



Boletim do Instituto de Saúde
Volume 22 – nº 1 – Julho 2021
ISSN 1518-1812 / On Line: 1809-7529



Sexualidade, Gênero e Saúde Sexual e Reprodutiva I

Instituto de Saúde

Rua Santo Antônio, 590 – Bela Vista
São Paulo-SP – CEP 01314-000
Tel: (11) 3116-8500 / Fax: (11) 3105-2772
www.isaude.sp.gov.br boletim@isaude.sp.gov.br

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Secretário de Estado da Saúde de São Paulo
Jean Gorinchteyn

Instituto de Saúde

Diretora do Instituto de Saúde
Luiza Sterman Heimann

Diretora Adjunta do Instituto de Saúde
Sônia I. Venâncio

Diretora do Centro de Pesquisa e Desenvolvimento para o SUS-SP
Tereza Etsuko da Costa Rosa

Diretora do Centro de Tecnologias de Saúde para o SUS-SP
Maritsa Carla de Bortoli

Diretor do Centro de Apoio Técnico-Científico
Márcio Derbli

Diretora do Centro de Gerenciamento Administrativo
Bianca de Mattos Santos

Boletim do Instituto de Saúde - BIS

Volume 22 – Nº 1 – Julho 2021
ISSN 1518-1812 / On Line 1809-7529
Publicação Semestral do Instituto de Saúde
Tiragem: 2000 exemplares
Rua Santo Antonio, 590 – Bela Vista
São Paulo-SP – CEP: 01314-000
Tel.: (11) 3116-8500 / Fax: (11) 3105-2772
boletim@isaude.sp.gov.br

Instituto de Saúde – www.isaude.sp.gov.br
Portal de Revistas da SES-SP – <http://periodicos.ses.sp.bvs.br>

Editor
Márcio Derbli

Editores Científicos
Regina Figueiredo (Instituto de Saúde)
Sílvia Bastos (Instituto de Saúde)

Administração
Bianca de Mattos Santos

Bibliotecária
Tania Isabel de Andrade

Ilustração de capa
Detalhe do tríptico “O Jardim das Delícias Terrenas”
(Hieronymus Bosch, 1504)

Revisão
Tikinet Edição Ltda

Diagramação e editoração
Purim Comunicação Visual

Impressão
Gráfica CS

Conselho Editorial

Alberto Pellegrini Filho – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz) - Rio de Janeiro-RJ - Brasil

Alexandre Kalache – The New York Academy of Medicine – Nova York – EUA

Carlos Tato Cortizo – Instituto de Saúde (IS) – São Paulo-SP – Brasil

Ernesto Báscolo – Instituto de la Salud Juan Lazarte - Universidad Nacional de Rosario – Rosario – Argentina

Fernando Szklo – Instituto Ciência Hoje (ICH) – Rio de Janeiro-RJ – Brasil

Francisco de Assis Accurcio – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte-MG – Brasil

Ingo Sarlet – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC/RS) – Porto Alegre-RS – Brasil

José da Rocha Carneiro – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Rio de Janeiro-RJ – Brasil

Luiza S. Heimann – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil

Márcio Derbli – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil

Marcio Sussumu Hirayama – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil

Marcio Meneguzzo – Università di Roma Tor Vergata – Roma – Itália

Maria Lúcia Magalhães Bosi – Universidade Federal do Ceará (UFC) – Fortaleza-CE – Brasil

Maria Thereza Bonilha Dubugras – Instituto de Saúde (IS) – São Paulo-SP - Brasil

Nelson Rodrigues dos Santos – Universidade de São Paulo (USP) - São Paulo-SP – Brasil

Raul Borges Guimarães – Universidade Estadual Paulista (UNESP) – Presidente Prudente-SP – Brasil

Samuel Antenor – Laboratório de Estudos Avançados em Jornalismo - Unicamp - Campinas -SP – Brasil

Sônia I. Venâncio – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil

Tereza Setsuko Toma – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil

Sumário

Editorial	02
Conquistas femininas, direitos sexuais e reprodutivos e a necessidade de reorientação do feminismo identitário atual Regina Figueiredo.....	04
Prática sexual de meninas, questões de gênero, preconceito e interesses na prevenção da gravidez na adolescência Regina Figueiredo.....	16
Saúde sexual e reprodutiva de adolescentes: seria a gravidez a única questão a ser debatida? Ana Katarina Soares Pereira, Julia Maria Cêga Lopes.....	27
A transição do privado para o público: trajetória de uma mulher vivendo com HIV/aids Juçara Portugal Santiago	33
Importância social da educação em sexualidade no contexto brasileiro Graça Margarete de Souza Tessarioli	47
Enfrentamento da violência doméstica na pandemia da covid-19 em município paulista: implementação de estratégias e resiliência do sistema de saúde Sílvia Helena Bastos de Paula.....	58
O discurso da sexualidade e aspectos psicossociais das disfunções sexuais Rafaela Naomi Takahashi Osawa, Luiz Guilherme Nunes Cicotte	71
Mulheres: prostituição e cuidados Thainá Buono Paulino dos Santos, Carlos Botazzo.....	78
O mercado humano de exploração sexual e os direitos sexuais e reprodutivos: uma discussão a partir do filme “A Informante” Antônio Corrêa de Paiva Neto, Lourdes Rosa Filha, Mariana Fernandes Vieira, Sandra Sisle, Pamela Claudia Rossi Vaz, Vivian Maria Cordeiro Esteves.....	84
Vulnerabilidades sexuais e de saúde de mulheres transexuais e travestis negras Lincoln Moreira de Jesus Menezes	97
Relato de experiência: travestis e transexuais em situação de rua e o processo de hormonioterapia pelo SUS Enver Lamarca Oliveira Santos, Suzana Kalckmann, Carolina de Campos Hovart Borrego, Natália da Costa Sellinger, Renata Rodriguez Imparato, Tereza Etsuko da Costa Rosa	112
Antagonismo sexual ou complementaridade entre os gêneros? Apontamentos para um debate sobre gênero na Antropologia da Amazônia Janaina de Alencar Ribeiro	119

Editorial

“a sexualidade está em toda parte!
...na maneira como um burocrata
acaricia os seus dossiês, como um
juiz distribui justiça, como um homem
de negócios faz circular o dinheiro, como
a burguesia enraba o proletariado [...]”
As bandeiras, as nações, os exércitos e
os bancos dão tesão em muita gente”.
(Deleuze e Guatarri. O “Anti-Édipo”; 2010)

Fazer uma publicação sobre sexualidade e saúde e direitos sexuais e reprodutivos é sempre um desafio, dada à extensão dos aspectos que compõem esses temas na sociedade. Dessa forma, após a ousadia de fazer a chamada de artigos para esta publicação temática, no momento no qual o país e o mundo se degladiam por medidas de controle da pandemia de covid-19, obtivemos respostas surpreendentes e focamos em dirigi-la conforme as perspectivas dos vários autores que enviaram artigos com suas abordagens e contribuições, certamente afetadas pelas intersecções dos temas com o momento político e sanitário singular que vivemos.

O que podemos ressaltar, é que este desafio se acirra no momento atual de retrocessos e ameaças políticas, em que o desmantelamento do Estado de Bem-Estar Social se dá no Brasil, desvalorizando não apenas toda a rede de serviços públicos, incluindo os da saúde, que se destinam a atender as questões de saúde doença como direito constitucional dos cidadãos brasileiros em que, obviamente, estão

incluídos os direitos relativos à Sexualidade e à Saúde e os Direitos Sexuais e Reprodutivos, que são cotidianamente violados e sofrem tentativas de supressão numa postura antipopular, discriminadora e autoritária.

As conquistas nessas áreas, visando à cidadania e o bem-estar coletivo e individual de nossa população foram fruto de lutas e mobilização democrática, e estão asseguradas desde a Constituição Federal de 1988, que inicia seu texto (art.1, incs.II e III) fazendo menção a cidadania e a dignidade da pessoa humana, justiça social e igualdade entre os gêneros e direito à saúde (art.3, incs.III e IV e nos arts. 5 e 196). São expressas, na área de saúde, pelas políticas associadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), que abrangem a dimensão dos Direitos Humanos de todas as pessoas, incluindo maiorias quantitativas, como as mulheres, e minorias sociais discriminadas do acesso a esses direitos desde a formação de nossa nação. Essas conquistas incorporaram as dimensões bio, psico, sociocultural, política e humana da sexualidade e seu cuidado, enfrentando preconceitos, ampliando horizontes, ousando e apoiando propostas, incluindo diretrizes, normatizações e legislações que representam conquistas práticas de promoção e atenção à saúde, originárias das Declarações das Conferências do Cairo e Beijing, das nossas conferências nacionais de saúde, e, posteriormente, incluindo as demandas das conferências, políticas e reivindicações LGBT.

Ou seja, a saúde e os Direitos Sexuais e Reprodutivos são essenciais para a cidadania!

Qualquer retrocesso ou ameaça de obstrução ou impedimento que se faça ao avanço dos mesmos é uma violência, uma política de desrespeito aos direitos humanos, um descaso, uma negação que desqualifica a construção histórica na qual se empregou energias, vivências, projetos e vidas.

Nesse sentido, editar esta revista é um orgulho, não apenas pela temática desta edição, que se constitui, numa garantia de espaço que se dá às falas de pesquisadores e profissionais preocupados com a área da saúde e que procuram manter a perspectiva da sexualidade e da saúde e direitos sexuais e reprodutivos e, inclusive, as discussões de gênero, expondo-as para todos os nossos leitores que atuam em diferentes frentes do SUS ou de outros equipamentos e instituições que beneficiam a população brasileira, mesmo e principalmente em momento de adversidades ideológicas para a crítica social.

Por este enfoque nos Direitos Sexuais e Reprodutivos, Regina Figueiredo faz um histórico de conquistas femininas inclusivas que levaram à obtenção dos diversos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, criticando feminismos liberais que atendem apenas ao interesse de poucos indivíduos e não beneficiam as massas; em seguida, a mesma autora aborda questões de gênero e preconceitos envolvidos na questão da prática sexual e da gravidez na adolescência; Ana Katarina Pereira e Julia M. C. Lopes fazem uma crítica ao enfoque exclusivo da prevenção na gravidez na adolescência, denunciando seus discursos e o controle de corpos; Juçara Portugal Santiago relata sua trajetória, de mulher vivendo com HIV/aids da experiência singular ao ativismo. Pensando a promoção da Saúde de forma ampliada, Graça Tessariolli faz um apanhado histórico e salienta a importância da educação sexual para todos na sociedade atual, visando a promoção

do bem-estar e a Saúde Sexual e Reprodutiva; Silvia Bastos faz uma reflexão sobre a situação de violência contra as mulheres durante a pandemia de covid-19; Rafaela N. Takahashi Osa e Luiz Guilherme Cicotte abordam os aspectos psicossociais envolvidos nas disfunções sexuais; Thainá B. P. Santos e Carlos Botazzo fazem uma discussão sobre a prostituição e a saúde; essa discussão é complementada por Antônio Paiva Neto e colegas que abordam a situação de prostituição a partir dos Direitos Sexuais e Reprodutivos, a partir do filme “A Informante”; buscando ampliar ainda mais a questão das diversidades sexuais, Lincoln M. J. Menezes discute as questões de saúde de mulheres transexuais, introduzindo o quesito cor como componente de vulnerabilidades; Enver L. O. Santos e colegas trazem o relato de experiência da situação de travestis e transexuais em situação de rua que buscam o tratamento de hormonioterapia pelo SUS do município de São Paulo e; por fim, Janaina Ribeiro apresenta as perspectivas Antropológicas para a discussão das teorias da diferença sexual e da complementariedade entre os gêneros, refletindo o uso ampliado dessas categorias, suas consequências e adequabilidade, inclusive no estudo de indígenas da Amazônia.

