis/ UFRJ sob o número de parecer 21473014.0.3001.5257.

A análise de dados do perfil foi realizada por meio da utilização do Programa Epi Info, e os resultados estão apresentados neste estudo através de tabelas, posteriormente

discutidos, frente à literatura consultada, buscando melhor compreender o lugar onde as Representações Sociais foram elaboradas.

Na análise da técnica da ALI utilizamos a Análise de Conteúdo Temática, realizada através da identificação das ligações das palavras induzidas entre si, agrupando-as e assim, apontando a categorização de cada termo indutor. Conforme Bardin (2011), um sistema de categorias é válido se puder ser aplicado com precisão ao conjunto da informação. A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação agrupando em categorias temáticas, com critérios definidos (BARDIN, 2011).

Frente a essa ótica, as evocações das mulheres deste estudo, foram agrupadas e separadas por liames que mantiveram correlações entre si, seja por semelhanças ou contradições. Posteriormente, os resultados foram apresentados dispostos em quadros demonstrativos para cada termo indutor contendo a frequência das respostas das participantes de forma absoluta e em percentual. Sendo assim, podemos observar, através dessa técnica projetiva, as construções simbólicas mais puras, que regem seus pensamentos e ações frente às DST.

Com vista a alcançar os objetivos de nossa pesquisa, dentre as opções metodológicas para a análise dos dados das entrevistas em busca das representações sociais, optamos neste estudo por utilizar o software ALCESTE (*Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte*), o qual integra uma quantidade significativa de testes estatísticos, organizados para realizar análise quali-quantitativa de dados contextuais.

Esta metodologia parte do princípio de que a análise da sucessão de palavras principais em um conjunto de enunciados permitirá diferenciar os lugares de enunciação ou mundo lexicais mais significativos do estudo. (ALBA, 2004)

Este programa congrega as raízes semânticas definindo-as por classes, relevando a função da palavra dentro de um determinado contexto. Dessa forma, cada classe é constituída por várias Unidades de Contexto Elementares (uce).

Como as entrevistas foram transcritas segundo as expressões das próprias mulheres, ou seja, do mesmo modo como se expressaram, para a preparação do *corpus*, houve necessidade de se fazer correção da grafia de todas as entrevistas, pois esta é uma exigência do Programa ALCESTE. Assim, foram excluídos tanto os vícios de linguagem, como também gírias, erros ortográficos e alguns sinais não permitidos no programa como aspas, apóstrofe, parênteses, cifrão, hífen, símbolo de porcentagem, preocupando-se sempre em não alterar os sentidos das mensagens.

O *corpus* de análise foi digitado no programa *Word*, com espaço simples, fonte *Courier*, tamanho 10. As entrevistas foram inseridas em um único arquivo-texto, passando, a partir de então, a chamar-se uci (unidade de contexto inicial). Em outras palavras, um *corpus* de análise é formado por várias uci, que são separadas por linhas de comando, que contém o número da entrevista.

As uci foram separadas umas das outras por linhas de comando contendo a identificação numérica das entrevistadas e algumas variáveis psicossociais.

As variáveis que fizeram parte desta linha de comando, determinadas para a análise foram: idade, religião, primeira relação sexual, uso de objetos eróticos nas relações sexuais, histórico de DST e ida a ginecologia (Quadro 1). Essas características foram classificadas conforme o quadro 1, abaixo:

Quadro 1 - Classificação das variáveis

VARIÁVEIS	Código	CLASSIFICAÇÃO
Idade	id_01	1 – 20 até 40 anos
	id_02	2 - 41 até 60 anos
Religião	rel_01	1 – Evangélica
	rel_02	2 - Católica
	rel_03	3 - Espírita
	rel_04	4 – Agnóstica
Primeira Relação Sexual	prela_01	1 – Homem
	prela_02	2 – Mulher
Uso de Objetos Eróticos	objer_01	1- Sim
	objer_02	2- Não
Histórico de DST	dst_01	1- Sim
	dst_02	2- Não
Vai ao ginecologista	gin_01	1- Sim
	gin_02	2- Não

Ao final do preparo de todo o material, o arquivo com as 30 entrevistas foi submetido ao software ALCESTE versão 2010, obtendo um aproveitamento de 76 % do material. O programa dividiu o *corpus* em 06 classes apresentadas no dendograma abaixo (Figura 1), que discutiremos no capítulo de análise.

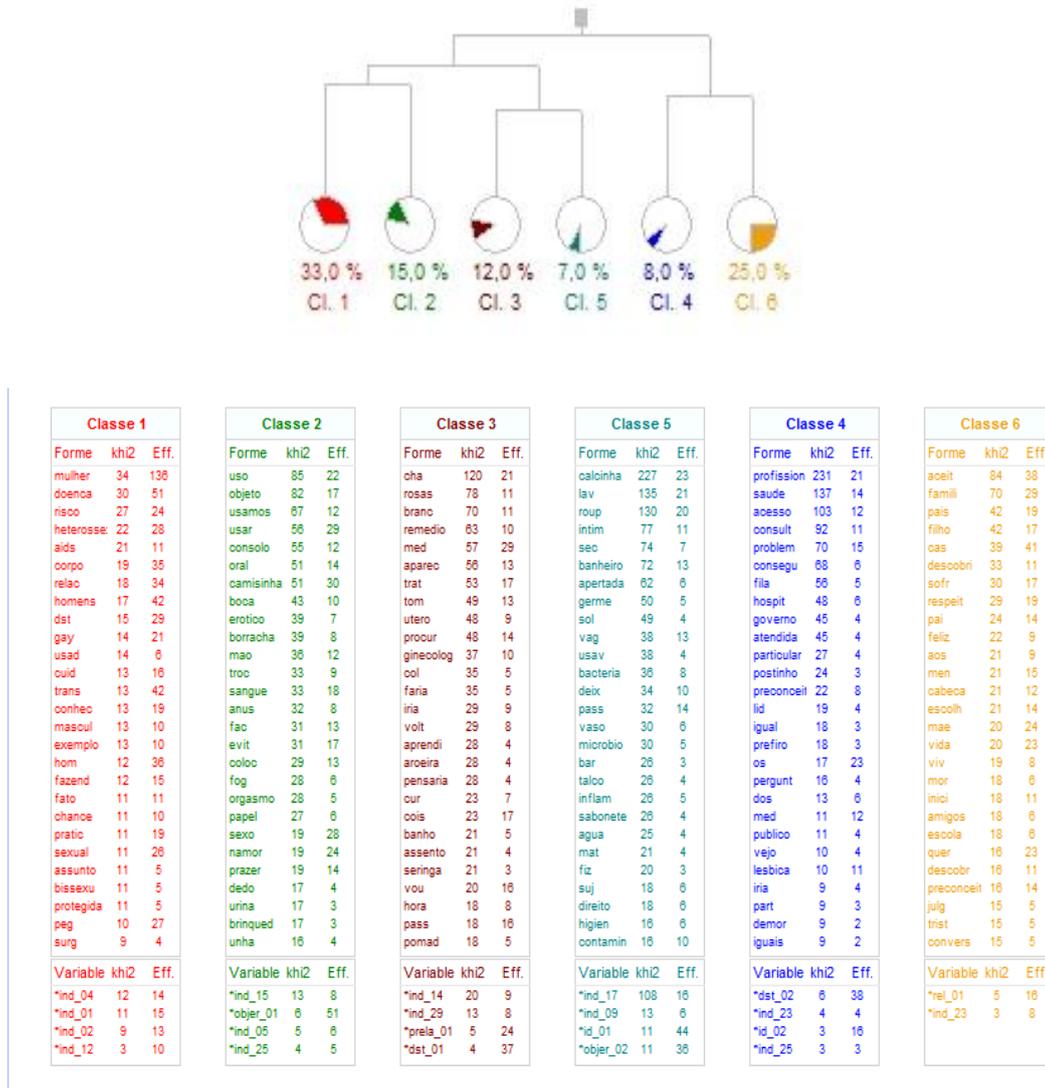


Figura 1 – Distribuição das classes na representação das mulheres homossexuais acerca das DST.

Fonte: Relatório do Programa Alceste.

Cada Classe recebeu uma denominação conforme o Quadro 2, abaixo, sendo formado por 3 Blocos Temáticos.

Quadro 2 – Blocos Temáticos

Primeiro Bloco Temático	
A homossexualidade feminina e a relação com a sociedade	
Classe 4	A relação da mulher homossexual com a saúde
Classe 6	Da descoberta a revelação da homossexualidade no âmbito sócio-familiar
Segundo Bloco Temático	
Da origem a dimensão prática de como prevenir às DST.	
Classe 1	A origem das DST ligada a prática sexual.
Classe 2	A dimensão prática de como evitar uma DST.
Terceiro Bloco Temático	
Lidando com as DST: cuidar e tratar.	
Classe 3	Do tratamento medicamentoso ao tratamento alternativo
Classe 5	Os cuidados diários da mulher homossexual frente as DST

4 CAPÍTULO 4 – CONHECENDO OS SUJEITOS DO ESTUDO

4.1 Análise do perfil sócio econômico demográfico das mulheres homossexuais deste estudo.

As representações sociais são construídas pelas participantes de um determinado grupo sociocultural em um dado contexto, onde os elementos que pertencem a este grupo aprendem e transmitem um saber que lhes foi passado ao longo dos anos, influenciando e sendo influenciado por este e originando novas representações e atitudes sobre o conhecimento aprendido. De acordo com Moscovici (2009), é a vida social, evidentemente que funda, que perpetua e até renova este núcleo figurativo, isto é, sua história. Dessa maneira, conhecer as depoentes que se inserem no contexto e nos grupos sociais de pertença é de extrema importância para os estudos de representações sociais.

Necessário, portanto, faz-se conhecer quem são essas mulheres, não só as suas condições concretas de vida, como também a história atual e pregressa de DST, de modo a possibilitar uma melhor compreensão de suas falas. Entendendo o local que elas aludem ao falarem de si e o porquê de seus argumentos, de suas histórias vinculadas às infecções sexuais, bem como da interferência destas na sua vida sexual, laboral e nas atividades diárias do seu dia-a-dia.

Voltada para essa finalidade, apresenta-se um conjunto de dados que possibilite visualizar o perfil das mulheres homossexuais atendidas na Unidade de Cuidados Básicos, no Centro de Testagem e Aconselhamento e na Estratégia de Saúde da Família do Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis. Para tal optou-se pelas seguintes variáveis, na parte da identificação: idade, bairro, naturalidade, autodeclaração da cor/etnia, religião, escolaridade, profissão, renda individual, renda familiar, estado civil/conjugalidade e composição familiar.

Quanto a Saúde Sexual e Reprodutiva as variáveis foram: idade da sexarca, sexarca com homem ou mulher, atividade sexual ativa, relacionamento fixo, tempo de relacionamento, frequência das relações sexuais, tipos de parcerias sexuais nos últimos doze meses, quantidade (em número) de parcerias nos últimos doze meses, fonte de informações sobre sexo, uso do preservativo; tipo de preservativo masculino ou feminino, uso do preservativo com a parceira fixa e com parceiras extras, uso de objetos eróticos nas relações sexuais, tipos de objetos eróticos, uso da camisinha nos objetos eróticos, histórico e

tratamento para a DST, parceira recebeu tratamento e se frequenta o ginecologista. O último dado trata-se do histórico obstétrico das depoentes desta pesquisa.

4.1.1 – Análise do perfil sócio econômico demográfico das participantes da pesquisa.

Abaixo apresentamos a **Tabela 1**, que consta dos dados com relação o perfil socioeconômico e demográfico das 30 participantes desse estudo e, em seguida discutiremos esses resultados.

Tabela 1: Distribuição das mulheres homossexuais de acordo com os dados gerais do perfil socioeconômico e demográfico – Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis da UFRJ, 2014.

Variável	n	%
Faixa etária (em anos)		
... 20-40 anos	24	80,0
... 41-60 anos	6	20,0
Área de planejamento de residência		
... AP 1.0 – Centro	14	46,7
... AP 2.1 – Zona Sul	4	13,3
... AP 4.0 – Barra, Jacarepaguá	3	10,0
... AP 2.2 – Grande Tijuca	2	6,7
... AP 3.1 – Subúrbio da Leopoldina	2	6,7
... AP 3.2 – Grande Méier	2	6,7
... AP 5.1 – Bangu, Realengo	1	3,3
... AP 5.2 – Campo Grande	1	3,3
... AP 5.3 – Santa Cruz, Sepetiba, Paciência	1	3,3
... AP 3.3 – Madureira e adjacências	0	0,0
Naturalidade - Região Brasileira		
... Sudeste	24	80,0
... Nordeste	5	16,7
... Centro Oeste	1	3,3
... Sul	0	0,0
... Norte	0	0,0
Naturalidade - Unidade Federada Brasileira		
... Rio de Janeiro	17	56,7
... São Paulo	3	10,0
... Espírito Santo	3	10,0
... Bahia	2	6,7
... Minas Gerais	1	3,3
... Alagoas	1	3,3
... Paraíba	1	3,3
... Ceará	1	3,3
... Brasília	1	3,3
Cor/ raça autodeclarada		
... Parda	15	50,0
... Branca	8	26,7
... Preta	7	23,3
... Amarela	0	0,0
... Indígena	0	0,0
Total	30	100,0

Fonte: TEIXEIRA E QUEIROZ, 2014

Tabela 1 (cont.): Distribuição das mulheres homossexuais de acordo com os dados gerais do perfil socioeconômico e demográfico – Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis da UFRJ, 2014.

Variável	n	%
Religião		
... Católica	16	53,3
... Espírita	7	23,3
... Agnóstica	5	16,7
... Evangélica	2	6,7
Escolaridade		
... Ensino médio completo	12	40,0
... Ensino superior completo	9	30,0
... Ensino fundamental incompleto	5	16,7
... Ensino médio incompleto	2	6,7
... Ensino fundamental completo	1	3,3
... Ensino superior incompleto	1	3,3
Profissão		
... Vendedora	3	10,0
... Advogada	2	6,7
... Agente comunitária de saúde	2	6,7
... Gerente de estabelecimento comercial	2	6,7
... Dona de casa	2	6,7
... Funcionária pública	1	3,3
... Fisioterapeuta	1	3,3
... Auxiliar de serviços gerais	1	3,3
... Recepcionista	1	3,3
... Secretária	1	3,3
... Diarista	1	3,3
... Economista	1	3,3
... Telefonista	1	3,3
... Atendente	1	3,3
... Assistente social	1	3,3
... Cartomante	1	3,3
... Massagista	1	3,3
... Cabelereira	1	3,3
... Publicitária	1	3,3
... Manicure	1	3,3
... Esteticista	1	3,3
... Estudante	1	3,3
... Bancária	1	3,3
... Auxiliar de enfermagem	1	3,3
Total	30	100,0

Fonte: TEIXEIRA E QUEIROZ, 2014

Tabela 1 (cont.): Distribuição das mulheres homossexuais de acordo com os dados gerais do perfil socioeconômico e demográfico – Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis da UFRJ, 2014.

Variável	n	%
Atividade laboral remunerada		
... Sim	27	90,0
... Não	3	10,0
Renda individual		
... Não possui renda	3	10,0
... Até 1 salário mínimo	3	10,0
... 1 -- 2 salários mínimos	8	26,7
... 2 -- 3 salários mínimos	7	23,3
... 3 -- 4 salários mínimos	2	6,7
... > 4 salários mínimos	7	23,3
Renda familiar		
... Não possui renda	0	0,0
... Até 1 salário mínimo	0	0,0
... 1 -- 2 salários mínimos	1	3,3
... 2 -- 3 salários mínimos	10	33,3
... 3 -- 4 salários mínimos	0	0,0
... 4 -- 8 salários mínimos	12	40,0
... > 8 salários mínimos	7	23,3
Estado civil		
... Solteira	28	93,3
... Casada	0	0,0
... Viúva	0	0,0
... Divorciada	2	6,7
Arranjo familiar		
... Mora sozinha	0	0,0
... Mora com a parceira	27	90,0
... Mora com a parceira e filhos	2	6,7
... Mora com os pais, irmãos ou parentes	1	3,3
... Mora com a parceira, parentes e filhos	0	0,0
Total	30	100,0

Fonte: TEIXEIRA E QUEIROZ, 2014

As participantes da pesquisa foram 30 mulheres na faixa etária de 22 a 59 anos. Por se tratar de uma faixa etária de grande amplitude e, de modo a não dispersar os resultados ou, até mesmo, dificultar o reconhecimento de grupos de pertença, optou-se por dividir a amplitude das idades em duas faixas etárias assim distribuídas: 20 – 40 anos e 41 -60 anos. Cabe enfatizar que o intervalo entre as classes foi definido aleatoriamente. A faixa etária com maior percentual (80%) foi de mulheres homossexuais de 20 a 40 anos de idade, sucedida pelo grupo de 41 a 60 anos (20%).

Estes dados nos mostram que a grande parcela destas mulheres concentrou-se em um grupo de mulheres mais novas e dentro de uma faixa etária em plena maturidade produtiva, sexual e reprodutiva. Este dado permite inferir que na contemporaneidade as mulheres homossexuais possuem mais liberdade de expressarem e vivenciarem sua orientação sexual em relação às últimas décadas. Isso se deve em grande parte, as lutas e aos direitos conquistados em nosso país pelo movimento de Lésbica, Gays, Bissexuais e Transexuais. Este movimento visa dar maior visibilidade e combater principalmente os crimes de cunho homofóbico.

De acordo com Ramos e Carrara (2006), desde a década de 80, o movimento homossexual brasileiro tem dado visibilidade aos crimes motivados pela orientação sexual, divulgando o termo homofobia para designar tais atos. Para estes mesmos autores a partir do momento que as leis e as punições aos agressores foram sendo aplicados em nosso país, muitos homossexuais sentiram-se mais seguros em expor sua orientação sexual perante a sociedade.

Quanto ao local de moradia, optamos neste estudo pela distribuição das depoentes de acordo com a área de planejamento de sua residência. No total temos dez áreas programáticas de saúde no município, sendo que cada uma é coordenada por um diferente coordenador de saúde. Esta distribuição visa garantir o melhor gerenciamento da saúde de acordo com as particularidades e singularidades de cada região.

A Tabela 1, aponta que 14 (46,7%) residem na A.P 1.0 que corresponde a área programática do Centro da cidade, que faz parte da mesma área do cenário do estudo, em seguida com 04 (13,3%) na A.P 2.1 que corresponde a zona sul e 03 mulheres (10,0%) residem na A.P. 4.0 correspondente a Barra da Tijuca e Jacarepaguá.

Com estes resultados podemos inferir que o HESFA é um Instituto de Atenção à Saúde, que garante o acesso aos usuários de saúde independente da área geográfica ao qual o

mesmo é residente. Esta característica particular desta instituição torna-o como uma referência dentro da cidade do Rio de Janeiro para diversas especialidades e setores, principalmente os Centro de Testagem e Aconselhamento, a Unidade de Cuidados Básicos e a Estratégia de Saúde da Família que foram um dos cenários escolhidos para o desenvolvimento desta pesquisa.

Se analisarmos os bairros de origem dos sujeitos do estudo, podemos verificar que temos representantes da Zona Sul (A.P 2.1), Zona Norte (A.P's 5.1, 5.2 e 5.3), Zona Oeste (A.P 4.0), Centro (A.P 1.0) e Zona Norte (A.P's 2.2, 3.1, 3.2 e 3.3) da Cidade do Rio de Janeiro. Sabemos que o acesso a saúde dentro da cidade do Rio de Janeiro é difícil e muitas vezes penoso para quem busca pela assistência em saúde. Entretanto, o Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis, por se tratar de um hospital escola possui uma filosofia diferente de trabalho, pautada no respeito, na dignidade e na garantia do acesso aos serviços e insumos de saúde para os usuários independente de sua área geográfica, os setores deste hospital presam pela qualidade do atendimento e todas as ações dos profissionais de saúde buscam ir ao encontro aos princípios norteadores do SUS.

Cabe ainda destacar que o Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis (HESFA, 2012), tem como missão atender as demandas acadêmico- assistenciais no nível da Atenção Básica de Saúde, tornando-se um centro de referência, e de excelência no campo da Educação em Saúde, dentro da perspectiva da Saúde Pública, privilegiando a atenção e a resolutividade dos usuários do SUS. Portanto sendo o HESFA um Instituto Federal, este apresenta como um de seus objetivos principais a promoção e a oferta de cuidados em saúde, nos níveis de baixa e média complexidade, oferecendo atendimento a todos os usuários da rede pública de saúde.

No que se refere a região brasileira quanto a naturalidade das participantes, observa-se na Tabela 1.0 os seguintes resultados: 24 (80%) são provenientes do sudeste, 05 (16,7%) são nativas da região nordeste, e apenas 01 (3,3%) refere ser do Centro-Oeste, não obtivemos dados para as regiões norte e sul, uma vez que a escolha das mulheres para participação neste estudo foi aleatória, obedecendo apenas os critérios de inclusão e exclusão citados anteriormente, no caminho metodológico. Das mulheres da região sudeste houve uma predominância do Rio de Janeiro com 17 (56,7%) participantes, fato este explicado por ter sido neste estado o desenvolvimento desta pesquisa, seguido do Estado de São Paulo com 3 (10,0%), Espírito Santo com 3 (10,0%) e Minas Gerais com 1 (3,3%) participante. Para as oriundas da região nordeste o maior número foram de mulheres do Estado da Bahia com 2 (6,7%) , seguidos de 1 (3,3%) de Alagoas, 1 (3,3%) da Paraíba e 1 (3,3%) do Estado do

Ceará. A única representante (3,3%) do Centro Oeste é natural de Brasília. Historicamente podemos observar uma forte migração das mulheres e famílias nordestinas para a região sudeste, devido às questões sociais, políticos, econômicos até mesmo de saúde mais favoráveis desta região brasileira.

Ao longo dos últimos cinquenta anos, as migrações internas no Brasil, reorganizaram a população no território nacional, onde as vertentes da industrialização e das fronteiras agrícolas constituíram os eixos da dinâmica da distribuição espacial da população no âmbito interestadual, muito embora a primeira vertente detivesse os fluxos mais volumosos (BAENINGER, 2005)

Nesse sentido, as análises a respeito do processo de distribuição da população nas últimas décadas, estiveram baseadas e preocupadas em apontar o crescente e intenso movimento de concentração: da migração, com a predominância do fluxo para o Sudeste; do processo de urbanização, com a enorme transferência de população do campo para a cidade, e a concentração da população manifestada no processo de metropolização. (MARTINE, 2004)

Os dados sobre cor da pele autodeclarada neste estudo, nota-se um predomínio de mulheres que se autodeclararam como da cor parda representada por 15 (50%) participantes, seguido de 8 (26,7%) da cor branca e 7 (23,3%) da cor preta. Cabe destacar que nenhuma de nossas participantes, se autodeclararam como sendo da etnia/cor amarela e indígena. Optamos por apenas citar dados, uma vez que num país de grande miscigenação racial e preconceito velado a definição de cor carece de especificação mais adequada. Cunha (2002, p. 115) corrobora esse posicionamento ao apontar que, no Brasil, as expressões relacionadas à cor e à raça são construídas de modo relacional e situacional, onde a utilização de termos como negro, mais escuro, preto, mulato ou termos vexatórios, como crioulo, são relacionados a afinidades existentes entre os interlocutores, à posição social, à faixa etária e a valores, como respeito e autoridade.

No que concernem às questões ligadas ao preconceito, podemos inferir que a mulher homossexual da cor parda ou preta sofre uma carga dobrada ou até mesmo triplicada de preconceito. Vivemos em uma sociedade onde as questões de gênero, raça/cor e a orientação sexual do sujeito, contribuem de forma significativa nos processos de inclusão e exclusão, bem como para os critérios de aceitação e/ou rejeição de homens e mulheres. Somos um país racista e machista e, todavia, heterocentrado. Diante disso, além do preconceito pelo fato de ser mulher, esta cidadã também está exposta à discriminação pela cor da pele e por sua orientação sexual.

O Brasil adota, segundo Oliveira (2006, p. 11), o racismo mais eficaz do mundo: aquele que não tem um padrão, não é evidente. Ele é sofrido e praticado todos os dias, mas não pode ser mensurado, porque não é evidente. Nosso racismo é o racismo de marca, no qual características como cor da pele e textura do cabelo são usadas para definir se o sujeito é ou não negro. Assim temos um racismo em gradação, que atinge em maior escala aqueles que mais se aproximam do fenótipo negro. Esse sistema é motivado por fatores históricos, sociais e políticos.

Quanto à religiosidade o maior número de mulheres foi representada, na Tabela 1.0, pela religião católica com 16 (53,3%). Logo após são seguidas pelas mulheres que dizem espíritas com 07 representantes (23,3%) e 5 (16,7%) são agnósticas. Somente 02 (6,7%) referem profetizar a religião evangélica. A importância da religião e de seus preceitos neste estudo é que esta influi na vida das pessoas, através da propagação de normas, valores e crenças que repercutem diretamente em suas condutas, práticas e ritos.

Podemos destacar que neste estudo as religiões de maior prevalência são as de esfera judaico-cristã e, muitas destas religiões, interferem diretamente na forma de pensar e agir de inúmeras mulheres, principalmente no que tange aos aspectos relacionados à saúde-doença. Cabe ainda ressaltar que, muitas destas religiões fortalecem os preconceitos contra os homossexuais no Brasil e no mundo.

Na tradição ocidental, segundo Boswell (2004), cabe ao Judaísmo a principal culpa pela legitimação da intolerância anti-homossexual, posto ter sido a Bíblia que forneceu as mesmas premissas homofóbicas para o cristianismo e islamismo. E esses preceitos são tão fortes que ainda hoje vigora a pena de morte contra os amantes do mesmo sexo nos países fundamentalistas islâmicos.

Malgrado a homossexualidade ser chamada durante a Idade Média, de "vício dos clérigos", ainda hoje gays e lésbicas representarem significativo quantitativo, dentro do catolicismo (GRAMICK, 2008).

Enquanto, a Igreja vem pedindo perdão a todos os grupos sociais por ela perseguidos ou maltratados - judeus, negros, índios, protestantes, entre outros. -, a hierarquia católica e, sobretudo, as novas seitas protestantes fundamentalistas radicalizaram seus discursos e ações contra os direitos humanos e dignidade das minorias sexuais.

Para Mott (2000), ainda que as igrejas cada vez mais, abrem espaço e defendem os negros, índios, sem terra, oferecendo pastorais específicas até para mulheres prostituídas e portadores de HIV/Aids, as portas das igrejas continuam fechadas aos homossexuais.

Mais graves ainda, certas igrejas evangélicas, com a participação ativa de psicólogos, criam serviços de recuperação de homossexuais, prometendo o retorno à verdadeira natureza humana (ALMEIDA & CRILLANOVICK, 2009).

Mesmo as religiões afro-brasileiras, cujo panteão é povoado por diversas divindades transexuais e cujos pais, mães e filhos de santo, em número significativo, são praticantes do homoerotismo, mesmo o candomblé e umbanda ainda não articularam um discurso politicamente coerente em defesa da visibilidade e afirmação das minorias sexuais (MOTT, 2000).

Cabe destacar que pelo fato de alguns líderes de seitas e religiões espíritas serem também homossexuais, e por outro lado as religiões evangélicas condenarem a prática homoafetiva como antinatural, podemos compreender os achados deste estudo no que tange ao quesito religião, ou seja, um maior número de espíritas com relação aos evangélicos.

Falar sobre a religião faz parte de um sistema simbólico, produtor de significados e que assume função importante da vida das pessoas. A opção religiosa determina, muitas das vezes, a maneira como um indivíduo se comporta e ainda, conforme cita Moscovici (2012, p. 211): *como toma suas decisões acerca de alguma circunstância*.

Quanto ao nível de escolaridade, nota-se que a grande parte dos sujeitos desta pesquisa 12 (40,0%) concluíram o ensino médio e 09 (30,0%) o ensino superior completo, seguido de 05 (16,7%) mulheres com ensino fundamental incompleto e 02 (6,7%) com ensino médio incompleto.

Os dados apontam para um alto nível de escolaridade entre as mulheres homossexuais participantes desta pesquisa. Não foram encontrados nenhuma mulher analfabeta e 21 (70%) destas mulheres apresentaram o ensino médio ou superior completo, sem contar com as 03 que estão cursando. Este fato, neste estudo, nos faz inferir que o nível de escolaridade mostrou-se como um fator facilitador na capacidade de afirmar sua condição sexual perante a sociedade, visto que as 24 declaram abertamente em seu meio social e familiar a sua homoafetividade.

Para Bourdieu (2005), o nível de escolaridade se configura, como uma ferramenta de extrema importância, no que diz respeito, a valorização pelo sujeito em seu grupo social, familiar e laboral, além de ser, um importante aspecto a ser analisado nos estudos de representação social.

Com relação à atividade laboral foi encontrada uma enorme variedade, sendo a de maior frequência foi a profissão de vendedora com 03 sujeitos (10,0%), seguidas de 02 (6,7%) advogadas, 02 (6,7%) agente comunitária de saúde, 02 (6,7%) gerentes de

estabelecimento comercial e outras 02 (6,7%) dona de casa. As outras atividades relatadas com um representante cada foram: funcionária pública, fisioterapeuta, auxiliar de serviços gerais, auxiliar de enfermagem, recepcionista, secretária, diarista, economista, telefonista, atendente, assistente social, cartomante, massagista, cabeleireira, publicitária, manicure, esteticista, estudante e bancária.

Das 30 entrevistadas verificamos que o maior número, ou seja, 27 (90,0%) apresentam uma atividade laboral remunerada, sendo que 06 são atividades que requerem nível superior como advogada, fisioterapeuta, economista, assistente social e publicitária. Já com relação às atividades que requerem nível médio de ensino ou uma especificidade profissional tivemos: vendedora, gerente de estabelecimento comercial, recepcionista, funcionária pública, massagista, cabeleireira, esteticista, bancária, auxiliar de enfermagem, agente comunitária de saúde. No entanto, também surgiram algumas atividades de nível elementar como: auxiliar de serviços gerais, diarista, atendente, manicure e cartomante.

Estes dados estão de acordo, com que Petersen et al (2003) quando destacam à situação trabalhista da mulher brasileira. Os autores afirmam que nas últimas décadas essa situação se modificou drasticamente, aumentando o número de mulheres no mercado de trabalho (em torno de 40 %), inclusive o número de mulheres que fazem sucesso em suas profissões como as profissões liberais e cargos como reitoras, senadoras, presidentes de empresas e etc.

Por outro lado, segundo Marodin (2004) destaca que apesar das alterações estabelecidas na constituição, assegurando direitos iguais para homens e mulheres, inclusive na remuneração, obrigatoriedade de cota mínima de 20% de mulheres para cargos legislativos municipais a partir das eleições de 1996, tais mudanças ainda não foram suficientes para superar as desigualdades e opressão das mulheres construídas ao longo da história. Muitas situações permanecem iguais, perpetuadas tanto por homens como pelas próprias mulheres. As mudanças sociais não implicam em imediatas ou radicais transformações de mentalidade. Muitas responsabilizam o homem por impedir a transformação do modelo patriarcal, mas neste movimento estão inseridas as dificuldades da mulher em se emancipar, pois à medida que culpa, alivia-se de rever seu próprio papel, o qual mantém seu *status-quo*.

Cabe destacar que, o contato do sujeito com o seu trabalho cotidiano, em tese permite a mudança em seu status social, o qual também poderá proporcionar mudanças nas suas representações sociais. (SÁ, 1998)

Quanto à renda individual, os maiores percentuais ficaram entre 08(26,7%) entrevistadas que vivem com uma renda mensal inferior a 2 salários mínimos, 07 (23,3%)

possuem uma renda de aproximadamente de 3 salários e outras 07 (23,3%) recebem mais de 4 salários mínimos mensais. Em contrapartida tivemos um grupo de 03 (10,0%) que recebem menos de 1 salário mínimo por mês, assim como, 03 (10,0%) não possui renda e sobrevivem com a ajuda de sua parceira.

Portanto, 23,3% das entrevistadas sobrevivem com uma renda considerada alta e pertencem à classe média brasileira, o que comprova a melhoria da qualidade de vida dos brasileiros nos últimos anos e conseqüentemente o aumento desta classe em nosso país de acordo com Barros et al (2007). Entretanto, cabe destacar que nesse mesmo estudo, observamos a presença de mulheres com baixos salários e em situação de pobreza, o que reflete que apesar das melhorias e dos avanços, as desigualdades sociais e econômicas ainda persistem em nosso país.

A situação econômica é um fator determinante para a saúde das mulheres, pois o recebimento de baixos salários¹ implica em suas qualidades de vida por não garantirem o seu sustento, além da impossibilidade de usar tais recursos em prol de si mesmo, afetando o cuidado em si. As alterações corporais podem agravar pela impossibilidade de alocar recursos financeiros para tal fim. Podemos destacar ainda que esta situação se torna ainda mais grave quando estas mulheres vivem dos salários das suas companheiras sem renda própria o que pode gerar um processo de submissão e total dependência econômica da mulher para com a sua parceira.

Os dados relativos à escolaridade e à renda individual permitem inferir que 07 (23,3%) das mulheres deste estudo fazem parte de uma camada social mais favorecida, não condizendo com o perfil das usuárias das redes públicas de saúde do estado do Rio de Janeiro. Entretanto, optaram por freqüentar um serviço público de saúde, como afirmam, pela qualidade prestada e pelo acolhimento a sua condição de homossexual, fato que não encontraram no serviço conveniado ou privado de saúde.

Quanto a renda familiar, a maioria das mulheres, 12 (40%) apresentou entre 4 a 8 salários mínimos, 10 (33,3%) entre 2 e 3 salários e 07 (23,3%) apresentam renda familiar superior a 8 salários mínimos. Apenas uma (3,3%) entrevistada referiu renda menor que 2 salários. Esses dados corroboram o que vem sendo observado e discutido sobre as características socioeconômicas dos participantes de nosso estudo, ou seja, a maior parte

¹ Valor do salário mínimo na época do desenvolvimento do estudo: R\$ 724,00 reais por mês.

apresenta bom nível de escolaridade, exercem ofícios que exigem uma maior capacitação e apresentam bons rendimentos e salários.

Com relação ao estado civil, verificado também na Tabela 1, é interessante observar a alta frequência de mulheres solteiras que representam um quantitativo de 28 (93,3%) e somente 2 (6,7%) referem que são divorcidas. Cabe aqui destacar, que essas duas participantes foram casadas legalmente com homens, mas atualmente vivem com suas parceiras sexuais. Na tabela 2, que será discutida a frente, trabalharemos com parceira fixa e não com estado civil, visto a característica de nossas participantes.

Quando se trata das mulheres homossexuais a questão do casamento/união homoafetiva, no mundo atual, não se encontra uma uniformidade, visto que existem países que legalizaram o casamento entre parceiros do mesmo sexo. Enquanto outros, principalmente naqueles onde ainda a religião exerce uma grande influência, negam esse tipo de união.

Sobre esse assunto, Brandão (2002, p. 40) destaca que:

Os países que se encontram dentro do bloco dos liberais foram os primeiros a legalizar as uniões entre pessoas do mesmo sexo, já os países do bloco conservador assumem uma posição totalmente contrária à dos países situados no bloco liberal. Por ter uma sociedade fortemente ligada à religião, esses países, principalmente islâmicos e muçulmanos, não aceitam a união homossexual, chegando até mesmo a condená-la, por ser contrária aos costumes religiosos. No bloco intermediário encontra-se um maior número de países. Neles a questão da união homossexual ainda está sendo discutida, havendo uma forte tendência em reconhecer algum tipo de efeito jurídico a essas uniões.

A Dinamarca foi o primeiro país a legislar as uniões homoafetivas, em 1989, conferindo a essa parcela da população alguns direitos. No contexto Latino Americano, a Argentina foi o primeiro país a legalizar o casamento civil entre pessoas do mesmo sexo. O reconhecimento de tais uniões homoafetivas tem fundamental importância, por assegurar direitos relativos ao patrimônio, saúde, dentre outros.