Dessa forma, a publicação alcança um amplo espectro, discutindo não apenas questões e práticas de saúde, mas também referenciais teóricos para pensar Sexualidade, Gênero e Direitos Sexuais e Reprodutivos.

Regina Figueiredo

Silvia Bastos

Conquistas femininas, direitos sexuais e reprodutivos e a necessidade de reorientação do feminismo identitário atual

**Feminine achievements, sexual and reproductive rights
and the need for reorientation of current identitary feminism**

Regina Figueiredo¹

Resumo

Fazendo uma revisão dos movimentos sociais femininos e feministas, o artigo chama atenção para as conquistas das mulheres até os direitos sexuais e reprodutivos, como derivados e integrantes de uma luta social em prol das massas, fazendo uma crítica ao abandono dessas ações por um feminismo identitário e neoliberal que vem se estabelecendo na sociedade e que não se preocupa com as questões socioeconômicas que acometem a maioria das mulheres.

Palavras-chave: Mulheres; Feminismo; Lutas sociais; Movimento social; Direitos sexuais e reprodutivos.

Abstract

Reviewing the social movements of women and feminists, the article calls attention to the conquests of women up to Sexual and Reproductive Rights, as derivatives and integrants of a social struggle for the masses, criticizing the abandonment of these actions by an identitarian and neoliberal feminism that has been establishing itself in society and that is not concerned with the socioeconomic issues that affect most women.

Keywords: Women; Feminism; Social struggles; Social movement; Sexual and reproductive rights.

Introdução

O movimento social feminino, entendido como a ação política das mulheres¹, passou, em geral, por várias fases que não foram necessariamente paralelas cronologicamente nos diversos países. Da participação em levantes, rebeliões, mudanças de regime – como ocorreu na Revolução Francesa – às lutas sufragistas, de direito ao voto e à participação nos estudos, reivindicada por mulheres das elites

burguesas, tivemos uma série de reivindicações sociais amplas associadas à participação política das mulheres, em movimentos de massa de diversos povos, entre trabalhadores do campo ou da cidade, até movimentos por direitos específicos, que exigiam e provocaram mudanças sociais significativas.

Na atualidade, é importante diferenciar o feminismo enquanto luta que pretende alcançar conquistas sociais amplas, dando continuidade aos movimentos de massas que vêm transformando a história mundial – geralmente ligados às esquerdas progressistas, que se intensificam no sistema capitalista a partir do final do século XIX e, em especial, em quase todo o século XX

¹ Regina Figueiredo (reginafigueiredo@uol.com.br) é cientista social e política, mestre em antropologia social, doutora em saúde pública pela Universidade de São Paulo, pesquisadora científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e membro do grupo técnico de Saúde do Adolescente e do Comitê de Saúde Integral da População LGBT da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

– visando a implementação de políticas públicas de inclusão e benefício social, da tendência atual de um feminismo identitário neoliberal, com viés à reivindicação de direitos pela culpabilidade, ampliação de penas e judicializações e uma conduta de vigília diante das liberdades de expressão, e que não se coaduna com a trajetória dos movimentos democráticos das esquerdas mundiais, aos quais o movimento de mulheres sempre partilhou.

Foi o primeiro feminismo, ligado às lutas de massa, que trouxe a inclusão dos direitos sexuais e reprodutivos às políticas públicas da América Latina² e brasileiras, pautando mudanças principalmente na atenção à saúde sexual e reprodutiva feminina e que, depois, passaram a ser pauta na luta pela atenção em saúde sexual de outros grupos – como o movimento LGBT –, após o surgimento do HIV/aids na década de 1980³.

Lutas das mulheres

- Lutas no Brasil Colônia:

Desconsideradas pelo feminismo histórico que, de certa forma, absorveu a ideologia branca, o protagonismo de mulheres durante o período colonial brasileiro não pode ser esquecido. Mott⁴ aponta que nossa historiografia esqueceu a participação de mulheres escravas, indígenas, crianças e adolescentes, que foram protagonistas enquanto escravas que se somavam à luta pela liberdade de seus povos e, muitas vezes, à luta pela institucionalização do fim da escravidão no Brasil. Essas lutas das mulheres sempre estiveram presentes em todos os povos, épocas e, inclusive, no Brasil Colônia.

Assim, Simas⁵ refere diversos autores que, além de casos individuais, citam movimentos coletivos de fugas e formações de quilombos por escravas; da mesma forma, Marques⁶ aponta os movimentos dessas mulheres inclusive

influenciando o Movimento Abolicionista. Grupos em fugas, tumultos, agitações, revoltas e insurreições tiveram não apenas a participação, mas, muitas vezes, foram capitaneados por mulheres em situação de escravidão no Brasil, em que a reivindicação se constituía desde a luta contra más condições de vida e maus-tratos até lutas pela instituição da liberdade, exigindo mudanças sociais e políticas pelo fim do *status* de escrava e da própria escravidão⁵.

No entanto, não só as mulheres escravas no Brasil Colônia criaram movimentos, mulheres pobres e ex-escravas libertas também se organizaram por várias questões, geralmente econômicas, que iam desde alta de preços⁶ ao direito à posse da terra, entre outras.

- A luta pelo voto e pelo direito à universidade:

A primeira luta de mulheres que se autointitula feminista estabeleceu-se no final do século XIX e início do século XX. O eixo central dessa corrente, composta por mulheres das elites urbanas, foi a luta pelo direito ao voto⁷, exigindo a participação política das mulheres nas decisões públicas, que, inclusive, diziam respeito também às próprias mulheres – igualdade política não conquistada nas revoluções burguesas americanas e francesas⁸ e que inspiraram movimentos de independência em vários países latino-americanos desde o final do século XVIII, apesar de elas terem participado de todas essas lutas⁹. Assim, em alguns países do ocidente, as mulheres só passaram a ter direito ao voto quase um século após essa conquista pela população masculina.

No Brasil, no início do século XX, as intelectuais rompiam com o pensamento tradicional. As mulheres da classe média alta pediam o direito de votar e serem votadas¹⁰, evento que se deu a partir do movimento revolucionário burguês de Getúlio Vargas, que abriu espaço para a

conquista do voto feminino, entre outras conquistas sociais e políticas.

Essa luta por direitos políticos também envolveu mulheres que lutaram pelo direito à formação universitária (até então restrito aos homens) e, conseqüentemente, à entrada no mercado de trabalho científico especializado. No Brasil, Bertha Lutz, filha do renomado pioneiro da Medicina Tropical no Brasil, Adolpho Lutz, ao estudar na Universidade de Ciências Naturais em Paris, entrou em contato com ideias feministas. Quando retornou para o Brasil, fez concurso público, se tornando a segunda mulher a ocupar um cargo público no país. Posteriormente, ao entrar na Faculdade de Direito, passou a promover a luta pela educação feminina, a ascensão das mulheres à universidade, criando a Liga para a Emancipação Intelectual da Mulher e a Federação Brasileira para o Progresso Feminino, realizando, em 1922, o I Congresso Feminista do Brasil¹¹.

Cabe lembrar que essas reivindicações foram feitas por mulheres da elite, pois a maioria das mulheres brasileiras se encontrava em camadas sociais baixas, realizando trabalhos braçais, seja na roça ou como serviçais, outras mantidas na condição até de escravas¹². No Brasil, assim como em outros países, as mulheres da elite que reivindicavam direito ao voto e ao estudo estavam se revoltando, na verdade, contra o patriarcalismo presente no sistema social¹⁰.

- Lutas operárias:

Apesar de nem sempre se intitular como feminista, o movimento de luta da classe operária, organizado pela mobilização e o início da organização sindical, pautou questões trabalhistas enquanto um feminismo “de massa” da nova classe social emergente de assalariados. Encampava em suas pautas, além de reivindicações salariais e referentes às condições de trabalho comuns e

integradas às lutas operárias masculinas, também reivindicações específicas que abordavam o direito à preservação da intimidade – visto que muitas fábricas exigiam a comprovação da não gravidez com a menstruação mensal¹³ –, além da proteção da mulher no período da gestação, o direito a creches etc.

Na Europa e nos Estados Unidos, a luta não só por melhores salários, mas por redução da jornada de trabalho incluiu mulheres que lutavam, inclusive, especificamente pela igualdade de salários, visto que ganhavam nas fábricas menos que os homens, diferença que chegava até a 60%¹⁴. Foi, aliás, em uma dessas lutas, num setor em que as mulheres eram muito contratadas, o de linhas e tecelagem, que operárias em greve foram reprimidas e queimadas em Nova Iorque, em 1857, tornando o dia dessa ocorrência, 8 de março, escolhido e decretado como o Dia Internacional da Mulher, na II Conferência Internacional de Mulheres Socialistas, realizada em 1910 na Dinamarca e oficializado pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 1975¹².

Nesse sentido, cabe destacar que, internacionalmente, as lutas de correntes que se diziam socialistas ou comunistas, ou seja, de forte influência marxista, tinham uma visão progressista e igualitária do direito da mulher, igualada na condição de trabalhadora a ser beneficiada pelas mudanças revolucionárias, assim como os homens. A luta era por uma mudança social da estrutura capitalista, para que mulheres e homens da classe trabalhadora saíssem do domínio da minoria burguesa para uma nova sociedade emancipada, socialista, de poder apenas operário¹⁵. Não à toa, a partir dessa perspectiva, a Revolução Socialista Russa de 1917 veio a estabelecer uma série de mudanças quanto às questões femininas, que vão desde a igualdade salarial até a remuneração de profissionais para realizar o trabalho doméstico nas casas das “camaradas operárias”¹⁶.

Da mesma forma, na Revolução Socialista Chinesa de 1945, um dos primeiros decretos do presidente Mao Tse Tung estabeleceu justamente a proibição da “amarracão dos pés” das mulheres, prática cultural opressiva que buscava controlar o ir e vir das mulheres e que tinha se implantado como um modelo de estética – o de ter os pés pequenos (pés de lótus) e que retorcia e deformava os pés que ficavam sempre dentro de sapatos –, além de provocar mudanças nos direitos e cargos das “camaradas mulheres”, que passaram a ter igualdade de condição em relação ao homens, fortalecendo a concepção de que o(a) trabalhador(a) é a pessoa que deve participar socialmente para a construção da sociedade e das instâncias de poder¹⁷.

No Brasil, desde o final do século XIX, o trabalho assalariado já provocava organizações coletivas de trabalhadores¹⁰. Esses movimentos, por vezes, eram compostos por mulheres, como se verificou com o movimento das cigareiras em Recife, em 1903¹⁸. Tais lutas operárias se intensificam com a vinda de imigrantes europeus após a Primeira Guerra Mundial, que formaram, principalmente, os movimentos operários do Sudeste e Sul do Brasil. Essas lutas também eram relativas à jornada de trabalho, ao salário, mas também incluíam férias remuneradas, aposentadoria etc.¹⁰, culminando, ainda, na Primeira República, com a greve geral de 1917, que durou 30 dias, com forte participação de trabalhadores italianos e espanhóis que trouxeram suas ideias anarquistas para o nosso país¹⁹.

No Rio de Janeiro, em 1931, Natércia da Cunha Silveira criou a Aliança Nacional de Mulheres, para discutir problemas das mulheres trabalhadoras e em um ano já contava com mais de 3.000 associadas. Essa mobilização pautava as condições de trabalho feminino, realizava atividades de fiscalização de fábricas, prestava assistência jurídica à mulher

trabalhadora e estabelecia uma caixa de auxílio à mulher desamparada²⁰.

Assim, especificamente em relação à condição das mulheres trabalhadoras, reivindicava-se a igualdade salarial, a regularização do trabalho feminino (que em várias fábricas não era feita), proposições que resultaram em diversas manifestações de 1917 a 1920, levando à expulsão de ativistas do país. Essas lutas com pautas diferenciadas sempre ocorreram e tiveram regulamentações da proibição do trabalho nos subterrâneos (de minérios) na Inglaterra, em 1842 e na França, em 1848. A Alemanha proibiu o trabalho feminino noturno em 1905, tudo isso porque as mulheres eram muito sacrificadas²¹.

Já a licença maternidade pautou-se não apenas no reconhecimento de questões sociais, já que as mulheres eram as cuidadoras dos filhos, mas também pensando na questão fisiológica do pós-parto, por isso foi uma reivindicação que passou a ser encampada pelo Tratado de Versalhes pós-guerra em 1919 e pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) desde a sua criação nesse mesmo ano²². Ela busca, além da proteção da saúde da mãe e do bebê, proteger a mulher trabalhadora de qualquer discriminação baseada na sua condição de mãe, proibindo sua demissão.

A reivindicação por creches, que determina que empresas com 30 ou mais funcionárias tenham local apropriado para “guardar sob vigilância e assistência os seus filhos no período de amamentação”²³ ou pela realização de convênios com creches públicas ou privadas, entrou na legislação trabalhista brasileira em 1967 (ou pelo fornecimento do auxílio creche, em 2006), fruto da reivindicação do movimento de mulheres operárias. No entanto, esse movimento é intensificado enquanto reivindicação aos governos locais na década de

1970, principalmente no estado de São Paulo – região que vinha tendo a expansão industrial – onde foi criado o Movimento de Luta por Creches²⁴. Eram pautas, portanto, associadas à nova condição da mulher trabalhadora e que ainda ocorrem por diversas reivindicações ligadas ao trabalho. Desde os anos 1980, esses temas pautam vários sindicatos e centrais sindicais, de forma crescente, num “Novo Sindicalismo”, fruto da abertura política pós-Ditadura Militar¹⁰.

Essa luta por creches além de inaugurar a reivindicação do papel do Estado não mais apenas como regulador das relações trabalhistas, mas de um Estado que dê assistência à mulher trabalhadora, criando creches para que ela possa trabalhar.

- Lutas pelo direito ao próprio corpo:

Essa etapa de luta das mulheres, que também se autointitulam explicitamente feministas, inicia-se nos anos 1960 e tem como foco a luta pela igualdade social e cultural da mulher quanto a si, ao próprio corpo e à sua integridade. A massificação do rádio e, posteriormente, da televisão, ampliando a troca de modelos culturais, pauta as lutas pela libertação das mulheres de classe média no âmbito doméstico, do casamento e dos parceiros, explicitando a pauta do direito à igualdade. A busca da autonomia, do direito ao divórcio e da não violência se aliam à disseminação da pílula anticoncepcional, promovendo a dissociação entre o sexo e a maternidade, a liberalização dos comportamentos e a discussão do direito ao próprio corpo, ao prazer e à independência sexual²⁵.

Essa pauta feminista, trazida principalmente por mulheres da classe média e militantes de esquerda que estavam retornando do exílio na Europa diante da redemocratização brasileira nos

anos 1980, tinha forte influência de concepções marxistas e de luta por direitos sociais. Assim, essa fase das lutas de mulheres brasileiras se configurava entre militantes políticas pela luta social para a construção de uma sociedade socialista, por uma parcela, e pela construção de uma sociedade social democrática, ambas as correntes reivindicando igualmente o papel do Estado de bem-estar social e garantidor de direitos de cidadania.

Nesse sentido, as reivindicações de direito à creche são apoiadas por esse grupo, que passa a reivindicar do Estado outras ações: a proteção contra a violência doméstica provocada por parceiros; bem como o direito à contracepção, à assistência a sua saúde, a partir de um olhar específico do corpo feminino de reprodutora, que fundará a noção de assistência à “saúde da mulher”, para além de seu papel de reprodutora/gestante, incluindo seus momentos não gravídicos, numa abordagem da mulher em suas várias fases de vida²⁵.

Esse movimento promoveu a escrita do Programa de Assistência Integral à Mulher (PAISM), em 1983, o primeiro documento que marca²⁶ políticas de atendimento à mulher fora do modelo “materno-infantil” e voltado apenas para a mulher na condição de portadora, visando melhoria das condições de nascimento, parto e redução da mortalidade infantil. O PAISM, sofrendo várias influências do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira, surgiu com o objetivo de orientar a abordagem da saúde integral da mulher em todas as etapas de sua vida, incluindo adolescência e climatério, a prevenção ginecológica, atenção à saúde mental e a orientação contraceptiva para que a mulher pudesse decidir o momento ideal para engravidar, caso esse fosse o seu desejo. Além, obviamente, da assistência ao pré-natal e ao puerpério, visando à redução da mortalidade materna e infantil²⁶.

A luta pelos direitos sexuais e reprodutivos

Essa agenda libertária, ocorrida paralelamente em várias regiões do então chamado terceiro mundo (países subdesenvolvidos), resultou em uma grande organização feminina e feminista em diversos países, culminando na participação de delegações de mulheres na Conferência Nacional de População e Desenvolvimento realizada pela Organização das Nações Unidas (ONU), no Cairo, em 1994²⁷. A reivindicação de pautas femininas de saúde preconizou a inserção do termo “direitos reprodutivos”, pela primeira vez, como direitos humanos, além da inserção da violência doméstica como fator de vulnerabilidade da vida das mulheres. Nesse período, houve a convocação de uma conferência exclusiva para discutir os direitos humanos das mulheres, a Conferência da Mulher, realizada em Beijing (Pequim), na China, em 1995²⁸.

A partir daí, as conferências internacionais de direitos humanos passaram a ter ampla participação e incluir discussões e metas femininas e feministas, estabelecendo recomendações a serem adotadas por todos os países-membros da ONU. Isso gerou a disseminação de discussões, mudanças legislativas e implementação de políticas públicas em vários países, em toda a América Latina e, inclusive, no Brasil.

Quanto à violência doméstica, em 1994, foi realizada em Belém do Pará a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, organizada pela Comissão Interamericana de Mulheres da Organização dos Estados Americanos (OEA)²⁹. Esse encontro estabeleceu o primeiro tratado internacional legalmente vinculante aos países-membros, que criminaliza todas as formas de violência contra a mulher, em especial, a violência doméstica e sexual.

A conquista de vários desses direitos sociais nos períodos pós-ditaduras militares

latino-americanas arrefeceu a pauta de mulheres nos movimentos operários de base; inclusive, porque se vislumbrou (com certa ingenuidade) que as conquistas democráticas seriam crescentes, englobando as reivindicações dos diversos grupos sociais, inclusive as mulheres, que passariam a ser ouvidas nos diversos espaços de participação social previstos na nova Constituição Federal brasileira de 1988³⁰. Nossa Carta Magna prevê não apenas a participação política pelo voto, mas a organização de todo o Poder Executivo sob a diretriz de comissões de representação para garantir a participação social da população nas três esferas de poder (federal, estadual e municipal), nos mais variados setores da administração pública: educação, saúde, meio ambiente, assistência social³¹ etc. Além disso, prevê a possibilidade de emendas populares no Legislativo, de forma a garantir a proposição de leis pela própria população.

Essa perspectiva ingênua de progressão de conquistas democráticas e sociais se fortaleceu com a vitória dos governos de esquerda em vários países latino-americanos, como ocorreu com a ascensão de Luiz Inácio Lula da Silva à presidência do Brasil, em 2003, que acendeu toda uma participação de lideranças sociais de trabalhadores que nunca tinham sonhado chegar próximos ao poder. Nesse entendimento, a retomada da proposta de um Estado nacional, que promoveria as questões sociais dentro do próprio capitalismo, ocupou o lugar dos discursos revolucionários antissistema. Isso causou a desmobilização de vários movimentos e lideranças, inclusive o movimento feminista, que passaram a atuar apenas na implementação de políticas públicas do Estado, seja ocupando cargos de gestão e técnicos, seja pela articulação e parceria com o próprio governo federal ou com as outras instâncias estaduais e federais em que venceram candidatos progressistas. Tinha-se a certeza de que

o avanço social “natural” ampliaria mais e mais as condições de cidadania e inclusão social do povo, incluindo as mulheres brasileiras.

Pura ingenuidade! Não se antevia o aprofundamento de um capitalismo centrado na acumulação financeira monopolista, de um neoliberalismo transnacional que buscava sorrateiramente interferir nos diversos estados nacionais via sistema financeiro e proposições de enxugamento do Estado e da administração pública, a partir dos anos 1990, inclusive questionando “gastos” com o bem-estar social da saúde, educação, direitos trabalhistas e previdência social³²⁻³³. No Brasil, esse modelo se implementa fortemente a partir da lei de responsabilidade fiscal, de 2000³⁴, que estabelece a necessidade de ligação das despesas do Estado a específicas receitas; à Emenda Constitucional no 95, de 2016³⁵, que estabelece o teto de gastos e congela as despesas primárias e o piso de diversos setores, inclusive da saúde, de acordo com gastos de anos anteriores, impedindo o aumento de investimentos e desconsiderando o crescimento populacional normal.

Com relação à saúde, cabe lembrar que a partir de 1998, a lei federal nº 9.637 permite a terceirização da saúde para as chamadas Organizações Sociais (OS)³⁶, possibilitando que empresas privadas recebam recursos do próprio Estado para administrar a implementação das políticas de saúde no país. Isso tem tido como consequência o enfraquecimento da estrutura do Estado, interrompendo a necessária realização de concursos públicos para a efetivação de recursos humanos nessa área, que passa a ter caráter contratual e constante rotatividade³⁷. Ao mesmo tempo, essa terceirização insere grupos privados que objetivam o lucro na prestação de serviços de saúde, ameaçando a seguridade social prevista constitucionalmente e, portanto, qualquer projeto de Estado de bem-estar social.

As conquistas das mulheres

X o feminismo identitário atual

Os movimentos sociais que surgiram a partir da luta das mulheres e que predominaram até a entrada do século XXI uniam as preocupações das especificidades femininas às lutas sociais autênticas e concretas do dia a dia da maioria das mulheres, considerando as condições de trabalho, custo de vida, anistia a presos políticos brasileiros¹⁰.

“Surgiram da tomada de consciência de seus direitos e adotaram forma diversa do clientelismo que costumava caracterizar as relações entre as classes subalternas e o poder” (p. 34).

Como afirma Lima Junior¹⁰, a desigualdade social era tamanha em todas as áreas que as mulheres “reivindicaram não somente expressões da questão social que as envolviam, mas também assuntos que envolviam transporte, comunidade, saúde, moradia, dentre outros” (p.1). Isso gerou a unificação de lutas entre mulheres de classe média aos interesses das mulheres das classes mais baixas da sociedade, que reivindicavam assistência devido à desvantagem socioeconômica de sua condição de trabalhadoras, inerente ao sistema capitalista; ou seja, unindo questões produtivas às reprodutivas¹⁰.