Dentro dessa lógica, a questão da união homoafetiva no Brasil ainda não está totalmente legitimada, apesar dos avanços observados nos últimos anos, existe uma grande discussão acerca do tema e vários projetos de lei ainda em formulação e votação na Câmara dos Deputados, no Senado e no Supremo Tribunal de Justiça.

Cabe destacar que no Brasil tramita desde 1995 o Projeto de Lei nº 1.151/95, de autoria da Deputada Marta Suplicy, que trata do direito a parceria civil registrada entre casais

do mesmo sexo. Esta lei busca tão só autorizar a elaboração de um contrato escrito, com a possibilidade de ser registrado em livro próprio no Cartório do Registro Civil das Pessoas Naturais. Contudo, somente depois de 16 anos, em 05/05/2011 o Supremo Tribunal Federal/STF Brasileiro reconheceu, por unanimidade, a união estável entre casais do mesmo sexo como entidade familiar, garantindo a estes entre um de seus direitos o da herança. Para o STF as regras que já são aplicadas nas relações estáveis entre heterossexuais, deverão ser aplicadas aos casais homossexuais.

É importante destacar que apesar deste grande avanço e conquista dentro do universo homossexual, nenhuma participante deste estudo conferiu este direito perante a justiça, mesmo àquelas com vários anos de convivência.

No que diz respeito aos arranjos familiares, a Tabela 1.0 aponta que 27 entrevistadas (90,0%) vivem com sua parceira, 02 (6,7%) vivem com a parceira e seus filhos e somente 01 (3,3%) vive com pais, irmãos ou parentes. É importante destacar que nenhuma das depoentes vive sozinha e que 29 (97%) co-habitam com suas parceiras.

As estruturas familiares são objeto de investigação de várias áreas do conhecimento, tais como ciências sociais, psicologia e antropologia. Embora sempre tenha havido distintas formas de organização familiar, ainda hoje em muitas sociedades, persiste no imaginário individual e coletivo a imagem da família nuclear composta por mãe, pai e filhos como referência (GABARDO et al., 2009).

No entanto, a família vive um processo de mudança e o conceito de família possui diversos significados, mesmo porque uma família na atualidade pode ser formada por um homem e uma mulher com ou sem filhos ou até mesmo por pessoas do mesmo sexo com ou sem filhos e assim por diante. (GABARDO et al., 2009).

Estudos referentes à família como lugar de proteção social apresentam três esferas como responsáveis pelo bem-estar dos indivíduos: família, sociedade e Estado, destacando que o último deve garantir as condições para que as famílias consigam efetivamente cumprir seu papel de assegurar a proteção integral de seus membros (PEREIRA-PEREIRA, 2004).

Nesta pesquisa observou-se grande predominância do arranjo familiar composto de apenas duas mulheres homossexuais, o que reafirma a análise de Gabardo et al (2009) configura os novos modelos de família do século XXI.

4.1.2 Análise dos dados referentes à saúde sexual e reprodutiva das participantes da pesquisa

Passaremos agora a apontar o perfil das 30 entrevistadas com relação aos dados referentes à saúde sexual e reprodutiva, descritas na **Tabela 2** e, em seguida analisaremos os principais resultados.

Tabela 2: Distribuição das mulheres homossexuais de acordo com os dados referentes à saúde sexual e reprodutiva. – Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis da UFRJ, 2014.

Variável	n	%
Sexarca		
... 10-15 anos	15	50,0
... 16-20 anos	14	46,7
... 21-25 anos	0	0,0
... 26-30 anos	1	3,3
Primeira relação sexual		
... Com homem	6	20,0
... Com mulher	24	80,0
Atividade sexual ativa		
... Sim	30	100,0
... Não	0	0,0
Parceria/ situação conjugal		
... Parceira fixa	30	100,0
... Sem parceria	0	0,0
Tempo de relacionamento com a parceira		
... < 1 ano	0	0,0
... 1 até 3 anos	11	36,7
... 4 até 6 anos	12	40,0
... 7 a 10 anos	5	16,7
... > 10 anos	2	6,7
Frequência das relações sexuais		
... Abstinência sexual	0	0,0
... 1 até 5 vezes por semana	8	26,7
... 6 até 10 vezes por semana	16	53,3
... 11 até 15 vezes por semana	4	13,3
... > 15 vezes por semana	2	6,7
Tipo de parceria nos últimos 12 meses		
... Homens	0	0,0
... Mulheres	30	100,0
... Travestis/ transexuais	0	0,0
Total	30	100,0

Fonte: TEIXEIRA E QUEIROZ, 2014

Tabela 2 (cont.): Distribuição das mulheres homossexuais de acordo com os dados referentes à saúde sexual e reprodutiva. – Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis da UFRJ, 2014.

Variável	n	%
Parceria extraconjugal nos últimos 12 meses		
... Sim	7	23,3
... Não	23	76,7
Quantidade de parceiras nos últimos 12 meses		
... 1 parceira	23	76,7
... 2 parceiras	4	13,3
... Acima de 3 parceiras	3	10,0
Fonte primária de informações sobre sexo		
... Em revistas	6	20,0
... Em jornais	2	6,7
... Com profissionais de saúde	1	3,3
... Com amigas	8	26,7
... Com a mãe	9	30,0
... Com a parceira sexual	4	13,3
Uso do condom com parceira fixa		
... Sim de forma efetiva	3	10,0
... Não	26	86,7
... Às vezes	1	3,3
Uso do condom com parceiras extras		
... Sim	0	0,0
... Não	7	23,3
... Às vezes	0	0,0
... Não se aplica	23	76,7
Uso de objetos eróticos nas relações sexuais		
... Sim	12	40,0
... Não	18	60,0
Tipos de objetos eróticos utilizados		
... Vibradores	2	6,7
... Pênis de borracha	2	6,7
... Consolos	2	6,7
... Vibradores e consolos	1	3,3
... Vibradores e pênis de borracha	5	16,7
... Não se aplica	18	60,0
Total	30	100,0

Fonte: TEIXEIRA E QUEIROZ, 2014

Tabela 2 (cont.): Distribuição das mulheres homossexuais de acordo com os dados referentes à saúde sexual e reprodutiva. – Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis da UFRJ, 2014.

Variável	n	%
Uso da camisinha nos objetos eróticos		
... Sim	3	10,0
... Não	7	23,3
... Às vezes	2	6,7
... Não se aplica	18	60,0
Histórico de DST		
... Sim	11	36,7
... Não	19	63,3
Tipo de DST de acordo com o patógeno		
... Viral	2	6,7
... Bacteriana	2	6,7
... Fúngica	2	6,7
... Viral e bacteriana	1	3,3
... Não se aplica	19	63,3
... Não sabe informar	4	13,3
Tratamento para a DST		
... Sim	11	36,7
... Não	0	0,0
... Não se aplica	19	63,3
Forma de tratamento da DST		
... Prescrição do serviço de saúde	8	26,7
... Automedicação	1	3,3
... Farmácia	0	0,0
... Não tratou	0	0,0
... Não lembra	0	0,0
... Não informado	0	0,0
... Não se aplica	19	63,3
... Uso de ervas medicinais	2	6,7
... Banho de assento	0	0,0
... Outros	0	0,0
Tratamento da parceria sexual		
... Sim, a parceira sexual	7	23,3
... Sim, o parceiro sexual na época	4	13,3
... Não	0	0,0
... Não se aplica	19	63,3
Total	30	100,0

Fonte: TEIXEIRA E QUEIROZ, 2014

Tabela 2 (cont.): Distribuição das mulheres homossexuais de acordo com os dados referentes à saúde sexual e reprodutiva. – Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis da UFRJ, 2014.

Variável	n	%
Vai ao ginecologista		
... Sim	17	56,7
... Não	13	43,3
Última vez que foi ao ginecologista		
... < 1 ano	2	6,7
... 1 até 2 anos	8	26,7
... > 2 anos	7	23,3
... Nunca foi	13	43,3
Histórico obstétrico - GESTAÇÃO		
... Sim	2	6,7
... Não	28	93,3
Total	30	100,0

Fonte: TEIXEIRA E QUEIROZ, 2014

No que concerne ao início da atividade sexual, observa-se na Tabela 2.0 que 15 mulheres (50,0%) relataram o início de suas atividades sexuais entre 10 e 15 anos, seguido de 14 (46,7%) entre os 16-20 anos e apenas 1 (3,3%) que referiu sua sexarca entre 26-30 anos.

A primeira relação sexual, considerada um marco na vida dos jovens, tem iniciado cada vez mais precocemente. No contexto brasileiro, a idade média da primeira relação sexual para os casais heterossexuais é de 14 anos para o sexo masculino e 15 para o feminino (BORGES; SCHOR, 2005). No que diz respeito ao início da vida sexual entre casais do mesmo sexo, existe uma carência de estudos sobre o tema, entretanto pode-se destacar que de acordo com Simões (2000, p.13):

A grande maioria (senão a totalidade) dos homens e mulheres que se “revelarão” como “homossexuais” na idade adulta são aqueles que já começaram a se ver assim desde a adolescência, o que reflete o fato de que a grande maioria dos estudos de orientação sexual se concentra a priori na adolescência como fase crítica.

Dessa forma, supõe-se também que o início da atividade sexual entre homossexuais também ocorra no período da adolescência, por ser a fase de descobertas, dúvidas e de novas experiências. Fato que vem ao encontro dos dados encontrados neste estudo, onde 29 (96,7%) das participantes tiveram seu primeiro contato sexual com outra mulher durante a adolescência.

No que diz respeito ao sexo envolvido na primeira relação sexual, observou-se neste estudo que 24 (80%) das mulheres iniciaram suas atividades sexuais com mulheres e somente 6 (20%) participantes referiram sua sexarca com homens.

Os resultados da Tabela 2.0 demonstram que todas as mulheres desta pesquisa 30 (100%) possuem vida sexual ativa. Este dado é importante uma vez que uma das principais causas das DST é a atividade sexual, independente se com homens ou com mulheres.

Cabe destacar, ainda que todas as participantes 30 (100%) apresentam uma parceira fixa, sendo que como vimos na tabela 1, somente uma mulher não mora com sua parceira.

Diante deste dado, 12 (40%) referiram relacionamento fixo com sua parceira entre 4 e 6 anos, seguidas de 11 (36,7%) entre 1 e 3 anos, 5 (16,7%) entre 07 e 10 anos e somente 2 (6,7%) mulheres apresentaram relacionamento acima de 10 anos. Cabe destacar que nenhuma participante referiu ao tempo de relacionamento menor que 1 ano. Este dado nos faz inferir que as relações homoafetivas entre mulheres desse estudo, tendem a ser duradouras.

A saúde sexual humana é uma dimensão da saúde que envolve múltiplos fatores biológicos, psicossociais e culturais. Diversos estudiosos, como Cunha, Spyrides e Sousa (2011) têm sugerido que a promoção da saúde sexual e a adoção de políticas de prevenção a DST eficientes não prescindem da compreensão dos significados, valores e atitudes, ou do conhecimento da normatividade e moralidade presentes em cada população no que se refere a este tema.

Para Leal (2003) as relações afetivas e sexuais de grupos de pessoas são estruturadas por um conjunto de significados oferecidos pela cultura, sendo tecidas com base em questões de gênero, posições socioeconômicas e especificidades regionais. Além disso, a própria sexualidade é baseada em relações sociais nas quais são importantes a hierarquia, as expectativas do indivíduo e os significados sociais compartilhados pelos seus grupos sociais.

Quanto à frequência das relações sexuais por semana/mês 16 mulheres (53,3%) referem ter atividade sexual de 6-10 vezes por semana, seguidas de 08 participantes (26,7%) com a frequência de 1-5 vezes por semana, 4 (13,3%) de 11-15 vezes por mês, 2 (6,7%) acima de 15 vezes por semana e nenhuma participante encontra-se em abstinência sexual. A dinâmica e a frequência sexual entre as mulheres variam muito, nesta pesquisa pode-se observar que quanto mais jovens as mulheres e com relações afetivo-amorosas de menor tempo é maior o número de relações sexuais por semana, ou seja, é maior a frequência da atividade sexual. Entretanto, os dados encontrados para as relações de maior tempo e entre pessoas de maior idade apresenta uma menor frequência.

As características adotadas pelas mulheres de maior idade em relação à diminuição da frequência das relações sexuais podem ser entendidas e justificadas por um dos ciclos de vida inerentes as mulheres que é o climatério/menopausa, que é um ciclo de vida comum a todas as mulheres, independente da orientação sexual desta mulher.

O envelhecimento feminino é acompanhado por uma maior ocorrência de humor depressivo, ansiedade, irritabilidade e sintomas vasomotores que, somados a fatores psicossociais e culturais, podem interferir na atividade sexual (AVIS et al., 2000).

Vale ressaltar que a sexualidade se caracteriza pelo caráter multidimensional, ou seja, não é influenciada somente por fatores anatômicos e fisiológicos, como também por fatores psicossociais e culturais, além de relacionamentos interpessoais e experiências de vida (FAVARATO et al., 2000).

Outro fator relevante a ser analisado a partir deste dado e que converge para um dos objetivos deste estudo é que a frequência das atividades sexuais pode ser considerada um fator predisponente para o surgimento das DST entre as mulheres, uma vez que, essa constância pode aumentar as possibilidades de trocas de secreções vaginais, favorecendo a transmissão e infecção por alguma DST.

De acordo com Almeida (2009), a vulnerabilidade individual das mulheres homossexuais foi afirmada em suas práticas sexuais de risco. Nesta lógica, lésbicas seriam vulneráveis por estarem em constante contato com os fluidos uma das outras, tais como sangue menstrual, leucorreias e o lubrificante vaginal, potencialmente capazes de transportar agentes infecciosos, através de pequenos e ocultos acessos à circulação sanguínea, como as cutículas e a boca (sempre sujeita a ulcerações, fissuras, cáries, entre outros.)

No que se refere-se ao tipo de parcerias sexuais das mulheres deste estudo nos últimos 12 meses observamos que todas as 30 (100%) participantes se relacionaram somente com outras mulheres. Este dado vai ao encontro a um dos critérios de inclusão propostos para o desenvolvimento desta pesquisa.

Em relação a quantidade de parceiras sexuais nos últimos 12 meses, 23 (76,7%) das participantes deste estudo se relacionaram exclusivamente com uma única parceira no último ano, 4 (13,3%) mantiveram relações sexuais com duas parceiras, e 3 (10,0%) referiram práticas sexuais com mais de 3 parceiras .

Cabe destacar que das 7 participantes que relataram relações sexuais extra conjugais nos últimos doze meses, 4 delas ainda mantém contato sexual com sua parceira extraconjugal.

Esse dado se torna relevante nesta pesquisa, pois quanto maior o número de parcerias

sexuais, maior serão as chances de transmissão e ou infecção por uma DST (DIEHL e VIEIRA, 2013)

Ainda com relação a esse assunto, Dessunti e Reis (2007) destacam como sendo um dos principais fatores considerado de risco no que tange às DST é a referência a múltiplas parcerias sexuais durante toda a vida.

No que tange as fontes de informações destas mulheres acerca da temática da sexualidade, podemos analisar pelos dados da Tabela 2.0 que apesar de 09 (30,0%) mulheres declararam adquirir algumas informações sobre sexo com a mãe, essa se deu somente na ocasião da menarca e com um enfoque heterossexual, o que vem ao encontro do estudo de Rangel e Queiroz (2006) , quando analisam que a mãe quando é citada como fonte de informação normalmente, vem com conteúdo apenas informativo, punitivo e repressor.

Em seguida 08 (26,7%) citaram as amigas como possíveis fontes de diálogo e informação sobre sexualidade, 06 (20,0%) relataram ser através das revistas, 04 (13,3%) com a própria parceira sexual, 02 (6,7%) por meio dos jornais e somente 01 (3,3%) participante referiu receber informações por meio do profissional de saúde, sendo citado, o profissional de enfermagem.

Esse item quando trata-se de estudos de representações sociais é fundamental pois, todo o nosso aprendizado e informações são aprendidos, modificados e transformados de acordo com o nosso meio e grupo social, influenciando nosso pensamento e nossa ação. De acordo com Jovchelovitch (2008), todo o conhecimento comum produzido pela comunidade proporciona aos seus membros os parâmetros por meio dos quais as pessoas dão sentido ao mundo e ao comportamento de toda a comunidade. E são justamente estas informações e conhecimentos que são transmitidos de geração em geração e que determina nossa forma de agir frente as diversas situações da vida diária, sendo uma delas a significação e a prevenção das DST.

Neste sentido, citamos Jodelet (2001) que ressalta, que as Representações Sociais são modalidades de conhecimento prático orientadas para a comunicação e para a compreensão do contexto social, material e ideológico em que vivemos. Dessa maneira a autora corrobora que as Representações Sociais são fenômenos sociais que têm de ser entendidos a partir do seu contexto de produção, isto é, a partir das funções simbólicas e ideológicas a que servem e das formas de comunicação onde circulam.

No que se refere ao uso do preservativo nas relações sexuais, somente 04 participantes afirmaram o uso do condom masculino, ou seja, o preservativo feminino não foi citado por nenhuma entrevistada, sendo que 3 (10,0%) relataram o uso em todas as suas

relações sexuais de forma efetiva e 01 (3,3%) referiu o uso esporadicamente. O motivo pelo qual as 03 participantes usarem a camisinha efetivamente é devido ao histórico de infecção por uma determinada DST em seu relacionamento atual, compreendendo, assim suas vulnerabilidades e possibilidades de adquirir esse tipo de infecção

As outras 26 (86,7%) afirmaram que não fazem o uso em nenhuma prática sexual. Quando questionadas quanto o motivo do não uso, a confiança na parceira de longa data, aliada a forte crença da suposta imunidade do corpo lésbico para com às DST, foram pontos fortes e expressivos em suas justificativas.

Neste contexto, é importante ainda destacar que mesmo as 07 (100%) entrevistadas que possuem parceira fixa, mas que também mantém relações sexuais extraconjuguais não fazem uso do preservativo em nenhum dos tipos de relacionamento. Sabe-se que quanto maior o número de parceiros(as) extras um determinado sujeito possui sem o uso efetivo do condom, maior vulnerabilidade para com as infecções sexualmente transmissíveis, principalmente para com o vírus HIV/aids. (BRASIL, 2006)

Apesar de a camisinha ser um importante fator de proteção, podemos destacar que a transmissão/infecção por alguma DST especificamente neste grupo estudado, vão para além do uso do preservativo, relacionados a aspectos sociais, culturais, psicológicos, biológicos de cada mulher, pois para uma grande parcela das entrevistadas a vulnerabilidade não está associado ao corpo da mulher homossexual e a quantidade de parcerias sexuais ao longo dos anos, desde que estas parcerias sexuais tenham sido também outras mulheres, como veremos nas discussões das entrevistas mais adiante.

Para Moscovici (2012), a representação social é uma preparação para a ação, tanto por conduzir o comportamento, como por modificar e reconstituir os elementos do meio ambiente que o comportamento deve ter lugar. Para este teórico o ser humano é um ser pensante que formula questões e busca respostas e, ao mesmo tempo, compartilha realidades por ele representadas.

No que se refere ao uso de objetos eróticos pelas mulheres homossexuais do estudo, a grande maioria 18 (60%) relatam não fazer uso. No entanto, 12 (40%) utilizam estes materiais como forma de prazer com suas parceiras sexuais. Quanto ao uso da camisinha nesses objetos, das 12 mulheres que dizem fazer uso, 3 (10,0%) dizem usar como uma forma de protegê-los, 07 (23,3%) diz que não o utilizam por não verem necessidade e 02 (6,7%) usam de forma esporádica.

Quanto ao tipo de objeto erótico utilizado, 05 (16,7%) fazem uso de vibradores e pênis de borracha, 02 (6,7%) somente os vibradores, 02 (6,7%) os pênis de borracha, 02 (6,7%) os consolos e somente 01 (3,3%) refere utilizar vibradores e consolos.

É importante destacar que o uso dos objetos eróticos entre mulheres homossexuais é comum, como afirma Diehel e Vieira (2013), entretanto a prevenção com os mesmos ainda não é uma preocupação nesta parcela da população, pois majoritariamente estas mulheres acreditam que pelo fato destes materiais serem feitos de borracha ou de silicone e pela ausência de semem e vasos sanguíneos, os mesmos não conferem riscos às DST.

Sobre esse assunto, Almeida (2009) corrobora que entre as práticas de risco supostamente mais comuns entre lésbicas, ganharam centralidade o uso de acessórios sexuais como os vibradores, os dildos, os pênis de borracha ou silicone, além de objetos domésticos improvisados para a penetração vaginal ou anal entre mulheres. No entanto, existe uma pedagogia de que esses acessórios seriam um ponto fundamental da lógica da prevenção.

As representações do mundo social são sempre determinadas pelos interesses dos grupos que as forjam. As lutas de representações têm tanta importância quantas as lutas econômicas para compreender os mecanismos pelos quais um grupo impõe, ou tenta impor, a sua concepção do mundo social, os seus valores, o seu domínio (MOSCOVICI, 2012). Diante dessa lógica, podemos compreender, conforme apontado nas bases conceituais desta pesquisa, que o discurso médico sustentado há anos de que o corpo lésbico seria o único imune ao HIV e aos outras DST, contribuiu em tese para que este grupo de mulheres sustentem os valores e forjam a falsa realidade da invulnerabilidade de seus corpos para com as infecções ginecológicas

Em relação ao histórico progresso de DST em mulheres homossexuais, 11 (36,7%) afirmaram um dia ter apresentado algum sinal/sintoma relacionado a estas infecções e 19 (63,3%) negaram esta situação clínica.

Ao analisarmos os tipos de agentes biológicos referidos pelas 11 (36,7%) mulheres com histórico de DST, encontramos 02 (6,7%) participantes com histórico de DST viral, 02 (6,7%) com DST de origem bacteriana, 01 (3,3%) com presença de Infecção Sexualmente Transmissível de origem viral e bacteriana, 02 (6,7%) referiram episódios de candidíase e 04 (13,3%) não souberam informar qual tipo DST fora acometida.

No que concerne ao tratamento das DST, todas as 11 (36,7%) mulheres acometidas por esta problemática referiram ter realizado tratamento, sendo que 08 (26,7%) apontaram o uso de medicamentos prescritos por um profissional do serviço de saúde, 02 (6,7%)

utilizaram ervas medicinais indicadas pelo contexto religioso (através de um pai de santo), e somente 01 (3,3%) optou pela automedicação.

Na ocasião do evento, 4 (13,3%) delas afirmaram que foram contaminadas pelo parceiro do sexo masculino, que também receberam o mesmo tratamento medicamentoso prescrito pelo profissional de saúde. Já as outras 7 (23,3%) conferiram a DST á questões do cotidiano e vida diária, como veremos na análise das entrevistas e não ao sexo desprotegido com mulheres.

O tratamento adequado é de suma importância para a quebra do ciclo de transmissão das DST entre a população e a não realização ou a realização de forma inadequada, pode trazer sérias consequências a saúde da mulher, desde a infertilidade até mesmo sequelas em tecidos e órgãos (BRASIL, 2006).

No que diz respeito a procura por parte das mulheres homossexuais a serviço de ginecologia, observamos que 17 (56,7%) relatam ter o costume de procurar esse atendimento, em contrapartida, 13 (43,3%) negam a busca pela ginecologia.

De acordo com os dados apontados na Tabela 2, das 17 (56,7%) entrevistadas que buscam atendimento ginecológico, 8 (26,7%) o fizeram pela última vez no período de 1 a 2 anos, seguidas de 07 (23,3%) que foram a ginecologia a mais de 2 anos e por último, 2 (6,7%) que a última visita foi há menos de 1 ano. É importante destacar que 13 (43,3%) participantes nunca foram atendidas nesta especialidade.

Os dados demonstram que 43,3% das participantes nunca estiveram sob os cuidados da ginecologia, sendo a justificativa pela não procura por esta especialidade, o motivo de nunca terem tido nenhum tipo de contato sexual com homens. Esta análise corrobora com a discussão levantada nas bases conceituais deste estudo que demonstram que a procura pelo universo feminino lésbico ao ginecologista é baixo, principalmente no que se refere as questões ligadas a infecção genital, por entenderem que este serviço está essencialmente ligado ao tratamento de problemas de mulheres heterossexuais.

Além disso, Almeida (2009) reafirma que maioria dos profissionais dos serviços de ginecologia é negligente no tocante à atenção à saúde das lésbicas, particularmente, no que se refere ao monitoramento dos possíveis riscos de infecção. Ocorre o reconhecimento, inclusive pelos profissionais de saúde, da necessidade de treinamento especializado, a fim de que fossem capazes de abordar as lésbicas de uma forma mais qualificada e respeitosa.

Ainda de acordo com Almeida (op.cit; p.322), o mesmo destaca que:

“A maioria dos ginecologistas teria dificuldade de proporcionar um ambiente adequado à revelação dos comportamentos sexuais, bem como uma escuta capaz de proporcionar o resgate da história pessoal de suas pacientes, sobretudo sem a manifestação de julgamentos morais. O questionamento, portanto, é da atitude médica, notadamente da anamnese”.

Por isso haveria que ser criada outra forma de entrevista que excluísse “perguntas fechadas” que não dão a possibilidade de a paciente “se abrir”. O reconhecimento de com quem está lidando, através do uso de perguntas abertas, permitiria ao profissional de saúde perceber as diferenças e adaptar tratamentos e discurso às especificidades do sujeito.

Por último, podemos concluir que somente 2 (6,7%) participantes apresentam um histórico obstétrico, sendo uma delas Gesta2/Para2/Aborto0 e a outra Gesta4/Para3/Aborto1, ou seja, as duas entrevistadas apresentam filhos de relacionamentos com antigos parceiros. Entretanto, o desejo pela gestação e por ser mãe foi uma constante neste trabalho em aproximadamente 12 (40%) das entrevistas, apesar de afirmarem que abririam mão deste desejo, caso fosse necessário terem relações sexuais com um homem para a concretização do desejo.

4.2 Análise da Associação Livre de Ideias (ALI)

Esta técnica permitiu neste estudo conhecermos de forma simples o que pensam e sentem, a que fatores atribuem a origem das DST, como fazem para lidar/cuidar deste agravo em saúde para as 30 mulheres homossexuais participantes deste estudo. Em outras palavras podemos dizer que esta técnica permitiu identificar as expressões mais espontâneas, mostrando indícios das representações sociais, destes sujeitos para com o objeto de nossa pesquisa. Para alcançarmos tais objetivos foram usadas três frases com palavras estímulos.

As três frases utilizadas foram: Diga até três palavras o que lhe vem em sua mente quando se fala em “*Mulher Homossexual*”, em seguida: Diga até três palavras que vem em sua mente quando se fala em “*DST*” e por último: Diga até três palavras o que lhe vem em sua mente quando se fala “ *Mulher Homossexual com DST*”.

Como detalhado no capítulo metodológico, esta técnica permite, a partir dos estímulos indutores, evocarem respostas de conteúdos afetivos e cognitivo-avaliativos, segundo Silva, Moura e Silva (2007). Desta maneira, cada sujeito do estudo mencionou até três respostas às palavras indutoras, fazendo assim com que não trabalhássemos com o número de sujeitos e sim com o quantitativo de evocações.

A partir das palavras evocadas pelas mulheres, estas foram agrupadas de acordo com sua proximidade semântica e neste momento, passamos a apresentar a análise dos resultados dessa técnica. Iniciaremos pelas respostas obtidas através do termo indutor *Mulher Homossexual* que foram agrupadas em 3 categorias conforme a tabela 3, em seguida apresentamos as respostas obtidas através do termo indutor *DST* que foram agrupados em 4 categorias conforme a tabela 4 e, por último, analisaremos as respostas obtidas pelo termo indutor *Mulher Homossexual com DST* que foram agrupadas em 3 categorias conforme a tabela 5.

4.2.1 Análise da Associação Livre de Idéias utilizando como termo indutor a palavra *Mulher Homossexual*

Tabela 3 - Distribuição das categorias por percentual das associações à palavra **Mulher Homossexual** – Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis da UFRJ, 2014.

CATEGORIAS	Grupo de Mulheres Homossexuais	
	F	F%
Uma questão de Direito	37	42,05%
A ligação com o Sexo e a Sexualidade	29	32,95%
Estereótipos pejorativos da mulher homossexual e suas repercussões	22	25,00%
Total de evocações	88	100%

Como podemos verificar na tabela 3, o termo indutor *Mulher Homossexual* recebeu um total de 88 evocações. A categoria que se mostrou mais em evidência foi “*Uma questão de Direito*” com 42,05% do total de evocações. Posteriormente, emergiu a categoria “*A ligação com o sexo e a sexualidade*” com 32,95%, e por último, a categoria “*Estereótipos pejorativos da Mulher Homossexual e suas repercussões*” com apenas 25,00%.

A primeira categoria, denominada “*Uma questão de Direito*” foi assim designada por compreender evocações que esboçam como as participantes se auto representam enquanto mulher que tem sua orientação sexual no contexto da homossexualidade. Dentro dessa esfera, entendem que ser uma mulher homossexual é ser uma pessoa de direitos como qualquer outra, ou seja, uma cidadã. Vejamos algumas evocações que remete a essa categoria: Escolha, Direito, Justiça, Igualdade, Luta, Respeito, Cidadania, Tolerância, Conquista, Dignidade, Ser Humano.

Podemos inferir a partir das palavras evocadas que estas mulheres buscam sair de uma invisibilidade política e lutam por seus direitos para que possa preencher uma lacuna pelo não reconhecimento da cidadania deste segmento populacional.

Estas mulheres se autorepresentam como seres humanos, igualmente as mulheres heterossexuais e querem ser tratadas com dignidade e respeito. Sem dúvida, como destaca Ribeiro e Almeida (2013), a sociedade contemporânea tem se tornado, a cada dia, palco crescente de lutas de grupos minoritários que reivindicam direitos sociais e civis, a partir da

defesa dos princípios democráticos. A história está plena desses grupos tidos como minoritários como negros, crianças, idosos, mulheres, portadores de deficiência e homossexuais que viveram e ainda vivem em condições sociais de exclusão, reforçando a situação de discriminação, preconceito e intolerância.

No entanto, ressaltam-se as lutas pela valorização e defesa da cidadania encabeçada pelos movimentos homossexuais, que sem dúvida, está aqui refletida nas evocações dessas mulheres, quando citam termos como: Direito, Justiça, Igualdade, cidadania entre outros.

Esses movimentos vêm gerando e promovendo mudanças significativas no imaginário social, inclusive do próprio homossexual, como afirma Tota (2012), trazendo uma imagem de que esse indivíduo é detentor de uma sexualidade legítima e merecedora de respeito.

Esta luta traçada por esta parcela da população em busca do seu reconhecimento como um ser de direitos é árdua e, por vezes bastante desgastante, pois estamos imersos em uma sociedade que culturalmente rejeita e menospreza o diferente, onde o machismo e o modelo heterossexual ainda são dominantes. Nesta tensão, Mott (2003) ressalta que os homossexuais parecem ser os mais atingidos pela violência física e psicológica expressa através da injustiça e negligência frente a sua orientação sexual.

É justamente por meio deste modelo histórico e cultural vigente no Brasil que podemos compreender as origens do preconceito, rejeição, maus tratos e violência, que muitas das vezes, contribui para que algumas mulheres homossexuais, ainda apresentem dificuldade em expor com naturalidade sua orientação sexual.

No entanto, podemos observar que para uma parcela das entrevistadas, ser uma mulher homossexual parece ter uma representação contra-hegemônica das imagens que ao longo do tempo, foram construídas pela sociedade acerca da homossexualidade, ou seja, no início como uma doença e depois como uma opção sexual. Noção que é repudiada pelos movimentos como LGBT, por acreditarem que é uma expressão equivocada, já que ninguém optaria por uma sexualidade estigmatizada, caso tivesse outra alternativa. (TOTA, 2012).

Frente a todos esses aspectos abordados, podemos compreender o motivo pelo qual esta categoria “*Uma questão de Direito*” apresentou uma frequência elevada com 42,05% neste estudo, quando se refere ao termo indutor Mulher Homossexual.

A segunda categoria intitulada como “*A ligação com o Sexo e a Sexualidade*”, emergiu com 29 (32,95%) das evocações, onde ocorreu a ligação da Mulher Homossexual com as questões que envolvem a sexualidade e a vida sexual de uma pessoa. Para ilustrar essa afirmação, convém mencionar algumas evocações: Prazer, Desejo, Feliz, Carinho, Gostoso, Tesão, Sexualidade, Muito bom, Vontade, Sexo com Mulher, Sexo.

Nesta categoria podemos analisar como as mulheres homossexuais retratam a sua orientação sexual e como vivência sua sexualidade. Diante dos termos evocados, referem à prática sexual entre duas mulheres, como algo prazeroso, gostoso e que lhes proporciona acima de tudo felicidade.

Entendem a mulher homossexual como aquela que está em busca de viver a sua sexualidade plena, frente a sentimentos e emoções, que até muito pouco tempo foram negado às mulheres, sejam elas hetero ou homossexuais, como desejo, prazer, tesão, vontade etc. Desta forma, trazem uma conotação ampla da sexualidade, que não envolvem somente os aspectos fisiológicos, mas também elementos que dão sentido e significado à existência humana, pois como afirmam Fernandez e Paniagua (2007), a sexualidade precisa ser compreendida como uma função vital do ser humano, na qual inervem múltiplos fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais transmitidos de geração em geração.

A análise desses dados, nos leva a crer que para essas participantes ser uma mulher homossexual é ter vivências sexuais que envolvem sentimentos e emoções, que, por sua vez, lhes proporcionam satisfação, pois como Moscovici (2012) destaca todo comportamento é impregnado de significações, enriquecendo a tessitura do que é para cada um, a sua realidade vivida.

Ao compararmos as evocações desta categoria, com as palavras evocadas na primeira “*Uma questão de Direitos*” podemos deduzir que a experiência humana quando vivenciada de forma positiva por um grupo de sujeitos, levam estes a busca pelos seus direitos e igualdades sociais. Para entendermos a complexidade do tema destacamos que apesar de todas as dificuldades, desprazeres, marginalização e preconceitos vivenciados por estas cidadãs no que tange a sociedade, vivenciar a liberdade, o sexo e a sexualidade faz parte do desejo, vontade e prazer deste segmento populacional.

A última categoria denominada de “*Estereótipos pejorativos da mulher homossexual e suas repercussões*” apresentou 22 (25%) de evocações apresentando-se neste termo indutor como o de menor número de evocações. Vejamos algumas evocações: Pecado, Castigo, Segredo, Proibido, Julgamento, Rejeição, Discriminação, Preconceito, Injustiças.

Para as participantes deste estudo, o fato da sociedade criar inúmeros estereótipos acerca da vivência do sexo e sexualidade entre duas mulheres, contribui para que reconheçam a discriminação e o preconceito que, ainda perpetuem pela sociedade acerca das mulheres homossexuais. Fruto de complexas elaborações culturais, a homossexualidade surge como um estereótipo ligado ao pecado e castigo. Isto devido a prática homossexual ter sido historicamente impregnada pelas concepções religiosas judaico-cristãs como perversa,

proibida e pecaminosa. A partir dessa análise, podemos compreender o quanto esta categoria apresenta movimentos de ancoragem alicerçadas numa tradição histórico-cultural, pois como Jodelet (2001) afirma as representações sociais são objetos cujo estudo restitui as dimensões históricas, culturais e sociais de um fenômeno.

Verificamos que a sociedade tende a classificar o comportamento humano como certo ou errado, bom ou ruim, sendo que todos aqueles classificados negativamente estão fadados ao processo de rejeição e de julgamento, como é o caso da homossexualidade. Neste contexto, a representação da mulher homossexual como um ser de rejeição, discriminação e proibido ancora-se no processo de construção da própria representação do ser mulher que segundo Almeida (2009), em nossa sociedade é um constructo social e antropológico que resguarda estreita relação com a imagem de procriadora, carinhosa, homossexual, monogâmica, submissa e delicada.

Por isso, o convívio numa sociedade que valoriza esta imagem feminina, traz à tona uma percepção de que a mulher que foge a esses estereótipos deve ser julgada, desvalorizada e rejeitada socialmente.