Porém, a partir de um determinado momento, observou-se, como apontou Lima Junior¹⁰:

“o movimento de mulheres e o movimento feminista tomam caminhos diferentes. (...) Um continua abordando as questões políticas, a luta da sociedade, ao passo que o movimento designado de feminista, a despeito da alcunha que lhe fora imposta de alienadas dos problemas maiores pelo qual passava o país, concentra seus esforços e direciona sua luta para as questões referentes a subordinação social das mulheres que tem sua origem desde o espaço doméstico” (p.1).

Confirmando ideias de Bellozo e Resende³⁸, verifica-se que o rompimento da mulher do confinamento na esfera privada, inserindo-se em discussões de trabalho, motivadas pelos problemas sociais (relacionados ao custo de vida, escola, habitação, temas que foram a alavanca para a mobilização), se coaduna com a discussão sobre as questões de gênero, que ameaçam a separação entre o espaço público e o privado, no qual a maioria das mulheres trabalhadoras vive. Assim, questões como as situações de violência doméstica, às quais muitas mulheres são submetidas, passaram a ser foco de explicitação e ampla discussão⁴⁰. Isso impôs não apenas mudanças sociais quanto ao papel regulador do Estado – que se referia à luta política coletiva por segurança e proteção –, mas também quanto à percepção de que deveria haver uma reconstrução das relações familiares e íntimas, ou seja, alteração de fatores culturais, inclusive religiosos, de origem e regionalidade e que dependem da esfera pessoal.

Fazendo um *mea culpa* sobre a desmobilização dos movimentos de mulheres após a integração de várias lideranças e militantes nos governos progressistas do processo de redemocratização do país³⁹, percebemos hoje que os ideais feministas se descolaram das lutas sociais para a nova geração que ingressou na militância e que não foi formada para a luta pela garantia da continuidade das conquistas socioeconômicas. A nova geração feminista que predomina no Brasil segue um feminismo identitário, que adere a pautas específicas das mulheres sem, no entanto, associá-las à luta política pelo desenvolvimento social e da nação, às lutas de esquerda, à trajetória de reivindicação de um Estado democrático e à articulação conjunta por uma transformação do sistema social; se configura enquanto um movimento “feminista liberal individualista”, que compete com os próprios movimentos de esquerda,

tal como alguns autores vêm apontando como problema dentro do movimento negro⁴⁰.

Meninas de classe média, universitárias e ativistas adotam discursos e ações descolados de outros movimentos, não realizando a mobilização contra as estruturas repressivas do sistema capitalista, mas pautando-se em denúncias das mazelas vividas pelas mulheres individualmente. Confrontam a própria militância masculina, propondo, ao contrário dos movimentos sociais de luta anteriores, um maior punitivismo estatal. Assim, as pautas das mulheres que tiveram, em sua origem, propostas de inclusão social se tornaram excludentes numa “politização do ressentimento”⁴¹, ou seja, se transformaram em grupos fechados que discriminam pessoas com pensamentos divergentes, numa postura não apenas crítica, mais violenta e quase fascista de patrulhamento ideológico, importando apenas privilegiar a defesa das próprias ideias e de conceitos nominativos (e geralmente importados) como verdades a serem impostas aos próprios movimentos da esquerda militante.

Além disso, almejam o denunciamento, a censura e o aumento de penas criminais, desconfigurando toda a trajetória esquerdista democrático-libertária, que propõe liberdade de ideias e melhorias sociais e educacionais em vez de políticas penais⁴², incluindo iniciativas de promoção de penas alternativas que visam a diminuição de um Estado carcerário em prol do investimento na inclusão social⁴³.

Esse novo formato de feminismo se acirrou com o uso da internet, promovendo linchamentos eletrônicos e “cancelamentos” persecutórios que reforçam a abordagem das lutas por vivências e percepções de casos privados e não mais pela discussão coletiva do interesse e necessidade das mulheres, da massa, e do acesso da população das classes sociais excluídas e exploradas

aos benefícios de cidadania. As antigas ideias sobre os aparatos de poder do Estado capitalista, a reflexão sobre a luta de classes e a opressão social são, assim, ignoradas e o feminismo se torna um discurso histérico de reclamação e busca de repressão.

Abandonou-se também a visão formadora e de educação social, necessária para a construção de novos discursos e padrões de comportamento, inclusive para formação de meninos e promoção educacional masculina, conduzindo à condenação dos comportamentos por si só, sem associação às suas origens populares e culturais de que derivam. A reivindicação passou a ser apenas de um legalismo e judicialização sob a ótica punitivista de um Estado não mais participativo e aberto à sociedade, mas paternalista e de autoridade de polícia sobre o indivíduo.

A grande massa de mulheres brasileiras está bem longe disso. Com o avanço do neoliberalismo no país, vem perdendo direitos: direitos participativos, direitos trabalhistas, direitos agrários, direitos indígenas, direitos de acesso a bons serviços públicos, direito de acesso à saúde, que afetam, por fim, também seus direitos sexuais e reprodutivos. Entre o senso comum da população brasileira, o individualismo a fez trilhar para outro lado: houve uma adesão maciça às igrejas evangélicas neopentecostais, que promovem uma “teologia da prosperidade”, enfraquecendo o movimento social desmantelado e bem distante das “bolhas” feministas.

O sistema e o discurso neoliberal absorveram o identitarismo, transformando-o em produto e propaganda para suas empresas, utilizando essas pautas como fatores de crescimento e produtividade, ofuscando as populações periféricas com o benefício de poucos indivíduos, estreitando laços econômicos entre patrões e trabalhadores⁴⁴, fortalecendo o sistema vigente contra as

reais lutas sociais e “maquiando” empresas, que passaram a se autodenominar de “inclusivas de minorias”. Ao mesmo tempo, são pautas que vêm sendo financiadas por fundações e instituições ligadas a empresários que têm atuado com interferência econômica nefasta em vários países, como George Soros⁴⁵, apontando a instrumentalização dessas pautas contra um real movimento de transformação social.

Esse “neoliberalismo progressista” é denunciado por Fraser⁴⁶, que afirma que ele atua enfrentando questões específicas por dentro do sistema em vez de propor rupturas e a transformação do Estado, do modelo capitalista atual, que impossibilita o crescimento das nações e dos povos homogeneamente. Como aponta Davis⁴⁷, referindo-se às lutas raciais norte-americanas, as políticas neoliberais, devido à influência dos Estados Unidos nos diversos países, têm prejudicado a classe trabalhadora como um todo, deteriorando as condições de vida das mulheres e das populações frente a uma concentração de renda nunca vista. A luta contra esse sistema deve ser o foco de todos os movimentos que se dizem sociais, movimentos que devem estar atrelados, identificando que a conquista inicial mais importante é a distribuição de renda e a dissolução de um sistema que concentra capital nas mãos de uma minoria em detrimento da vida da maioria das populações.

Considerações finais – a necessidade de reorientação do feminismo atual

Falar em direitos sexuais e reprodutivos é falar de inclusão social: começa com acesso à moradia, à água, ao saneamento, ao trabalho, à assistência à saúde, à educação, à democratização dos meios de informação, aos direitos trabalhistas e previdenciários, que garantem o bom viver. Enfim, direitos sexuais e reprodutivos só são

possíveis se um Estado existe efetivamente, para que trace, com a participação de sua população, um futuro inclusivo, saudável e mais igualitário.

A retomada de uma trilha feminista de luta pela igualdade e direitos sociais gerais, portanto, precisa ser feita para que não ocorram mais retrocessos do que os que estamos vendo desde o Golpe de Estado de 2016.

Referências

- Soares V. Muitas faces do feminismo no Brasil. Borba A, Faria N, Godinho T, organizadores. Mulher e política – gênero e feminismo no Partido dos Trabalhadores. São Paulo: Núcleo de Estudos da Mulher e Relações Sociais de Gênero da USP (NEMGEUSP); 1998. p.33-54.
- Correa S. Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista. *Physis Rev. Saud. Colet.* 1996; 6(1-2):147-177.
- Mattar LD. Reconhecimento jurídico dos direitos sexuais - uma análise comparativa com os direitos reprodutivos. *Sur Rev. int. Direit. Human.* 2008; 5(8):61-83.
- Mott MLB. Submissão e resistência: a luta da mulher contra a escravidão. São Paulo: Contexto; 1988.
- Simas TO. A história de resistência das mulheres escravizadas em Pernambuco (1830-1856) [dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2017.
- Marques DL. Sobreviver e resistir: os caminhos para a liberdade de africanas livres e escravas em Maceió (1849-1888) [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2013.
- Porfirio F. Movimento sufragista. *Mundo Educação* [internet]. [acesso em 19 maio 2021]. Disponível em: <https://mundoeducacao.uol.com.br/politica/sufragio-feminino.htm>.
- Schmidt JF. As Mulheres na Revolução Francesa. *Rev. Thema.* 2012; 9(2):1-19.
- Prado MLC. Em busca da participação das mulheres nas lutas pela independência da América Latina. *Rev. Bras. Hist.* 1991/1992; 12(23/24): 77-90.
- Lima Júnior JM. A participação da mulher nos movimentos sociais e sindicais. *Revista Jus Navigandi* [internet]. 2016 [acesso em 19 maio 2021]. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/51905/a-participacao-da-mulher-nos-movimentos-sociais-e-sindicais>.
- Soihet. A pedagogia da conquista do espaço público pelas mulheres e a militância feminista de Bertha Lutz. *Rev. Bras. Educ.* 2000; (15):97-117.
- Christillino CL. O homem livre e pobre no Brasil oitocentista. In: Oliveira TB, organizador. Trabalho e trabalhadores no Nordeste: análises e perspectivas de pesquisas históricas em Alagoas, Pernambuco e Paraíba, Campina Grande: EDUEPB, 2015. p. 57-84.
- Carvalho S. O peão e a pedra. São Paulo: Temporal Editora; 2020.
- Lopes CLE. 8 de março, Dia Internacional da Mulher – uma data e muitas histórias [internet]. Centro de Memória Sindical [acesso em 19 maio 2021]. Disponível em: <https://www.fatene.edu.br/site/comunicacao/noticias/item/340-a-historia-do-dia-8-de-marco>.
- Cisne M. Feminismo e marxismo: apontamentos teórico-políticos para o enfrentamento das desigualdades sociais. *Serv. Soc. Soc* [internet]. 2028 [acesso em 19 maio 2021]; (132): 211-230. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.138>.
- Silva MM. A condição da mulher na Revolução Russa [dissertação]. Delmiro Gouveia: Centro Universitário Tiradentes. Universidade Federal de Alagoas; 2019.
- Dantas VS. Representações conflitantes: a imagem da mulher chinesa na Revolução Cultural [dissertação]. Maceió: Universidade Federal de Alagoas; 2019.
- Souza FA. As cigareiras revoltosas e o movimento operário: história da primeira greve feminina do Recife e as representações das mulheres operárias na imprensa. *Cad. Pagu* [interne]. 2019 [acesso em 19 maio 2021]; (55):e195513. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/18094449201900550013>.
- Santos JL, Azevedo LOL. Trajetória histórica para o surgimento de um partido de massas no BRASIL: as regras institucionais que moldaram os movimentos. *Rev. Café Sociol.* 2018; 6:102-121.
- Rezende MO. Movimento sufragista [internet]. [acesso em 19 maio 2021]. Disponível em: <https://brasilescola.uol.com.br/sociologia/movimento-sufragista.htm>.
- Teixeira FCR. Licença maternidade: um paradoxo normativo [internet] 2017 [acesso em 19 maio 2021]. Disponível em: <https://ibdfam.org.br/artigos/1226/Licen%C3%A7a+maternidade:+um+paradoxo+normativo>.

22. Organização Internacional do Trabalho - OIT. Proteção da maternidade. Notas da OIT sobre trabalho e família. 2009; (4):1.
23. Sindicato das Sociedades de Fomento Mercantil Factoring do Estado de São Paulo - SINFAT. Auxílio creche: saiba mais sobre este benefício [internet]. 2020 [acesso em 19 maio 2021]. Disponível em: <https://www.sinfacsp.com.br/conteudo/auxilio-creche-saiba-mais-sobre-este-beneficio>.
24. Barbosa MCS, Flores MLR, Silva ML. A luta das mulheres por igualdade passa pelo direito dos bebês e das crianças bem pequeninhas à creche de qualidade [internet]. São Paulo, 2018 [internet]. Disponível em: <https://anped.org.br/news/luta-das-mulheres-por-igualdade-passa-pelo-direito-dos-bebes-e-das-criancas-bem-pequeninhas>.
25. Pedro J. O feminismo de 2a onda: corpo, prazer e trabalho. In: Pinsky CB, Pedro JM, organizador. O feminismo de 2a onda. Nova História das mulheres. São Paulo: Contexto; 2012. p.238-245.
26. Costa AM. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. Ciênc. Saúde Colet. 2009; 14(4):1073-1083.
27. Patriota T. Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento [internet]. Brasília: 1994 [acesso em 30 set 2021]. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>.
28. Viotti MLR. Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher – Pequim [internet], 1995 [acesso em 30 set 2021]. Disponível em: https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/declaracao_beijing.pdf.
29. Organização das Nações Unidas - ONU. Comissão Interamericana de Direitos Humanos. Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, Convenção de Belém do Pará [internet]. Brasília; 1994 [acesso em 30 set 2021]. Disponível em: <http://www.cidh.org/basicos/portugues/m.belem.do.para.htm>.
30. Brasil. Constituição (1988). Brasília (DF): Senado Federal, 1988 [acesso em 30 set 2021]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.
31. Pietro MSZD. Participação da comunidade em órgãos da administração pública. Revista de Direito Sanitário. 2000; 1(1):36-45.
32. Souza AL. Destinação das receitas das contribuições de seguridade social e efetividade dos direitos sociais no contexto do neoliberalismo: a articulação entre a constituição tributária e a constituição financeira [dissertação] Vitória:.. Faculdade de Direito de Vitória; 2013.
33. Marques SR. Neoliberalismo: uma fase atual do capitalismo. In: XV Encontro Regional de História [internet]. Curitiba: 26-29 jul 2016; UFPR; 2016 [acesso em 5 out 2021]. .. Disponível em: http://www.snh2015.anpuh.org/resources/anais/45/1460991918_ARQUIVO_SabrinaRodriguesMarques.pdf.
34. Brasil. Lei Complementar no 101. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e da outras providências. Brasília; 4 mai 2000.
35. Brasil. Emenda Constitucional no 95, de 15 dez 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial da União. . 2 dez 2016.
36. Brasil. Lei nº 9.637. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Brasília; 15 mai 1998.
37. Central Única dos Trabalhadores - CUT. Terceirização e desenvolvimento: uma conta que não fecha: dossiê acerca do impacto da terceirização sobre os trabalhadores e propostas para garantir a igualdade de direitos. São Paulo; 2014.
38. Bellozo E, Rezende MJ. A participação das mulheres nos movimentos sociais brasileiros nas décadas de 1970 e 1980: a luta pela redemocratização [mestrado]. Londrina: . Universidade Estadual de Londrina; 2000.
39. Pereira CBS. A relação entre movimento feminista e partidos políticos de esquerda no Brasil, no contexto de acirramento da crise capitalista, 2008-2017 [tese]. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo;; 2019.
40. Haider A. Armadilha da identidade: raça e classe nos dias de hoje. Rio de Janeiro: Verso; 2019.
41. Risério A. Sobre o relativismo pós-moderno e a fantasia fascista da esquerda identitária. Rio de Janeiro: Topbooks; 2019.

42. Wacquant L. Os condenados da cidade: estudo sobre marginalidade avançada. Rio de Janeiro: Ed. Fase; 2001.
43. Develing N. Penas alternativas no Direito Penal Brasileiro. Itajaí: Universidade do Vale do Itajaí; 2010. Trabalho de Conclusão de Curso do Curso de Direito.
44. Polese P. Machismo, racismo, capitalismo identitário: As estratégias das empresas para as questões de gênero, raça e sexualidade. São Paulo: Hedra; 2020.
45. Drska M. O comunista bilionário George Soros cria universidade para combater o autoritarismo [internet]. 24 jan. 2020 [acesso em 12 out 2021]. Disponível em: <https://neofeed.com.br/blog/home/o-comunista-bilionario-george-soros-cria-universidade-para-combater-o-autoritarismo/>.
46. Fraser N. Do neoliberalismo progressista a Trump – e além. Rev. Polít. Soc [internet]. 2018 [acesso em 5 out 2021]; 17(40): 43-64. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/politica/article/view/2175-7984.2018v17n40p43/38983>.
47. Davis A. Mulheres, Cultura E Política. São Paulo: Boitempo Editorial; 2000.

Prática sexual de meninas, questões de gênero, preconceito e interesses na prevenção da gravidez na adolescência

Sexual practice of girls, gender issues, prejudice, and interests in the prevention of teenage pregnancy

Regina Figueiredo¹

Resumo

O artigo apresenta a discussão dos controles sociais que cercam a prática sexual de adolescentes no Brasil e que visam a contenção da atividade sexual destes indivíduos, principalmente das meninas, e a atualização desses discursos na construção do problema da gravidez na adolescência, colocando-os como objetos de intervenção e de individualização fruto de problemas e responsabilidades femininas, influenciados por uma visão desigual de gênero que desconsidera o desejo feminino. Chama também a atenção para a responsabilidade do Estado e da área de Saúde Pública em democratizar informações e acesso às tecnologias contraceptivas que permitam o direito ao livre exercício da sexualidade deste público, não relacionando a prática com a gravidez, atendendo o interesse que os adolescentes têm enquanto sujeitos de direitos, inclusive de autonomia, com proteção e sigilo de sua intimidade.

Palavras-chave: Sexualidade; Adolescentes; Prevenção de Gravidez; Contracepção; Saúde Pública.

Abstract

The article presents the discussion of social controls that surround the sexual practice of adolescents in Brazil and which aim to contain the sexual activity of these individuals, especially girls, and the update of these discourses in the construction of the problem of teenage pregnancy, placing them as objects of intervention and individualization resulting from female problems and responsibilities, influenced by an unequal view of gender that disregards female desire. It draws attention to the responsibility of the State and the Public Health area to democratize information and access to contraceptive technologies that allow the right to the free exercise of sexuality for this public, apart from pregnancy, taking into account the interest it has as a subject of rights, including autonomy, with protection and confidentiality of their intimacy.

Keywords: Sexuality; Teenagers; Pregnancy prevention; Contraception; Public health.

Introdução

Desde o primeiro censo demográfico brasileiro, realizado em 1872 – ainda na época do Império, pouco depois da Lei do Ventre Livre de 1871¹ –, constata-se que no Brasil mulheres abaixo dos 18 anos já eram casadas e muitas tinham filhos, descortinando a prática sexual das adolescentes no total de 10 milhões de

habitantes da época (15,24% representado pela população escrava). Autores apontam que também no Brasil Colônia, a mulher era vista como jovem reprodutora e instruída para o casamento, tanto pela Igreja como pelo Estado², que as educavam e vigiavam desde a infância para a ocorrência deste evento (casamento) que acontecia ainda na própria adolescência, em média entre os 14 e os 15 anos, geralmente com homens mais velhos³.

Da mesma forma, durante a República, incluindo a virada para o século XX, a Constituição Brasileira de 1922, procurando dar limite mínimo para o casamento feminino, define a idade ideal

¹ Regina Figueiredo (reginafigueiredo@uol.com.br) é cientista social e política, com aperfeiçoamento em Sociologia da Família pelo Centro de Estudos Rurais e Urbanos da Universidade de São Paulo (USP), mestre em Antropologia Social, doutora em Saúde Pública por essa mesma universidade, pesquisadora científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) e membro do grupo técnico de saúde do adolescente desta secretaria.

para a mulher se casar e ter seu primeiro filho como os 16 anos³, ou seja, na adolescência.

O conceito de liberdade em situações de prática sexual de adolescentes, portanto, sempre foi relativo e associado ao interesse social do momento histórico, mas constantemente houve severa disciplina ou vigilância moral da família, que considerava não cumprir tais recomendações socialmente definidas como “adequadas” um atentado à honra familiar⁴. Em situações fora da regularidade, ou seja, do casamento não recomendado ou não consentido pela família, eram instituídas legislações e processos jurídicos que tornavam criminosa a prática sexual realizada – definida geralmente como “defloramento” –, de forma a caracterizar e a garantir a educação ou os considerados “bons comportamentos” de uma adolescente, já que a sexualidade adolescente era vista como patrimônio da família, parentes ou padrões⁵. Embora a idade de casamento pudesse ser até abaixo de 18 anos, casamentos eram associados à interferência familiar, pois menores de 21 anos necessitavam de consentimento paterno e materno para realizá-los⁴.

No início do século XX, segundo Joffily & Costa⁵, os valores de honra e virgindade exerciam pressão sobre as adolescentes, pois representavam proteção e controle social simbólicos sobre elas. Adolescentes que seguiam seus desejos sexuais ou amorosos não deixavam de existir, mas eram consideradas “em desgraça”, dano que só seria reparado pelo casamento. A moça “desvirginada” era condenada moralmente. Apesar disso, passava a ser vista como adulta independente, por isso o peso da estigmatização era a única forma de ter o controle de sua própria sexualidade, com certas liberdades não permitidas às virgens.

Tal visão de construção patriarcal sobre os corpos femininos formulou uma educação de gênero incutida enquanto hábito social na sociedade brasileira até hoje. Antigas denominações

utilizadas para as adolescentes sexualizadas são apenas atualizadas com outros jargões: de “desgraçada”, “perdida”, “desvirginada”, “da vida” e “meretrizes”, hoje são chamadas “fáceis”, “vadias”, “galinhas” e “vacas” – utilizando aproximação com comportamentos de animais “parideiros”⁶ – ou até mesmo de “putas”. Esta prática demonstra a grande ascendência das opiniões sociais sobre os comportamentos sexuais de adolescentes meninas atualmente.

A questão de gênero e o controle da sexualidade de mulheres e meninas

A questão de gênero é tão expressiva quando se trata deste assunto, que durante a pesquisa nenhum conselheiro tutelar argumentou associando desvantagens à prática sexual de adolescentes homens, como atribuiu a das meninas, nem com relação às expectativas e frustrações subjetivas. A única preocupação psicológica quanto ao início de práticas sexuais masculinas foi referida como necessidade de algum apoio emocional, geralmente “apoio psicológico”, e dizia respeito às ocorrências que envolvem meninos que estabelecem relações sexuais e parcerias homoafetivas.