Sabemos que o desconhecido, o novo e o diferente causam estranhamento, entretanto a prática sexual entre pessoas do mesmo sexo é tão antiga quanto à humanidade, mas apesar disso o ser humano ainda apresenta dificuldade em aceitar tão condição humana. As nossas ações e reações são tomadas de acordo com a imagem e pensamentos que formamos acerca de algo ou de alguma coisa, e estes são influenciados pelo nosso meio social, família e sociedade. Nesta ótica, as representações trazem em si identidade, cultura e história de um grupo de pessoas, que são impregnados de memórias sociais e pertencimento que atestam seu pertencimento (JOVCHELOVITH 2008).

Em síntese, podemos destacar que apesar de ser um grupo de entrevistadas que vem demonstrando uma representação contra-hegemônica do que é ser mulher homossexual, como podemos analisar na primeira categoria, não eliminam antigas representações como de pecado, castigo e rejeição. Destacando também o senso comum que existe entre a homossexualidade apenas com uma questão sexual.

4.2.2 Análise da Associação Livre de Ideias utilizando como termo indutor a palavra DST

Tabela 4 - Distribuição das categorias por percentual da associação da palavra DST – Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis da UFRJ, 2014.

CATEGORIAS	Grupo de Mulheres	
	Homossexuais	
	F	F%
O (Con)viver com às DST	33	35,9%
Nomeando às DST	22	23,9%
A Causa/origem das DST	19	20,65%
Ações de cuidados e tratamentos	18	19,55%
Total de evocações	92	100%

Conforme Tabela 4, observamos que com relação ao termo indutor *DST* emergiram 92 evocações. A categoria mais freqüente foi “*O (Con)viver com às DST*”, com 35,9%, seguida da categoria “*Nomeando às DST*” com 23,9% , em terceiro aparece a categoria “*A causa/origem das DST*” com 20,65% e por fim, a quarta categoria denominada de “*Ações de cuidados e tratamentos*” com 19,55%.

A primeira e mais freqüente categoria denominada de “*O (Con)viver com às DST*”, foi assim designada por compreender evocações que sintetizam um conjunto de palavras que demonstram sinais, sintomas, sensações e sentimentos que envolvem o conviver de uma pessoa com DST. As principais palavras evocadas foram: Dor, Corrimento, Aflição, Coceira, Chateação, Medo, Ardência, Problema.

Esta categoria permeia a representação que estas mulheres têm acerca do sofrimento diante das DST por trazer infortúnios físicos e emocionais, independente de sua orientação sexual.

As DST foram tidas como algo que, se manifesta com grande incômodo físico/corporal, acompanhado de sintomatologias como dor, coceira, sujeira, mau cheiro, mal estar, dentre outros. Essa representação ancora-se na relação do processo saúde-doença, sendo aqui um binômio que se constrói em correlação aos sinais e sintomas que são evidentes na presença das infecções sexuais. Essa compreensão traz a tona os alicerces das concepções

hegemônicas das ciências, do universo reificado sobre o organismo, seu funcionamento, onde tudo pode ser explicado e justificado no corpo humano dentro dessa visão cartesiana (WAGNER, 2003a).

No entanto, emergiram também palavras que demonstram que conviver com uma DST traz sentimentos negativos e de sofrimento psíquico como aflição, medo, e chateação.

Rodrigues e Caroso (2001) afirmam com muita propriedade, que o discurso das concepções e representações de causas de problemas de saúde envolve a ligação que se estabelece entre as pessoas e a moléstia. Os autores ainda complementam que esta envolve uma complexa rede de sentimentos que orientam os indivíduos em buscas subjetivas. Neste contexto, a forma pelo quais os indivíduos situam-se perante a uma situação de doença, confere-lhes significados e desenvolvem modos rotineiros de lidar com a situação. Ou seja, ancora-se em diversos suportes discursivos, sejam linguísticos ou corporais e comunicados sociais.

Diante do exposto acima, podemos afirmar que a problemática das DST, para as entrevistadas, está além de um problema de cunho somente biológico, mas apresenta dimensões psicossociais, que se reflete no corpo e na vida.

Assim, podemos inferir que para essas mulheres vivenciar ou (con)viver com uma destas infecções pode tornar-se um evento de extrema aflição e chateação pelo sinais e sintomas que se manifestam no corpo e no cotidiano. Pois como argumenta Jodelet (2001, p.17) é através das representações sociais, que os grupos sociais partilham os diferentes aspectos do cotidiano e edificam uma realidade, que por serem sociais guiam no modo de nomear, definir e interpretar os aspectos da vida, as tomadas decisões e os posicionamentos frente a determinados fenômenos.

A segunda categoria definida como “*Nomeando às DST*” representa a qualificação, a nomeação dada a uma infecção transmitida pelo ato sexual. As palavras evocadas dão acesso às múltiplas denominações que as DST possuem como: Doença, Aids, Sífilis, Gonorréia, Crista de Galo, Verruga, Inflamação, Infecção.

A partir destas evocações podemos compreender a tentativa que essas mulheres têm em nomear ou classificar às DST, de acordo com o que aprendem dentro do seu meio social, na mídia e no universo reificado das ciências. Foi percebido que o que lhes vem à mente, de forma mais rápida e espontânea, são os nomes de algumas DST, mais conhecidas e divulgadas pelos meios de comunicação e pela área da saúde, como a AIDS, HPV, a sífilis e a gonorréia.

Estas evocações nos levam a refletir o contexto histórico e evolutivo dessas DST, ao longo dos séculos, pois grande parte dessas doenças causava a morte dos indivíduos,

principalmente quando ainda não se sabiam ao certo do que se tratava e qual era a terapêutica adequada. Ujavari (2009), inclusive destaca que, algumas dessas doenças iniciaram de maneira lenta e silenciosa, anos e décadas atrás, e condicionaram a existência humana, dizimando populações, estimulando conflitos, infectando inúmeras pessoas, promovendo êxodos, propiciando miscigenações e enfraquecendo povos. Neste contexto, podemos compreender a forte imagem histórico social que as DST apresentam para essas participantes, pois como Moscovici (2009) destaca para se compreender uma representação social há necessidade de primeiramente de se identificar seu núcleo figurativo, o qual relaciona um conceito a uma imagem. “É a vida social, evidentemente que funda que perpetua e até mesmo renova este núcleo figurativo, isto é, sua história (MOSCOVICI, 2009, p. 27)

Outro aspecto que é importante como propiciador, desta tentativa de nomear às DST é a mídia, através das propagandas de prevenção, dos diálogos em novelas e na internet. Como exemplo podemos citar as duas palavras evocadas: verrugas e crista de galo, que devido a campanha de vacinação contra o HPV, vem sendo veiculada pela mídia televisiva e jornalística. O Papilomavírus Humano (HPV) é uma DST, de origem viral mais incidente na população mundial, apresentando-se como um grave problema de saúde pública, principalmente por ser um dos principais fatores responsáveis pelo desenvolvimento do câncer de colo uterino (GIRALDO et al, 2008). Porém como afirma Carvalho, Paula e Queiroz (2011) é objetivada como a doença das verrugas, também conhecida popularmente, como Crista de Galo.

Sobre a influência da mídia na elaboração das representações sociais, concordamos com Gama e Santos (2010) quando destacam que a mídia, principalmente a televisiva, ainda é hoje, um dos principais meios de comunicação, inclusive formadores de opiniões, e Moscovici (2012) afirma que os indivíduos elaboraram explicações sobre questões sociais, principalmente pela difusão das mensagens veiculadas pelos meios de comunicação de massa. Jovchelovitch (2000) acrescenta que é preciso entender como esses meios tem uma intensidade de penetração nos mais variados segmentos e em praticamente todos os domínios da vida social, impactando nas sociedades contemporâneas.

Podemos então concluir, que algumas mulheres homossexuais deste estudo, diferentemente da categoria anterior, procurou dar nomes às DST dentro do circuito médico, e pressupõe-se que estas evocações são influenciadas pelo meio científico e pela mídia. Logo, estas mulheres ancoram seus pensamentos no que é familiar e no que é conhecido para entender e explicar as coisas e o mundo ao seu redor (JODELET, 1989).

A terceira categoria denominada “*A causa/origem das DST*” emergiu em terceiro lugar com 19 (20,65%) das evocações. Nesta categoria, um grupo de mulheres homossexuais buscou dar sentido a essa infecção, explicando como se adquire as DST. Vejamos alguns termos evocados: Banheiro, Banco de ônibus, Castigo, Rua, Sexo, Pobreza, Desleixo, Drogas, Garota de Programa.

É interessante, observarmos a diversidade de causas citadas pelas participantes do estudo, pois mesmo se tratando de um grupo de nível sócio econômico escolar de médio a alto, como foi analisado no perfil, nota-se que não só o sexo foi mencionado, mas outras causas como banheiro, banco de ônibus, drogas, castigo, dentre outras, foram citadas como possibilidades de origem das Doenças Sexualmente Transmissíveis.

Neste sentido, infere-se a forte presença do senso comum na elaboração das representações sociais, demonstrando que mais do que algo apenas físico e corporal, como sinais e sintomas, existe um contexto psicossocial que envolve as DST nas mulheres homossexuais, aproximando-a ou afastando-a desta situação. O senso comum, para Jodelet (2001), constitui-se a partir de nossas experiências, mas também, de informações, saberes, modelos de pensamentos, que recebemos e transmitimos pela tradição, educação e comunicação social e que influencia a nossa prática.

É importante destacar que, muitas buscam explicar as DST como uma doença, infecção, inflamação que vem pelo sexo. Isto é verificado quando são evocadas as palavras sexo, rua, garota de programa. No entanto, mesmo dentro desse contexto, quando analisamos o tipo de relação sexual que as depoentes estão se referindo como propícias a adquirir uma DST, verificamos a existência de uma diferenciação. Umam citam o sexo de uma forma geral, não determinando a orientação sexual, outras já delimitam que as DST estão especificamente ligadas ao sexo com homens e outras fazem uma ligação clara com a promiscuidade, referindo-se ao sexo que vem da rua e a garotas de programa. Essa concepção de promiscuidade pode ser explicada, quando analisamos que historicamente, essas doenças foram rotuladas como doenças relacionadas à prostituição, a infidelidade e a sair com diferentes parceiros sexuais. As DST eram chamadas de doenças dos indecentes, sendo denominadas de doenças venéreas, referindo-se ao Vênus, que na Mitologia Grega, era a Deusa do amor. Desta forma, essas doenças trouxeram transformações sociais e reflexos de outrora que ainda estão presentes em nossa sociedade (OLIVEIRA, 2007).

Enfim, para entendermos a complexidade e a diversidade do tema sobre a causa/origem das DST é necessário entendermos os elementos culturais que se fazem presentes e que foram aprendidos por estas mulheres dentro do seu grupo social e que vão

interferir no seu modo de agir frente à prevenção e ao tratamento das DST. Pois como veremos no capítulo de análise das entrevistas, para uma parcela das participantes o relacionamento exclusivo com mulheres, mesmo que tenha uma multiplicidade de parceiras, não são fatores predisponentes ao surgimento das DST, o que pode explicar o pouco uso do preservativo pelas participantes, como analisado no perfil.

A última categoria denominada de “*Ações de cuidados e tratamentos*” apresentou 18 (19,55%) evocações apresentando-se neste termo indutor o com menor número de evocações. As principais foram: Ginecologista, Chá de Aroeira, Espiritualidade, Postinho, Médico, Ajuda, Remédio, Cuidado, Creme Vaginal.

Esta categoria foi assim designada por compreender que um segmento de mulheres homossexuais, de forma mais espontânea e natural, esboçam um conjunto de evocações que fazem referência as práticas de cuidados e tratamentos para a cura das DST.

Desta forma, citam o circuito médico-hospitalar, como uma dessas formas terapêuticas de cura para com os problemas ginecológicos de cunho sexual. Esse processo de medicalização do corpo e da vida vem sendo incorporado e transmitido como verdade única quando se trata do processo saúde-doença, pautando representações, valores e comportamentos (QUEIROZ E ARRUDA, 2006).

Wagner (2003b) reforça essa concepção de hegemonia das ciências, quando afirma que a vertente científica desempenha importante papel como fonte de conhecimento do cotidiano, além de considerar como autoridade para legitimar e justificar decisões e posições ideológicas.

Entretanto, muitas mulheres apesar de saberem e emitirem estas evocações que estão dentro dos padrões biologicistas, nem sempre seguem esses padrões conforme verificaremos mais adiante na análise das entrevistas. Algumas mulheres desse estudo vêm buscando outras perspectivas em outras áreas, como a espiritual, a psicológica e a do senso comum. E que precisam ser levados em consideração pelos profissionais de saúde, pois como criticam Barros et al. (2003), pensar a abordagem das DST, limitado à eficácia ou não, do diagnóstico e da terapêutica medicamentosa, desfocado do contexto socioeconômico e cultural da mulher, é estar fadado ao fracasso.

Esta categoria, diferente das anteriores, nos aponta para a dimensão da atitude das representações sociais, ou seja, a orientação, onde suscitam tomadas de posição e de decisões em relação ao objeto da representação social. As representações sociais guiam comportamentos e as práticas, definem o que é lícito, tolerável ou inaceitável em um dado contexto social, pois como Moscovici (2003) destaca, ninguém age sem explicação.

O exposto acima é de grande importância dentro do campo das representações sociais, uma vez que observamos que para algumas mulheres homossexuais não existe somente uma única forma de cuidar e tratar esse problema. Fato que vem ao encontro dos achados do perfil, quando analisamos a forma de tratamento das entrevistadas que tinham histórico progresso de DST.

Cabe destacar que estas evocações em relação ao cuidado/tratamento das DST não foram tão frequentes, neste termo indutor, apresentando apenas 18 evocações do total das 92 palavras, o que nos leva a inferir que pensar no tratamento, não foi algo tão relevante quando citado somente a palavra DST, o que nos faz inferir, ainda que essa infecção parece estar distante de suas realidades.

Em síntese, o termo indutor DST para as mulheres homossexuais desse estudo fez primeiramente, o grupo pensar nos aspectos negativos de se conviver com uma doença desse tipo. Em seguida a preocupação foi de nomear, caracterizar essas doenças, o que foi visto através das DST mais comuns em seu universo, tanto na mídia como no circuito médico-hospitalar. Por fim, as duas últimas categorias, que se apresentaram com poucas evocações, quando o termo indutor apareceu sozinho (DST) foram: a busca da explicação das DST por sua causa e as possíveis ações e práticas na resolutividade frente a essa situação.

4.2.3 Análise da Associação Livre de Ideias utilizando como termo indutor a palavra *Mulher Homossexual com DST*

Tabela 5 - Distribuição das categorias por percentual das associações à palavra **Mulher Homossexual com DST** – Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis da UFRJ, 2014.

CATEGORIAS	Grupo de Mulheres Homossexuais	
	Total	Frequência %
- As Causas das mulheres homossexuais adquirirem DST	34	38,2%
- Atitudes e Ações frente às DST	31	34,8%
- A Imagem da Mulher com DST	24	27,00%
Total de evocações	89	100%

De acordo com a Tabela 5, podemos observar que em relação ao termo indutor *Mulher Homossexual com DST* emergiram 89 evocações. A categoria mais significativa foi “*As Causas das mulheres homossexuais adquirirem DST*”, com 34 (38,2%) de evocações, em seguida com 31 (34,8%) evocações temos a categoria “*Atitudes e ações frente às DST*” e por fim último a categoria “*A imagem da Mulher Homossexual com DST*” com 24 (27%) evocações .

A primeira categoria no termo indutor **Mulher Homossexual com DST**, foi denominada de “*As Causas das mulheres homossexuais adquirirem DST*”. Aqui as entrevistadas buscam explicar como uma mulher homossexual pode adquirir uma doença sexual. Diferente do termo indutor **DST**, que também emergiu a categoria causa, aqui procurou-se elucidar a origem dessa infecção, num contexto específico, que é da homossexualidade feminina. Dentre as principais evocações podemos citar: Bissexualidade, Homem, Passado, Namorado, Sangue, Traição, Infidelidade, Castigo, Culpa.

Podemos verificar através dessas evocações que a conotação que aqui se faz presente é a participação masculina no contexto da DST. As palavras homem, bissexualidade, namorado,

passado nos remete que a causa/origem das DST pode estar, muitas vezes, ancorado na questão do passado sexual com homens.

Essa relação homem-DST, como vimos no capítulo de bases conceituais, é algo histórico do pensamento do homem em nossa sociedade, pois como afirmam Barbosa e Fachini (2009, p. 47), as DST foram agravos de saúde associado principalmente ao gênero masculino, onde essas doenças traziam ao mesmo tempo uma conotação de virilidade e uma ideia de contaminação ou poluição, colocando-os num patamar de responsabilidade pelas infecções decorrentes da atividade sexual.

Esses conteúdos de significados histórico-cultural e simbolismos, guardam estreita relação com que durante anos se entendeu como sendo as doenças venéreas, e instruem reações, comportamentos e pensamentos de toda a sociedade em torno das DST, até os dias atuais. Nesta perspectiva, Moscovici (2003) ressalta que aparentemente nada escapa a força prescritiva que se impõe sobre nós, nada surge do vazio, são resultados de sucessivas gerações que são elaborados e se retroalimentam mediante conhecimentos e idéias anteriores e memórias coletivas.

Frente a esse contexto, como veremos na análise das entrevistas, grande parte das participantes desde estudo não se vêem vulneráveis às DST, principalmente por manterem relações sexuais com outras mulheres. Aqui mais uma vez se observa a forte representação da imunidade do corpo lésbico para com estas infecções, uma vez que atribuem sua contaminação aos homens, e ao produto destes, ou seja, a ejaculação.

Cabe destacar ainda que outro aspecto que também veio à tona é com relação à traição, a infidelidade, ao castigo, desta forma às DST se configuram como a consequência e produto final da não lealdade vivenciada nos relacionamentos sexuais. Verificou-se ainda, a busca na religiosidade para justificar a presença destas doenças, e isso foi uma constante neste estudo, mesmo para as mulheres homossexuais, que se autoperceberam como agnósticas.

A segunda categoria, denominada de “*Atitudes e Ações de tratamento/solução frente às DST*” reflete as formas e opções que esta mulher homossexual pensa para solucionar caso tenha alguma DST, ou seja, as possíveis ações e tomadas de decisões para estar curada dessas infecções. As principais evocações dessa categoria foram: Solução, Médico, Hospital, Ervas, Chá, Exame, Pai de Santo.

Esta categoria reafirma o que foi discutido na categoria “*Ações de cuidados e tratamento*” do termo indutor anteriormente apresentado **DST** que consta na Tabela 4, no qual analisamos que apesar das mulheres citarem a figura do médico, o hospital, os exames como soluções para o problema das DST, não deixam de mencionar formas alternativas de

tratamento/solução como métodos naturais e caseiros, assim como tratamentos espirituais, como a procura pelo “Pai de Santo”. Isso ocorre, devido os indivíduos serem pensadores ativos, no bojo das interações sociais cotidianas, produzindo representações que correspondem às visões de si e do mundo, cuja a dinamicidade influenciam os seus comportamentos e atitudes (MOSCOVICI, 2012).

No entanto a diferença, desta categoria referente à busca pela solução e/ou tratamento de uma DST, neste termo indutor para o anterior, foi que aqui emergiu com maior frequência quando relacionado diretamente com a mulher homossexual, ou seja, apareceu em segundo lugar com 31 evocações, representando 34,8% do total. Fato que nos faz inferir que a busca por ações/práticas de cuidados frente à situação de um DST foi mais incisiva quanto relacionada à sua orientação sexual – a homossexualidade.

Por último, emergiu categoria “*A Imagem da Mulher homossexual com DST*”, na qual ocorreram as seguintes evocações: Suja, Desesperada, Descuidada, Desleixada, Vergonha, Sofrimento, Nervosa, Triste, Preocupada, Angustiada, Tensa, Excluída, Medrosa. Todas essas evocações nos remetem a sentimentos e ao estado psicossocial de uma mulher homossexual que é acometida por uma com DST.

Nesta perspectiva, podemos entender que para as entrevistadas a ocorrência desse episódio numa mulher homossexual é vivenciada de forma amplamente negativa, devido à preocupação, medo, angústia e desespero que esta patologia pode provoca em sua saúde e na sua vida.

Estar com uma DST aflora sentimentos e intensifica a dimensão afetiva na organização das representações sociais que foram construídas historicamente em torno dessas infecções sexuais. Essa caracterização também pode ser pautada no entendimento da mulher como um ser frágil e sentimental comparada ao homem, independente de sua orientação sexual, pois são aspectos condizentes com a construção social do gênero feminino (TOURAINÉ, 2007).

As DST sempre trouxeram, além da sintomatologia orgânica, um forte componente emocional, pois até recentemente nomeadas de Doenças Venéreas o seu desenvolvimento trouxe sentimentos ambivalentes quanto aos gêneros (CARVALHO et al, 2011). Se por um lado tal fato era considerado como uma prova de virilidade masculina, para a mulher era motivo para sensação de culpa, com certo ranço de impureza, imoralidade e pecado (UJVARI 2009).

Frente a essa análise, faz parte desse repertório a idéia de que a mulher homossexual que está contaminada com uma DST é uma mulher suja, descuidada, desleixada,

envergonhada e que pode acarretar, ainda mais, o processo de exclusão já vivenciado pela lésbica. Tota (2012) denuncia que a homossexualidade ainda hoje, constitui um fenômeno destoante da normalidade, é tudo que é tido como “diferente dos padrões normais”, são difíceis de ser aceito em sua totalidade. Dentro dessa lógica é compreensível o termo evocado “excluída” com relação à mulher homossexual com DST, pois na verdade, estão presentes aqui, dois fenômeno de exclusão, discriminação e preconceito.

Em síntese, diferente do termo indutor anterior (DST), quando associado a mulher homossexual suscitaram distintas perspectivas. Inicialmente, a mais evidente foi à preocupação de entender as possíveis causas de uma mulher homossexual ser acometida por uma infecção sexualmente transmissível. E a principal causa foi a atribuição a um fator externo a relação homoafetiva, ou seja, o sexo com o homem. Em seguida emergiu as possíveis tomadas de decisões frente à resolutividade do problema, seja ele dentro do circuito biomédico ou através de práticas alternativas. É importante aqui destacar, que essas duas categorias que apareceram timidamente no termo indutor DST, quando ligado à Mulher Homossexual foram as duas categorias de maior frequência, mudando a ordem de pensamento quando associado uma DST a sua orientação sexual. Por último, emergiu a formulação da imagem da mulher homossexual com DST pautada em sentimentos e aspectos negativos.

5. CAPÍTULO 5 – ANÁLISE DOS DISCURSOS

5.1 Descrição do conteúdo do Alceste

A análise do Programa ALCESTE resultou em uma divisão do texto em enunciados ou unidades de contexto elementar que são denominadas de (UCE) e explorou a distribuição das palavras nestas UCE para retirar do corpus as classes lexicais. A presente análise de dados textuais permite quantificar o texto para extrair estruturas que apresentem significados mais representativos e obter o conteúdo mais relevante acerca das representações dessas mulheres homossexuais que participaram do estudo.

O perfil de cada classe corresponde ao conjunto de palavras mais significativamente presentes. O grau de associação de uma palavra ou uma variável a uma classe foi calculada por X^2 (*qui quadrado*) de associação. Desta maneira, esta análise trouxe os diversos conteúdos das explorações das entrevistadas deste estudo acerca das DST e, conseqüentemente de uma análise das vulnerabilidades e das medidas preventivas adotadas por estas mulheres no que tange a infecções sexualmente transmissíveis. Foi possível destacar os conteúdos das falas das mulheres homossexuais, além de identificar a situações de vulnerabilidade, prevenção e de ligação entre essas classes.

Dando continuidade ao desenvolvimento do programa, a partir das 30 entrevistas, no que se refere ao cálculo do dicionário, obteve-se 3279 formas distintas, com um número total de formas contidas no corpus de 35041 palavras. Após a redução das palavras às suas raízes obteve-se 1435 palavras analisáveis, 295 palavras instrumento e 45 palavras com asterisco, sendo que o número de pares de palavras foi de 29481.

O corpus foi dividido em 789 uce, das quais 596 apareceram numa mesma classe em 2 classificações hierárquicas descendentes, equivalendo a 76% do total, denotando a estabilidade das classes. Desta maneira, de acordo com a Figura 2, observa-se que o corpus sofreu uma primeira divisão em duas partes, de um lado aquela que originou as classes 4 e 6 e do outro que após sofrer uma nova divisão, originou as classes 1 e 2. Por último, o restante do corpus sofre mais uma repartição produzindo as classes 3 e 5, totalizando seis (6) classes.

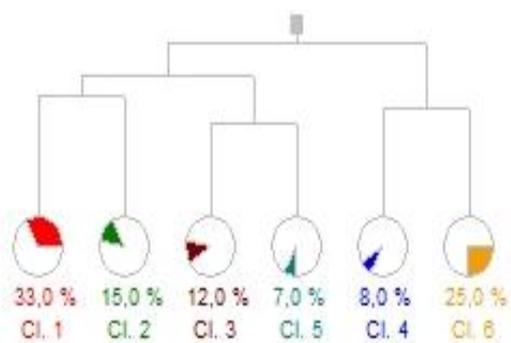
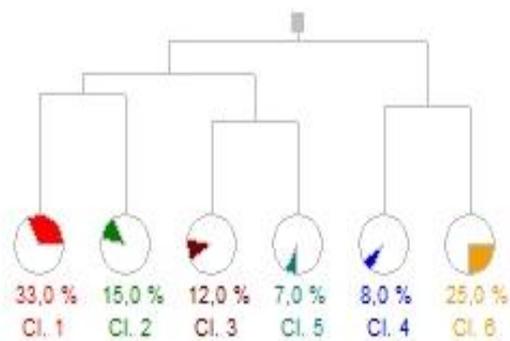


Figura 2 - Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente
Fonte: Relatório do Programa Alceste

Para melhor visualização, apresentamos o dendograma representado na Figura 3, de forma mais detalhada com as palavras de maior associação com cada uma delas, em função do coeficiente obtido na prova de associação do χ^2 (Qui-Quadrado).



Classe 1			Classe 2			Classe 3			Classe 5			Classe 4			Classe 6		
Forme	kh2	Eff.	Forme	kh2	Eff.	Forme	kh2	Eff.	Forme	kh2	Eff.	Forme	kh2	Eff.	Forme	kh2	Eff.
mulher	34	136	uso	85	22	cha	120	21	calcinha	227	23	profissao	231	21	aceit	84	38
doenca	30	51	objeto	82	17	rosas	78	11	lav	135	21	saude	137	14	saude	137	14
risco	27	24	usamos	67	12	branco	70	11	roup	130	20	acesso	103	12	familia	70	29
heterosse:	22	28	usar	56	29	remedio	83	10	intim	77	11	consult	92	11	filho	42	17
aids	21	11	consolo	55	12	med	57	29	sec	74	7	problem	70	15	cas	39	41
corpo	19	35	oral	51	14	aparec	56	13	banheiro	72	13	consequ	68	6	descobri	33	11
relac	18	34	camisinha	51	30	trat	53	17	apertada	62	6	fila	56	5	sofr	30	17
homens	17	42	boca	43	10	tom	49	13	germe	50	5	hospit	48	6	respeit	29	19
dst	15	29	erotico	39	7	uter	48	9	sol	49	4	governo	45	4	pai	24	14
gay	14	21	borracha	39	8	procur	48	14	vag	38	13	atendida	45	4	feliz	22	9
usad	14	6	mao	36	12	ginecolog	37	10	usav	38	4	particular	27	4	aos	21	9
oid	13	16	troc	33	9	ool	35	5	bacteria	36	8	postinho	24	3	men	21	15
trans	13	42	sangue	33	18	faria	35	5	deix	34	10	preconoit	22	8	cabeca	21	12
conhec	13	19	anus	32	8	iria	29	9	pass	32	14	lid	19	4	escolh	21	14
mascul	13	10	fac	31	13	volt	29	8	vaso	30	6	igual	18	3	mae	20	24
exemplo	13	10	evit	31	17	aprendi	28	4	microbio	30	5	prefiro	18	3	vida	20	23
hom	12	36	coloc	29	13	aroeira	28	4	bar	26	3	os	17	23	viv	19	8
fazend	12	15	fog	28	6	pensaria	28	4	taloo	26	4	pergunt	16	4	mor	18	6
fato	11	11	orgasmo	28	5	our	23	7	inflam	26	5	dos	13	6	inici	18	11
chance	11	10	papel	27	6	cois	23	17	sabonete	26	4	med	11	12	amigos	18	6
pratic	11	19	sexo	19	28	banho	21	5	agua	25	4	publico	11	4	escola	18	6
sexual	11	26	namor	19	24	assento	21	4	mat	21	4	vejo	10	4	quer	16	23
assunto	11	5	prazer	19	14	seringa	21	3	fiz	20	3	lesbica	10	11	descobr	16	11
bissexu	11	5	dedo	17	4	vou	20	16	suju	18	6	iria	9	4	preconoit	16	14
protegida	11	5	urina	17	3	hora	18	8	direito	18	6	part	9	3	julg	15	5
peg	10	27	brinqued	17	3	pass	18	16	higien	16	6	demor	9	2	trist	15	5
surg	9	4	unha	16	4	pomad	18	5	contamin	16	10	iguais	9	2	convers	15	5
Variable	kh2	Eff.	Variable	kh2	Eff.	Variable	kh2	Eff.	Variable	kh2	Eff.	Variable	kh2	Eff.	Variable	kh2	Eff.
*ind_04	12	14	*ind_15	13	8	*ind_14	20	9	*ind_17	108	16	*dst_02	6	38	*rel_01	5	16
*ind_01	11	15	*obj_01	6	51	*ind_29	13	8	*ind_09	13	6	*ind_23	4	4	*ind_23	3	8
*ind_02	9	13	*ind_05	5	6	*prela_01	5	24	*id_01	11	44	*id_02	3	16			
*ind_12	3	10	*ind_25	4	5	*dst_01	4	37	*obj_02	11	36	*ind_25	3	3			

Figura 3 – Distribuição das classes na representação das mulheres homossexuais acerca das DST.

Fonte: Relatório do Programa Alceste.

Na figura 4, a seguir, é mostrada a divisão das u.c.e nas classes, onde podemos verificar a importância de cada classe dentro do corpus e no segundo gráfico da Figura 5 é apontado o número de palavras analisáveis por cada classe. Frente a esse gráfico, verificamos que a Classe 1 reuniu o maior número de u.c.e, ou seja 183 u.c.e correspondendo a 33% e a Classe 5 foi a que agregou o menor número de u.c.e, com 45 u.c.e com uma percentagem de 7%. Cabe destacar que apesar da Classe 1 conter o maior número de uce, verifica-se que não foi a classe de maior número de palavras analisáveis, apresentando um total de 83 palavras analisáveis nesta classe.

A Classe 6 foi a segunda mais significativa em número de u.c.e com um total de 152 (25%) e de todas as classes foi a que reuniu o maior número de palavras analisáveis, totalizando ao todo 133 palavras. A Classe 6 demonstra-se através destes dados ser a de maior relevância.

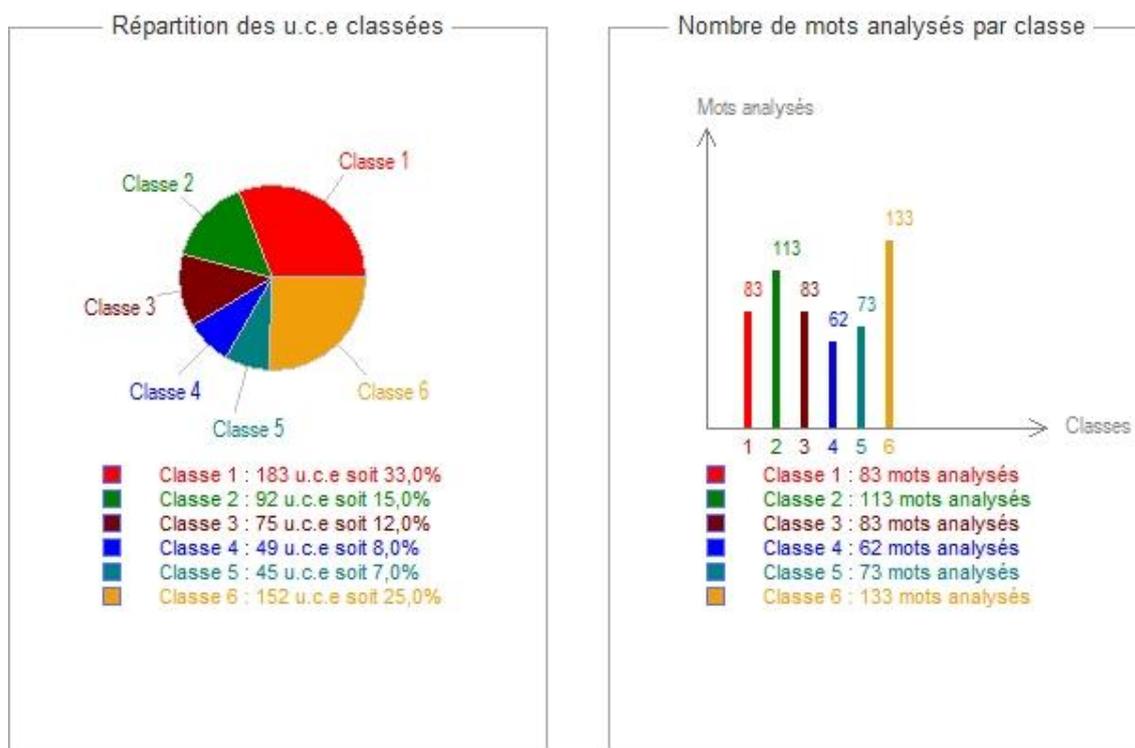


Figura 4 – Gráficos referentes às uce e o número de palavras nas classes
Fonte: Relatório dos resultados do Programa ALCESTE

Nesta fase do estudo, será apresentada a análise dos dados de acordo com o programa software ALCESTE, que reuniu três blocos temáticos através da Classificação Hierárquica Descendente, referindo-se à linguagem temática, representação ou que dela se impregnam. O primeiro bloco constituído pelas classes 4 e 6 denominamos de A homossexualidade feminina e a relação com a sociedade, por apresentar um conteúdo acerca da descoberta e da revelação da homossexualidade pela mulher à família e a grupos sociais e pela relação com os serviços e profissionais de saúde.

O segundo bloco que foi formado pelas classes 1 e 2, levaram ao entendimento da origem e da dimensão prática de como se evita uma DST de acordo com as mulheres

homossexuais. O último bloco foi composto pelas classes 3 e 5 e aborda os meios de cuidados e tratamento da mulher homossexual frente as DST .

A seguir no quadro abaixo, são apresentados os 3 blocos temáticos com os títulos, as classes que os constituem, as variáveis de maior associação com cada classe e os indivíduos de maior representação nas classes.

Quadro 3 - A distribuição das classes por blocos temáticos: variáveis e indivíduos representativos

Primeiro Bloco Temático	
A homossexualidade feminina e a relação com a sociedade	
Classe 4	A relação da mulher homossexual com a saúde
	Não tem histórico de DST e idade de 41 a 60 anos. Indivíduos: 23 e 25
Classe 6	Da descoberta a revelação da homossexualidade no âmbito sócio-familiar
	Religião evangélica. Indivíduo: 23
Segundo Bloco Temático	
Da origem a dimensão prática de como prevenir às DST.	
Classe 1	A origem das DST liga a prática sexual.
	Sem variável de maior ligação. Indivíduos: 04, 01, 02, 12.
Classe 2	A dimensão prática de como evitar uma DST.
	Primeira relação sexual com mulheres, uso de objetos eróticos e não apresentam histórico de DST. Indivíduos: 15, 05 e 25.
Terceiro Bloco Temático	
Lidando com as DST: cuidar e tratar.	
Classe 3	Do tratamento medicamentoso ao tratamento alternativo
	Primeira relação sexual com homens e Histórico de DST. Indivíduos 14, 29 e 01
Classe 5	Os cuidados diários da mulher homossexual frente as DST
	Faixa etária de 20-40 anos, não faz uso de objetos eróticos. Indivíduos: 17, 09, 01

Iniciaremos a análise do ALCESTE, pelos blocos temáticos e as classes. Para cada classe formadora dos blocos temáticos elaboramos um quadro onde são demonstradas as palavras mais significativas com os percentuais de relação (PR) e o Qui Quadrado (χ^2). As palavras serão ordenadas pelo valor decrescente do χ^2 e as classes serão dispostas em separado.

5.1.1 – Bloco Temático I - A Homossexualidade feminina e a relação com a sociedade.

O primeiro bloco temático em que estão inseridas as classes 4 e 6 possuem um conteúdo comum que versa sobre a homossexualidade feminina e sua relação em diferentes contextos sociais. A classe 4 revela essa relação dentro do contexto sócio-familiar, enquanto a classe 6 aponta para o contexto da saúde.

Diante desses apontamentos o bloco I, analisa o processo da descoberta e revelação pelas participantes da sua orientação sexual, discute o processo de aceitação/negação pela família e grupos sociais e problematiza a relação desse grupo de mulheres com a saúde. Demonstra ainda o processo de revelação (ou não) da sua homossexualidade ao profissional assistente, bem como as dificuldades e as facilidades que encontram referente ao acesso aos serviços de saúde.

É importante destacar que estas mulheres experimentam ao revelarem sua preferência sexual os mais diversos sentimentos e sensações. Sendo que estes transitam desde a alegria até a tristeza, do apoio à exclusão, da negação a aceitação familiar/social, o que comprova a complexidade do tema e o grande impacto na esfera psicossocial dessas mulheres.

Abaixo, apresentamos o Quadro 4 referente ao Bloco Temático I, com as suas classes e os subtemas de cada classe e os vocábulos de maior representatividade.

Quadro 4 – Bloco Temático I - **A homossexualidade feminina e a relação com a sociedade**

Classe 4 Subtemas	Tema - A mulher homossexual e relação com a saúde
Diferença de acesso aos serviços de saúde: uma questão econômica.	acesso, consulta, problema, conseguir, filas, governo, particular, postinho, público, privado, dinheiro, diferença, particular
Profissionais de saúde: atendimento preconceituoso e discriminatório	preconceito, discriminada, despreparados, piada, medo, grossos, péssimos, mal, educado.
Hospitais universitários: propícios ao atendimento a mulher homossexual	CTA, acesso, fácil, hospital_universitário, preparados, respeitosos.
Classe 6 Subtemas	Da descoberta a revelação da homossexualidade no âmbito sócio-familiar
O processo de “descoberta” da homossexualidade	descobrir, minha, descoberta, adolescência, escolhe, pequena, diferente, sofrer, dúvidas, negando
A não aceitação/rejeição pela família e pela sociedade	preconceito, julgar, triste, difícil, pecado, rejeitada, contra, proibido, sociedade, discriminada, pecado, escondido, escola,
O apoio/aceitação pela família e pela sociedade	aceita, família, pais, mãe, amigos, casa, respeitam, apoio, normal, fácil, amor,

Classe 4 - A Mulher Homossexual e relação com a saúde.

A classe 4, foi composta por 49 u.c.e, representada por 8,0% do material que foi classificado para análise e com 62 palavras analisáveis. Apresenta maior relevância e coerência interna por ser a classe de maior χ^2 . No Quadro 5, são mostradas as palavras mais significativas para sua organização a partir do qui-quadrado χ^2 e da percentagem. O corte gerado pelo ALCESTE, nesta classe, se deu com os léxicos com χ^2 maior ou igual a 11.

Quadro 5 - Palavras mais significativas da classe 4

CLASSE 4 - 49 UCE		
Palavras	χ^2	PR
Profissionais	231	16
Saúde	137	14
Acesso	103	12
Consulta	92	06
Problema	70	09
Conseguir	68	04
Filas	56	03
Hospital	48	04
Governo	45	04
Atendida	45	04
Particular	27	02
Postinho	24	02
Preconceito	22	06
Lidar	19	03
Igual	18	03
Prefiro	18	03
Pergunta	16	01
Médico	11	14
Público	11	04

Nota: Palavras selecionadas e ordenadas pelo valor decrescente de χ^2 .

Com relação às variáveis, as de maior ligação com essa classe foram mulheres que não tem histórico de DST (χ^2 6) e a faixa etária de 41 a 61 anos (χ^2 3). Os indivíduos de maior ligação foram os de número 2 (χ^2 3) e 25 (χ^2 3), que apresentaram em comum a ausência de histórico de DST.

Como destacado anteriormente, as palavras e as u.c.e que compuseram esta classe nos remetem para uma análise com relação à mulher homossexual e a saúde. Nesta classe não houve referência ao objeto desse estudo, as DST, o que pode ser explicado por ser uma classe composta de mulheres que nunca tiveram esse tipo de infecção.

Inicialmente, foram apontados aspectos que demonstram tanto as dificuldades quanto as facilidades de acesso que essas mulheres encontram nos serviços de saúde. Ressaltam que esses aspectos são norteados frente a uma perspectiva econômica, onde existe uma diferença entre as classes sociais e o sistema público e privado de saúde.

Essa diferença de acesso aos serviços de saúde, pautado principalmente pelo poder econômico dos indivíduos se fez presente em 13 discursos das participantes e os léxicos acesso (χ^2 103), consulta (χ^2 92), hospital (χ^2 48), governo (χ^2 45), postinho (χ^2 24), público

(χ^2 11), particular (χ^2 7) são ilustrativas desta diferença. Vejamos algumas u.c.e que elucidam essa análise:

O acesso à saúde é precário para as lésbicas que dependem principalmente do público, agora o particular se você tem dinheiro, você consegue uma consulta até para o mesmo dia. A saúde também visa somente o consumismo, é um sistema capitalista e o sistema do mal. (*ind_25, 20-40 anos, católica, primeira relação sexual com mulher, faz uso de objetos eróticos, não apresenta histórico de DST, frequenta o ginecologista).

Acho que o acesso é igual para todos os pobres, para o rico não, é diferente por causa dos planos de saúde. (*ind_09, 20-40 anos, católica, primeira relação sexual com homem, não faz uso de objetos eróticos, apresenta histórico de DST, frequenta o ginecologista).

Eu sempre tenho dor de cabeça com os postinhos, tudo é muito demorado, tudo tem que aguardar, tudo tem fila e muito cansativo, e uma falta de respeito com todo mundo e os profissionais são péssimos, despreparados, grossos e mal educados. (*ind_29, 41-60 anos, espírita, primeira relação sexual com mulher, faz uso de objetos eróticos, não apresenta histórico de DST, não frequenta o ginecologista).

Fica evidente pelas falas das participantes que consideram o acesso aos serviços de saúde no Brasil diferenciado, principalmente entre o sistema público e privado de saúde, tanto no que diz respeito à acessibilidade, a qualidade de atendimento e ao tempo de espera pela consulta.

Cabe destacar que as desigualdades de renda entre os ricos e os pobres no Brasil, tendem a favorecer os primeiros em detrimento dos segundos, o que pode ser observado pelo sucateamento das instituições públicas de saúde do país, pela morosidade das consultas e também pela dificuldade de acesso a inúmeros exames diagnósticos dentre outros, enfrentados diariamente pelos menos favorecidos economicamente. Em contrapartida, para uma pequena parcela da população economicamente estável e que possuem planos de saúde ou condições financeiras de custear sua saúde, a realidade parece ser inversa ao exposto. Este fato é ressaltado por Valladares e Medeiros (2003) quando destacam que os mais favorecidos economicamente são mais privilegiados em vários setores e dentre eles o da saúde, deixando os pobres em uma situação de maior vulnerabilidade frente aos problemas de saúde.

Acerca desse tema, Lobato e Giovanella (2008) ressaltam que um sistema de saúde é um conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais responsáveis por conduzir os

processos referentes à saúde de uma população, concretizando-se em organização, regras e serviços que visam a alcançar resultados condizentes com a concepção de saúde presente numa sociedade. Os principais componentes desse sistema são a cobertura, os recursos humanos, econômicos, materiais e conhecimento e, as organizações, os quais darão funcionamento aos serviços.

Frente a essa lógica, podemos compreender a representação que as entrevistadas atribuíram ao serviço público de saúde como um serviço ineficaz, com poucas respostas às demandas de saúde, com normas e funcionamentos burocráticos, reproduzindo estruturas sociais injustas. Essa representação nos traz ao nível trans-subjetivo das representações, pois, como afirma Jodelet (2007), este corresponde ao aparato cultural, ao conjunto de modelos, normas e valores transmitidos socialmente, definido por pressões impostas pela estrutura social e de poder e as ideologias sociais. A tal nível, o sistema de representações oferece os repertórios que permitem construir os significados compartilhados na sociedade. Dentro dessa representação, 13 (43,3%) participantes objetivaram o sistema público de saúde como o “sistema do mal” (ind. 25). A objetivação é um dos processos de elaboração das RS que segundo Moscovici (2009), é descobrir a qualidade icônica de uma ideia, é reproduzir um conceito em uma imagem.

Ainda com relação a diferenciações econômicas sociais, Moscovici (2012) destaca que a relação problemática entre pobreza/riqueza é um campo de extrema polêmica, implicados com a própria experiência dos sujeitos em seu grupo social.

Podemos inferir que os conteúdos de representação usados pelas mulheres homossexuais, na tentativa de justificar a diferença e dificuldade de acesso aos serviços de saúde pela questão meramente econômica, reforçam as ideias formuladas pela sociedade e pelo senso comum em remeter de que tudo o que é público tem um status de ruim e que o privado/particular é melhor. Assim, ao explicar a sua relação com a saúde remete a essa dualidade entre a pobreza e a riqueza, representando um sistema público deficiente e ineficaz, tanto para os sujeitos homossexuais quanto heterossexuais. Ou seja, para este grupo de mulheres a dificuldade de acesso ao sistema saúde e sua baixa qualidade está mais pautada no poder aquisitivo dos indivíduos do que na orientação sexual.

A Classificação Hierárquica Ascendente (CHA) da classe 4 (Figura 5), que segundo Reinert (1998, p. 33) são os “laços de vizinhança das palavras dentro da classe, indicativos de núcleos que nos auxiliam a compreender a dinâmica da formação das classes”, reforça essa análise quando constatamos a ligação estabelecida entre as palavras *fila-acesso-hospital-consegue*. Essa associação demonstra que o acesso à saúde pública existe, entretanto este é

permeado pela morosidade, através da palavra *fila*, que por sua vez, desqualifica o serviço público de saúde quando comparado aos serviços privados do país.

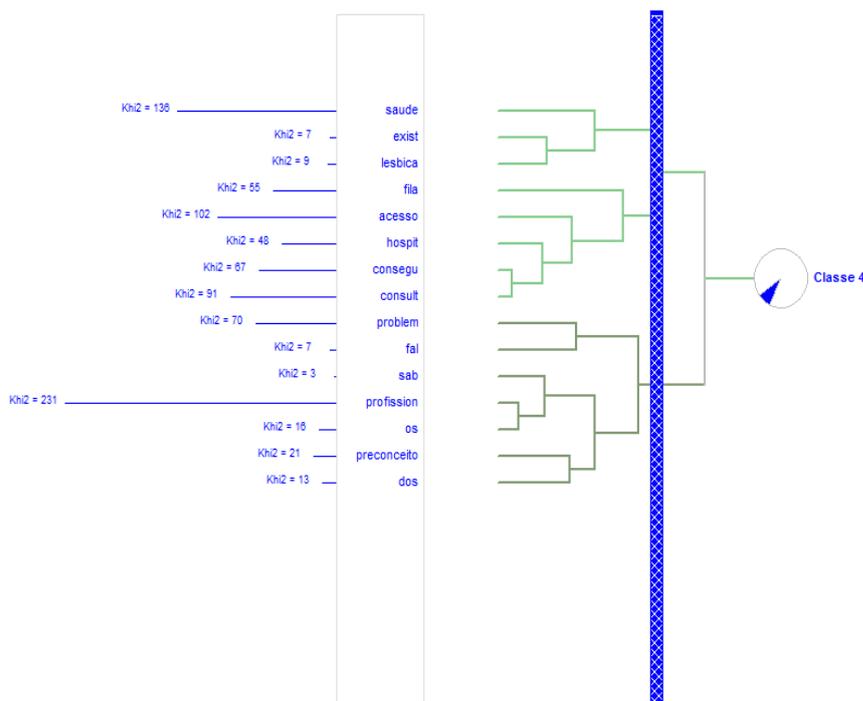


Figura 5 - Classificação Hierárquica Ascendente da classe 4
Fonte: Relatório do ALCESTE.

Em contrapartida, para 12 (40%) depoentes, muito além da problemática e da desigualdade de ingresso existente entre os serviços público e privado de saúde no Brasil, o problema maior está em torno de como são acolhidas e atendidas às mulheres homossexuais neste cenário. Para estas depoentes, o maior problema relacionado à saúde é a discriminação e o preconceito existentes nos profissionais de saúde com relação a sua orientação sexual, o que vai ao encontro do que foi discutido na ALI no termo indutor “Mulher Homossexual” na categoria “Estereótipos pejorativos da mulher homossexual e suas repercussões”. No entendimento destas participantes os profissionais de saúde não demonstram habilidades técnicas-científicas para atenderem com respeito e dignidade as demandas de saúde das mulheres lésbicas. Alguns léxicos desta classe corroboram com essa análise como profissional (χ^2 231), preconceito (χ^2 22), lidar (χ^2 19), problema (χ^2 70), médico (χ^2 11) discriminada (χ^2 27). Abaixo destacamos algumas u.c.e que elucidam esta situação:

Eu vejo os profissionais de saúde como pessoas despreparadas para lidarem com a homossexualidade, desconhecem nossa realidade e fazem perguntas muito das vezes sem lógica. (*ind_05, 41-60, agnóstica, primeira relação sexual com mulher, faz uso de objetos eróticos, não apresenta histórico de DST, frequenta o ginecologista).

Acho que somos uma minoria da sociedade e o acesso à saúde é muito difícil, porque temos medo de sofrer algum tipo de preconceito por parte dos médicos e enfermeiras, apesar disso eu falo naturalmente da minha sexualidade porque acho importante o doutor saber. (*ind_01, 20-40, católica, primeira relação sexual com mulher, não faz uso de objetos eróticos, não apresenta histórico de DST, frequenta o ginecologista)

Ele vê todas as mulheres, como sendo iguais e não sabe perceber as sutilezas e as diferenças de uma para a outra, na verdade os profissionais em nosso país estão preocupados com seus salários do que com a sexualidade dos outros. (*ind_22, 20-40, espírita, primeira relação sexual com mulher, faz uso de objetos eróticos, não apresenta histórico de DST, não frequenta o ginecologista)

Fica evidente por meio das u.c.e acima o despreparo dos profissionais de saúde de entenderem seu papel, tanto no acolhimento como no cuidado da mulher homossexual. E esse despreparo muitas vezes gera nas usuárias medo, insegurança e rejeição, sendo fatores que propiciam o afastamento destas mulheres dos serviços de saúde.

O preconceito, a discriminação e a desvalorização frente à homossexualidade de alguns profissionais de saúde, são os mesmo encontrados na sociedade no que tange a forma de pensar e agir diante dessa orientação sexual, principalmente por ser uma orientação historicamente entendida como perversão e anormalidade, como discutida na ALI da “Mulher Homossexual”.

De acordo com Ayres (2002), as relações entre homossexualidade e saúde neste último século têm sido motivo de debates e controvérsias, tanto no âmbito das ciências médicas como no dos movimentos sociais. Durante este período, a homossexualidade foi considerada uma doença, e os indivíduos com práticas homossexuais, tratados como se fossem portadores de alguma patologia ou distúrbio, que deveria ser diagnosticado como de origem biológica, genética ou de um desenvolvimento psíquico inadequado.

Para Silva et. al. (2013, p.26), a homossexualidade nasceu sob as leis da matrimonialidade e as regras imanentes da sexualidade, sendo os homossexuais, vítimas escandalosas e perigosas, que carregam o estigma de pessoas perversas, loucas, e delinquentes

cujo “delito” decorreria da “neurose genital” da “degenerescência” ou do desequilíbrio psíquico, tidos como loucos, moralmente.

Sabemos ainda que a sexualidade humana e a diversidade sexual é um tema pouco estudado e até mesmo negligenciado pelas diversas áreas da saúde como a medicina e a enfermagem, o que pode contribuir para que os profissionais de saúde mantenham o desconhecimento e as inverdades científicas acerca da homossexualidade, principalmente, a feminina (ALMEIDA, 2009)

O autor acima (op.cit) em estudos sobre a temática, concluí que a falta de ambiente propício à especificidade lésbica na assistência pode fazer com que o atendimento seja camuflado e as informações negligenciadas bilateralmente, uma vez que as usuárias do serviço não se sentem à vontade para declarar sua sexualidade e falarem sobre suas vivências. Isso tanto pode acirrar as vulnerabilidades, inclusive no quesito saúde mental, como fazer com que os profissionais de saúde não prestem a essas mulheres uma assistência qualificada. Resultado que vem ao encontro das falas das participantes desse estudo.

Outra pesquisa que reforça esse dado foi realizada por Coelho (2001) com mulheres lésbicas e bissexuais, cujas principais queixas eram acerca do preconceito e da indiferença do profissional de saúde, uma vez relatada à homossexualidade.

Com relação ao preconceito, Jodelet (2009) afirma que designa toda crença mantida simplesmente porque não refletimos sobre ela, e todos os processos cognitivos das pessoas preconceituosas não são, em geral, diferentes dos processos cognitivos das pessoas tolerantes. A autora reflete ainda que as distorções, significações, erros associados aos preconceitos são consequências de todo pensamento normal dos homens.

Ainda para esta pesquisadora das representações sociais, do ponto de vista histórico, constata-se uma distinção entre categorias de indivíduos: aqueles para os quais é legítimo proteger do sofrimento e da humilhação, e os outros, para os quais, ao contrário é legítimo, em função de seu sexo, raça, religião, infligir sofrimentos e humilhações, o qual se pode discriminar sem reservas. Cabe destacar que é exatamente neste último grupo, que muitas das participantes se sentem inseridas.

Outra CHA desta classe nos mostra a ligação de palavras como, *problema-falar-profissionais-preconceito* (Figura 5) que vem a reforçar essa análise.

A postura do profissional também diz muito sobre a possibilidade de revelar ou não a sua orientação sexual, como podemos verificar na u.c.e produzida pela entrevistada 27.

Os profissionais de saúde tratam a sexualidade de diferentes maneiras, isso depende da sua criação e dos seus valores. Alguns são mais abertos e eu acabo falando sobre mim, agora se o cara é grosso e sério, eu prefiro não falar (*ind_27, 41-60, espírita, primeira relação sexual com mulher, faz uso de objetos eróticos, apresenta histórico de DST, frequenta o ginecologista).

Através dessa fala podemos verificar que o acolhimento humanizado por parte do profissional assistente é de suma importância no campo da saúde, sendo este uma das ferramentas principais no que concerne ao sucesso e adesão das mulheres homossexuais as consultas subsequentes.

Acerca disso o acolhimento está baseado no estabelecimento de relações solidárias e de confiança entre os profissionais e as pessoas que procuram os serviços, para resolver seu problema de saúde, tornando-se aspecto importante para que ocorra o vínculo e a possível resolutividade do problema (BRASIL, 2006).

Ao acolher, são mobilizados os aspectos das relações que se estabelecem no âmbito do atendimento para que aconteça o direito à saúde, base para a consciência cidadã. Fator que também foi revelado e analisado, pelo grupo estudado na ALI do termo indutor “Mulher Homossexual” na categoria “Uma questão de direito”.

O acolhimento na atenção à saúde compõe um momento da assistência que é fundamental para promover o vínculo e evitar conflitos éticos no dia a dia das ações dos profissionais de saúde. Nesse contexto, acolher as mulheres homossexuais e as suas necessidades esta alinhado com o princípio da dignidade da pessoa humana. (BRASIL, 2007).

Ainda com relação à homossexualidade feminina e a saúde, uma parcela de 21 participantes (70%) destacou a importância de revelar sua orientação sexual para o profissional de saúde, mesmo não se sentido confortável para tal. Entendem que revelar a homossexualidade é fundamental para que o profissional guie sua conduta e cuidados, conforme aparece na u.c.e abaixo.

Eu sempre procuro contar para os profissionais sobre minha escolha, porque acho importante ele saber, ele afinal é um profissional e não é minha família, então não vejo problema. Ele tem que saber para poder tratar direito. (*ind_27, 41-60, espírita, primeira relação sexual com mulher, faz uso de objetos eróticos, apresenta histórico de DST, frequenta o ginecologista).

Dentro dessa lógica, as participantes destacaram os cenários das instituições universitárias, como aqueles mais propícios para atenderem as especificidades das mulheres homossexuais. Acreditam que por serem instituições de ensino, existe um maior preparo dos profissionais para lidar com a diversidade sexual, destacando inclusive a necessidade de aprendizados para os alunos. Abaixo destacamos algumas u.c.e que elucidam essa análise:

Nunca tive problema em conseguir alguma consulta ou algum exame aqui nesse hospital (HESFA), são sempre mais fáceis para as lésbicas principalmente aqui neste CTA. Os profissionais daqui estão mais preparados para lidarem com nossas questões. Melhores inclusive que os profissionais dos consultórios particulares. (*ind_10, 20-40 anos, católica, primeira relação sexual com mulher, faz uso de objetos eróticos, não apresenta histórico de DST, frequenta o ginecologista).

Os profissionais de hospitais universitários estão mais preparados para falar sobre isso, eles estudam mais sobre homossexualidade (*ind_9, 20-40 anos, católica, primeira relação sexual com homem, não faz uso de objetos eróticos, apresenta histórico de DST, frequenta o ginecologista).

A solução é procurar algum hospital de universidades, onde é mais fácil conseguir consultas, eles são mais respeitosos e tem os alunos que precisam aprender sobre isso. Então nesses locais eu sempre revelo minha sexualidade nas consultas por que acho importante o profissional saber até para tirar algumas dúvidas minhas mesmo. (*ind_25, 20-40 anos, católica, primeira relação sexual com mulher, faz uso de objetos eróticos, não apresenta histórico de DST, frequenta o ginecologista).

Sendo uma das características dos Hospitais Universitários em nosso país, a garantia do acesso de qualidade aos usuários destes serviços, independente da sua territorialização e serem locais que visam o ensino, a pesquisa e a extensão, são considerados como instituições de excelência no atendimento à saúde. Soma-se a isso, são nesses cenários que estão inseridos professores, pesquisadores, alunos de graduação e pós-graduação, tornando um diferencial na assistência aos usuários (MEDICI, 2001).

Os autores Junior e Vieira (2002) analisam essa questão, quando apontam que após a criação do SUS em 1988, os Hospitais Universitários passam a ter a uma dupla missão de ensino e assistência, devendo ser referência em atendimento secundário e terciário para o SUS. Desta forma, segundo os autores esta antiga e tradicional ligação que se estabeleceu entre os hospitais universitários e a assistência, originou no senso comum a noção de que são

centros de excelência, compostas por profissionais qualificados e bem mais preparados para atenderem as mais diversas demandas de saúde da população.

Frente a essa concepção, podemos compreender o motivo pelo qual um significativo número de entrevistadas optou pelo atendimento nestes serviços universitários, até mesmo aquelas que apresentam um nível sócio econômico demográfico elevado com planos de saúde, como vimos no perfil desse estudo. Mais uma vez, reforça-se aqui a busca da mulher homossexual por ser vista como uma pessoa de direitos, uma cidadã, que quer ser tratada com dignidade, transparência e respeito.

Classe 6 - Da descoberta a revelação da homossexualidade no âmbito sócio-familiar.

A classe 6 foi composta por 152 u.c.e. e 133 palavras analisáveis, sendo representada por 25,0% do total do corpus analisado. Cabe destacar que esta foi à classe que reuniu o maior número de palavras analisáveis e a segunda em percentagem de u.c.e. No Quadro 6 serão ilustradas as palavras mais significativas referentes a essa classe. Observa-se que o corte gerado pelo Programa ALCESTE, nesta classe, se deu com as palavras de χ^2 igual ou superior a 18.

Quadro 6 - Palavras mais significativas da classe 6.

Classe 6 – 152 UCE		
Palavras	χ^2	PR
Aceita	84	07
Família	70	29
Pais	42	18
Filhos	42	13
Casa	38	22
Descobri	33	11
Sofrer	30	07
Respeitam	29	06
Pai	24	14
Feliz	22	08
Aos	21	09
Meninas	21	08
Cabeça	21	12
Escolha	21	08
Mãe	20	24
Vida	20	23
Vivo	19	03
Moraram	18	02
Início	18	08
Amigos	18	06
Escola	18	05

Nota: Palavras selecionadas e ordenadas pelo valor decrescente de χ^2 .

Nesta classe o indivíduo 23 foi o que apresentou maior associação com χ^2 3 e a variável de maior ligação foi à religião evangélica com χ^2 5.

As palavras que compuseram esta classe como aceita (χ^2 84), família (χ^2 70), descobriu (χ^2 33), feliz (χ^2 22), mãe (χ^2 20), amigos (χ^2 18) e escola (χ^2 18) associada às u.c.e. nos remetem a um conteúdo de estreita ligação com o processo da descoberta e da revelação de sua orientação sexual em seu âmbito sócio-familiar, ou seja, revelam como foi contar para seus pais, familiares e amigos.

Identificou-se nesta classe que o processo de descoberta da sua orientação sexual ocorreu principalmente na adolescência, momento em que se percebe enquanto pessoa de desejos, vontades e atrações sexuais pela outra. No entanto, refletem que se sentiam diferentes das outras meninas desde a infância, por gostarem de coisas que socialmente não são próprias para as meninas como brincar de carrinho, de bola dentre outros. Nesse contexto, observa-se que a “primeira revelação” ocorre para si própria e que muitas vezes, é de forma conflituosa. Vejamos algumas u.c.e que corroboram com o exposto:

Quando era pequena nunca gostei de brincar de bonecas, casinha, cozinha. Era diferente sempre preferi os carrinhos, os vídeo-games e lembro que na minha adolescência sempre tive vontade de ficar com mulheres, mas até então não tinha coragem e tinha medo de sofrer preconceitos. (ind_01, 20-40 anos, católica, primeira relação sexual com mulher, não faz uso de objetos eróticos, não apresenta histórico de DST, frequenta o ginecologista).

Eu já nasci assim, acho que ninguém se torna homossexual ao longo do tempo, simplesmente já somos geradas dessa forma. Se eu pudesse escolher não seria dessa forma, gostaria de ser heterossexual, mas não posso lutar contra o meu desejo e não tem como mudar a minha cabeça. (ind_03, 20-40 anos, católica, primeira relação sexual com mulher, faz uso de objetos eróticos, apresenta histórico de DST, frequenta o ginecologista).

Eu despertei para minha sexualidade na época da escola, na adolescência. Neste mesmo dia minha mãe conversou comigo sobre sexo e sobre a vida adulta, pelo fato da minha menstruação ter decido, eu lembro que minha mãe nunca tinha falado sobre camisinha, gravidez e sexo comigo. Mas tudo foi muito confuso... (ind_11, 20-40 anos, agnóstica, primeira relação sexual com mulher, não faz uso de objetos eróticos, não apresenta histórico de DST, não frequenta o ginecologista).

Conforme observado por essas falas o desejo sexual pelo mesmo sexo já existe na vida desta mulher, entretanto a concretização deste desejo, muitas das vezes é negada e postergada em decorrência do medo da exclusão, rejeição e preconceitos. Para Pereira et. al (2006, p.33) o estigma que envolve a homossexualidade afeta tanto a formação quanto a expressão da identidade homossexual e que por sua vez, envolve uma gradual de aceitação do “rótulo de ser homossexual” para si mesma.

Esses mesmos autores relatam que várias teorias sobre a formação da identidade homossexual têm sido elaboradas nas últimas décadas, muitas delas propondo um modelo de estágios pelos quais o sujeito passaria ao longo da descoberta e da construção desta identidade, que vai desde a negação até aceitação.

Nunan (2003), também reforça esse pensamento quando afirma que a construção da identidade homossexual envolve quatro estágios típicos: **sensibilização** que é o estágio que ocorre normalmente antes da puberdade, quando o indivíduo começa a se sentir marginalizado e diferente dos demais; a **confusão** ocorre quando existe a possibilidade da homossexualidade provocar conflitos internos nos indivíduos. Nessa fase, a pessoa tem um status sexual ambíguo. A ignorância e o estigma que envolve a homossexualidade é uma das causas desse estágio de confusão, fazendo com que recorram a estratégias de fuga, camuflagem e de

aceitação parcial da sua sexualidade. O terceiro estágio é denominado de **suposta identidade**, pois é quando a homossexualidade é aceita e revelada apenas a outros homossexuais. Definir para si como homossexual e se apresentar para outros do mesmo grupo social é um dos primeiros estágios do processo de aceitação total. Nessa fase ainda, ocorrem importantes acontecimentos para o indivíduo homossexual, como o primeiro contato com grupos e locais gays. O último estágio é o do **compromisso**, nessa fase a homossexualidade é vista como um modo de vida, uma identidade sexual, onde ocorre a aceitação total frente a sociedade e é percebida de forma confortável e plena.

Ainda para os autores supracitados, à medida que o indivíduo passa de um estágio para o outro, seu autoconceito transfere-se de mais negativo para mais positivo e aumenta seu bem estar. Passa a aceitar sua identidade homossexual, coloca o seu desejo em prática e adota comportamentos condizentes com essa identidade. Vale ressaltar que esses estágios não são lineares, nem que todos os indivíduos passam por todas as fases da mesma forma. Sobre o desejo, Jodelet (2009) o considera enquanto energia sobre o qual o sujeito se modifica e modifica os vínculos com os outros. Circunstâncias que foram bastante comum dentro do processo de aceitação da homossexualidade, como podemos verificar nos depoimentos.

Contudo, situações de conflito foram também relatadas em pelo menos 20 (67%) das participantes do estudo, demonstrando que o processo de assumir-se como homossexual, não é tarefa fácil, pois pode significar forças contranormativas, capaz de mobilizar sentimentos, reações e atitudes de rejeição e negação.

Cabe destacar que após a formulação do desejo, da realização do mesmo e da aceitação de sua condição sexual, inicia-se, como apontado nos estágios, o processo de revelação da sua sexualidade ao outro, tanto em seu contexto social como no familiar. Essa revelação trouxe uma diversidade de sentimentos e afetos. Entre as entrevistas, 18 (60%) mulheres referem que esse processo se deu de forma tranquila e fácil, com aceitação tanto dos membros da família como dos demais grupos sociais que está inserida. Vejamos algumas u.c.e que corroboram com esta ideia:

Depois que descobri e entendi minha orientação sexual, vi que é um processo natural da vida, e os meus pais por serem espiritas também me ajudaram no processo de aceitação da minha sexualidade. Eles aceitaram minha condição muito mais rápido e uma maneira muito mais fácil que eu própria. (ind_24, 20-40 anos, espirita, primeira relação sexual com mulher, não faz uso de objetos eróticos, apresenta histórico de DST, frequenta o ginecologista).

Depois que entendi, eu encarei com normalidade, não acho a homossexualidade algo de outro mundo. Meus pais são abertos e modernos e aceitaram completamente a situação. Mesmo porque minha mãe nem é mais casada com o meu pai, e tem hoje uma namorada (ind_08, 20-40 anos, católica, primeira relação sexual com mulher, não faz uso de objetos eróticos, não apresenta histórico de DST, não frequenta o ginecologista).

Acho que se você quer uma realidade diferente para você, você deve mostrar o que faz para todo o mundo, claro que de forma respeitosa, e será respeitada. Não tenho pai e nem mãe, eles já se foram, meus irmãos sabem de mim e convivem com minha opção numa boa, minhas parceiras frequentam a casa de todos e todos demonstram respeito (ind_13, 20-40 anos, católica, primeira relação sexual com mulher, faz uso de objetos eróticos, não apresenta histórico de DST, não frequenta o ginecologista).

Este fato fica ainda mais evidente quando analisamos as ligações de algumas palavras através da CHA, conforme a Figura 6, como *filho-feliz-escolha-respeito*, *casadescobri-mãe-pai-aceita-pais*.

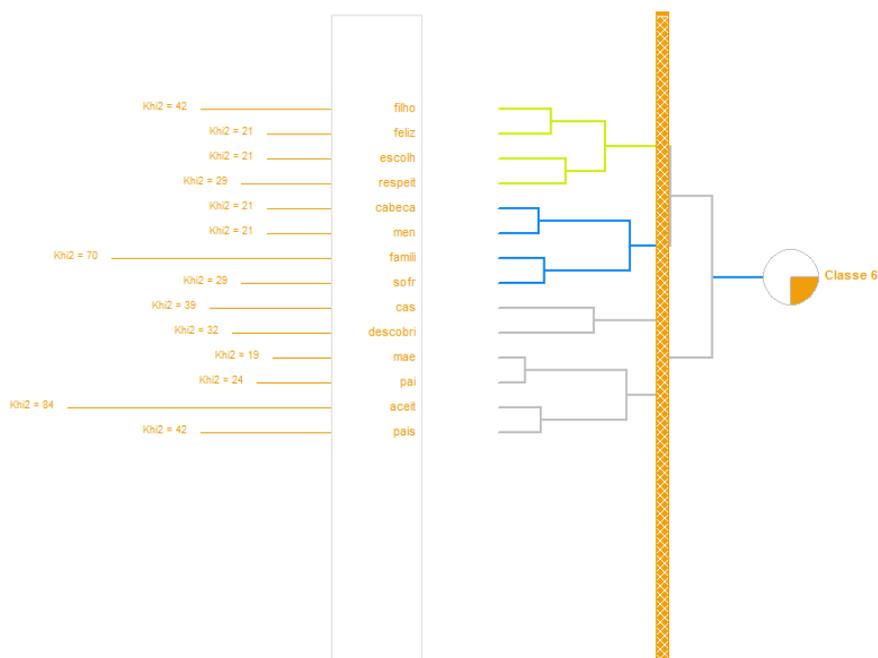


Figura 6 - Classificação hierárquica ascendente da classe 6
Fonte: Relatório do ALCESTE.

Um dos fatores que facilitou a aceitação entre os familiares foi à vivência anterior da situação de homossexualidade na família como verificado na u.c.e da entrevistada 08, além das questões relacionadas ao maior reconhecimento social diagnosticado na atualidade, das lutas e conquistas travadas pelos grupos LGBT e da maior visibilidade através da mídia.

Esta aceitação facilitada vem ao encontro do que foi encontrado na ALI da “Mulher Homossexual” na primeira categoria intitulada “Uma questão de direito”, onde analisamos que, hoje vivencia-se uma mudança de paradigmas, mesmo que de forma incipiente e não homogênea, com relação a homossexualidade. Aspecto que reforça a fluidez e dinamicidade nas sociedades que Moscovici (2012) tanto nos aponta.

Em contrapartida, para 12 (40%) das depoentes a situação de revelar sua homossexualidade foi uma experiência extremamente conflituosa, cercada pelo medo e receio da rejeição pela família e grupo social. Esses sentimentos são tão presentes e fortes, que acabam por não terem coragem de contar a verdade, como podemos verificar em 08 entrevistadas dentro deste grupo de 12 mulheres.

Minha família é muito tradicional e não aceita, é intolerante e acha que eu sofro de algum desvio de normalidade, já me levaram inclusive para terapia de família. (ind_12, 20-40 anos, agnóstica, primeira relação sexual com mulher, faz uso de objetos eróticos, apresenta histórico de DST, não frequenta o ginecologista).

Para minha família eles encaram como algum distúrbio, alguma doença que precisa ser tratada. Eu fico triste porque meu pai é administrador e minha mãe é professora, são pessoas com instrução. (ind_02, 41-60 anos, católica, primeira relação sexual com mulher, faz uso de objetos eróticos, não apresenta histórico de DST, não frequenta o ginecologista).