Com relação às adolescentes meninas, o senso comum e muitos profissionais de serviços públicos, incluindo os da área da Saúde, Educação e Assistência Social⁷⁻¹⁰, ainda aferem à prática sexual como um evento automaticamente associado à exposição à gravidez não planejada, mantendo discursos criados quando não havia ou havia pouca disponibilidade de contraceptivos disponíveis no país. Ao invés de se fazer uma real dissociação do sexo com a gravidez – divulgando a atual disponibilidade ampla dos mais de sete tipos de métodos contraceptivos reversíveis, cientificamente indicados e encontrados nos postos de saúde localizados em praticamente todos os bairros e comunidades brasileiras, multiplicando

esta informação e disponibilidade fruto do exercício de um novo padrão existente atualmente de conquistas sociais no campo dos direitos sexuais e reprodutivos –, recaem na mesma culpabilidade naturalista dos discursos seculares que apontam que a prática sexual de meninas leva automaticamente à gravidez e, nesse sentido, caberia a todos tolhê-las desses impulsos e culpabilizar seus comportamentos pelo risco “inerente” que correm.

Nas unidades básicas de saúde, que compõem a rede de Atenção Primária de Saúde do SUS brasileiro, estão disponibilizados gratuitamente os seguintes contraceptivos reversíveis que podem ser indicados para adolescentes sexualmente ativos, segundo critérios de elegibilidade que devem ser feitos pelo médico, conforme o Ministério da Saúde: preservativos masculinos, pílula anticoncepcional oral, injetável contraceptivo mensal, injetável contraceptivo trimestral, diafragma, DIU – dispositivo intrauterino –, além da contracepção de emergência¹¹ (p. 16, 48).

Mas, será que em pleno século XXI, o risco de gravidez não planejada seria realmente naturalmente inerente às práticas sexuais? Ou, está sendo perpetuado por discursos sociais e até do poder público, como verificamos entre os conselheiros tutelares¹⁰, ou quando observamos discursos e atuações de serviços de saúde dificultando a oferta de contraceptivos às meninas adolescentes? 7-8 Inegavelmente, estas ocorrências apontam a pouca capacitação, além da interferência de esferas pessoais na conduta de profissionais de saúde que trazem concepções tradicionais, ao contrário de se guiarem por normativas públicas e dos seus respectivos conselhos profissionais.

Prática Sexual na Adolescência – uma realidade escancarada

Inquéritos com adolescentes de Ensino Médio¹² registram que as relações sexuais se

iniciaram, em média, aos 15 anos, em ocorrências voluntárias. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) realizada nacionalmente¹³, aponta que a idade da primeira relação sexual no Brasil é de 15 anos para meninos adolescentes e 16 para meninas adolescentes, sendo que, na região Sudeste, estas últimas também iniciam tal prática, em média, aos 15 anos. Tal média aponta que várias adolescentes, portanto, têm relação sexual, inclusive com 14 anos ou menos, de forma voluntária. Como demonstrou Zagury¹⁴, a presença efetiva da prática sexual envolvendo menores de 14 anos é considerável parte (20%) da população adolescente brasileira; esses contatos são realizados na quase totalidade das vezes com outro adolescente e nem sempre são aqueles com as quais estão envolvidas afetivamente ou em parceria¹². Com isso, questiona-se se é adequada a interpretação de presunção de violência e abuso quanto às relações sexuais de adolescentes com 14 anos ou menos.

Pode-se considerar que impingir o critério de abuso e violência na interpretação de uma prática desejada pelas adolescentes denuncia a intromissão de esferas morais pautadas na ideologia de gênero sobre legislações sociais vigentes, uma vez que na prática, tais casos só são denunciados quando o menor de 14 anos envolvido é mulher, já que quando é homem, ao contrário, há valorização extrema da prática. Como aponta Andrade¹⁵, se, com meninos, “pais e órgãos acusadores relaxam a vigilância, com as meninas, ao contrário, se clama crescente controle. O filho pode ser precoce, a menina só pode ser ingênua e violentada”.

Assim, desconsidera-se o livre exercício da prática sexual pelas adolescentes meninas que assim o desejarem, configurando-se explicitamente como uma estratégia sexista de controle da sexualidade feminina. Portanto, adotando um pressuposto contraditório que, ao invés de

proteger a liberdade sexual do adolescente e sua dignidade sexual, termina por tolhê-la, pressupondo uma situação de violência.

Muitas vezes, o tolhimento das práticas sexuais não adota diretamente características repressivas, mas se desconfigura em discursos evasivos sobre carência afetiva feminina¹⁶, quando se justifica a prática sexual de adolescentes, ou mesmo, atribuída à rebeldia. Questiona-se aqui se tal busca de afeto também não é feita por mulheres adultas, ou mesmo por meninos adolescentes, não sendo este um argumento fortemente sexista para postergar a prática sexual feminina. Não seria a reprodução de uma interpretação dos padrões de gênero transposta para a análise dos fenômenos da sexualidade supor que meninos não busquem nunca afeto, mas que entre eles o sexo seja sempre realizado por curiosidade e prazer, enquanto meninas só são afetivas e nunca teriam curiosidade, atração e busca de prazer. Seria tão difícil aceitar que meninas adolescentes também podem buscar sexo por terem desejo sexual?

D'Elia¹⁷ complementa o raciocínio, baseando-se na premissa da dignidade sexual da pessoa humana, demonstrando que a vulnerabilidade expressa na Lei nº 12.015, de 2009 situada dentro do capítulo “Dos Crimes contra a Dignidade Sexual”, não presume automaticamente mais que seja violência, mas passa a dar proteção ao vulnerável menor de 14 anos, como “um crime contra a dignidade pessoal e não mais contra os costumes” (p. 17), já que, segundo Delmanto, “a liberdade e a dignidade sexuais integram, necessariamente, a dignidade da pessoa humana, fundamento maior do Estado de Direito Democrático”¹⁷ (p. 12). Portanto, segue D'Elia:

“Uma presunção de vulnerabilidade absoluta (...) viola disposições existentes no próprio ordenamento jurídico e subtrai

do intérprete da lei penal a análise real das situações de vulnerabilidade em que se encontram os crimes contra a dignidade sexual”¹⁷ (p. 19).

Nesse sentido, completa o autor, são fundamentais as mudanças legislativas que vêm ocorrendo, por meio das leis penais quanto à sexualidade, cada vez menos se pautando na moralidade e passando a se importar com a dignidade sexual e humana das pessoas. Por isso, somente quando o cidadão é lesado e sente que sua autodeterminação foi afetada é que deve haver descrição de violência e intervenção¹⁷ (p. 35, 56).

Tudo isso deve ser considerado, ainda mais se observarmos que a maioria das relações sexuais ocorre de forma voluntária com parceiros ou parceiras adolescentes¹², igualmente vulneráveis.

Maternidade e Paternidade entre Adolescentes

Com relação à situação de desejo de gravidez por uma adolescente, analisar este fenômeno torna-se tarefa ainda mais complexa, pois diferentemente da sociedade que predominou até o começo do século XIX, esse evento é atualmente malvisto.

Sabemos que estudos históricos apontam que na sociedade brasileira, a questão de crianças filhas de mães adolescentes era até poucas décadas recorrente e vista com naturalidade³. A preocupação não se dirigia a este evento, mas ao fato de que essa mãe não estivesse casada nos conformes das regras familiares, ou seja, fosse mãe-solteira, como apontaram Joffily e Costa⁵.

Historicamente no Brasil, o evento de uma adolescente ou mulher adulta solteira (tanto faz a idade) grávida ou com filho(s) era considerado uma aberração, porque apontava a prática sexual da mulher numa situação anterior e fora do casamento, demarcando sua defloração antes do sacramento

que supostamente a autorizaria. Essa autorização era fundamental porque punha em jogo a respeitabilidade e a manutenção das tradições das famílias, pelas quais a situação patriarcal conferia à mulher uma posição de elementos de troca social e correspondiam à honra de seus pais e membros masculinos⁵. Caso ocorressem gestações seguidas por propostas de casamento ou arranjos de casamento, mesmo em situações de estupro, como já foi apontado, a gravidez não era vista mais como um problema, dado que não resultaria em desonra. Por isso, constata-se que as próprias legislações permitiam o casamento na adolescência¹⁸ e até o recomendavam, evitando possíveis riscos de descontrole dos desejos sexuais femininos em caso de postergá-lo e garantindo que a primeira gravidez estivesse sob a ordem do matrimônio.

Relatos de mulheres adolescentes enviadas a conventos, monastérios¹⁹, ou até emparelhadas²⁰⁻²¹, não são incomuns em relatos e na literatura brasileiros, denunciando ocorrências de gestação adolescente indesejada e sumariamente julgadas pela moral cultural das famílias. Era, assim, um assunto de âmbito do espaço privado, a ser resolvido sem necessidade da interferência do Estado, principalmente quando impossibilitava a aplicação da lei de casamento que sanaria a “vergonha” familiar. Ou seja, o Estado se omitia nas condutas que não envolviam negociação e reparos entre as partes masculinas envolvidas, mesmo que isso levasse à exclusão, ao exílio forçado e, até, à morte dessas meninas gestantes.

Por isso, como ressalta Sacramento²², temos que encarar que o espaço “privado é político” em qualquer situação, ou seja, a forma que a sociedade organiza ou não a intervenção e atribuição do Estado sobre o privado é uma política pública sancionada, mesmo que não legalmente.

Roland¹⁸ aponta que a gravidez adolescente passa a significar um problema em larga escala principalmente quando quebra os padrões

de normalidade construídos, o que no Brasil teria ocorrido com o surgimento dos discursos pautados nos ideais de controle de natalidade, entrada tardia na maternidade, escolarização prolongada e modelo ideal de família. No Brasil, propostas baseadas na teoria malthusiana de controle populacional²³, visando a redução da pobreza, apesar de terem sido lidas desde sua concepção no século XVIII, passaram a estar mais presentes após a industrialização do país, que gerou a necessidade de escolarização das mulheres e sua entrada no mercado de trabalho, o que reforçou a mentalidade de adiamento das recomendações de casamento e maternidade. As adolescentes precisavam preparar-se e tornarem-se adultas trabalhadoras, para depois realizar estes eventos de construção da família brasileira.

Como ressalta Alves²⁴, até o Estado Novo, na década de 1930, a política predominante era de expansionismo pró-natalista, que complementava as políticas migratórias latino-americanas dos séculos XIX e XX, reforçando a necessidade de mão de obra humana para o desenvolvimento das economias desses países que eram essencialmente agrícolas. O Decreto Federal nº 20.291, de 11 de janeiro de 1932, vedava ao médico qualquer “prática que tenha por fim impedir a concepção ou interromper a gestação” no Brasil, assim como o artigo 124 da Constituição do Estado Novo orienta que o Estado dê proteção ao casamento indissolúvel e às “famílias numerosas”, “na proporção de seus encargos”. Não por acaso, tais discursos ganhavam apoio da postura da Igreja Católica, que sistematicamente se posicionava pelo natalismo e contra qualquer tipo de controle de fertilidade²⁵.

A gravidez na adolescência como problema

Segundo Correa, Jannuzzi e Alves²⁶, foi apenas após a 2ª Guerra Mundial que a política internacional se empenhou em propostas baseadas

no neomalthusianismo, procurando conter uma imaginada e possível explosão demográfica da população. Entre essas propostas está a prática de disseminação de métodos contraceptivos e esterilizações, visando conter a fecundidade adotada pela Sociedade Civil Bem Estar Familiar no Brasil (BEMFAM), o Centro de Pesquisa e Assistência Integral à Mulher e à Criança (CPAIMC)²⁷ e o Centro de Pesquisa e Assistência em Reprodução Humana (CEPARH), que recebiam recursos de várias agências e fundações internacionais como *International Planning Parenthood Federation (IPPF)*, *Pathfinder Foundation*, *Rockefeller Foundation* etc.²⁸, que relacionam esse evento à pobreza e ao baixo desenvolvimento econômico dos países.