No meu trabalho, na minha família, no meu prédio todo mundo sabe e eu exijo de todos respeito, porque já fui muito desrespeitada, por todos. Na verdade é algo muito ruim, a minha família não aceita até hoje. (ind_28, 41-60 anos, evangélica, primeira relação sexual com homem, não faz uso de objetos eróticos, apresenta histórico de DST, frequenta o ginecologista).

Não é nada fácil, tem que tirar forças de onde não existe, tem que encarar a dureza e frieza da vida e a injustiça das pessoas, quando elas segregam o diferente e coloca o diferente numa posição de inferior, menor, pequeno e sem importância, isso nos afeta diretamente. (ind_14, 20-40 anos, católica, primeira relação sexual com homem, não faz uso de objetos eróticos, apresenta histórico de DST, frequenta o ginecologista).

É muito difícil, tenho que namorar escondido, fazer tudo sem ninguém de casa e da comunidade desconfiar. Ainda não contei. Tenho medo deles me rejeitarem. (ind_03, 20-40 anos, católica, primeira relação sexual com mulher, faz uso de objetos eróticos, apresenta histórico de DST, frequenta o ginecologista).

Para melhor entendermos esses sentimentos de rejeição e preconceito acerca da homossexualidade tanto na família, como nos grupos sociais, concordamos com Dias (2001, p. 18) que denuncia que os “perigos” ligados às práticas sexuais “desviantes” formam a base e os ideais da nossa cultura. Isto faz com que, a família e a escola, espaços relacionais fundamentais para o desenvolvimento saudável dos indivíduos, quando assumem esses dogmas culturais dificultam o processo de assimilação da homossexualidade, levando os homossexuais à marginalização (op.cit).

Dentro da visão social negativa dessa orientação sexual, conforme analisado na ALI do termo indutor “Mulher Homossexual” na categoria “Estereótipos pejorativos da mulher homossexual e suas repercussões”, é possível compreender que para algumas entrevistadas compartilhar sua orientação sexual ao outro se mostrou como um episódio traumático, marcado pela rejeição, preconceito e exclusão. Nesta análise podemos também entender a ligação dessa classe com a variável religião evangélica, pois como Neto et al (2009) ressaltam os segmentos da matriz puritana religiosa como os presbiterianos, congregacionistas, batistas e, mais recentemente, os pentecostais tendem a adotar a ética negativa baseada na concepção calvinista do corpo como a clausura do cristão. Nessa vertente, o crente deve rejeitar todas as formas de prazeres mundanos editos como não normais, caso contrário será a morada do demônio. Expressão de uma importante faceta da subjetividade pentecostal e neopentecostal, essa concepção do corpo reforçaria o vínculo da sexualidade com a transgressão e favoreceria a associação da homossexualidade com a possessão demoníaca.

Segundo Jurkewicz (2005) é possível identificar entre os cristãos três posicionamentos diferentes frente à homossexualidade: o primeiro é de rechaço total e é encontrado entre aqueles que interpretam a homossexualidade como uma conduta antinatural e pecaminosa. Embora associe a conduta homossexual à perversão, esse grupo, tende a defender o acolhimento na igreja daqueles/elas que reconhecem a necessidade de mudar de comportamento e pedem ajuda. Uma segunda postura vê a conduta homossexual como aceitável, embora inferior, sugerindo àqueles que não conseguirem se ajustar ao estilo de vida heterossexual, nem manter abstinência, que pelo menos canalize sua atividade sexual em uma

relação estável, mas escondida. A terceira posição, neste caso, as doutrinas espíritas, considera a homossexualidade tão digna como a heterossexualidade, afirmando que o pecado não está na homossexualidade em si, mas na exploração dos parceiros, fenômeno que pode ocorrer também nas relações heterossexuais.

É importante destacar que os dogmas e doutrinas religiosas são fontes fecundas de representações. Para Moscovici (2012), as representações sociais são oriundas de nosso solo religioso, político e científico. Nesse sentido, o termo representação social seria uma modalidade de conhecimento que tem a função social de representar o mundo das relações sociais: religiões, ciências oficiais, ideologias dentre outros.

Sob essa ótica podemos entender os motivos pelos quais a homossexualidade humana é aceita e ao mesmo tempo rejeitada socialmente, de acordo com o contexto religioso no qual o sujeito encontra-se inserido.

Em síntese podemos concluir que as Classes 4 e 6 trouxeram uma construção dos pensamentos voltados para as questões intrínsecas da homossexualidade feminina, demonstrando alguns indícios de suas representações sobre essa orientação sexual. Enfim, este bloco temático aponta para como as participantes vêem essa sexualidade nas relações sociais, seja no âmbito da saúde (CLASSE 4), da família e/ou grupos sociais (CLASSE 6).

5.1.2 . Bloco Temático II – Da origem a dimensão prática de como prevenir às DST.

O segundo bloco temático versa sobre as questões que envolvem às DST em si, objeto desse estudo, abrangendo as classes 1 e 2. Na Classe 1, os conteúdos buscam explicar a origem e os modos de transmissão das DST e na Classe 2, aparecem as principais formas de prevenção e proteção contra estas infecções sexualmente transmissíveis.

Neste sentido, este bloco ilustra que para as participantes do estudo as DST estão fortemente ligadas com a relação sexual, centrada principalmente na figura do homem, como o principal ator na transmissão destas doenças sexuais. Já a classe 2, nos remete a conteúdos ligados às práticas preventivas, demonstrando a dimensão da atitude das RS frente a essas infecções.

Abaixo, apresentamos o Quadro 7, referente ao Bloco Temático II, com as suas classes e os subtemas de cada classe e os vocábulos de maior representatividade.

Quadro 7 – Bloco Temático II - Da origem à dimensão prática da prevenção das DST.

Classe 1 Subtemas	Tema - A origem das DST ligada a prática sexual.
A DST ligada ao órgão sexual masculino, na ótica corporal.	homem, doença, risco, heterossexual, corpo, corporal, relação, DST, masculino, penetração, sêmem, trauma, pênis.
A DST ligada ao homem dentro de um contexto social.	traição, orgia, irresponsabilidade, desconfiança, castigada, infidelidade, promíscuos
A DST ligada ao homem gay.	gays, gays_masculinos
A DST ligada à prática sexual independente da orientação sexual.	mulheres, homossexuais, chance, praticam, sexo, iguais, bissexuais, heterossexuais, indiferente, sexo, camisinha
Classe 2 Subtemas	Tema - A dimensão prática da prevenção das DST
A prevenção é ser homossexual- não ter relações com homens	mulheres, homossexual, protegidas, proteção, sem riscos, sexo, namorada
Prazer sem medo- uso de objetos eróticos	uso, objetos, consolo, erótico, pênis-borracha, fogo, orgasmo, prazer, vibrador, confio, fetiches, fantasias
Evitando às DST pelo contato com os materiais perfuro-cortantes contaminados	gilete, contaminação, materiais, alicate.
Evitar contato com o sangue nas relações sexuais	sangue, evitar, menstruação, secreção, contaminado, período, chato, risco
Evitando às DST pelo uso da camisinha nas relações sexuais	Camisinha, prevenção, sexo, protegido, higiene

Classe 1 - A origem das DST ligada a prática sexual.

A classe 1 foi composta por 183 u.c.e, representada por 33,0% do material que foi classificado para análise e com 83 palavras analisáveis. Conforme já apontado, foi à classe mais significativa em número de u.c.e, entretanto esta mesma situação não foi verificada no que concerne ao número de palavras analisáveis. No Quadro 8, são demonstradas as palavras mais significativas para sua organização. O corte gerado pelo ALCESTE se deu com os léxicos com χ^2 maior ou igual a 11.

Quadro 8 - Palavras mais significativas da classe 1

CLASSE 1 - 183 UCE		
Palavras	χ^2	PR
Mulher	34	80
Doenças	30	33
Risco	27	21
Heterossexuais	22	14
Aids	21	11
Corpo	19	33
Relação	18	27
Homens	17	42
DST	15	29
Gays	14	15
Usado	14	05
Cuidar	13	04
Transar	13	15
Conheço	13	16
Masculino	13	03
Exemplo	13	10
Homem	12	35
Fazendo	12	14
Fato	11	11
Chance	11	07
Prática	11	09

Nota: Palavras selecionadas e ordenadas pelo valor decrescente χ^2 .

A ideia síntese desta classe se organiza em torno de elementos que são constituídos por características e propriedades que as mulheres homossexuais do estudo atribuem às DST, o que pode explicar não ter aparecido nenhuma variável específica nesta classe, pois todas as

participantes atribuíram a imagem dessas infecções às práticas sexuais, ou seja, as 30 participantes. Porém, os indivíduos de maior ligação com esta classe que são ind-04, ind-01, ind-02, ind-12, apresentam como característica comum à faixa etária de 20-40 anos, isto é, de mulheres mais jovens, ainda na fase reprodutiva.

As principais palavras e as u.c.e que compuseram esta classe nos remetem para uma análise da origem das DST vinculada ao sexo associada à figura masculina, num contexto de 27 (90%) participantes. Os léxicos doenças (χ^2 30), relação (χ^2 18), homens (χ^2 17), gays (χ^2 14), Transar (χ^2 13), Masculinos (χ^2 13) são ilustrativas desta ligação estabelecida pelas mulheres homossexuais entre a DST e o homem.

No entanto essa ligação se apresentou em diferentes contextos. Inicialmente, um segmento de 17 (57%) mulheres homossexuais explicou a origem das DST como sendo uma doença que se transmite pelas secreções masculinas, principalmente pela ejaculação, bem como pelo trauma ocasionado pelo pênis na mucosa vaginal no ato da penetração. Vejamos algumas u.c.e que exemplificam esse ponto de vista:

Várias mulheres que já tiveram DST, algumas são homossexuais e outras são heterossexuais, mas todas tiveram DST pelo fato de transar ou já ter transado com homem. (*ind_01, 20-40 anos, católica, primeira relação sexual com mulher, não faz uso de objetos eróticos, não apresenta histórico de DST, frequenta o ginecologista).

Eu acho que uma mulher homossexual pega DST, quando praticam a manutenção, que é a prática sexual com homens de forma esporádica. Sabemos que os homens são os que os mais transmitem as doenças sexuais pelo fato de ejacularem dentro das mulheres (*ind_01, 20-40 anos, católica, primeira relação sexual com mulher, não faz uso de objetos eróticos, não apresenta histórico de DST, frequenta o ginecologista).

A prática sexual que envolve a penetração do pênis causa mais danos à mulher e conseqüentemente ela terá mais doenças. (*ind_04, 20-40, católica, primeira relação sexual com homem, faz uso de objetos eróticos, não apresenta histórico de DST, frequenta o ginecologista).

Nos mulheres homossexuais estamos mais protegidas quando transamos com outras mulheres. Nossa relação sexual, não tem penetração, não tem trauma e não tem tanta secreção como nas relações heterossexuais (*ind_01, 20-40 anos, católica, primeira relação sexual com mulher, não faz uso de objetos eróticos, não apresenta histórico de DST, frequenta o ginecologista).

Uma das formas de não pegar DST é não transar com homens, porque sabemos que são eles, sem nenhum preconceito que contaminam suas mulheres. (*ind_16, 20-40 anos, católica, primeira relação sexual com mulher, não faz uso de objetos eróticos, não apresenta histórico de DST, não frequenta o ginecologista).

A Classificação Hierárquica Ascendente (CHA) da classe 1, exposta abaixo, auxilia a compreender todo o exposto, quando verificamos na CHA, a ligação entre as palavras, *doença-chance-pegar-mulher-heterossexual,cuidado-penetração-homem-masculino, homens- corre-risco-DST* (Figura 7) .

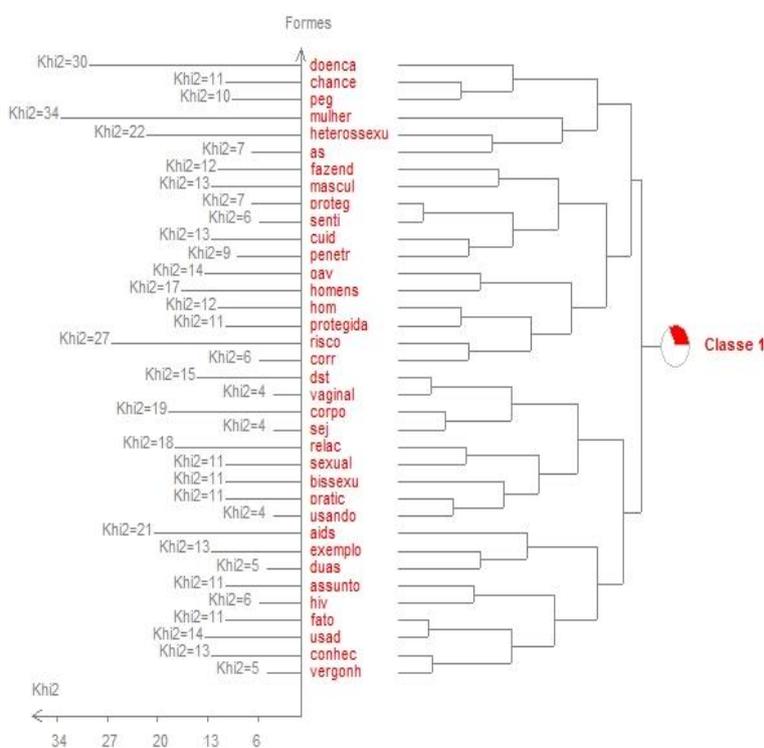


Figura 7 - Classificação hierárquica ascendente da classe 1
Fonte: Relatório do ALCESTE.

Frente as u.c.e e as CHA fica claro que a origem de uma DST está diretamente relacionada ao contato sexual com o corpo masculino, ou seja, o homem é o principal responsável pela transmissão dessas infecções, devido aos traumas ocasionados pelo pênis durante a penetração e também pela ejaculação.

Historicamente as DST sempre estiveram ligadas ao homem, à prostituição, a promiscuidade, e as relações extraconjugais praticadas por este agente social (BRASIL, 2000). Este imaginário popular criado há anos conseqüentemente tende a influenciar a forma de pensar e de agir de inúmeras mulheres, e é justamente este senso comum que verificamos acima nas falas de nossas depoentes. Segundo Franco (2004), as representações sociais são elementos simbólicos que apresentam um forte componente histórico, os homens expressam mediante o uso de palavras e de gestos, explicitam o que pensam, como percebem esta ou aquela situação, que opinião formula acerca de determinado fato ou objeto, que expectativas desenvolvem a respeito disto ou daquilo.

Ainda para Moscovici (2012) as representações sociais são historicamente construídas e estão estreitamente vinculadas aos diferentes grupos socioeconômicos, culturais e étnicos que as expressam por meio de mensagens, e que refletem diferentes atos nas diversificadas práticas sociais.

Cabe ressaltar ainda, que esta análise vai ao encontro do que foi abordado nas bases conceituais desta pesquisa, no que diz respeito a forte crença de que a própria relação homossexual entre mulheres é tida por elas, como um forte fator de proteção às DST, como verificado na fala da participante 01, que é um dos indivíduos de maior ligação com essa classe. Estas atitudes e crenças potencializam assim, as vulnerabilidades das mulheres homossexuais frente às enfermidades sexualmente transmissíveis.

No entanto, diferentemente desta representação, verificou-se nesta classe, que 5 (16,5%) entrevistadas, associaram as DST não ao corpo masculino, mas sim as atitudes e condutas dos homens frente aos seus relacionamentos amorosos e a sua dinâmica sexual. Neste contexto, a DST também tem origem no sexo, mas praticado pelos homens em relações extraconjugais e na promiscuidade, entendida como inerente ao gênero masculino.

Dentre as principais condutas apontadas por estas mulheres homossexuais que justificam a origem das DST advindas dos homens, podemos citar: a traição, a infidelidade, a irresponsabilidade, dentre outros. Os léxicos ligados a esta análise são: desconfiança ($\chi^2 07$), irresponsabilidade ($\chi^2 07$), traição ($\chi^2 06$), orgias ($\chi^2 02$).

Vejamos algumas u.c.e que corroboram com o exposto:

A irresponsabilidade e a falta de fidelidade dos homens acabam fazendo com que as mulheres heterossexuais tenham mais chance de adoecerem por estas doenças. (*ind_02, 41-60 anos, católica, primeira relação sexual com mulher, faz uso de objetos eróticos, não apresenta histórico de DST, não frequenta o ginecologista).

Uma mulher que apresenta DST é uma mulher castigada pela traição e irresponsabilidade de seu parceiro sexual. (*ind_08, 20-40 anos, católica, primeira relação sexual com mulher, não faz uso de objetos eróticos, não apresenta histórico de DST, não frequenta o ginecologista).

Com base no exposto acima, verificamos a forte associação das DST a algumas condutas sociais atribuídos aos homens em nossa sociedade. Cabe destacar que são justamente essas condutas sociais no contexto das DST, que contribuem dentro deste segmento populacional estudado de que são os homens o agente responsável por estas patologias.

Esses conteúdos de infidelidade e promiscuidade ligados ao homem relativos aos saberes das entrevistadas, guardam estreita relação com que durante anos se entendeu como sendo as doenças venéreas, e esses significados histórico-cultural e simbolismos instruem reações, comportamentos e pensamentos de toda a sociedade em torno das DST, como analisado na ALI no termo indutor DST. Esse conceito demonstra como ainda estão arraigadas as representações sociais negativas sobre as DST, na atualidade.

Segundo Almeida (2009), o conhecimento prático do mundo social desencadeia esquemas classificatórios, esquemas históricos de percepção e de apreciação que são o produto da divisão objetiva em classes (classes de idade, classes sexuais, classes sociais) e que funcionam aquém da consciência e do discurso. Sendo o produto da incorporação das estruturas fundamentais de uma sociedade, estes princípios de divisão são comuns ao conjunto de agentes desta sociedade e torna possível a produção de um mundo comum e investido de sentidos, um mundo de senso comum.

Neste sentido, podemos compreender o motivo pelo qual esse segmento se sente protegida das DST, isto é, essa problemática não faz parte de seu universo devido a não ter relações sexuais com homens, como constatado na fala das participantes 2 e 6 e na CHA das ligações das palavras *senti-protegida*.

Por último, dentro da ótica da ligação da DST ao sexo masculino, verificou-se ainda, outro grupo de 5 (16,5%) mulheres que associaram estas infecções sexuais ao sexo entre os homens-gays. Vejamos algumas das principais u.c.e:

Os homens tem um comportamento bissexual, pegam gay na rua, e os gay homens tem mais possibilidade. (*ind_16, 20-40 anos, católica, primeira relação sexual com mulher, não faz uso de objetos eróticos, não apresenta histórico de DST, não frequenta o ginecologista).

As DST tem uma maior relação, com as relações sexuais entre os homens homossexuais. Muitas pessoas e a própria TV, sempre falam que a aids surgiu entre os gays e na relação sexual entre uma mulher e outra não temos isso. (*ind_05, 41-60 anos, agnóstica, primeira relação sexual com mulher, faz uso de objetos eróticos, não apresenta histórico de DST, não frequenta o ginecologista).

Segundo Melo, (2010) com o início da epidemia da Aids, houve uma crescente preocupação com a sexualidade, particularmente com a homossexualidade masculina e, com isto, a homossexualidade feminina e sua relação com a saúde mantiveram-se marginais por muito tempo em decorrência da crença numa suposta invulnerabilidade de mulheres homossexuais à transmissão da doença.

No que concerne às representações sociais, as acusações a um grupo social específico, no caso o grupo de homens homossexuais, é a aplicação de uma lei social, que segundo Moscovici (1986) determina as desigualdades entre as pessoas, aspecto ideológico das sociedades capitalistas. Pois mesmo também sendo gays, o fato de serem mulheres as retira desse contexto de vulnerabilidade frente às DST.

Ainda sobre essa perspectiva de atribuição da causalidade ao outro grupo Jodelet (1998) destaca que parece fazer parte do processo de objetivação. A DST circunscrita ao homem gay serve, assim, às necessidades e interesses do grupo de mulheres homossexuais.

Em contrapartida, a representação da DST como sendo uma associação entre sexo e homem, um pequeno grupo de 3 (10%) mulheres homossexuais atribuíram às DST a prática sexual sem o uso de preservativo, independente da orientação sexual. Essas mulheres tem um diferencial das outras, pois são justamente as 3 participantes que apresentaram histórico de DST dentro do contexto da homoafetividade feminina, isto é, apesar de nunca terem transado com homens, foram contaminadas com alguma DST. Vejamos suas evocações:

Todo mundo, tanto o homossexual, quanto o heterossexual corre o risco em adquirir uma DST, principalmente se não usar camisinha. (*ind_27, 41-60 anos, espírita, primeira relação sexual com mulher, faz uso de objetos eróticos, apresenta histórico de DST, frequenta o ginecologista).

A DST tem relação com a prática sexual sem camisinha e não com a opção sexual. Eu acho preconceituoso dizer que tem ligação com a relação homossexual, os homens gays carregam este fardo, mas todas as DST surgiram de práticas heterossexuais ou bissexuais. (*ind_15, 20-40 anos, católica, primeira relação sexual com mulher, faz uso de objetos eróticos, apresenta histórico de DST, frequenta o ginecologista).

Eu conheço tanto mulheres heterossexuais, como mulheres homossexuais que tiveram DST, e elas tiveram porque entraram em contato com secreções contaminadas pelo fato de não terem usado a camisinha. (*ind_06, 20-40 anos, católica, primeira relação sexual com mulher, faz uso de objetos eróticos, apresenta histórico de DST, frequenta o ginecologista)

Frente a essa representação de equidade entre as orientações sexuais, essas mulheres percebem-se sob o risco de adquirir uma DST, pois atribuem à origem destas a prática sexual desprotegida e não a homossexualidade ou a heterossexualidade.

De acordo com Franco (2004), o contato com o real e as experiências do próprio sujeito, permite-o conhecer os opostos, as dicotomias, as desigualdades sociais e dessa forma, passa a formular novas representações sociais acerca de um mesmo objeto. Podemos descobrir, por exemplo, que estamos expostos a determinadas doenças, quando vivenciamos as mesmas em nosso próprio corpo ou em nosso dia-a-dia, e assim por diante. Esse fato com certeza muda as nossas representações sobre algo que vivemos.

Ainda para este mesmo autor, essas representações se expressam por meio das mensagens, mediadas pela linguagem, que são construídas socialmente e estão, necessariamente, ancoradas no âmbito da situação real e concreta vivida pelos indivíduos que as emitem.

Em síntese, esta classe mostra-nos que para todas as 30 entrevistadas as DST tem sua transmissão pela questão sexual, demonstrando ser uma representação hegemônica neste grupo estudado. As representações hegemônicas, segundo Cabecinhas, Lima e Chaves (2006) podem ser partilhadas por todos os membros de um grupo altamente estruturado e prevalecem implicitamente em todas as práticas simbólicas, parecendo ser uniformes e coercivas.

Ao retomar o conceito de representação hegemônica, Arruda (2000), argumenta que é importante resgatar a dinamicidade do imaginário social, pois segundo a autora, a construção das representações hegemônicas também é de luta de territórios – físicos e simbólicos – cuja demarcação se quer estabelecer.

No entanto, encontramos distintas ligações entre o sexo e a DST, sendo o mais presente a associação com o gênero masculino, o que nos faz inferir que a partir dessa representação grande parte de nossas depoentes não se sentem vulneráveis as DST, frente à concepção de proteção pela homossexualidade feminina.

Por último é importante destacar que os dados obtidos na Classe 1 corroboram com o que foi discutido na categoria: A Causa/origem das DST, da ALI cujo o termo indutor utilizado foi DST.

Classe 2 - A dimensão prática da prevenção das DST.

A classe 2 foi composta por 92 u.c.e. e 113 palavras analisáveis, sendo representada por 15,0% do total do corpus analisado. Cabe destacar que esta foi à segunda classe que reuniu o maior número de palavras analisáveis e a terceira em percentagem de u.c.e. No Quadro 9, serão ilustradas as palavras mais significativas referentes a essa classe. Observa-se que o corte gerado pelo Programa ALCESTE, nesta classe, se deu com as palavras de χ^2 igual ou superior a 19.

Quadro 9 - Palavras mais significativas da classe 2.

Classe 2 – 92 UCE		
Palavras	χ^2	PR
Uso	85	22
Objeto	82	16
Usamos	67	12
Usar	56	29
Consolo	55	08
Oral	51	14
Camisinha	51	30
Boca	43	10
Eróticos	39	05
Borracha	39	08
Mão	36	09
Troca	33	04
Sangue	33	18
Ânus	32	08
Evitar	31	08
Colocar	29	06
Fogo	28	03
Orgasmo	28	04
Papel	27	06
Sexo	19	28

Nota: Palavras selecionadas e ordenadas pelo valor decrescente de χ^2 .

As variáveis de maior associação com esta classe foram de mulheres que fazem uso de objetos eróticos (objec_01 χ^2 06) e os indivíduos de maior ligação foram ind-15, ind-05 e ind- 25. Essas mulheres tem em comum à primeira relação sexual ter sido com mulheres, fazerem uso de objetos eróticos e não apresentarem histórico de DST.

Cabe destacar que as palavras e as uce que compuseram esta classe nos remetem para uma análise em relação às formas de prevenção das mulheres homossexuais frente às DST. Os léxicos uso (χ^2 85), usamos (χ^2 67), consolo (χ^2 55), camisinha (χ^2 51), sangue (χ^2 33), evitar (χ^2 31) são ilustrativas desta ligação estabelecida pelas mulheres homossexuais com as ações de prevenção.

Foram apontadas diversas formas de prevenção, entretanto como já destacado tanto na ALI como na classe anterior, para um grupo significativo de 27 (90%) mulheres, o próprio sexo, ou seja, a própria relação homoafetiva feminina já é por si só um forte fator de proteção. Abaixo destacamos algumas uce:

Eu não uso camisinha e nem teria como usar, pois não tenho um pênis para poder colocar. Não vou colocar a camisinha na minha mão, ou no meu consolo, estes dois não gozam, então não tem porque colocar. (*ind_10, 20-40 anos, católica, primeira relação sexual com mulher, faz uso de objetos eróticos, não apresenta histórico de DST, frequenta o ginecologista).

Eu sou uma sapatona realizada sexualmente, tenho muito prazer e muito fogo na cama e não vejo necessidade de nada disso de camisinha, só transo com mulheres. (*ind_10, 20-40 anos, católica, primeira relação sexual com mulher, faz uso de objetos eróticos, não apresenta histórico de DST, frequenta o ginecologista).

Não me relaciono com homens e evito usar pênis ou consolos de borracha com alguma mulher que não conheço totalmente, pois ela pode ter relação com homens. No sexo oral não tenho essa preocupação porque não tem risco entre duas mulheres porque não temos tanta secreção quando comparado com homens. (*ind_4, 20-40 anos, católica, primeira relação sexual com homem, faz uso de objetos eróticos, não apresenta histórico de DST, frequenta o ginecologista).

Fica evidente pelas falas evocadas, que o uso da camisinha ou de qualquer outro meio de prevenção para estas participantes, não são elementos necessário em suas relações sexuais, visto que, este segmento de mulheres não se vê vulneráveis às DST. Ação esta que pode ser entendida pelo fato de representarem que as DST originam da relação sexual com a presença masculina, seja pelo pênis ou pela ejaculação, como analisado na categoria anterior e reforçado na fala do indivíduo 4. Mesmo nas mulheres que usam os objetos eróticos (variável de maior ligação com esta classe), por eles não apresentarem essas características masculinas como secreções e/ou ejaculação, o uso do preservativo não é visto como necessário (ind-10). Dentro dessa lógica, não se percebem como vulneráveis a essas infecções, ficando qualquer prática de prevenção sem fundamentação em sua dinâmica sexual.

Conforme abordado nas bases conceituais deste estudo, a ideia de que o corpo lésbico é protegido no que concerne as DST, influência de forma direta a tomada de decisões preventivas por parte deste grupo.

Essa forma de pensar e conseqüentemente agir das mulheres homossexuais frente às DST nada mais é do que suas representações sociais, que segundo Herzlich (2005) é um modo de pensamento sempre ligado à ação, à conduta individual e coletiva, uma vez que cria ao mesmo tempo as categorias cognitivas e as relações de sentido que são exigidas.

Para melhor compreender a decisão pelo não uso de preservativo como medida preventiva nas relações homossexuais, citar Spink (2003) quando destaque que a elaboração das representações sociais é uma forma de conhecimento prático que orienta as ações das pessoas.

Nesse sentido Farr (2004) corrobora dizendo que Representação Social é uma modalidade particular porque não é todo conhecimento que pode ser considerado representação social, mas somente aquele que faz parte da vida cotidiana das pessoas, através do senso comum, que é elaborado socialmente e que funciona no sentido de interpretar, pensar e agir sobre a realidade. É um conhecimento prático que se opõe ao pensamento científico, porém se parece com ele, assim como aos mitos, no que diz respeito à elaboração destes conhecimentos a partir de um conteúdo simbólico e prático.

É importante ressaltar que foi exatamente uma parcela desse grupo de 27 participantes (17 participantes) que atribuiu na Classe 1, as DST como produto da ejaculação, secreção e do próprio pênis, que aqui entendem como sendo os causadores desses males. Essa análise também vem ao encontro ao que foi discutido na ALI no termo indutor “Mulher Homossexual com DST” na primeira categoria “As causas das mulheres homossexuais adquirirem DST”.

Ainda nesse contexto da relação homossexual como proteção das DST, observamos por meio das u.c.e, que essas mulheres sentem-se mais livres, sem medo e temores, para vivenciar a sua prática sexual, ressaltando ser um evento prazeroso e positivo em suas vidas.

Eu adoro transar no banheiro e debaixo da cama com minha namorada, cada pessoa tem uma fantasia e no meu caso as minhas são estas. Usamos todos os brinquedos sexuais que você possa imaginar, a relação fica mais diversificada e gostosa. (*ind_29, 41-60 anos, espírita, primeira relação sexual com mulher, faz uso de objetos eróticos, não apresenta histórico de DST, não frequenta o ginecologista).

Me sinto livre e sem medo de pagar qualquer coisa. (*ind_10, 20-40 anos, católica, primeira relação sexual com mulher, faz uso de objetos eróticos, não apresenta histórico de DST, frequenta o ginecologista).

Tenho muito fetiches e fantasias e sempre coloco em prática, tudo o que eu quero e gosto, sem preocupação, afinal estamos aqui para aproveitar, com isso aumenta cada vez mais meu desejo e prazer, eu só uso camisinha no consolo no sexo anal para não contaminar com fezes e não por medo de alguma DST. (*ind_05, 41-60 anos, agnóstica, primeira relação sexual com mulher, faz uso de objetos eróticos, não apresenta histórico de DST, não frequenta o ginecologista).

Através das falas evocadas podemos analisar que vivenciar uma relação homoafetiva feminina, é experimentar por parte de nossas depoentes uma liberdade sem medos e inseguranças, principalmente no que concernem as infecções sexualmente transmissíveis.

Essa forma de pensar e agir dessas mulheres homossexuais nos remete para uma ideia contra-hegemônica, pois sabemos que o advento da AIDS trouxe certa insegurança, medo e uma cautelosa preocupação da sociedade no que diz respeito a não proteção sexual entre os casais, o que parece não ter atingido as mulheres homossexuais.

Acerca desta questão Meneghin (2000), corrobora quando diz que o aparecimento da síndrome de imunodeficiência adquirida - AIDS/SIDA , a partir do início dos anos 80, e a contínua disseminação do vírus da imunodeficiência humana - HIV - na última década, persistindo até os dias de hoje, originou, no mundo todo, respostas de ordem emocional, como o medo da contaminação pelo HIV durante as práticas sexuais, principalmente entre as relações homoafetivas masculinas e heterossexuais.

Essa análise também está pautada quando verificamos as CHA dessa classe entre as palavras *namoro-prazer-receber-realizada*. Portanto, cabe destacar que são essas, dentre outras formas de pensar e agir das participantes deste estudo, que apontam as particularidades e especificidades deste grupo social em questão.

Em contrapartida, para um grupo de 10 (30%) mulheres existem formas concretas de prevenir e evitar uma DST, baseada na representação de que uma DST pode vir por outras formas que não só a via sexual, como por contato com sangue e secreções corporais contaminados, pela prática de compartilhar pinças, alicate, dentre outras situações. Para esse segmento a DST tanto pode ser adquirida pelo contato sexual quanto por outras vias conforme mencionadas acima.

Dessas 10 mulheres homossexuais fizeram à relação da DST com a contaminação pelo sangue, 6 (20%) apontaram os materiais perfuro-cortantes e 4 (13.3%) o sangue menstrual.

Dentro do contexto do grupo que citou o sangue menstrual como modo de transmissão de alguma DST, a forma efetiva de prevenir foi a de se evitar o contado direto com os catamênios, isto é, não manter relações sexuais no período menstrual. Vejamos algumas uce que exemplificam esta questão:

Eu evito fazer sexo oral na minha namorada, ou em qualquer outra mulher se ela estiver menstruada, e pretendo evitar receber sangue de qualquer banco de sangue, caso eu venha a precisar. (*ind_01, 20-40 anos, católica, primeira relação sexual com mulher, não faz uso de objetos eróticos, não apresenta histórico de DST, frequenta o ginecologista).

Só não transo naquele período escuro da menstruação, preferimos não transar do que ter que usar camisinha, pois é chupar bala com papel. (*ind_05, 41-60 anos, agnóstica, primeira relação sexual com mulher, faz uso de objetos eróticos, não apresenta histórico de DST, não frequenta o ginecologista).

A CHA desta classe também reforça essa análise quando verificamos as ligações com as palavras *período-importante-sangue-menstruação* (Figura 8).

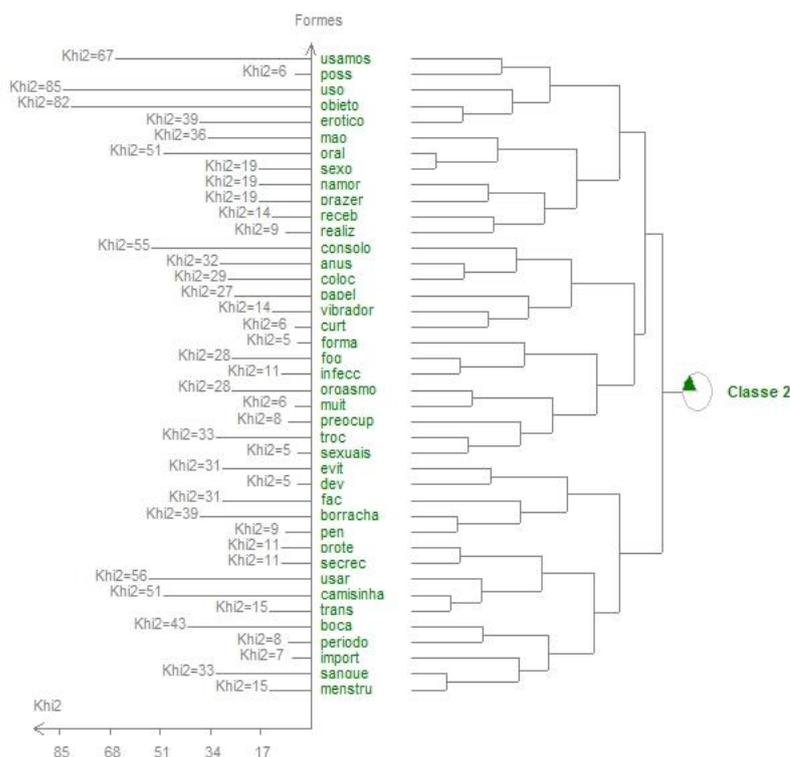


Figura 8 - Classificação hierárquica ascendente da classe 2
 Fonte: Relatório do ALCESTE.

Essa representação de contaminação através do sangue tem suas base no que afirma Pedrosa e Couto (2000) que dentre os fluidos corporais, tem-se reconhecido o sangue como o mais importante veículo de transmissão de algumas DST como os vírus hepatite B (HBV) e o temido HIV.

Dentro desse pensamento, verificamos que apesar de bem menos frequente, algumas depoentes, para tornar a DST familiar, sendo uma das finalidades das representações sociais (MOSCIVICI, 2003), ancoraram essa novidade no HIV, principalmente sobre a crença do contágio pelo sangue. . Dessa forma, se pode falar que as RS tem função de tornar familiar o que é não-familiar. Aqui se considera não-familiar ideias e ações que perturbam e causam tensão (MOSCOVICI, 2003).

Acerca disso Spink (2003) corrobora quando diz que o processo de aquisição do conhecimento é visto como um processo ativo de construção em dois sentidos complementares, ou seja, o sujeito é ativo porque dá sentido aos objetos do seu mundo e constrói representações sobre estes objetos e ainda, porque o sujeito ativo cria efetivamente o mundo social através de sua atividade. As duas dimensões, atividade simbólica e práxis, estão numa relação dialética, uma vez que o conhecimento é base da práxis e a práxis é a forma de verificação do conhecimento.

Essa representação apresenta também elementos do universo reificado das ciências, quando a mídia, as propagandas, o que é veiculado e os próprios profissionais de saúde destacam o sangue contaminado como um modo de transmissão de DST/HIV/AIDS.

Frente essa representação, podemos compreender que a prática de prevenção deste segmento, baseia-se também por não ter relações sexuais durante o período menstrual, justificando assim suas ações. Pois como Spink (2000) destaca o homem transforma a natureza, e ao transformá-la, gera as condições sociais para o processo de produção de conhecimento e justificativa de seus atos.

No outro grupo de 6 (20,0%) mulheres que fizeram a associação do risco de DST aos materiais perfuro-cortantes contaminados com sangue, a prevenção se dá evitando de ter contato com esses materiais, através do uso de instrumentos próprios como alicate de unha, giletes, tesoura etc. Vejamos abaixo as principais uce que afirmam tal situação:

Eu procuro não ir a salão de beleza, eu mesma faço minhas unhas, eu evito usar qualquer material que corta a pele de qualquer pessoa, eu, por exemplo, no laboratório estou sempre de luva para não me contaminar com sangue, urina, fezes, dessa forma eu não pego DST. (*ind_01, 20-40 anos, católica, primeira relação sexual com mulher, não faz uso de objetos eróticos, não apresenta histórico de DST, frequenta o ginecologista).

Uma mulher homossexual deve fazer para evitar uma DST o mesmo que eu faço, ter seus materiais próprios para higiene íntima, como gilete, pinça, alicate de unha. (*ind_24, 20-40 anos, espírita, primeira relação sexual com mulher, não faz uso de objetos eróticos, apresenta histórico de DST, frequenta o ginecologista).

Segundo Melo (2011) são várias as situações que favorecem o risco de transmissão de uma DST/AIDS e Hepatites virais, devido a possibilidades de compartilhamento de objetos cortantes de uso pessoal como lâminas, barbeadores, depiladores e alicates, fontes importantes principalmente na transmissão por via percutânea de hepatites.

Dentro dessa lógica de pensamento, podemos perceber a forte associação das DST e de suas formas de prevenção aos elementos externos, e não só a relação sexual propriamente dita. Fato este que demonstra o quanto ser humano é complexo e dinâmico na sua compreensão do mundo, apontando a polifagia cognitiva das RS. Apesar de todas as mulheres entrevistadas, como vimos na ALI na análise da categoria A Causa/Origem das DST e na classe anterior, representar as DST como uma doença que vem pelo sexo, algumas buscam explicar outras formas para o fenômeno estudado, assinalando a presença da polifagia cognitiva das RS. Estas diferentes formas de explicar e dar sentido a uma DST pode fazer com que a mulher homossexual se veja vulnerável à essas infecções. Isto é, a mulher homossexual pode se contaminar através outras formas, não a sexual.

Torna-se importante destacar que de acordo com Jovchelovitch (2002), desde sua fundação a TRS milita contra a ideia de que os saberes cotidianos são distorção e erro, buscando recuperar o status epistemológico do senso comum, entender as funções que cumpre e as necessidades a que responde. Aquilo que parece irracional ou errado para o observador externo, tem sentido para o sujeito do saber e é em relação ao que expressa e significa para um indivíduo e comunidade que precisamos buscar critérios para pensar a validade e racionalidade dos saberes. Para esta mesma autora é neste momento que encontramos a fonte da polifasia cognitiva, ou seja, o senso comum não desaparece e não é jamais substituído pela ciência como quis o espírito da modernidade e o projeto do Iluminismo.

Como Habermas (2003) recentemente observou, o senso comum defende seu espaço e se transforma na modernidade tardia, tornando-se um ‘senso comum iluminado’ que se abre tanto para a ciência como para as crenças demonstrando o estado de espírito de uma esfera pública tradicionalizada que comporta múltiplas vozes.

A construção da realidade no paradigma da complexidade transgride o falso limite entre o sujeito/objeto, interior/exterior, real/imaginário, corporal/mental e ainda os arquétipos que são as imagens inconscientes de uma comunidade (ALMEIDA E JODELET, 2009).

A diversidade de situações e experiências culturais que encontramos requer esforços adaptativos e uma plasticidade crescente de nossos saberes e motivações. Por isso o modo como representamos o mundo é múltiplo. A natureza polifásica de nossos sistemas cognitivos é em si altamente adaptativa e funcional para a vida humana. Nossas formas de saber são sábias em relação às questões pragmáticas da vida cotidiana possibilitando a indivíduos e comunidades humanas responder a experiência vivida a cada dia (RENEDO E JOVCHELOVITCH, 2007).

Em síntese, Moscovici (2008, p. 42-45) definiu a polifasia cognitiva como a coexistência de formas diferentes de saber no mesmo campo representacional: “... a coexistência dinâmica –interferência ou especialização – de modalidades distintas de saber, correspondendo a relações definidas entre o homem e seu meio-ambiente, determina um estado de polifasia cognitiva”.

Por fim, apenas 03 mulheres apontaram o uso da camisinha como sendo um método de prevenção das DST, conforme também destacado no perfil das entrevistadas. Essas 3 participantes são aquelas que, conforme analisamos na classe anterior, representam a DST como uma doença advinda do sexo independente da orientação sexual da pessoa. Dentro da lógica de que são vulneráveis a essas infecções, o preservativo/camisinha tem sua razão de existir na sua prática sexual:

Eu sempre transo de camisinha, porque acaba trocando secreção de uma mulher para outra, coloco um protetor na língua, incomoda muito, mas faço isso, eu não confio em ninguém (*ind_15, 20-40 anos, católica, primeira relação sexual com mulher, faz uso de objetos eróticos, apresenta histórico de DST, frequenta o ginecologista).

Presto atenção no meu corpo, vou com frequência ao ginecologista, evito transar menstruada e uso camisinha no consolo, no vibrador e no pênis de silicone. (*ind_06, 20-40 anos, católica, primeira relação sexual com mulher, faz uso de objetos eróticos, apresenta histórico de DST, frequenta o ginecologista)

Usar camisinha no pênis de borracha, não transar quando estiver menstruada e fazer o máximo para no sexo oral também usar alguma proteção, a camisinha mesmo. (*ind_27, 41-60 anos, espírita, primeira relação sexual com mulher, faz uso de objetos eróticos, apresenta histórico de DST, frequenta o ginecologista).

Aqui mais uma vez, reforça-se a compreensão de que como Moscovici (2012) destaca ninguém age sem uma explicação e sem uma coerência interna própria. Isto é, se essas mulheres acreditam na possibilidade de se contaminarem mesmo tendo relações homoafetivas, o uso da camisinha se faz importante nas relações sexuais.

A CHA dessa classe 2 auxilia a entender essa forma de prevenção, quando verificamos as ligações entre as palavras *proteção-secreção-usar-camisinha-transar*, conforme verificado na Figura 8.

No entanto, o uso do preservativo/camisinha também foi apontado por 3(10%) participantes não como medida de prevenção de DST, mas como um meio de higiene no sexo anal, como podemos verificar nas uces abaixo:

Curto usar objetos, adoro um consolo mas só quando não tem sangue junto e nojento usar menstruada e perigoso, mas a camisinha mesmo coloco só quando penetro no ânus para evitar uma infecção urinária por causa das fezes. (*ind_22, 20-40 anos, espírita, primeira relação sexual com mulher, faz uso de objetos eróticos, não apresenta histórico de DST, não frequenta o ginecologista).

Minha namorada adora que uso nela um vibrador, ela sente muito prazer e às vezes ela usa em mim, mas eu não curto muito. A gente não coloca nenhum tipo de camisinha nele quando penetramos somente na vagina, mas se for penetrar o ânus colocamos a camisinha. É uma questão de higiene. (*ind_03, 20-40 anos, católica, primeira relação sexual com mulher, faz uso de objetos eróticos, apresenta histórico de DST, frequenta o ginecologista).

De acordo com o exposto, podemos afirmar que o uso do condom quando existe para estas depoentes, ocorre de maneira refratária, apenas no objeto erótico para realização do coito anal. Observamos pelas falas evocadas, que muito além da questão da prevenção, podemos inferir uma preocupação destas mulheres no que se refere à questão do cuidado higiênico, principalmente pelo contato com a fezes. Não sendo o preservativo ferramenta de prevenção das DST.

Em síntese, esta classe nos mostra as atitudes de prevenção que as mulheres desse estudo apontaram com relação às DST, sendo a mais frequente o não relacionamento sexual com homens, o que reforça a representação das DST ao gênero masculino. Em seguida, muitas ancoraram essas infecções no sangue contaminado, enfatizando a forte conotação que o HIV trouxe dentro do contexto das DST.

5.1.3 . Bloco Temático III – Lidando com as DST: cuidar e tratar.

O terceiro bloco temático em que estão inseridas as classes 3 e 5, possuem em comum a discussão acerca dos cuidados e possíveis tratamentos frente as DST, entendidos pelas mulheres homossexuais participantes deste estudo.

Na Classe 3 as depoentes buscam explicar as diversas formas de tratamento que existem para as pessoas que são contaminadas com alguma DST. Já a Classe 5 apresenta conteúdos relativos aos cuidados da vida cotidiana, principalmente higiênicos, que elas adotam como estratégias para evitar essas infecções.

Abaixo, apresentamos o Quadro 10, referente ao Bloco Temático III, com as suas classes, os subtemas de cada classe e os vocábulos de maior representatividade.

Quadro 10 – **Bloco Temático III - Lidando com as DST: cuidar e tratar.**

Classe 3 Subtemas	Tema - Do tratamento medicamentoso ao tratamento alternativo
O tratamento alternativo: circuito do senso comum.	chá, rosas, brancas, aprendi, aroeira, banho, assento, erva, santo, ensinou, limpinha, ducha, vagina, lavagem,
O tratamento medicamentoso: circuito reificado das ciências	remédio, médico, tratar, procurar, ginecologista, curar, pomada, exames, preventivo creme, tratamento, postinho, hospital,
Associação dos dois universos: tratamento medicamento e práticas alternativas	Tratar, curar, farmácia,
Classe 5 Subtemas	Tema – Os cuidados diários da mulher homossexual frente as DST
Evitando as DST através dos cuidados do dia- a- dia.	Lavo, calcinha, roupa, íntima, secar, sol, banheiro, papel, álcool, passo, sol.
A Falta de cuidados de higiene como fator explicador das DST	Sentou, banco de ônibus, germes, bactérias, vaso_sanitário, micróbios, contamina, cuidar, desatenta, descuido, materiais, sujo, contaminado.

Classe 3 - Do tratamento medicamentoso ao tratamento alternativo.

A classe 3 foi composta por 75 u.c.e, representada por 12,0% do material que foi classificado para análise e com 83 palavras analisáveis. As variáveis de maior representação nesta classe foram: primeira relação sexual com homens (prela_01 χ^2 5) e mulheres homossexuais com histórico de DST (dst_01 χ^2 4). Os indivíduos 14, 29 e 01 foram os que apresentaram maior associação com a classe 3.

No Quadro 11, são mostradas as palavras mais significativas para sua organização a partir do χ^2 maior ou igual a 21, que foi o corte gerado pelo ALCESTE nesta classe.

Quadro 11 - Palavras mais significativas da classe 3.

CLASSE 3 - 75 UCE		
Palavras	χ^2	PR
Chá	120	20
Rosas	78	11
Branças	70	11
Remédio	63	07
Médico	57	14
Aparecer	56	07
Tratar	53	12
Tomar	49	10
Útero	48	09
Procurar	48	12
Ginecologista	37	07
Colo	35	05
Faria	35	05
Iria	29	09
Voltou	29	04
Aprendi	28	04
Aroeira	28	04
Pensaria	28	04
Cura	23	03
Coisa	23	16
Banho	21	05

Nota: Palavras selecionadas e ordenadas pelo valor decrescente de χ^2 .

As palavras que compuseram esta classe nos remetem as alternativas de tratamentos que as mulheres homossexuais entendem como possíveis na cura das DST e ou infecções ginecológicas. É importante destacar que, um grande número de participantes não fez uma ligação do tratamento única e exclusivamente com as DST, mas sim com as diversas infecções ginecológicas, que normalmente são representadas pelas mulheres como algo inerente do ser feminino (TEIXEIRA e QUEIROZ, 2012). Circunstância essa que ainda é reforçada pelo fato das mulheres homossexuais não se sentirem vulneráveis às DST como uma doença advinda pelo sexo, conforme analisado na classe 1.

Dentro deste contexto, podemos perceber três universos de possibilidades para o tratamento dessas infecções. O primeiro está inserido unicamente dentro de um contexto de práticas populares do senso comum, como meios de tratarem essas infecções. O segundo circuito envolve as práticas médico- hospitalares, ou seja, para uma parcela de entrevistadas somente através desses recursos será possível solucionar os problemas relativos as DST e as

infecções ginecológicas. O terceiro universo emergiu em algumas entrevistadas que acreditam na associação das duas práticas, tanto as hospitalares e medicamentosas quanto as populares como elementos passíveis de solução para esses problemas.

Desta forma, os principais léxicos desta classe como chá (χ^2 120), rosas (χ^2 78), remédio (χ^2 63), médico (χ^2 57), aroeira (χ^2 28), cura (χ^2 23) são ilustrativas dessa análise.

No primeiro caso, referente ao tratamento dentro de um universo consensual, 14 (46,7%) entrevistadas apontou que o tratamento das DST e/ou infecções genitais nas mulheres homossexuais é possível através do uso de chás, ervas, plantas medicinais e lavagens genitais. Esses meios foram apreendidos dentro de seu meio social, seja através do aprendizado de gerações de mulheres, seja no circuito religioso e que não estão incluídas na esfera médico tradicional. Abaixo ressaltamos algumas uce que vai ao encontro do que foi exposto.

Uma mulher com DST deve procurar um Pai de Santo para tirar dela esta doença e ensinar a esta mulher como fazer uma lavagem com uma erva específica do seu santo. (*ind_29, 41-60 anos, espírita, primeira relação sexual com mulher, faz uso de objetos eróticos, não apresenta histórico de DST, não frequenta o ginecologista).

Se eu pegar alguma DST, vou logo pensar que mais uma vez tive o azar de me contaminar em algum banheiro, que minha vagina, ou até mesmo a minha perna encostou em algo vaso infectado e acabei pegando. Eu vou fazer na mesma hora a lavagem com o chá de rosas brancas, pois remédio nenhuma adianta. (*ind_19, 20-40, agnóstica, primeira relação sexual com mulher, não faz uso de objetos eróticos, não apresenta histórico de DST, não frequenta o ginecologista).

Uma mulher com DST precisa tratar tomar um chá de aroeira, você pode tomar ele morno ou passar por fora da vagina, e dessa forma melhora na certa. (*ind_29, 41-60 anos, espírita, primeira relação sexual com mulher, faz uso de objetos eróticos, não apresenta histórico de DST, não frequenta o ginecologista).

Como pudemos analisar anteriormente a concepção das DST esteve fortemente ligada às questões de impureza, sujeira e contaminação, frente a essa representação o tratamento alternativo/popular passa pela concepção de banhos, lavagens, duchas e até ingestão de chás purificadores, dentre outros. Essa percepção pode ser explicada, historicamente, se entendermos que o corpo feminino com suas excretas, sempre foi caracterizado como impuro até mesmo demoníaco. Neste sentido, os órgãos genitais femininos, os fluidos vaginais, os

corrimentos, a menstruação sempre foram cercada por essas conotações pejorativas (TUBERT, 1996).

Para Rohden (2001) a interiorização dos genitais, assim como sua maior fragilidade apresenta maior probabilidade de infecções e inflamações, fazendo com que a mulher esteja mais vulnerável às doenças nesses órgãos. Como durante muitos anos, eram as mulheres que cuidavam umas das outras, não havendo interesse dos médicos pelos problemas femininos, aprenderam a se utilizar de plantas, ervas, chás dentre outras práticas para resolverem os seus males. Desta forma, Carvalho e Queiroz (2008) afirmam que as terapias populares quando se trata do feminino são até hoje fortemente introjetadas em nosso meio cultural, não só como possibilidade de curar e amenizar processos patológicos, como também para prevenir doenças.

Dentro dessa lógica de pensamento tradicional, cabe destacar que o que é aprendido dentro do grupo social, é passado e transmitido de geração em geração e é extremamente importante para a compreensão das representações sociais destas mulheres. Para estes sujeitos do nosso estudo, o medicamento é algo que não faz parte de sua cultura, inclusive na esfera religiosa como citado pela entrevistada 29, enquanto cuidado de si, nem mesmo a busca pelo médico, quando trata-se de problemas femininos.

A utilização de drogas, remédios não são nem eficientes e nem eficazes, pois de acordo com o que apreenderam socialmente com suas avós e mães, as infecções femininas são algo oriundo do seu cotidiano ou pela falta de cuidado das mulheres (TEIXEIRA e QUEIROIZ, 2012). Neste sentido, por valorizarem o saber popular do senso comum, este segmento de mulheres homossexuais acreditam que a solução para infecções genitais e até DST, se for o caso de adquirirem, estão exatamente pautados nesses conhecimentos.

Moscovici (1978) fala sobre pensamento primitivo, senso comum e ciência e diz que qualquer uma destas práticas mentais e sociais é sempre uma forma de representação. É em função das representações que se movem indivíduos e coletividades como se formam ou como se operam essas representações, onde se misturam a um só tempo, pensamento primitivo, senso comum e ciência.

Para melhor compreensão dessa tomada de decisão, citamos Barleta (2003), que destaca que os fenômenos ultrapassam a dimensão restrita biológica. Os saberes e práticas de cura se mesclam se recriam e se impõem diante das práticas de cuidados alternativos.

Neste sentido, as DST devem ser consideradas sob o ponto de vista destas mulheres, na tentativa de entender o que esperam em relação à sua vida e seu tratamento frente a esta circunstância. É exatamente esse conhecimento “ingênuo”, leigo e do senso comum que

acreditamos ser fundamental para que possamos elaborar medidas para otimizar a saúde da mulher homossexual.

Pode-se dizer que o senso comum é a matéria prima das representações sociais, oferecendo materiais relevantes para uma rica exploração de nossa cultura, nossas maneiras de pensar e agir, e nos comportar.

Acrescenta-se que as representações sociais são fenômenos complexos agindo na vida social. Desta maneira, a teoria se refere à forma pela qual apreendemos os acontecimentos da vida cotidiana e se configura como a verbalização das concepções que o indivíduo tem no mundo que o cerca, no seu meio social (SPINK, 2003). Elas constituem uma vertente teórica da psicologia social que faz contraponto com as demais correntes da filosofia, da sociologia, da história e da psicologia cognitiva que se debruçam sobre a questão do conhecimento (SPINK, 1993a).

A CHA da classe 3 (Figura 9) nos mostra a ligação de palavras como *chá-brancas-rosas* que reforçam essa análise.

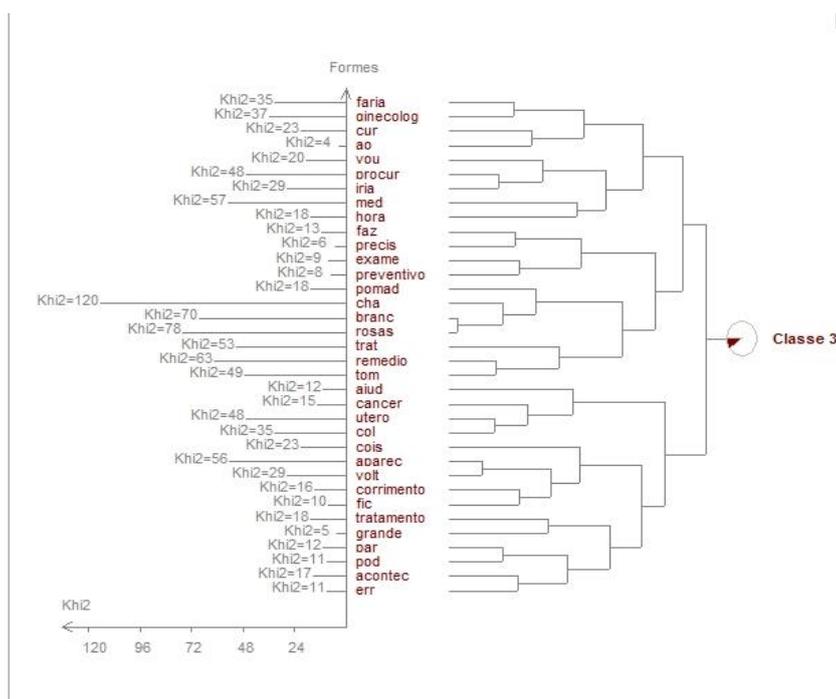


Figura 9 - Classificação hierárquica ascendente da classe 3
Fonte: Relatório do ALCESTE.

Diferente dessa representação de tratamento/cura, um outro segmento de 10 (33,3%) participantes homossexuais pautou a possibilidade de solução das infecções e/ou DST

unicamente no universo reificado das ciências. Citaram principalmente a procura pelo profissional de saúde e o uso de medicamentos como formas de tratamento dessas enfermidades. Vejamos algumas u.c.e que exemplificam essa análise:

Ela precisa fazer seu preventivo, porque com este exame o médico pode descobrir qualquer doença venérea e tratar. (*ind_30, 20-40 anos, espírita, primeira relação sexual com mulher, não faz uso de objetos eróticos, não apresenta histórico de DST, frequenta o ginecologista).

Se algum dia eu pegar alguma DST, na mesma hora vou pensar que minha namorada me traiu com algum homem, e vou procurar tratar com algum médico. (*ind_07, 20-40 anos, católica, primeira relação sexual com homem, faz uso de objetos eróticos, não apresenta histórico de DST, frequenta o ginecologista).

Pensaria que acabei me descuidando na rua, na questão do assento nos banheiros públicos, eu iria procurar por uma ajuda médica rapidamente para essa DST não virar uma doença pior tipo um câncer de útero (*ind_01, 20-40 anos, católica, primeira relação sexual com mulher, não faz uso de objetos eróticos, não apresenta histórico de DST, frequenta o ginecologista).

No que tange a busca pela cura por meio dos tratamentos medicamentosos podemos compreender pelas uce acima, o quanto é destacado o poder que é atribuído à figura do médico como sendo o profissional que dispõe exatamente dos recursos para curar uma mulher de uma DST, ou seja, solucionando o problema vivido.

A medicalização é um processo socialmente aceito e cultuado em muitas sociedades sendo, postulado pela figura hegemônica do médico, aqui no caso no papel do ginecologista, que segundo Vieira (2002, p. 23) é o profissional que é legitimado em nossa sociedade como aquele que “conhece e entende dos problemas de mulheres”. Desta forma, podemos compreender que uma DST, por causar sinais e sintomas desagradáveis no corpo de uma mulher, como analisamos na ALI, é entendido como algo que precisa ser tratado e curado e quem tem esse “poder é o médico associado à medicação, principalmente pela receita do remédio”. (VIEIRA, 2002, p. 34).

Nesta perspectiva, Queiroz e Arruda (2006) analisam que ingressar num discurso técnico-médico implica sempre incorporar o discurso dominante, que mesmo quando criticamos determinadas condutas, recorreremos passivamente à sua ajuda, não admitindo argumentos de oposição à razão médica.

Outro aspecto que ressaltamos nessas u.c.e é que o exame citopatológico de rotina, ou seja, o exame preventivo ainda está no imaginário popular fortemente vinculado ao diagnóstico e tratamento das DST, quando o principal objetivo é o rastreamento do câncer de colo de útero. Porém este fato é compreendido pela tradição que este exame foi, e ainda é hoje, tratado pelos meios de comunicação, meio social e principalmente pelos próprios profissionais de saúde como verdade absoluta. O universo reificado é considerado um meio de respeitabilidade, credibilidade e honorabilidade para tratar aspectos da saúde e da doença (HERLIZCH, 2001).

Para compreendermos esse resultado, é importante lembrar que o saber científico intervém como fonte de poder e as representações sobre nossas funções vitais, da nossa sexualidade e do sentido das nossas vidas encontram-se permeados por essas relações de poder-saber (QUEIROZ, 2002). Por nomear e classificar tudo o que considera como desvio da normalidade, esse poder saber hegemônico das ciências médicas faz com que os indivíduos sejam depositários dessas projeções. Essa tendência marca fortemente a memória coletiva, portanto é compreensível que algumas mulheres homossexuais representem a cura das DST somente através desses pressupostos. Nota-se que o conhecimento das pessoas sobre seus problemas é construído pela memória coletiva, pelas teorias que circulam na comunidade científica, nos meios de comunicação de massa e nas conversações do dia a dia (JOFFE, 2010)

Moscovici (2003) diferencia duas esferas cognitivas opostas, que é o universo reificado em que se destaca o pensamento científico e um universo consensual em que os indivíduos podem ser considerados pensadores amadores, em que não há uma verdade como na ciência, mas sim, versões compartilhadas por grupos. É um mundo em que as pessoas tentam lidar com os objetos da realidade por meio de conversação e negociação constantes. Já Arruda (2002) cita que o universo consensual seria aquele que se constitui principalmente na conversação informal, na vida cotidiana, enquanto o universo reificado, se cristaliza no espaço científico com seus cânones de linguagem e sua hierarquia interna.

A CHA com as vizinhanças das palavras *ginecologista-cura, procurar-médico, fazer-preventivo, remédio-tomar* reforçam essa concepção conforme mostrado na Figura 9.

Ainda dentro desse contexto de tratamento através do circuito médico-hospitalar tivemos as mulheres homossexuais com histórico de DST, isto é, aquelas que já tinham vivenciado essa situação, acreditando que foram contaminadas através de relacionamentos anteriores com homens (5 participantes) ou pela falta de cuidados diários (3 pela falta de

cuidados higiênicos). Frente a essa lógica, a DST para essas participantes é algo concreto e vivido, tendo a experiência da cura através desse universo.

Se algum dia o meu corrimento voltar a aparecer vou procurar pelo médico, para me passar aquela quantidade de remédio, e vou ficar boa. Já estou até acostumada com isso, por causa dos problemas que tive com meu ex-marido. (*ind_28, 41-60, evangélica, primeira relação sexual com homem, não faz uso de objetos eróticos, apresenta histórico de DST, frequenta o ginecologista).

Se aparecer alguma coisa é porque alguma coisa ficou guardada no meu corpo do meu passado, quando tinha relações com homens e que voltou a aparecer agora, iria ao ginecologista e compraria uma pomada (*ind_14, 20-40 anos, católica, primeira relação sexual com homem, não faz uso de objetos eróticos, apresenta histórico de DST, frequenta o ginecologista).

Minha imunidade esta baixa e que o vírus acordou, como disse minha ginecologista e voltou a aparecer, se isso acontecer vou tratar de novo igual da outra vez. (*ind_09, 20-40, católica, primeira relação sexual com homem, não faz uso de objetos eróticos, apresenta histórico de DST, frequenta o ginecologista).

No entanto, esse tipo de tratamento referente ao universo reificado, muitas vezes não apareceu isolado, um número de 6 (20,0%) participantes associou o tratamento médico aos cuidados populares aprendidos no seu contexto social.

O corrimento é quando a coisa está feia e está ficando preta e quando a inflamação já se alastrou demais, é a hora de procurar um médico, uma farmácia ou fazer um banho íntimo com rosas brancas que é muito bom. (*ind_03, 20-40, católica, primeira relação sexual com mulher, faz uso de objetos eróticos, apresenta histórico de DST, frequenta o ginecologista).

Se pegar mais uma vez é que me descuidei e que não aprendi com meu erro, que sou uma burra e iria procurar um ginecologista para me tratar ou faria o tratamento em casa como minha avó me ensinou que dá certo. (*ind_06, 20-40, católica, primeira relação sexual com mulher, faz uso de objetos eróticos, apresenta histórico de DST, frequenta o ginecologista).

Eu usaria o chá de rosas brancas na vagina com o uso de uma perinha e se não melhorar iria procurar fazer um preventivo para médica passar uma pomadinha (*ind_03, 20-40, católica, primeira relação sexual com mulher, faz uso de objetos eróticos, apresenta histórico de DST, frequenta o ginecologista).

O corrimento é tipo um alerta de que você está doente e precisa tratar, tomar algum chá, passar alguma pomada do médico. (*ind_21, 20-40, católica, primeira relação sexual com mulher, não faz uso de objetos eróticos, não apresenta histórico de DST, frequenta o ginecologista).

Primeiro se eu souber ou suspeitar de quem me infectou tiraria satisfação, ficaria indignada e em seguida compraria um remédio na farmácia e usaria ou iria procurar algum chá ou erva para tomar. (*ind_05, 41-60, agnóstica, primeira relação sexual com mulher, faz uso de objetos eróticos, não apresenta histórico de DST, não frequenta o ginecologista).

Essas representações dessas mulheres parecem transitar entre concepções contemporâneas e a resistência a antigas ideias e tradições; isso pode explicar o paradoxo que as situa entre a acomodação e a resistência. Suas manifestações sugerem que acreditam nas concepções populares de tratamento e cura utilizados ao longo do tempo pelas mulheres ao mesmo tempo em que se situam no discurso hegemônico, valorizando a medicina como ideologia dominante na sociedade. Apesar de proferirem um discurso contemporâneo das ciências e da medicalização, a prática permanece centrada também em modelos de cuidados populares advindos do senso comum.

Cabe também destacar nesta classe, que através de seus conteúdos associados as possíveis tipos de tratamento das DST, podemos também compreender que destacaram outras diferentes formas de contágio acreditam existir no contexto das DST e da homoafetividade feminina como troca de roupas íntimas, assento de banheiros públicos, além de mais uma vez reforçar, a associação com a figura do homem e da traição conforme analisamos na classe 1.

Por fim, concluímos que o tratamento para DST e/ou infecções genitais podem estar inscritas na instância dos problemas medicamente assistidos, ancorada em concepções biomédicas, mas em um número bastante expressivo a terapêutica desses problemas para as mulheres homossexuais está pautada nos saberes populares e no senso comum, principalmente, quando relacionados à infecções genitais femininas. Dentro desta lógica podemos compreender o motivo pelo qual muitas mulheres homossexuais se não entendem clientes/pacientes das consultas ginecológicas, como vimos no perfil desse estudo. Esta Classe em questão corrobora com o exposto na categoria “Ações de cuidados e tratamentos” da ALI, cujo o termo indutor foi DST.

Classe 5 - Os cuidados diários de higiene da mulher homossexual frente as DST

A classe 5 foi composta por 45 u.c.e. e 73 palavras analisáveis, sendo representada por 7,0% do total do corpus analisado. Cabe destacar que esta foi a classe que reuniu o menor número de u.c.e e a segunda menor em número de palavras analisáveis. No Quadro 12, serão ilustradas as palavras mais significativas referentes a essa classe. Observa-se que o corte gerado pelo Programa ALCESTE, nesta classe, se deu com as palavras de χ^2 igual ou superior a 25.

Quadro 12 - Palavras mais significativas da classe 5

Classe 5 – 45 UCE		
Palavras	X ²	PR
Calcinha	227	20
Lavar	135	08
Roupas	130	11
Íntima	77	06
Secar	74	04
Banheiro	72	13
Apertada	62	03
Germes	50	03
Sol	49	04
Vagina	38	13
Usava	38	03
Bactéria	36	05
Deixar	34	03
Passar	32	05
Vaso	30	05
Micróbio	30	03
Bar	26	03
Talco	26	04
Inflamação	26	05
Sabonete	26	04
Água	25	04

Nota: Palavras selecionadas e ordenadas pelo valor decrescente de χ^2 .

As variáveis de maior ligação com a Classe 5 foram: idade de 20 a 40 anos (χ^2 11) e não uso de objetos eróticos (χ^2 11). Os indivíduos 17, 09 e 01 apresentaram uma maior

associação com esta classe e apresentam em comum a idade entre 20 -40 anos, não fazem uso de objetos eróticos e frequentam o ginecologista.

Frente aos conteúdos das u.c.e e das palavras de maior associação com esta classe, percebe-se que denotam questões que envolvem os cuidados diários de higiene que uma mulher homossexual tem que ter tanto para se evitar uma DST como infecções genitais. Os principais léxicos foram calcinha (χ^2 227), lavar (χ^2 135), roupas (χ^2 130), íntima (χ^2 77), banheiro (χ^2 72), apertada (χ^2 62).

Cabe destacar que nesta Classe, alguns cuidados de higiene como lavar as roupas íntimas, passar a ferro quente, não utilizar vasos sanitários públicos, não sentar em cadeiras ou bancos de ônibus quentes, evitar roupas apertadas, não andar descalça, dentre outros foram apontados como fundamentais para se evitar uma contaminação por uma DST nas mulheres homossexuais. Isto é, como a DST na mulher homossexual não advém das relações sexuais, por não terem essa prática com homens, a falta desses cuidados de higiene é representada como uma das possibilidades de se adquirir essas infecções. A busca por justificar uma DST no contexto da homossexualidade feminina através da falta de cuidados emergiu no discurso de 17(56,4%) participantes. Abaixo destacamos alguns trechos de u.c.e que sinalizam essa análise.

E como não tenho o costume de passar as minhas roupas íntima, acabou não matando o germe e eu me contaminei, porque banheiro tem muitos micróbios, bactérias. (*ind_17, 20-40 anos, espírita, primeira relação sexual com mulher, não faz uso de objetos eróticos, apresenta histórico de DST, frequenta o ginecologista).

Tem DST, que depende da higiene da mulher, uma mulher que faz uma boa higiene da vagina, usa uma pomadinha ginecológica não vai ter, eu quando deixo de fazer minha higiene e de passar a pomadinha, sempre aparece uma coceirinha chata. (*ind_07, 20-40 anos, católica, primeira relação sexual com homem, faz uso de objetos eróticos, não apresenta histórico de DST, frequenta o ginecologista).

Uma mulher homossexual pode ter DST não pela relação sexual, porque ela só transa com mulheres, mas com o dia a dia dessa mulher, com o banheiro que usa por causa das bactérias, com a roupa que usa, com a calcinha de laicra que faz a vagina suar mais e acaba acumulando sujeira e assim por diante. (*ind_09, 20-40 anos, católica, primeira relação sexual com homem, não faz uso de objetos eróticos, apresenta histórico de DST, frequenta o ginecologista).

Acho que é quando a gente usa as mesmas coisas, toalhas, roupas íntimas, eu inclusive também tive uma vez aquelas verrugas e acho que foi do vaso da casa, a bactéria acaba ficando naquela água parada e quando da descarga aquele vaporzinho que sobre contamina a vagina da gente (*ind_09, 20-40 anos, católica, primeira relação sexual com homem, não faz uso de objetos eróticos, apresenta histórico de DST, frequenta o ginecologista).

A DST pode aparecer quando você não tem aquele cuidado e acaba sentando em banco de ônibus, ou metrô quente sem esperar esfriar, eu acho que aquele calor acaba causando alguma inflamação. No meu caso eu acabei pegando usando roupa de familiares, amigas ou até mesmo de pessoas estranhas. (*ind_03, 20-40 anos, católica, primeira relação sexual com mulher, faz uso de objetos eróticos, apresenta histórico de DST, frequenta o ginecologista).