A percepção de que o acesso à contracepção é um direito de decisão e escolha das mulheres que deve ser inerente às políticas públicas veio a ser disseminado apenas posteriormente, na década de 1980, com o conceito de “Planejamento Familiar”, difundido por feministas e organizações de mulheres que pautavam o direito das mulheres à livre escolha quanto aos assuntos sexuais e reprodutivos. A partir daí, embora tenha havido avanços que propuseram toda uma política de planejamento familiar (incorporada na proposta do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)), Berquó²⁹ chama a atenção às preocupações com o “descontrole populacional” ainda vigentes e que voltariam explicitadas dez anos depois como posição oficial da Conferência Internacional de População das Nações Unidas, realizada no México em 1984, discurso que apontava o controle populacional como a maneira de permitir a melhoria do padrão de vida dos países em desenvolvimento.

O neomalthusianismo, portanto, será o berço para a construção de toda uma gama de discursos científicos criados para embasar tal ideologia na área de saúde e em outras áreas ligadas às demais políticas públicas, fazendo

surgir novos conceitos-problemas até então inexistentes: “gravidez precoce”, “gravidez indesejada”, “gravidez problema” etc. De forma geral, as razões e contextos sociais para tais gestações ficam de fora dessas discussões que geram intervenções de saúde e invariavelmente desconsideram também as razões das práticas sexuais desprotegidas de contracepção que ocorrem inclusive pela falta de acesso à contracepção, ao mesmo tempo em que não discute quais as motivações para que várias adolescentes queiram ter filhos. Quais são os hábitos, as estratégias e as expectativas de vida que orientam esses quereres, como diria Bourdieu³⁰.

Entre as propostas de análise das razões da gravidez na adolescência, o discurso do desejo de maternidade, da mesma forma que a de prática sexual, é explicado muitas vezes por discursos que reproduzem padrões de gênero, atribuindo um desejo inconsciente pela maternidade ao desejo de afeto por diversos autores, principalmente da área da Psicologia³¹⁻³², associada à visão da adolescência como período de perturbações. Assim, a gravidez adolescente, ao invés de ser vista como um fenômeno óbvio e biológico natural provável quando não há uso de contracepção, passa a ser explicada por justificativas reducionista, como a tese de que seria fruto de um “desejo inconsciente”, uma “carência”, “falta” ou “fragilidade” feminina, que revelariam a somatização de um problema³³; enquanto outros autores justificam a ocorrência por um tal “instinto maternal” inconsciente³⁴, ou de busca de um “status” adulto³⁵, que descartam totalmente a simples vontade sexual dessas meninas no estudo da gravidez na adolescência, ao mesmo tempo em que não são mencionadas carências emocionais ou desejos inconscientes quando se analisam as práticas sexuais de rapazes e nas razões para o “engravidamento” realizado por meninos adolescentes e sua real

(mesmo que não praticada) paternidade, em situações em que engravidam parceiras.

Novamente, questionamos por que tais explicações sempre atribuem o fenômeno da sexualidade feminina à questões que desconsideram totalmente o desejo sexual feminino e, no caso da gestação, deste desejo ter sido simplesmente realizado sem o uso dos contraceptivos atualmente disponíveis por simples falta de conhecimento, habilidade. Enfim, fazem a análise simplista atribuindo diferenças de gênero e repetindo que a adolescente mulher nunca é levada pelo fator sexual e de desejo, e que, ao contrário, é uma vítima frágil.

Com relação às gestações desejadas pelas adolescentes, uma minoria, fica notória a interrogação de quantas dessas ocorrências se justificam enquanto projetos de vida que espelham justamente a realidade específica da sociedade em que as cercam, que dá *status* e maior autonomia, inclusive sexual e afetiva às mulheres que já são mães, representando assim para essas adolescentes um passo para a autonomia como aponta Paula³⁶. Embora esses comportamentos demonstrem formas de lidar com uma realidade de vulnerabilidade social e de emancipação bastante diferente daquelas formas almejadas pelos discursos institucionais e oficiais que não chegam ao contexto cotidiano de grande parte da população adolescente brasileira, são formas alternativas que adotam para ficarem livres da exploração do trabalho doméstico às que costumam estar sujeitas em suas famílias de origem, também por motivos de cultura de gênero que leva a uma desigualdade na divisão sexual do trabalho doméstico, que sempre as sobrecarrega.

Já para a grande maioria, formada por adolescentes que não desejam a gravidez – que responde até 80% dos casos³⁷ –, mas só o sexo, a ocorrência deste fenômeno vêm sendo absolutamente desconsiderada.

Gravidez não planejada como responsabilidade das Políticas de Saúde

No Brasil, a gravidez sempre foi comum e vigorou em áreas rurais e próximas à áreas antes ocupadas por indígenas^{13,36-38}, sendo compreendida como uma elevação do *status* da mulher à condição adulta, porém, a grande concentração de gravidez na adolescência de mães antes dos 18 anos de idade é indesejada³⁹ e se correlaciona não a uma coincidente subjetividade, mas com a desvantagem socioeconômica e a vulnerabilidade social estatisticamente significativa de quem não teve acesso à assistência contraceptiva. Essa característica é verificada em estatísticas nacionais³⁹⁻⁴⁰, em que essas ocorrências se mostram mais do que o dobro em regiões mais pobres⁴⁰. Isso aponta não apenas a falta de equidade e democratização no acesso a uma tecnologia preventiva contraceptiva, mas a falta de políticas públicas relativas à gravidez entre adolescentes⁴¹, incluindo o fundamental papel do setor da saúde e da educação na promoção da educação sexual e do acesso aos contraceptivos.

Fatores de ordem cultural que motivam o amplo controle da sexualidade feminina e o discurso predominante de que adolescentes devem postergar a prática sexual por meio de discursos desqualificadores e condenatórios são fundamentais para a análise da razão da gravidez na adolescência. Uma vez que não estimulam as adolescentes a se enxergarem como sexualmente ativas e, portanto, em risco de engravidar⁴², provocam que elas ocultem seus desejos e comportamentos sexuais de si mesmas e de seus familiares, buscando prevenir confrontos.

Estudos atuais têm mostrado que a história contraceptiva pessoal e familiar é fundamental na quantidade de gestações não planejadas, inclusive na adolescência, porque demonstram a habilidade de uso desses recursos para possibilitar a prática sexual sem gestação⁴³⁻⁴⁴; ou seja, o

tempo de início e de uso de contracepção, bem como o diálogo entre as gerações da própria família, o próprio conhecimento anatômico e fisiológico do corpo, e o respeito ao direito e à autonomia das adolescentes para adquiri-los³⁵ são fatores determinantes para o início de uso, a adesão temporal, o uso correto e a minimização de falhas dos contraceptivos⁴⁴. Ao mesmo tempo, o estímulo ao uso de contraceptivos que dificultem esquecimentos e sejam de maior duração, como as injeções trimestrais e até, de longa duração, como os implantes contraceptivos e o DIU, poderia ser realizado junto às adolescentes, como já vem recomendando o Ministério da Saúde⁴⁵⁻⁴⁶, de forma a evitar que gestações não planejadas ocorram.

Esta pesquisa realizada explica não apenas a postergação de início da prevenção contraceptiva e segura que precisa ser assimilada enquanto comportamento aprendido, como também reforça as descontinuidades de uso dos métodos contraceptivos³⁴ que favoreceriam à exposição à gravidez. Um bom acompanhamento e acesso educacional pelo setor saúde e educacional também poderia resolver várias dúvidas, medos, dificuldades, tabus e crenças errôneas – a crença de que os métodos contraceptivos disponíveis são incompatíveis com a baixa frequência sexual³⁵; a ideia de que adolescentes são pouco férteis ou que os contraceptivos dificultariam ou fariam mal a futuras gestações, ou que interfeririam no prazer sexual⁴⁷; a percepção que seu uso é de responsabilidade do outro, do parceiro, da mulher ou só do homem, etc. –, assim como o medo de efeitos colaterais, e a rapidez de início de uso frente a relacionamentos reatados inesperadamente⁴¹, questões bastante comum entre as adolescentes. Ao mesmo tempo, essas ações de promoção à saúde sexual e reprodutiva melhor orientadas impactariam nos fatores de ordem econômica, como a falta de dinheiro

para a obtenção de métodos e a falta de instrução contraceptiva na família e na escola.

Ou seja, todos esses fatores se relacionam com políticas de saúde, com posturas educativas, de acompanhamento, acolhimento e atenção que são de responsabilidade do Estado. São ações que poderiam ser feitas de forma a promover os direitos sexuais e reprodutivos dos e das adolescentes, proporcionando que suas práticas sexuais não terminem em gestações não planejadas, separando a sexualidade da maternidade e paternidade, como é direito constitucional de qualquer cidadão brasileiro, atendendo aos interesses e desejos desse público para que possam planejar o seu futuro.

Considerações finais

Portanto, entendendo a adolescência como um conceito recente e sociológico, fruto da resignificação dos espaços e papéis dos indivíduos púberes no meio social e cultural, devemos compreender que a política do Estado age automaticamente sobre ela e que vêm, como demonstrado nas diversas épocas, sendo alvo de intervenções sociais e da disciplina e “docilização” dos corpos, inclusive no campo da Saúde Pública⁴⁸.

Diferentemente das sociedades rurais, nas quais a passagem pela puberdade já introduzia indivíduos às responsabilidades adultas, a sociedade brasileira atual urbana atua sobre a saúde dos adolescentes com viés motivado por iniciativas e intervenções de motivações políticas e econômicas, que continuam a incidir sobre a liberdade reprodutiva feminina e abordá-la como objeto.

Essas políticas deveriam atender os próprios interesses dos sujeitos envolvidos, ou seja, a demanda dos próprios adolescentes. Eles e elas querem (e têm direito) a apenas desfrutar do desenvolvimento da própria sexualidade e exercer sua vida sexual sem ter a gravidez. E cabe a toda sociedade

e, principalmente ao Estado, promover esses direitos, combatendo tabus e crenças repressivas, amparando ações educativas e políticas de atenção à saúde, principalmente de planejamento reprodutivo e contracepção que respeitem a autonomia e garantam a confidencialidade desses sujeitos, assim como de qualquer cidadão brasileiro.