Essa representação é fortemente ancorada na relação que historicamente se elaborou entre a mulher e o cuidado com o seu corpo, principalmente no que se refere aos cuidados íntimos. Constrói-se assim, um imaginário em que o cuidado é inerente à mulher, ao gênero feminino, fazendo assim com que, a representação de uma boa mulher seja aquela vinculada a limpeza, a estética e ao cuidado de si e dos outros (MARTINS, 2004). E isso é esperado em nossa sociedade, ou seja, que a mulher seja atenta, cuidadosa, caprichosa e zelosa principalmente em seus hábitos de higiene.

Frente a essa representação, as participantes desse estudo traçaram a figura-tipo da mulher portadora de uma DST. Isto é, as mulheres homossexuais que se contaminam pelas DST foram consideradas como as descuidadas e relaxadas, como podemos verificar nas falas abaixo:

Eu conheço muitas amigas lésbicas que já tiveram DST, e simplesmente elas possuem estas doenças porque se comportam como homem, sem cuidado nenhum, sentam em qualquer banheiro de bar, usam qualquer toalha, roupas umas das outras e não lavam suas próprias calcinhas. São muito relaxadas. (*ind_21, 20-40 anos, católica, primeira relação sexual com mulher, não faz uso de objetos eróticos, não apresenta histórico de DST, frequenta o ginecologista).

O corrimento é a resposta que o organismo apresenta para combater a inflamação causada pela bactéria adquirida do homem ou do banheiro, das roupas, do banco de ônibus contaminado com micróbios, da poupança de alguma outra mulher. No meu caso eu tive DST porque não me cuidei, fui muito descuidada. (*ind_09, 20-40 anos, espírita, primeira relação sexual com homem, não faz uso de objetos eróticos, apresenta histórico de DST, frequenta o ginecologista).

Tenho medo de algum dia ela se contaminar e passar para mim, ela é muito descuidada, distraída, é muito desatenta, vive deixando as calcinhas no banheiro, no box, deixa cair no chão e não lava novamente. (*ind_30, 20-40 anos, espírita, primeira relação sexual com mulher, não faz uso de objetos eróticos, não apresenta histórico de DST, frequenta o ginecologista).

Esta imagem típica da mulher, ou figura tipo que é criada, representada e transmitida de geração em geração corrobora para que no senso comum encontremos a ideia de que é através do descuido e da falta de atenção com seu próprio corpo e no dia-a-dia que uma mulher possa se contaminar por uma DST.

Frente a esse contexto da associação de ausência de cuidados higiênicos com as DST, muitas entrevistadas destacaram que as medidas de prevenção das mulheres homossexuais estão exatamente pautadas na prática da higiene íntima adequada, atrelada aos cuidados do dia-a-dia, ou seja, essas ações de cuidados são entendidas como meios de se evitarem a contaminação por essas infecções no contexto da homossexualidade:

Eu me protejo dos corrimentos, evitando usar roupa apertada de qualquer pessoa ou até mesmo da minha namorada, também gosto de lavar minhas roupas íntimas no banheiro e deixo secar no sol quente para matar qualquer micróbio (*ind_03, 20-40 anos, católica, primeira relação sexual com mulher, faz uso de objetos eróticos, apresenta histórico de DST, frequenta o ginecologista).

Eu evito ter alguma DST, lavando minha própria roupa íntima, e todos os dias passo talco duas vezes na virilha para evitar cheiro ruim e aparecer alguma inflamação. (*ind_17, 20-40 anos, espírita, primeira relação sexual com mulher, não faz uso de objetos eróticos, apresenta histórico de DST, frequenta o ginecologista).

Ela faz o mesmo que eu, nós nos lavamos muito bem, lavamos as mãos sempre, cortamos bem as unhas e depois do sexo, fazemos com o chuveirinho uma boa limpeza lá dentro, jogamos água em jato dentro da vagina com o chuveirinho do vaso sanitário. (*ind_17, 20-40 anos, espírita, primeira relação sexual com mulher, não faz uso de objetos eróticos, apresenta histórico de DST, frequenta o ginecologista).

Nunca tive DST porque além de nunca ter tido contato com homem, sempre tomo muito cuidado com a minha higiene íntima, lavo com bastante sabonete líquido neutro, minha vagina tanto dentro como fora para evitar contaminação pelos germes (*ind_05, 41-60 anos, agnóstica, primeira relação sexual com mulher, faz uso de objetos eróticos, não apresenta histórico de DST, não frequenta o ginecologista).

Apesar das entrevistadas saberem que o condom ajuda no controle e evita uma DST, 27 entrevistadas não utilizam este insumo como meio de prevenção dessas infecções sexuais, como visto no perfil e na Classe 2. Para esse segmento de participantes existem outras formas mais eficazes e eficientes de evitar as DST nas mulheres homossexuais como ter relações sexuais exclusivamente com mulheres, não usar material perfuro cortante contaminado, não ter contato com sangue e, conforme agora destacado nesta classe, ter cuidados diários de higiene.

Podemos assim, compreender essa dimensão atitudinal dessas mulheres homossexuais com relação às práticas preventivas, quando analisamos a citação de Moscovici (1978, p. 56):

“os seres humanos pensam e não apenas manipulam informações ou agem sem explicação. De fato representar uma coisa, um estado, não consiste simplesmente em desdobrá-lo, repeti-lo ou reproduzi-lo, é reconstruí-lo, retocá-lo, modificar-lhe o texto”.

Neste contexto, para 16 (53,3%) depoentes as práticas de cuidados diários de higiene são as formas mais concretas e objetivas de evitar as DST nas mulheres homossexuais, pois como Wagner (1998) destaca os conhecimentos socialmente elaborados e transmitidos, tanto no processo formal, quanto no informal, penetram nas relações cotidianas e acabam por contribuir determinadas formas de percepção e ação social. O saber socialmente elaborado sobre a DST é incorporado pelas participantes e passa a fazer parte integrante de sua vida cotidiana.

A ideia de cuidado da mulher homossexual visando à prevenção dessas infecções está embasada no senso comum, influenciando de forma significativa no seu modo de pensar e agir frente a esta problemática estudada.

As representações sociais não são as mesmas para todos os grupos sociais, pois cada segmento dá significados a sua vida e o que está a sua volta de acordo com aquilo que lhe foi ensinado e aprendido ao longo dos anos. Oliveira (2004) corrobora com essa afirmativa quando destaca que as representações não são as mesmas para todos os membros da sociedade, pois dependem tanto do conhecimento de senso comum, como do contexto sociocultural em que os indivíduos estão inseridos. Diante dessa conjuntura, podemos compreender os motivos pelos quais as mulheres homossexuais ressaltam as práticas de cuidados de higiene diários femininos como meios de prevenção, assim como, a falta deles são justificatórios para se contaminar com alguma DST.

A CHA desta classe, exposta abaixo, auxilia a compreender todo o exposto, quando verificamos a ligação entre as palavras *roupa-bactéria, inflamação-causa, apertada-calcinha, contaminação-germe, suja-vagina, higiene-íntima*. (Figura 10).

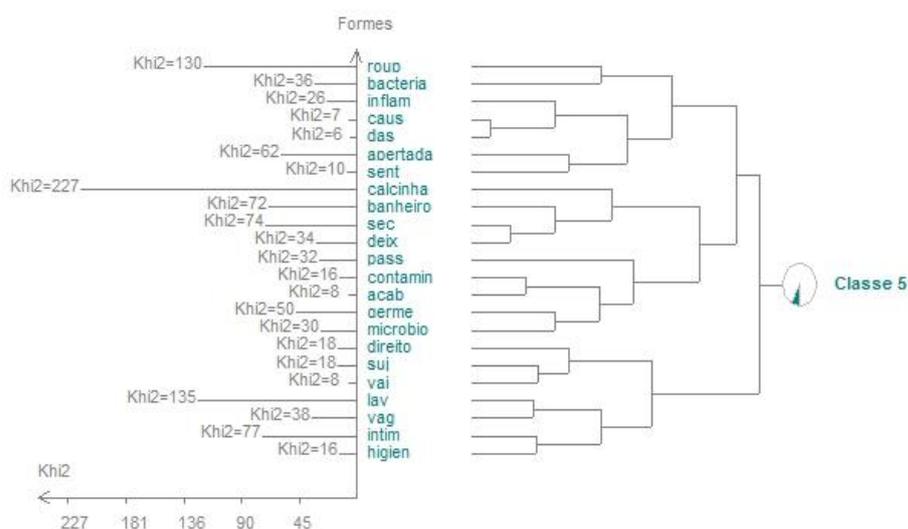


Figura 10 - Classificação hierárquica ascendente da classe 5
Fonte: Relatório do ALCESTE.

Por fim, as classes 3 e 5 tiveram como convergência a questão do cuidado, sendo que a classe 5 remeteu a conteúdos referentes os cuidados que uma mulher homossexual deve ter para se evitar uma DST e classe 3 as possíveis formas de tratamento frente as infecções sexuais. As duas classes apontam ainda a dimensão atitudinal das representações sociais que conforme destaca Jovchelovitch (2001) suscita em cada grupo tomadas de decisões e ações com relação ao objeto.

É importante destacar que neste Bloco Temático, foram encontrados elementos do senso comum tanto no que diz respeito ao cuidado da mulher homossexual frente as DST, quanto em suas formas de tratamento. Este dado é de suma importância neste trabalho, pois demonstra a presença da representação social dentro do grupo estudo, que segundo Jodelet (2001, p.36) é uma forma de conhecimento socialmente elaborado e concorrente à construção de uma realidade comum a um conjunto social.

Ainda para esta mesma autora é por meio das representações sociais que os indivíduos engajam uma pertença social e constrói suas implicações afetivas e normativas, com as interiorizações das experiências, das práticas, dos modelos, das unidades, do pensamento socialmente inculcados ou transmitidos pela comunicação social à qual estão ligados.

Diante do exposto podemos melhor compreender, porque apesar de algumas mulheres homossexuais citarem os profissionais de saúde e os medicamentos, como formas de tratamento e cura das DST, na prática muitas das vezes buscam suporte e ajuda junto às práticas alternativas de tratamento e de cuidados de higiene para evitar às DST.

6. CAPÍTULO 6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao desenvolvermos este estudo emergiram perspectivas de um inédito entendimento acerca das DST em mulheres homossexuais pautado na teoria das RS, oportunizando desta forma uma possibilidade de cuidado focado no contexto psicossocial destas mulheres.

Dentro da ótica das RS, esta pesquisa proporcionou um olhar diferenciado acerca das DST, sendo possível entender como as mulheres homossexuais pensam e agem diante desta problemática de saúde. Dessa forma, tornou viável identificar as teias construídas em torno das DST, como experiências, os valores, as condutas e as escolhas, ou seja, foi possível analisar como as entrevistadas conferem sentido e inscrevem este fenômeno no seu universo ou conforme diz Moscovici (1984, p.20) como “naturalizam e interpretam o objeto de representação”.

Diante desse prisma e dos procedimentos analíticos adotados, concluímos a construção de dois campos de representações sobre as DST, estruturados de acordo com diferentes grupos de pertencas.

Entretanto, é importante compreender a posição social que as participantes ocupam, delineando as principais características do perfil socioeconômico e demográfico. Desta forma, a maior parte das participantes desta pesquisa se encontra na faixa etária de 20 a 30 anos, são da cor/raça parda, profetizam a religião católica, apresenta alto nível de escolaridade, expressiva renda individual e laboral, com atividade sexual ativa com parceira do mesmo sexo e sem o uso efetivo do condom.

Quanto aos conteúdos, iniciaremos a discussão que emergiram nas classes 4 e 6, pois perpassaram pelos dois campos de representação, que destacaremos mais adiante. De acordo com o exposto nas duas classes, que apresentaram em comum a questão da revelação da homossexualidade da mulher em diferentes contextos sociais, ficou evidente que para o grupo estudado o acesso aos serviços de saúde pública é algo difícil e bastante complicado, apesar de não ser uma prerrogativa exclusiva das mulheres homossexuais, mas sim, de uma classe social menos favorecida. Retratam que com relação ao atendimento à mulher homossexual sentem a falta de preparo e os preconceitos por parte dos profissionais de saúde. Fatores que foram considerados como sendo os de maior contribuição para que não procurem os serviços de saúde.

Ainda acerca dos principais resultados encontrados nas classes 4 e 6, podemos destacar o quanto assumir-se homossexual é um processo gerador de conflitos e desordens internas, por vezes, influenciando o revelar sua orientação sexual dentro do contexto sócio-familiar.

Os dados obtidos nas classes 1 e 2 e 3 e 5 trouxeram em comum uma rica discussão acerca das DST, vindo ao encontro dos objetivos do estudo e proporcionando fortes indícios das representações sociais sobre a DST que foram complementadas pela discussão da ALI. Com fundamento nesses procedimentos, podemos como citado acima verificar os dois campos de representação que se formaram, de forma articulada, organizada e hierarquizada.

O primeiro campo representacional foi composto por 27 mulheres, sendo o mais significativo referente ao quantitativo, sendo expresso tanto por mulheres que nunca tiveram ligações afetivas com o sexo oposto (19 participantes) como aquelas que já tiveram relacionamentos com homens no passado (8 participantes). Esse segmento buscou explicar, inicialmente, a origem da DST ao homem, seja pela questão corporal seja pautado nas condutas masculinas. No entanto, é pertinente acrescentar que essa representação foi acrescida de duas vertentes. A primeira formada por um segmento de 17 participantes associou a DST também a falta de cuidados higiênicos pelas mulheres homossexuais, o que pode explicar o aparecimento desse evento nesse grupo populacional, visto que são mulheres que não tem sexo com homens. Fato que foi reforçado por 06 participantes desse grupo que tinham histórico de DST e justificava pela falta de cuidados de higiene adequados.

O segundo segmento formado por 10 participantes associou a representação de que a DST é uma doença que vem do sexo masculino à presença de sangue e/ou materiais perfuro cortantes contaminados. Este grupo ainda foi formado, em grande parte, por mulheres sem histórico de DST (8 participantes) e que só tinham relacionamentos com mulheres (07 participantes). Contexto esse que trouxeram a tona para explicar a possibilidade de serem contaminadas por uma infecção sexual dentro do universo da homossexualidade.

A dimensão prática das representações neste campo representacional foi dimensionada em duas ações: preventivas e curativas/tratamento. A primeira ação preventiva, para ambas as vertentes, foi de serem homossexuais, isto é, terem apenas relacionamentos sexuais com mulheres, que são considerados, por elas, como sem possibilidade de transmissão desses patógenos. Neste contexto, as 27 participantes ressaltaram a sua relação sexual homoafetiva como uma das mais importantes medidas preventiva. A vulnerabilidade para este grupo de mulheres no que concernem as DST existe, porém fora de um contexto sexual. Para este grupo de pertença a contaminação ocorre ou pela falta de cuidados higiênicos no dia-a-dia das

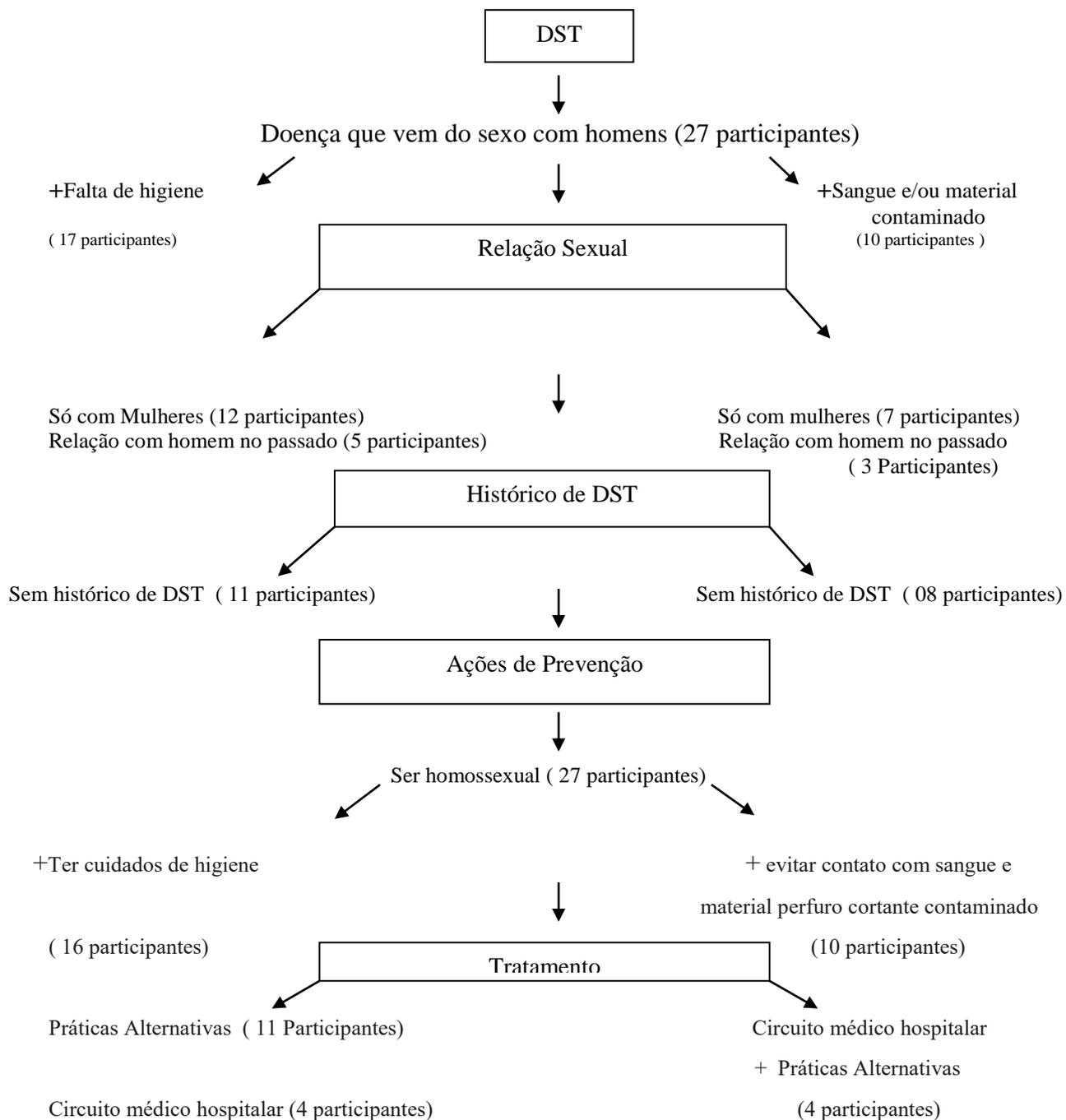
mulheres homossexuais (17 participantes) ou pelo contato com sangue ou material perfuro cortante contaminado.

A segunda ação de prevenção que emergiu nesse campo representacional está em consonância ao sentido que foi dado à DST no universo homoafetivo, ou seja, para o segmento de 17 mulheres que apontaram a falta de higiene como forma de interpretar a possibilidade de uma mulher homossexual adquirir uma DST a medida preventiva destacada, além de ser homoafetiva, foi ter cuidados higiênicos, principalmente, os cuidados íntimos (16 participantes). Já no segmento das 10 mulheres que apontaram a possibilidade de adquirir um DST com contato com sangue e/ou materiais perfuro cortantes contaminados a ação preventiva foi evitar ter contato com esses materiais ou com o próprio sangue, principalmente, o sangue menstrual de sua parceira.

As formas de tratamento citadas neste campo também apresentou diferença quanto a vertente representacional. O grupo que destaca a falta de higiene como vertente explicativa das DST ancora a prática de tratamento nos elementos do senso comum, focalizando as práticas alternativas como meios de solução, caso sejam contaminadas (11 participantes). Em contrapartida, o segmento que apontou o sangue e/ou material contaminados pautou o tratamento das DST em ações exclusivamente médicas (4 participantes) ou a associação das medidas alternativas e com ações do conhecimento reificado (4 participantes).

Para melhor visualização e entendimento desse campo representacional elaboramos uma esquema que o demonstra abaixo.

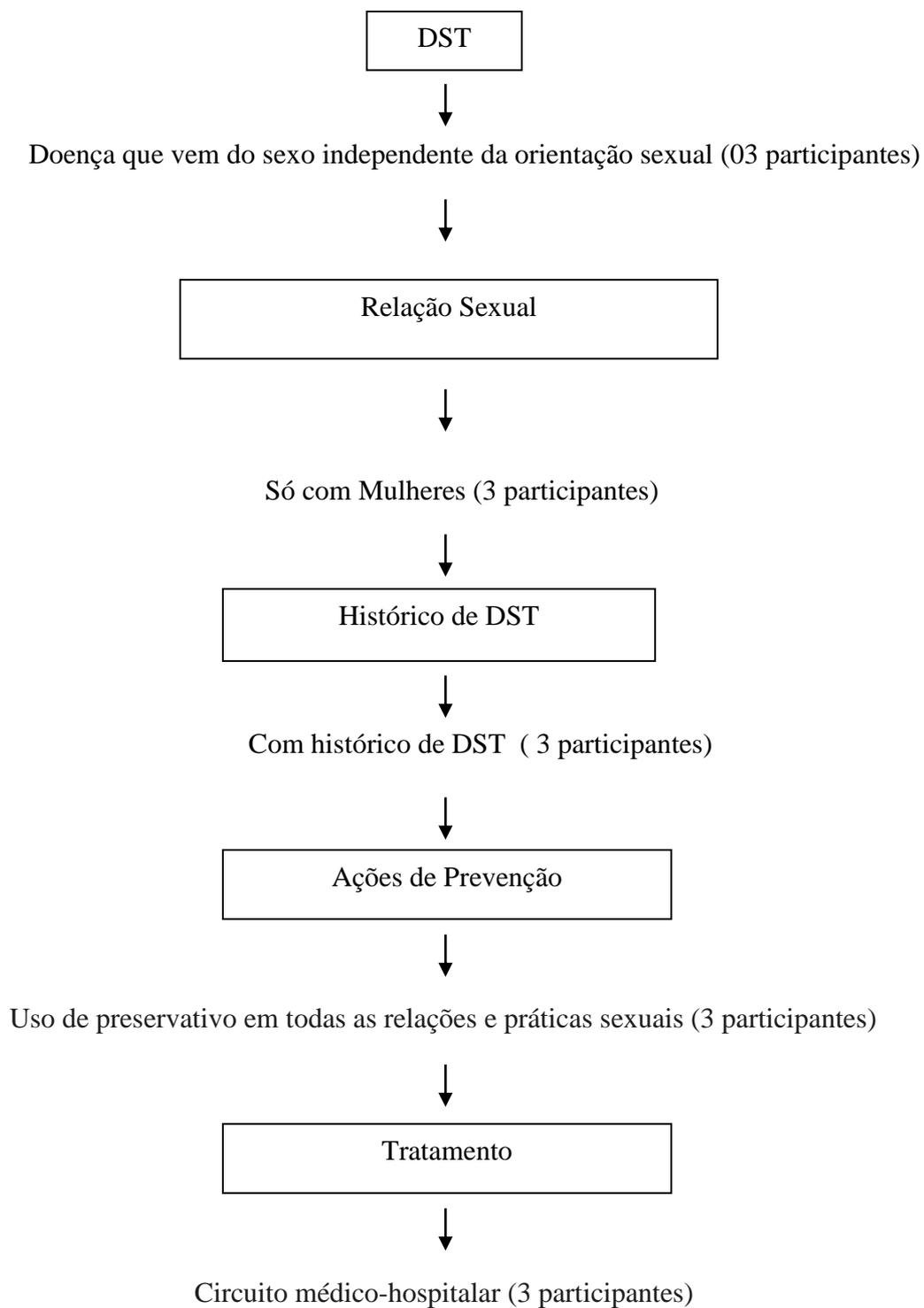
Esquema 1: **Primeiro Campo Representacional da DST no contexto da mulher homossexual**



O segundo campo representacional foi composto por um grupo menor e menos significativo em termos quantitativos, ou seja, de 3 mulheres homossexuais. Porém apresentam algumas características semelhantes como nunca terem tido relação sexual com homens e história de DST, que as torna um segmento bastante interessante. Essas características, sem dúvida, fizeram com que suas representações fossem diferentes do grupo anterior, pois a vivência de uma DST sem nunca terem tido contato sexual com homens, fizeram com que explicassem a origem de uma DST como uma infecção sexual que pode acometer qualquer indivíduo independente da orientação sexual. Para elas, as DST estão ligadas ao não uso de preservativo nas relações sexuais, sejam com homens, mulheres, bissexuais, heterossexuais ou homossexuais. Neste sentido, entendem-se como pessoas vulneráveis às DST. Este fato reforça que o seu pensar é de acordo com suas experiências e sensações e este vai influenciar diretamente na sua forma de agir. Frente a esse pensamento, as suas ações de prevenção estão diretamente ligadas ao uso de preservativo em todas as relações e práticas sexuais, assim como, a busca de solução para o problema foi baseado na experiência vivida, ou seja, dentro do circuito médico hospitalar. Todas as 3 destacaram a necessidade à época de procurarem um tratamento medicamentoso prescrito.

Abaixo apresentamos o esquema desse campo representacional.

Esquema 2: **Segundo Campo Representacional da DST no contexto da mulher homossexual**



Em síntese este estudo possibilitou entendermos que as mulheres homossexuais são sujeitos sociais vulneráveis as DST tanto pelo contexto sexual, quanto pelo contexto da falta de cuidados pessoais e de higiene. O presente trabalho possibilitou ainda trazer inferências sobre como se organizam as RS de grupos de pertença e confirmou, mais uma vez que as ideias que circulam, as crenças, os contextos socioculturais e o cotidiano na vida dessas mulheres encontram-se e fazem parte de uma compatibilização de saberes consensuais e que estes são construídos socialmente pelos sujeitos da pesquisa.

A partir dos resultados encontrados neste trabalho, mostra-se importante a necessidade que nós, profissionais de saúde, em especial, enfermeiros, de valorizarmos não somente as queixas biológicas, mas atentar e perceber que existe uma gama de significados, experiências de vida e sentimentos das mulheres homossexuais frente as DST. Deste ponto, emergem as condutas e tomadas de atitudes dessas mulheres que irão prevalecer de acordo com aquilo que pensa e acredita. Por isso, confiamos que esse alicerce teórico contribuiu para alcançarmos os objetivos que, inicialmente, traçamos para esta pesquisa.

Diante de todo esse enredo, concluímos que a DST no universo homossexual inscreveu-se como um fenômeno social múltiplo, sendo necessário que tenhamos em mente a preocupação em aproximar-nos deste espaço, ainda pouco relevado na área da saúde, pois acreditamos que só desta forma poderemos melhor orientar e intervir em busca de medidas de proteção e promoção de saúde destas mulheres. Torna-se relevante, de certa forma, como cita Jodelet (2007), ter uma prática de intervenção, o que modificará as condutas dos sujeitos para uma adaptação melhor àquele objeto e assim, uma melhor qualidade de vida dos indivíduos.

Por último os resultados encontrados neste trabalho reforçam para a necessidade de maior qualificação do profissional assistente no que tange as especificidades das mulheres homossexuais, sendo importante incluir este tema dentro das grades curriculares dos cursos de graduação, pós-graduação em saúde em todo o país. Emerge ainda a necessidade da formulação e reformulação de políticas públicas de saúde mais efetivas e voltadas para as reais necessidades de saúde deste segmento populacional.

Esperamos ainda que a nossa pesquisa tenha apresentado um vasto e rico panorama acerca das RS das mulheres homossexuais frente as DST, abrindo novos caminhos para pesquisas inseridas dentro do Núcleo de Pesquisa em Saúde da Mulher, permitindo desta forma lapidar e aprofundar novos conhecimentos acerca deste tema bastante complexo e pouco estudado e explorado em nosso país.

REFERÊNCIAS

- ABRIC, J. C. O estudo experimental das representações sociais. In: JODELET, D. (Ed.). *As representações sociais*. Rio de Janeiro: Ed. Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2001. p. 155- 171.
- ADELMAN, M. *Paradoxos da identidade: a política de orientação sexual no século XX*. Rev. Sociol. Polít., Curitiba, 14: p. 163-171, jun. 2000.
- ALBA M. El método ALCESTE y su aplicación al estudio de las representaciones sociales Del espacio urbano: El caso de La ciudad de Mexico. *Papers on social representations*. V.13, p.1.1-1.20, 2004.
- ALMEIDA, G. Argumentos em torno da possibilidade de infecção por DST e Aids entre mulheres que se autodefinem como lésbica. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 301-331, 2009.
- ALMEIDA, G. E. S. *Da invisibilidade à vulnerabilidade: percursos do 'corpo lésbico' na cena pública face à possibilidade de infecção por DST e Aids*. 2005. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.
- ALMEIDA, L. M.; CRILLANOVICK, Q. *A cidadania e os direitos humanos de gays, lésbicas e travestis no Brasil*. In : OLIVEIRA, R. B.; LIMA, S. A.; SANTOS.; TOSTA, L. D. (Orgs.), *50 anos depois: Relações raciais e grupos socialmente segregados* (pp. 167-183). Goiânia: MNDH, 2009
- ALVES-MAZZOTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. *Os métodos nas ciências naturais: pesquisa quantitativa e qualitativa*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning 2002.
- ANDRADE, L. S. A trajetória de atendimento dos pacientes masculinos em um ambulatório de DST: relato de experiências. *Humanid Cienc Soc*, Fortaleza, v. 4, n. 2, p. 37-42, 2002.
- ARAÚJO, M. A. L et al. Relação usuária-profissional de saúde: experiência de uma mulher homossexual em uma unidade de saúde de referência de fortaleza. *Esc Anna Nery: R Enferm*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 323-327, ago. 2006.

ARRUDA, A. *O ambiente natural e seus habitantes no imaginário brasileiro – negociando a diferença*. In A. Arruda (Org.), Representando a alteridade (pp. 17-46). Petrópolis/RJ: Editora Vozes, 2000.

AQUINO, E. M. L. et al. Gênero, sexualidade e saúde reprodutiva: a constituição de um novo campo da Saúde Reprodutiva. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n. 2, p. S198-S199, 2003.

AVIS, N. E. et al. Is there an association between menopause status and sexual functioning? *Menopause*, New York, v. 7, n. 5, p. 297-309, 2000.

AYRES, J. R. C. M. *Repensando conceitos e práticas em saúde pública*. In: PARKER, R.; TERTO Jr., V. (Org.). Aprimorando o debate: respostas sociais frente à AIDS. (Anais do Seminário Prevenção à AIDS; Limites e Possibilidades na Terceira Década). Rio de Janeiro: ABIA, 2002.

BAENINGER, R. São Paulo e suas migrações no final do século XX. *Revista São Paulo em Perspectiva*. Fundação Seade, 2005.

BAILEY, J. V. et al. Sexually transmitted infections in women who have sex with women. *Sexually Transmitted Infections*, London, v. 80, n. 3, p. 244-246, 2004.

BARBOSA, R. M. *Reflexões sobre gênero, (homo)sexualidade e saúde reprodutiva*. Campinas, SP: Nepo, Unicamp, 2005.

BARBOSA, R. M.; FACCHINI, R. Acesso a cuidados relativos à saúde entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, p. S291-S300, 2009. Suplemento 2.

BARBOSA, R. M.; KOYAMA, M. A. H. Mulheres que fazem sexo com mulheres: algumas estimativas para o Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 1.511-1.514, 2006.

BARCELOS, M. R. B. et al. Infecções genitais em mulheres atendidas em Unidade Básica de Saúde: prevalência e fatores de risco. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 7, p. 349-354, 2008.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Ed. Setenta, 2011.

BARLETA, I. M. P. *A mulher com alterações corporais: um estudo de representações sociais*. 2003. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

BARROS, D. S. et al. Aspectos biológicos, socioeconômicos e culturais de mulheres com corrimento vaginal. *DST: J Bras Doenças Sex Transm*, Niterói, v. 15, n. 1, p. 4-15, 2003

BARROS, R. P. D.; FOGUEL, M. N.; ULYSSEA, G. (Orgs). *Desigualdade de Renda no Brasil: uma análise da queda recente*. Rio de Janeiro: IPEA, 2007.

BASTOS, F. I. A. *Feminização da epidemia de Aids no Brasil: determinantes estruturais e alternativas de enfrentamento*. Rio de Janeiro: [s.n.], 2001. (Coleção Abiá, Saúde Sexual e Reprodutiva, 3).

BAUER, M. W.; GASKELL, G. *Pesquisa qualitativa com texto: imagem e som: um manual prático*. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis: Vozes, 2002.

BORGES, A. L. V.; SCHOR, N. Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal em São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 499-507, 2005.

BOSWELL, J. *Same Sex Union in Pré-Modem Europe*. New York, Billard Books, 2004.

BOURDIEU, P. *Escritos de Educação*. Petrópolis, RJ: Ed. Vozes, 2005.

BRANDÃO, D. V. C. *Parcerias homossexuais: Aspectos jurídicos*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2002.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Projeto de lei nº 1.151/95. Acessado em 22 de abril de 2014, disponível em <http://www2.camara.gov.br/proposicoes>

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática*. Brasília, DF, 1984.

BRASIL, Projeto de Lei nº 1.151/95, Brasília, 1995.

BRASIL. Manual DST e Sociedade. *Programa brasileiro de doenças sexualmente transmissíveis e AIDS*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde*. 2.^a edição, 2.^a reimpressão . Brasília, DF, 2008.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes*. Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Políticas e diretrizes de prevenção das DST/AIDS entre mulheres*. Brasília, DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Vigilância Epidemiológica das DST por meio da notificação de casos: uma nova abordagem. *DST: J bras Doenças Sex Transm, Niterói*, v. 13, n. 2, p. 44-447, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Saúde da população de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 570-573, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. *Manual de controle doenças sexualmente transmissíveis*. 4. ed. Brasília, DF, 2006. (Séries Manuais, 68).

CABECINHAS, R. *Identidade e memória social: estudos comparativos em Portugal e em Timor-Leste*. In M. Martins, H. Sousa e R. Cabecinhas (Eds.), *Comunicação e Lusofonia: Para uma abordagem crítica da cultura e dos media* (pp. 183-214). Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade e Campo das Letras, Porto, 2006.

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

CARRET, M. L. V. et al. Sintomas de doenças sexualmente transmissíveis em adultos: prevalência e fatores de risco. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v. 38, p. 76-84, 2004.

CARRILLO, L. L. et al. *Cáncer de mama: un reto para la sociedad y los sistemas de salud*. Salud Pública México. Vol. 51, suplemento 2, 2009.

CARROL, N. M. *Gynecologic and obstetric care for lesbians*. 2010. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/patients/content/topic.do?topicKey=~LOjKlZvYmfcYvf6>>. Acesso em: 10 out. 2011.

CARVALHO, M. C. D. M. P.; PAULA, C. L. D.; QUEIROZ, A. B. A. *Lesões Precursoras do Câncer Cervicouterino Associado ao Tabagismo: um Estudo sobre o Conhecimento entre as Mulheres que Fumam*. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 57, n. 3, p. 387-394, 2011.

COELHO, L. *A representação social da homossexualidade feminina nos ginecologistas do ponto de vista das mulheres lésbicas e bissexuais*. Revista Tesseract, n. 4, maio 2001. disponível em: <http://tesseract.sites.uol.com.br>. acesso em: 12 jun 2014.

COSTA, M. *Mulher: a conquista da liberdade e do prazer*. Rio de Janeiro: Prestígio, 2004.

COLETIVO DE FEMINISTAS LESBICAS. *Um pouco do que você gostaria de saber sobre...lésbicas*. São Paulo, 1994. Folder.

CONFERENCIA NACIONAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES. Brasília. *Balanço Brasília*: [s.n.], 2004.

CUNHA, O. M. G. da. Bonde do mal: notas sobre território, cor, violência e juventude numa favela do subúrbio carioca. In: REZENDE, C. B.; MAGGIE, Y. (Org.). *Raça como retórica: a construção da diferença*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002. p. 193-204.

CUNHA, M. K. M. da; SPYRIDES, M. H. C.; SOUSA, M. B. C. de. Os significados de saúde na relação sexual para mulheres assistidas pelo SUS na cidade de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 1.099-1.110, jun. 2011.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre promoção e prevenção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. N. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 39-53.

DAVIS, V. et al. Lesbian health guidelines. *J Soc Obstet Gynaecol Can*, Lahore, v. 22, p. 202-205, 2000.

DESSUNTI, E. M.; REIS, A. O. A. *Fatores psicossociais e comportamentais associados ao risco de dst/aids entre estudantes da área de saúde*. Rev Latino-am Enfermagem, v. 15, n. 2, 2007.

DIAS, R. R. *Estrutura e suporte familiar como fatores de risco na depressão de adolescentes*. Revista Psicologia: Ciência e Profissão, Brasília, v. 21, n. 2, jun. 2001.

DIEHL, A. V.; LEITE, D. Orientação sexual: hetero, gay, lésbica ou bissexual? In: DIEHL, Alessandra e VIEIRA, Denise Leite. *Sexualidade: do prazer ao sofrer*. São Paulo: Roca, p. 176-199, 2013.

FACCHINI, R. Mulheres, diversidade sexual, saúde e visibilidade social. In: RIOS, L. F. et al. (Ed.). *Homossexualidade: produção cultural, cidadania e saúde*. Rio de Janeiro: ABIA, 2004. p. 34-43.

FACCHINI, R.; BARBOSA, R. M. *Dossiê Saúde das mulheres lésbicas: promoção da equidade e da integralidade*. Belo Horizonte: Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, 2006.

FACCHINI, R.; BARBOSA, R. M. *Representações e práticas relativas à saúde sexual e reprodutiva entre mulheres que fazem sexo com mulheres*. Campinas, SP; [s.n.], 2004.

FARR, R. *Representações sociais: a teoria e sua história*. In: GUARESCHI, P. & JOVCHELOVITCH, S. (org.). *Textos em representações sociais*. Petrópolis: Vozes, 2004.

FARR, RM. *Representações Sociais: A teoria e sua história* In: GUARESHI, P.A.; JOVCHELOVITCH S. (ORGS). *Textos em representações sociais* 13 ed. Petrópolis, RJ:Vozes. P. 31-62, 2012

FAVARATO, M. E. C. S. et al. Sexualidade e climatério: influência de fatores biológicos, psicológicos e sócio-culturais. *Reprod Clim*, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 199-202, 2000.

FERNANDES A. M. S.; ANTONIO, D. G.; BAHAMONDES L.G.; CUPERTINO, C. V. *Conhecimento, atitudes e práticas de mulheres brasileiras atendidas pela rede básica de saúde com relação às doenças de transmissão sexual*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 16(Sup. 1):103-112, 2000.

FERNANDEZ, M. L.; PANIAGUA, S.C. *La sexualidad en la persona adulta mayor*. In A.C.M. Gonzalez, & M.R. Brenes. *Envejece La sexualidade*, Buenos Aires: Espacio Editorial, 2007.

FERRIS, D. G. et al. A neglected lesbian health concern: cervical neoplasia. *The Journal of Family Practice*, Montvale, v. 43, n. 6, p. 581-584, Dec. 2000.

FETHERS, K. et al. Sexually transmitted infections and risk behaviours in women who have sex with women. *Sexually Transmitted Infections*, London, v. 76, p. 345-349, 2000.

FISHMAN, S. J.; ANDERSON, E. H. Perception of HIV and safer sexual behaviors among lesbians. *J Assoc Nurses AIDS Care*, Philadelphia, v. 14, n. 6, p. 48-55, 2003.

FOXMAN B, BARLOW R, D'ARCY H, GILLESPIE B, SOBEL J. D. *Candida vaginitis: self-reported incidence and associated costs*. *Sex Transm Dis*, n. 27, p. 230-235, 2000.
FRANÇA, G. V. D. *Medicina Legal*. Rio de Janeiro: Guanabara. Koogan, 2011.

FRANCO, M. L. P. B. *Representações Sociais, Ideologia e Desenvolvimento da Consciência*. *Cadernos de Pesquisa*, v. 34, n. 121, jan./abr. 2004.

FREITAS, G. L. et al. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. *Rev Eletr Enf*, v. 11, n. 2, p. 424-428, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a26.htm>>. Acesso em: 15 jan. 2010.

FREUD, S. *Conferências introdutórias sobre psicanálise*. Conferências I, XVI a XXVIII. [S.l.: s.n.], 1969. Original publicado em 1917.

FREUD, S. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. 6, p. 115-230. Original publicado em 1905.

GABARDO, R. M. et al. Família na visão do profissional do PSF. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 91-97, 2009.

GALVÃO, M. R. G. et al. Razões do não uso do preservativo masculino entre pacientes com infecção ou não pelo HIV. *DST: J bras Doenças Sex Transm*, Niterói, v. 14, n. 1, p. 25-30, 2002.

GARIBALDI, D. G. J.; VIEIRA, M. M. F. *A reforma do Estado no Brasil e os hospitais universitários federais: o caso do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco*. AP Rio de Janeiro 36(4):547-63, Jul./Ago. 2002

GIFFIN, K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, p. 103-112, 2002.

GIRALDO, P. C.; SILVA, M. J. P. M. A.; FEDRIZZI, E. N.; GONÇALVES, A. K. S.; AMARAL, R. L. G.; JUNIOR, J. E.; FIGUEIREDO, I. V. *Prevenção da infecção por hpv e lesões associadas com o uso de vacinas*. DST – J bras Doenças Sex Transm, Niterói , v. 20, n. 02, p. 132-140 , 2008.

GRAMICK, J.; FUREY, P. *The Vatican and Homosexuality*. New York, Cross Road, 2008.

GUARESCHI, P. Representações sociais: comentários críticos. In: SIMPÓSIO SOBRE COGNIÇÃO SOCIAL, 1., 2000. Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro: Universidade Gama Filho, 2000. p. 37-54.

GUIMARÃES, C. D. *O homossexual visto por entendidos*. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

HABERMAS, J. *The Future of Human Nature*. Cambridge: Polity Press, 2003.

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

HERZLICH, C. *A Problemática da Representação Social e sua Utilidade no Campo da Doença*. PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva. v. 1. n. 2, 2001.

HESFA, Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis - *Breve Histórico*, 2012. Disponível em http://www.hesfa.ufrj.br/breve_historico/historico.html#endereco. – Acessado em 10/04/2014.

JODELET, D. Representação social: fenômeno, conceito e teoria. In: MOSCOVICI, S. (Org.). *Psychologie Sociale*. Paris: Presses Universitaires de France, 1984. p. 30-59.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. Texto traduzido de Représentations sociales: un domaine em expansion. In: JODELET, D. (Ed.). *Les représentations so acesso al cribadoiales*. Paris: PEF, 1989. p. 31-61. Mimeografado.

JODELET, D. (Org.). *As representações sociais*. Trad. Lílian Ulup. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2001.

JODELET, D. *Representações Sociais: um domínio em expansão*. In: Jodelet D, organizadora. *As representações sociais*. Rio de Janeiro: EDUERJ; 2001b

JOFFE, H. *Eu não, o meu grupo não. Representações sociais transculturais da AIDS: tensões e perspectivas*. IN: JOVCHELOVITCH, S. GUARESSH, P. *Textos em Representações Sociais*. Petrópolis: Vozes, p. 297-322, 2010.

JOUCHELOVITCH, S. *Textos em representações sociais*. 6 ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

JOVCHELOVITCH, S. *Representações sociais: para uma fenomenologia dos saberes. Psicologia e Sociedade*, Belo Horizonte, v. 10, n. 1, p. 54-68, jan./jun. 2001.

JOVCHELOVITCH, S. *Re-thinking the diversity of knowledge: cognitive polyphasia, belief and representation*. *Psychologie e Societé*, 5, 1, 121-138, 2002.

JOVCHELOVITCH, S. *Contextos do saber : Representações, comunidade e cultura*. Petrópolis, Vozes, p. 344, 2008.

JOVCHELOVITCH, S.; GUARESCHI, P. A. *Introdução*. In: JOVCHELOVITCH, S.; GUARESCHI, P. (orgs.). *Textos em representações sociais*. Petrópolis: Vozes, p.17-26, 2009.

JÚNIOR, A. G.; GRIGOLETO A. R. L.; FREGONEZI, P. A. G. *Candidíase Vaginal: uma questão de educação em saúde*. *Brazilian Journal of Health*, v. 2, n. 2/3, p. 89-96, Maio/Dez 2011.

JURKEWICZ, R. S. *Cristianismo e Homossexualidade*. In: GROSSI, M. P. et al. (orgs.). *Movimentos Sociais, educação e sexualidade*. Rio de Janeiro: Gramond, 2005.

KNAUTH, D. R.; MEINERZ, N. E. *As faces da homofobia no campo da saúde*. 2010. Disponível em: <<http://www.lblsaudelesbica.blogspot.com/>>. Acesso em: 10 out. 2011.

LACERDA, M.; PEREIRA, C.; CAMINO, L. *Um estudo sobre as formas de preconceito contra homossexuais na perspectiva das representações sociais*. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 15, n. 1, p. 165-178, 2002.

LANE, S. T. M. *Usos e abusos do conceito de Representação Social*. In: SPINK, M. J. (Org.). *O conhecimento no cotidiano: As representações sociais na perspectiva da psicologia social*. São Paulo: Brasiliense, 1995. p. 58-72.

LEAL, A. F. *Uma antropologia da experiência amorosa: estudo de representações sociais sobre sexualidade*. 2003. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

LOBATO, L. V. C; GIOVANELLA, L. *Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica*. In: GIOVANELLA, L; ESCOREL S; LOBATO, L. V. C; NORONHA, J. C; CARVALHO, A. I, orgs. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2008.

LOURO, G. L. *Teoria queer - uma política pós-identitária para a educação. estudos feministas*, n. 9, 2001.

MAIA, C. B. *O significado da Aids na vida de mulheres profissionais de saúde: do indizível à realidade*. 2004. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2004.

FRANCO, M. L. P. B. *Representações sociais, ideologia e desenvolvimento da consciência*. *Cadernos de Pesquisa*, v. 34, n. 121, p. 169-186, jan./abr. 2004.

MARODIN, M. *As relações entre homem e mulher na atualidade*. In: STREY, M.N. *Mulher estudos de gênero*. 3. ed. São Leopoldo: Unisinos, 2004. cap. 1, p. 9-18.

MARRAZZO, J. M. et al. *Characterization of vaginal flora and bacterial vaginosis in women who have sex with women*. *J Infect Dis*, Chicago, v. 185, n. 9, p. 1.307-1.313, 2002.

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*, Washington, v. 91, n. 6, p. 947-52, 2001.

MARTINS, A. P. V. *Visões do feminino. A medicina da mulher nos séculos XIX e XX*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004. 288p.

MARTINE, G. *A evolução espacial da população brasileira*. In: AFFONSO, R. B. A., SILVA, P. L. B. (orgs.). *Desigualdades regionais e desenvolvimento (Federalismo no Brasil)*. São Paulo: FUNDAP/Ed. UNESP, 2004. p.61-91.

McNAIR, R. P. *Lesbian health inequalities: a cultural minority issue for health professionals*. 2003 Disponível em: <http://www.mja.com.au/public/issues/178_12_160603/mcn10852_fm.html>. Acesso em: 10 out. 2011.

MEDICI, A. C. *Hospitais Universitários: Passado, Presente e Futuro*. Rev. Ass. Med. Brasil, nº 47, v. 2, p. 149-56, 2001.

MENEGHIN, P. *Entre o medo da contaminação pelo HIV e as representações simbólicas da aids: O espectro do desespero contemporâneo*. Revista de Enfermagem da USP/ Ribeirão Preto, v. 50 – 2000.

MENEZES, M. L. B.; FAÚNDES, A. E. Validação do fluxograma de corrimento vaginal em gestantes. *DST: J bras Doenças Sex Transm*, Niterói, v. 16, n. 1, p. 38-44, 2004.

MESQUITA, M. *Movimento de mulheres lésbicas no Brasil: sinalizando algumas conquistas e desafios para o século XX*. 2004. Disponível em: <http://www.comuniles.org.br/index.php?option=com_content&task=view&id=35&Itemid=39>. Acesso em: 10 out. 2011.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec: Abrasco, 2011.

MIRANDA, S. de A. *Amor entre mulheres: um estudo sócio antropológico das relações afetivas entre pessoas do sexo feminino*. 2001. Monografia (Graduação) - Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2001.

MORA, Claudia. *Vulnerabilidade ao HIV-AIDS: sociabilidade e trajetórias de vulnerabilidade entre mulheres com práticas homoeróticas no Rio de Janeiro*. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

MORI, M. E.; COELHO, V. L. D.; ESTRELLA, R. C. N. Sistema Único de Saúde e políticas públicas: atendimento psicológico à mulher na menopausa no Distrito Federal, Brasil. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1.825-1.833, 2006.

MOSCOVICI, S. Das representações coletivas às representações sociais: elementos para uma história. In: JODELET, D. (Org.). *As representações sociais*. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2001.

MOSCOVICI, S. *A representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.

MOSCOVICI, S. *Representações sociais: investigação em psicologia social*. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

MOSCOVICI, S. *Psychoanalysis, Its Image and Its Public*. Cambridge: Polity Press, 2008

MOSCOVICI, S. Preconceitos e representações sociais. In: ALMEIDA, A.M.O.; JODELET, D. (orgs). *Interdisciplinaridade e diversidade de paradigmas: representações sociais*. Brasília: Thesaurus, p. 17-49, 2009.

MOSCOVICI S. *A psicanálise, sua imagem e seu público*. Petrópolis (RJ): Vozes; 2012.

MOTT, L. *Violação dos Direitos Humanos e Assassinato de Homossexuais no Brasil*. Salvador, Editora Grupo Gay da Bahia, 2000.

MOTT, L. História da homossexualidade no Brasil: cronologia dos principais destaques. In: ENCONTRO BRASILEIRO DE GAYS, LÉSBICAS E TRANSGÊNEROS, 10., 2001, Maceió. [Anais...] Maceió: [s.n.], 2001.

MOTT, L. *Crônicas de um gay assumido*. Rio de Janeiro:Record, 2003

MOTT, L.; CERQUEIRA, M. *Matei porque odeio gay*. Salvador: Editora Grupo Gay da Bahia, 2003.

NETO, J. P. S.; ZUCCO, L. P.; MACHADO, M. D. D. C.; PICCOLO, F. D. *As Representações Sociais da diversidade sexual no Campo Religioso. Serviço Social e Realidade*. Franca, v. 18, n. 1, p. 241-276, 2009.

NAUD, P. et al. Secreção vaginal e prurido vulvar. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. J. (Org.). *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 460-464.

NUNAN, A. *Homossexualidade: do preconceito aos padrões de consumo*. Rio de Janeiro: Caravansari, 2003.

OLIVEIRA, S. B. S. Representações sociais e sociedades; a contribuição de Serge Moscovici. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 19, n. 55, p. 15-23, 2004.

OLIVEIRA, A. B. et al. *Estudo da prevalência de vaginose bacteriana associada a condições sócio-econômico-culturais de mulheres atendidas no hospital Amazônia de Tomé-Açu, Pará - Brasil, através de exame preventivo de câncer de colo do útero*. 2005. Disponível em: http://www.conganat.org/7congreso/final/vistaImpresion.asp?id_trabajo=19>. Acesso em: 15 jan. 2009.

OLIVEIRA, D. C.; COSTA, T. L. A zona muda das representações sociais sobre o portador de HIV/AIDS: elementos normativos e contranormativos do pensamento social. *Psicologia: teoria e prática*, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 73-91, 2007.

OLIVEIRA, S. L. de. *Tratado de metodologia científica*. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 2000.

OLIVEIRA, E. de. *Mulher negra*. Professora universitária. Trajetória, conflitos e identidade. Brasília, DF: Líber Livro, 2006.

OLIVI, M.; SANTANA, R. G.; MATHIAS, T. A. F. Comportamento, conhecimento e percepção de risco sobre doenças sexualmente transmissíveis em um grupo de pessoas com 50 anos ou mais de idade. *Rev Latino-am Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 16, p. 679-685, 2008.

OWEN, M. K.; CLENNEY, T. L. Management of vaginitis. *Am Fam Physician*, [s.l.], v. 70, n. 11, p. 2.125-2.132, Dec. 2004.

PALMEIRA, I. L. T.; LOPES, M. V. D. O. Fenômenos de enfermagem em mulheres atendidas em Serviço de Ginecologia. *R Enferm UERJ*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 566-573, out./dez. 2006.

PEDROSA, T. M. G.; COUTO, R. C. *Prevenção das infecções nosocomiais ocupacionais*. In: COUTO, R. C.; PEDROSA, T. M. G.; NOGUEIRA, J. M. Infecção hospitalar: epidemiologia, controle, gestão para a qualidade. Rio de Janeiro (RJ): Medsi; 2000. p. 585-611.

PEREIRA-PEREIRA, P. A. Mudanças estruturais, política social e papel da família: crítica ao pluralismo de bem-estar. In: SALES, M. A.; MATOS, M. C.; LEAL, M. C. (Org.). *Política social, família e juventude: uma questão de direitos*. São Paulo: Cortez, 2004. p. 25-42.

PEREIRA, B.; AYROSA, E. A. T.; OJIMA, S. *Consumo entre gays: compreendendo a construção da identidade homossexual através do consumo*. Cadernos EBAPE.BR, v. 4, nº 2, jun, 2006.

PETERSEN, A. T. Homens e mulheres: enfim as dificuldades estão acabando. In: STREY, M. N. *Mulher estudos de gênero*. 2. ed. São Leopoldo: Unisinos, 2003. cap. 2, p. 19-27.

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

PINTO, V. M. et al. Sexually transmitted disease/HIV risk behaviour among women who have sex with women. *AIDS*, London, v. 19, p. S64-S69, 2005. Supplement 4.

PLUMMER, K. Going gay: identities, life cycles, and lifestyles in the male gay world. In: HART, J.; RICHARDSON, D. (Org.). *The theory and practice of homosexuality*. 4. ed. London: Routledge, 2000.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. *fundamentos de pesquisa em enfermagem, avaliação e utilização*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. *Diretrizes para a assistência à saúde de lésbicas, mulheres bissexuais e que fazem sexo com outras mulheres*. Porto Alegre, 2011.

POTTER, J.; LITTON, I. Some problems underlying the theory of social representations. *British Journal of Social Psychology*, London, v. 24, p. 81-90, 1995.

QUEIROZ, A. B. A. *O ser mulher e a infertilidade: um estudo de representações sociais*. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

QUEIROZ, A. B. A.; ARRUDA, A. Refletindo sobre a saúde reprodutiva e a situação de infertilidade. *Cadernos Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 163-177, jan./ mar. 2006.

RAMOS, S.; CARRARA, S. *A constituição da problemática da violência contra homossexuais: a articulação entre ativismo e academia na elaboração de políticas públicas*. *Rev. Physis*, v. 16, n. 02, 2006.

RANGEL, D. L. O.; QUEIROZ, A. B. A. *A representação social das adolescentes sobre a gravidez nessa etapa da vida*. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, n. 12, p. 780-788, 2006.

RENEDO, A. JOVCHELOVITCH, S. *Expert knowledge, cognitive polyphasia and health: a study on social representations of homelessness among professionals working in the voluntary sector in London*. *Journal of Health Psychology*, 12, 5, 779-790, 2007.

RIBEIRO, M. A.; DIETZE R.; PAULA C. R.; DA MATTA D. A.; COLOMBO A. L. Susceptibility profile of vaginal yeast isolates from Brazil. *Mycopathologia*, n. 151, p. 5-10, 2001.

RODRIGUES, N.; CAROSO, C. A. Ideia de sofrimento e representação cultural da doença na construção da Pessoa. In: DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. F. *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001. p. 46-55.

ROUDINESCO, E. *Pyschanalyse et homosexualité: réflexions sur le désir pervers, l'injure et la fonction paternelle*. Cliniques Méditerranéennes. Ramonville Saint-Agne: Éditions Éres, 2002.

ROHDEN, F. *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Ed. FioCruz, 2001.

SÁ, C. P. de. *A construção do objeto de pesquisa em representação social*. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 1998.

SÁ, C. P. de. *Idoso: representação social da velhice e o cuidado de si*. 2004. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

SÁ, C. P. *Núcleo central das representações sociais*. Petrópolis: Vozes; 1996.

SAITO, F. J. A. DST: saúde reprodutiva e adolescência. *Rev Pediatr Moderna*, [s.], v. 27, n. 5, p. 25-28, maio 2001. Edição especial.

SERRUYA, S. J.; LAGO, T. G.; CECATTI, J. G. Avaliação preliminar do programa de humanização no pré-natal e nascimento no Brasil. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 7, p. 517-525, 2004.

SCARDUA, A.; SOUZA FILHO, E. A. O debate sobre a homossexualidade mediado por representações sociais: perspectivas homossexuais e heterossexuais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 19, n. 3, p. 482-490, 2006.

SILVA, A. R.; LOPES, C. M.; MUNIZ, P. T. Blitz do preservativo masculino e feminino: porte, acondicionamento e uso. *DST: J bras Doenças Sex Transm*, Niterói, v. 14, n. 6, p. 22-32, 2002.

SILVA, M. B.; MOURA, M. E. B.; SILVA, A. O. Desmame precoce: representações sociais de mães. *Rev Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 9, n. 1, p. 31-50, 2007.

SILVA, M. L. D; LIMA, G. S; CORREIA, M. D. G. D. *O Homossexualismo: A Descoberta do ser*. Cadernos de Graduação – Ciências Biológicas e da Saúde, v. 1, n. 16, p. 27-56, Aracaju, 2013.

SILVEIRA, M. F. et al. Autopercepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e Aids em mulheres. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 6, p. 670-677, 2002.

SIMÕES, J. A. *Homossexualidade masculina e curso da vida: pensando idades e identidades sexuais*. (Tese de Doutorado, Unicamp).Campinas, 2000.

SMALLS, J. *L'homosexualité dans l'Art*. New York, USA: Parkstone Press Ltd, 2003.

SOUZA, C. R. S. E. *Representação social e educação especial: apontamentos a respeito da formação e prática docente*. 2005. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2005.

SPINK, M. J. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 300-308, jul./set. 1993a.

SPINK, M. J. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais. In: MOSCOVICI, S. (Org.). *Representações sociais: investigações em psicologia social*. Petrópolis: Vozes, 2003.

STEVENS, P. E.; HALL, J. M. Sexuality and safer sex: the issues for lesbians and bisexual women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, Thousand Oaks, v. 30, n. 4, p. 439-447, 2001.

TEIXEIRA, E. H. M.; QUEIROZ, A. B. A. As representações sociais acerca das leucorréias patológicas em mulheres que vivenciam esta problemática atendidas no HESFA/UFRJ. TCC do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher do HESFA/UFRJ. Março, 2012.

TOLEDO, L. G. *Considerações narrativas sobre as vivências afetivo-sexuais entre lésbicas e suas relações com os mitos e estereótipos a respeito da lesbianidade*. 2006. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, São Paulo, 2006.

TOTA, M. *Contingência ou verdade do ser ? Algumas autodefinições da homossexualidade*. In: SILVA, F. R.; MONTENEGRO, D.; AZEVEDO, S. R. S. *Gênero e Identidades Sexuais: práticas e representações sociais*. Campina Grande: EDUFPG, 2012.

TOURAINÉ, A. *O mundo das mulheres*. Petrópolis: Vozes, 2007.

UJAVARI, S. C. *A história da humanidade contada pelo vírus*. 1 ed. São Paulo, Contexto, 2009.

VALLADARES, L. P.; MEDEIROS, L. *Pensando as favelas do Rio de Janeiro 1906-2000, uma bibliografia analítica*. Relume Dumará/FAPERJ/URBANDATA, Rio de Janeiro, 2003.

VIEIRA, E. M. *A medicalização do corpo feminino*. Rio de Janeiro: Ed. FioCruz, 2002.

VILLELA, W. V. Relações de gênero, processo saúde-doença e uma concepção de integralidade. *BIS: Boletim do Instituto de Saúde*. Formação dos trabalhadores para o SUS, n. 48, nov. 2009.

WAGNER, W. Sócio-gênese e características das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. *Estudos interdisciplinares de representação social*. Goiânia: AB, 1998. p. 74-98

WAGNER, W. História, memória e senso comum: representações sociais e interdisciplinariedade. In: MOREIRA, A. S. P. (Org.). *Representações sociais: teorias e prática*. João Pessoa: Ed. Universitário, 2003. p. 15-29.

WAGNER, W. Descrição, explicação e método na pesquisa das representações sociais. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (Org.). *Textos em representações sociais*. 8.ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

WEEKS, J. O corpo e a sexualidade. In: LOURO, G. L. (Org.). *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

WILTON, T.; KAUFMANN, T. Lesbian mother's experiences of maternity care in the UK. *Midwifery*, Edinburgh, v. 17, n. 3, p. 203-211, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Sexually transmitted and other reproductive tract infections*. A guide to essential practice. Geneva, 2005

APÊNDICE A - Roteiro para aplicação da Técnica Associação Livre de Idéias (ALI)

TÉCNICA ASSOCIAÇÃO LIVRE DE IDÉIAS (ALI)

Como palavras estímulos para aplicação desta técnica usaremos as seguintes frases:

- ✓ Diga até três palavras o que lhe vem em sua mente quando se fala em “MULHER HOMOSSEXUAL”.

- ✓ Diga até três palavras que lhe vem em sua mente quando se fala em “DST”.

- ✓ Diga até três palavras o que lhe vem em sua mente quando se fala “MULHER HOMOSSEXUAL COM DST”.

APÊNDICE B - Questionário para Perfil sócio-econômico-demográfico

QUESTIONÁRIO

1. Identificação

- 1.1 Iniciais do nome/código identificador: _____
- 1.2 Idade: _____
- 1.3 Bairro: _____
- 1.4 Naturalidade: _____
- 1.5 Etnia/Cor: _____
- 1.6 Religião: _____
- 1.7 Escolaridade: _____
- 1.8 Profissão: _____ Ocupação: _____
- 1.9 Renda individual: _____
- 1.10 Renda familiar: _____
- 1.11 Conjugalidade: () solteira () casada () viúva () divorciada
- 1.12 Composição familiar: _____

2. Saúde Sexual e Reprodutiva

- 2.1 Sexarca: _____
- 2.2 Sua primeira relação sexual foi com: () Homem () Mulher
- 2.3 Idade da Sexarca com homem _____ Idade da Sexarca com mulher _____
- 2.4 Atividade sexual ativa () Sim () Não
- 2.5 Possui parceira fixa? _____ A quanto tempo estão juntas? _____
- 2.6 Frequência das relações sexuais: _____
- 2.7 Tipos de parcerias e quantidade (em números) nos últimos 12 meses:
- 2.7.1 () Homens _____
- 2.7.2 () Mulheres _____
- 2.7.3 () Travestis/Transexuais _____
- 2.7.4 () Não se aplica
- 2.7.5 () Não informado
- 2.7.6 As informações que você possui sobre sexo, de onde você adquiriu as mesmas:
 () em revistas () em jornais () com o médico () com profissionais de saúde
 () com amigas () com a mãe () com a parceira sexual. () Outros: _____
- 2.8 Uso do preservativo com parceira fixa: () Sim () Não
- 2.9 Uso do preservativo com parceiras extras: () Sim () Não
- 2.10 Uso de objetos eróticos nas relações sexuais () Sim () Não
- 2.11 Quais objetos eróticos são utilizados: _____
- 2.12 Faz uso da camisinha nos objetos eróticos () Sim () Não
- 2.13 Histórico de DST: () Sim () Não
- 2.13.1 Qual? _____
- 2.13.2 Quando? _____

- 2.13.3 Fez tratamento? () Sim () Não
- 2.13.4 Como tratou? () Prescrição do Serviço de Saúde () Auto-Medicação () Farmácia
() Não tratou () Não Lembra () Não Informado () Não se aplica
() Uso de Ervas Medicinais () Banho de assento () outros _____
- 2.13.5 A parceira sexual recebeu o tratamento: () Sim () Não
- 2.13.6 Vai ao ginecologista: () Sim () Não.
- 2.13.7 Última vez que foi ao ginecologista: _____
- 2.13.8 Histórico Obstétrico: G__P__A__

APÊNDICE C - Roteiro de entrevista semi-estruturada

ENTREVISTA

1. Como você descobriu sua orientação sexual?
2. Como foi para você? E para sua família?
3. Como é ser homossexual? E ser homossexual sendo mulher?
4. Você já teve alguma DST? Descreva o que sente ou sentiu. Como você pensa ter adquirido essa DST?
5. Você conhece alguma mulher que já teve DST? Ela é Homossexual ou Heterossexual? Porque você acha que ela possui esta DST?
6. Você acredita que uma mulher homossexual pode adquirir uma DST? Como? Explique.
7. Você acredita que as DST têm alguma ligação com a relação homossexual?
8. Existe diferença entre corrimento vaginal e DST? Explique se a mesma existe.
9. Como você vê uma mulher que está apresentando DST?
10. Você acha que tem diferença entre a mulher homossexual e heterossexual em adquirir as DST?
11. Como é sua vida sexual? Você tem desejo, prazer sexual? Você faz uso de objetos eróticos em suas práticas sexuais?
12. Você se protege das DST? Como e o que você faz ?
13. Você acha que a mulher homossexual deve fazer alguma coisa para evitar de pegar uma DST? O que?
14. Qual é a imagem que você possui da camisinha em relação a prática sexual entre duas mulheres?
15. A DST interfere na relação sexual? Como?
16. Como você vê sua parceira sexual, em relação as DST?
17. Se você pegasse uma DST o que pensaria? E o que faria?
18. Como você vê o acesso a saúde para as lésbicas? Você possui liberdade em revelar sua orientação sexual para os profissionais de saúde?

APÊNDICE – D Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
INSTITUTO DE ATENÇÃO À SAÚDE SÃO FRANCISCO DE ASSIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**



Resolução nº 466/12 – Conselho Nacional de Saúde

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você foi selecionada e está sendo convidada para participar da pesquisa intitulada **“REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DAS MULHERES HOMOSSEXUAIS SOBRE DST: IMPLICAÇÕES PARA ÀS PRÁTICAS PREVENTIVAS”**, e que tem como objetivos: analisar os conteúdos que organizam as representações sociais das mulheres homossexuais sobre as DST; caracterizar as ações e práticas frente as DST, considerando as medidas preventivas e de cuidados e discutir as relações existentes entre as representações sociais das mulheres homossexuais sobre as DST, em sua vida sexual e as possíveis tomadas de decisão frente à adoção de medidas preventivas.

A pesquisa terá a duração de 2 anos, com término previsto para Julho de 2014, e resultará em uma dissertação de mestrado, que me dará o título de Enfermeiro Mestre em Enfermagem, dentro do Programa de Pós Graduação Stricto Sensu da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória, quando houver necessidade de exemplificar qualquer situação. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

A sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de um perfil sócio- econômico- demográfico, um teste de palavras (ALI) e um roteiro de entrevista. A entrevista será gravada em um MP3, para posterior transcrição, que será guardado por cinco (05) anos e incinerada após esse período.

A sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Você não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. Os riscos potenciais deste estudo serão mínimos, considerando que o benefício seja maior para a prevenção das DST nos sujeitos desta pesquisa. O benefício relacionado a sua participação será de aumentar o conhecimento científico para a área de enfermagem em saúde da mulher.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone/email e o endereço do pesquisador principal, e demais membros da equipe, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Cabe ressaltar que é necessária sua assinatura ou rubrica nestas duas folhas que compõem este Termo de Consentimento.

Dra Ana Beatriz Azevedo Queiroz
Pesquisadora responsável EEAN/UFRJ - Orientadora
Cel: (21) 8855-4656
e-mail: anabqueiroz@oi.com.br

Elberth Henrique Miranda Teixeira
Pesquisador – Enfermeiro
Cel: (21) 8028-3986
e-mail: elberthbernoulli@yahoo.com.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY – UFRJ
Comitê de Ética e Pesquisa – Rua Afonso Cavalcanti – Praça Onze
Tel: (21) 2293 8148 – Ramal: 228 - www.eean.ufrj.br

“O Comitê de Ética é o setor responsável pela permissão da pesquisa e avaliação dos seus aspectos éticos. Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique-se com o Comitê de Ética da Escola pelo telefone supracitado.”

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2014

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer tipo de punição ou constrangimento.

Sujeito da Pesquisa: _____

ANEXO A – Comissão de Ética em Pesquisa Escola de Enfermagem Anna Nery



ESCOLA DE ENFERMAGEM
ANNA NERY - EEAN/ UFRJ -
HOSPITAL ESCOLA SÃO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: As representações sociais das mulheres homossexuais sobre as DST e suas implicações na adoção de medidas preventivas

Pesquisador: Elberth Henrique Miranda Teixeira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 21473014.0.0000.5238

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem Anna Nery

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 573.668

Data da Relatoria: 28/03/2014

Apresentação do Projeto:

Protocolo completo com temática aderente ao Núcleo de Pesquisa de Saúde da Mulher e proposta viável, contemporânea, envolvendo o conhecimento e comportamento das mulheres homossexuais em relação as DSTs frente a oferta de assistência preventiva do Sistema de Saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Acessar os conteúdos que organizam às representações sociais das mulheres homossexuais sobre às DST; Caracterizar as práticas preventivas e de cuidados desse grupo de mulheres frente às DST; Analisar as relações existentes entre as representações sociais das mulheres homossexuais sobre as DST, a sua vida sexual e as possíveis tomadas de decisão frente a adoção de medidas preventivas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos potenciais deste estudo serão mínimos, considerando que o benefício seja maior para a prevenção das DST nos sujeitos desta pesquisa.

Benefícios: A participação das mulheres serão voluntária, isto é, a qualquer momento os sujeitos poderão recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com

Endereço: Rua Alfonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

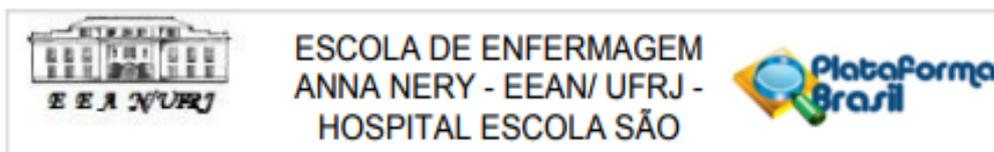
CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2239-8148

E-mail: cepeanhesa@gmail.com



Continuação do Parecer: 573.668

a instituição. As participantes não terão nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa exequível e relevante diante da explosão homossexual comprovada pela mídia no cenário brasileiro. Este fato repercute diretamente no Sistema de Saúde e destaca as ações educativas e assistenciais do profissional enfermeiro. A mulher inserida nestas questões demandam atenção específica relativa a questões discriminatórias e psico-sociais.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Objeto bem delineado e objetivos aderentes a proposta com relevância e justificativas explicitadas adequadamente. Referencial teórico com aporte para sustentar análises temáticas com possibilidades plena de alcance da proposta. Metodologia claramente explicitada com delimitação de trinta participantes em cenário favorável em relação a temática, com permissão da chefia do serviço. Apresenta documentações pós-textuais necessárias.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências e inadequações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA atendendo o previsto na Resolução 466/12 do CNS/MS APROVOU o referido projeto na reunião ocorrida em 25 de março de 2014. Caso o(a) pesquisador(a) altere a pesquisa é necessário que o projeto retorne ao Sistema Plataforma Brasil para uma futura avaliação e emissão de novo parecer. Lembramos que o(a) pesquisador(a) deverá encaminhar o relatório da pesquisa após a sua conclusão, como um compromisso junto a esta instituição e o Sistema Plataforma Brasil.

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275
 Bairro: Cidade Nova CEP: 20.211-110
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2239-8148 E-mail: cepeanhessa@gmail.com



ESCOLA DE ENFERMAGEM
ANNA NERY - EEAN/ UFRJ -
HOSPITAL ESCOLA SÃO



Continuação do Parecer: 573.868

RIO DE JANEIRO, 28 de Março de 2014

Assinador por:

Maria Aparecida Vasconcelos Moura
(Coordenador)

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2239-8148

E-mail: cepeanhesfa@gmail.com