Referências

1. Paiva CL, Godoy MM, Rodarte MMS, Santos D. Publicação crítica do recenseamento geral do Império do Brasil de 1872:relatório provisório [internet]. Belo Horizonte: Núcleo de Pesquisa em História Econômica e Demográfica; 2012 [acesso em 21 mar 2021]. Disponível em: http://www.nphed.cedeplar.ufmg.br/wp-content/uploads/2013/02/Relatorio_preliminar_1872_site_nphed.pdf.
2. Benini CSA. O fenômeno da gravidez na adolescência em perspectivas diferenciadas e suas implicações nas relações pessoais, familiares e sociais [dissertação]. Viçosa: Universidade Federal de Viçosa; 2011.
3. Oliveira AAS, Xavier MDF, Alves GF. Reações familiares diante da situação de gravidez na adolescência i impacto da gravidez na adolescência: rejeição, aceitação e apoio. Interdisciplinar. Rev. Eletr. da Univar [internet]; 2011 [acesso em 21 mar 2021]; 5:30-36. Disponível em: <http://www.univar.edu.br/revista/downloads/relacoesfamiliares.pdf>.
4. Abreu M. Meninas perdidas. In: Del Priore M, organizador. História das crianças no Brasil. São Paulo: Contexto; 2000. p.289-316.
5. Joffily SMLC, Costa LF. É possível prevenir gravidez na adolescência?[internet]. 2005 [acesso em 21 mar 2021]. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0231.pdf>.
6. Rector MA Fala dos Jovens. Petrópolis: Vozes; 1994.
7. Figueiredo R, Castro Filho JM, Kalckmann AS. Planejamento familiar e reprodutivo na atenção básica do município de São Paulo: direito constitucional respeitado? Bol Inst Saude. 2014; 15(2):81-93.
8. Figueiredo R, Bastos S, Telles JL. Profile of the free distribution of emergency contraception for adolescents in São Paulo's counties. Journal of Human Growth and Development [internet]. 2012 [acesso em 21 mar 2021]; 22(1):105-115. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/20058>.
9. Figueiredo R, Candido LAL. Orientação para escolas e educadores sobre encaminhamentos em sexualidade, diversidade sexual e saúde sexual e reprodutiva. Bol Inst Saude. 2018; 19(2):169-183.
10. Figueiredo R. Percepção e orientação de condutas de conselheiros tutelares sobre práticas sexuais de menores de 18 anos[tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2015.
11. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde de Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais. Brasília(DF): 2009.
12. Figueiredo, R., Segri N. Use of Male Condoms among Adolescents with Free Access at Emergency Contraception Study among Students from the Public Education System of the Sao Paulo, Brazil. World Journal of aids.2014;04: 178-186.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa nacional por amostra de domicílios 2006 [internet]. Brasília; 2006 [acesso em 21 mar 2021]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2006/>.
14. Zagury T. Encurtando a adolescência. 4. ed. Rio de Janeiro: Record; 1999.
15. Andrade JS. Relativização da culpabilidade no artigo 217-a do Código Penal [internet]. outubro 2014 [acesso em 21 mar 2021]. Disponível em: <http://jus.com.br/artigos/32636/relativizacao-da-culpabilidade-no-artigo-217-a-do-codigo-penal>.
16. Ávila AA. Socorro, doutor! atrás da barriga tem gente! São Paulo: Atheneu; 1998.
17. D'elia FS. Tutela penal da dignidade sexual e vulnerabilidade. São Paulo: Letras Jurídicas; 2014.
18. Roland MIF. A construção social do problema da gravidez na adolescência: estudo de caso sobre o campo institucional da Central da Gestante, em Piracicaba, SP [internet] [dissertação]. Campinas: Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas; 1994 [acesso em 21 mar 2021]. Disponível em: http://www.fazendogenero.ufsc.br/10/resources/anais/20/1383830319_ARQUIVO_PESQUISA-INTERVENCAOEMPSCOLOGIA.pdf .
19. Miranda A. Que seja em segredo. São Paulo: L & PM Editores; 2014.
20. Pessoa AES. Sociologia da hipocrisia ou breves considerações sobre um centenário romance recifense: a emparedada da rua nova. Saeculum [internet]. 2009 [acesso em

- 21 mar 2021]; 20:34-48. Disponível em <http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/srh/article/view/11436/0>.
21. Albuquerque TCL. A emparelhada da Rua Nova e outras histórias: práticas e representações da mulher na cidade do Recife (1870-1909) [dissertação]. Recife: Universidade Federal Rural de Pernambuco; 2014.
22. Sacramento S. Mulheres emparelhadas e seus espaços de memória. *Est. Femin.* 2006; 14(2):549-571.
23. Malthus TR. Ensaio sobre a população. Cury AA, tradutor The University of Michigan Press; 1959.
24. Alves JED. O choque de civilizações versus progressos civilizatórios [internet]. In: Caetano AJ, organizador. Dez anos do Cairo: tendências da fecundidade e direitos reprodutivos no Brasil. Campinas:Unfpa; 2004 [acesso 21 mar 2021]. p64- . Disponível em: http://www.unfpa.org.br/Arquivos/livro_dezanos.pdf
25. Souza Junior A. A política demográfica da igreja católica e a medicalização da contracepção (1960-1980) [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2006.
26. Corrêa S, Jannuzzi PM, Alves JED. Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. In ABEP. Sistema de indicadores municipais em saúde sexual e reprodutiva. Rio de Janeiro; 2003.
27. Costa AM. Planejamento familiar no Brasil. *Rev Bioéti.* 1994; 4(2):209-216.
28. Pereira AJ, Inchiata LYI. A sociedade civil contra a aids: demandas coletivas e políticas públicas. *Ciênc Saud Colet* 2011; 16(7):3249-57.
29. Berquó E. O Brasil e as recomendações do Plano de Ação do Cairo. In: Bilac ED, Rocha MIB. A saúde reprodutiva na América Latina e no Caribe: temas e problemas. Campinas, Editora 34; 1998.
30. Bourdieu P. A economia das trocas simbólicas. São Paulo: Perspectiva; 1992.
31. Deutsch H. Problemas psicológicos da adolescência com ênfase na formação de grupos. Rio de Janeiro: Zahar; 1977.
32. Langer M. Maternidade e sexo: estudo psicanalítico e psicossomático. Porto Alegre: Artes Médicas; 1981.
33. Tachibana M, Santos L P, Duarte CAM. O conflito entre o consciente e o inconsciente na gravidez não planejada. *Psychê.* 2006; 10(19): 149-167.
34. Langer M. Maternidade e sexo: estudo psicanalítico e psicossomático. Porto Alegre: Artes Médicas; 1981.
35. Meira AC. Dos impasses da maternidade a uma verdade indizível: uma leitura psicanalítica sobre a feminilidade. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2010.
36. Paula D.B. Gravidez na adolescência: estratégia de inserção no mundo adulto [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica; 1992.
37. Nações Unidas Brasil - ONU. Quase metade das gestações no Brasil não é planejada, destaca Fundo de População da ONU [internet]. [acesso em 6 dez 2020] Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/73738-quase-metade-das-gestacoes-no-brasil-nao-e-planejada-destaca-fundo-de-populacao-da-onu>.
38. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Taxa de fecundade [internet]. [acesso em 30 abr 2019] Disponível em: www.ibge.org.br.
39. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2017: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável. Brasília (DF); 2017.
40. Figueiredo R, Andalafti Neto J. Uso de contracepção de emergência e camisinha *Rev SOGIA-BR.* 2005; 6(2):2-4.
41. Correa MD. Noções práticas de obstetrícia. 12. ed. Belo Horizonte: Medsi; 1999.
42. Nascimento CB. Conhecimento e uso da contracepção de emergência por estudantes de ensino médio (dissertação). São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2004.
43. Bisol CA. Estratégias de pesquisa em contextos de diversidade cultural: entrevistas de listagem livre, entrevistas com informantes-chave e grupos focais. *Estudos de Psicol.* 2012; 29(supl.):719-726.
44. Santos OA. Padrões e determinantes das discontinuidades contraceptivas no uso de pílula oral, hormonal injetável e preservativo masculino [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2018.
45. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Manual técnico para profissionais de saúde: DIU com Cobre TCu 380A. – Brasília (DF); 2018.
46. Ministério da Saúde (BR). PORTARIA Nº 3.265. altera o Anexo XXVIII da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Dispõe sobre a ampliação do

acesso ao Dispositivo Intrauterino Tcu 380 (DIU de cobre) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília 1 dez 2017.

47 - Alves AS, Lopes MHBM. Conhecimento, atitude e prática do uso de Conhecimento, atitude e prática do uso de pílula e preser pílula e preservativo entre adolescentes universitários. Rev Bras Enferm [internet] Brasília 2008 [acesso em 26 ago 2021]; 61(1): Rev Bras Enferm [internet] 2008 jan-fev; 61(1): 11-7. . Disponível: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/04/02.pdf>.

48. Ayres JRCM. Adolescência e saúde coletiva: aspectos epistemológicos da abordagem programática. In: Schraiber LB. Programação em saúde hoje. São Paulo: HUCITEC; 1990. p. 129-182.

Saúde sexual e reprodutiva de adolescentes: seria a gravidez a única questão a ser debatida?¹

Adolescent sexual and reproductive health: is pregnancy the only issue to be debated?

Ana Katarina Soares Pereira^{II}, Julia Maria Cêga Lopes^{III}

Resumo

É praticamente consenso que a gravidez na adolescência é tratada como um fenômeno que representa certo grau de ameaça à saúde pública e à vida social. O presente trabalho, partindo da vivência em formações voltadas à implementação do Protocolo de Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes com trabalhadores da saúde do município de Franco da Rocha (SP), discute a forma limitada como a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes é abordada: com foco apenas na questão da gravidez, colocando-a unicamente como responsabilidade das adolescentes.

Palavras-chave: Saúde sexual e reprodutiva; Adolescência; Gravidez.

Abstract

It's practically a consensus that pregnancy in adolescence is treated as a phenomenon which represents a certain level of threat to public health and social life. This article derives from real life experience within educational meetings aiming at the implementation of a "Sexual and Reproductive Health of Adolescents Protocol" for health workers from Franco da Rocha municipality. It discusses how narrow the sexual and reproductive health of adolescents topic has been approached once it focuses merely on pregnancy matters and puts the issue under teenagers' responsibility only.

Keywords: Sexual and reproductive health; Adolescence; Pregnancy.

Introdução

A pesar de não ser a única área a se debater sobre o estudo da adolescência, o campo da Saúde desempenha papel considerável, influenciando a construção da definição do termo e dos problemas referentes a essa fase da vida. A gravidez na adolescência há tempos

vem sendo tratada como um fenômeno que representa certo grau de ameaça à saúde pública e à vida social. É sobre essa questão que o presente trabalho discorre, partindo do compartilhamento de vivências e do registro de falas obtidos durante formações, compostas de palestras e discussões de casos, com a participação de trabalhadores das 12 unidades básicas de saúde (UBS) do município de Franco da Rocha e de uma pesquisadora do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP).

As formações, que ocorreram no âmbito da parceria entre o Instituto de Saúde da SES-SP e o município de Franco da Rocha, tiveram como objetivo a implementação do Protocolo de Saúde

¹ Agradecemos à Ana Pereira pelas sugestões e revisão do texto.

^{II} Ana Katarina Soares Pereira (a.katarina.sp@gmail.com) é nutricionista pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP), especialista em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP) e mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP).

^{III} Julia Maria Cêga Lopes (juliamaria303030@gmail.com) é psicóloga pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), especialista em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde da SES/SP e residente pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família do Hospital Santa Marcelina.

Sexual e Reprodutiva de Adolescentes presente no Caderno de Atenção à Saúde Reprodutiva, Pré-Natal, Parto e Puerpério, produzido na fase anterior da parceria. Embora a proposta fosse abarcar questões relacionadas a um tema amplo – saúde sexual e reprodutiva de adolescentes –, as formações ficaram restritas aos “problemas da gestação na adolescência”.

O que é adolescência?

Revisitar, questionar, repensar conceitos que aparentemente são consenso e que são mecanicamente utilizados é algo relevante, visto que eles carregam os pressupostos teóricos que nos orientam. Portanto, antes de iniciarmos a discussão sobre gestação na adolescência, é fundamental refletirmos sobre as noções de adolescência, pois elas norteiam o processo de produção de conhecimento a respeito do tema, e sobre suas repercussões na criação/(re)criação/(re) produção de práticas concretas, especialmente no quadro das políticas públicas de saúde¹.

Criança é aquela pessoa do nascimento até 12. Fez 12, vira adolescente tá? Então, na nossa lei brasileira, adolescente é a pessoa de 12 a 17, né? Fez 18, vira adulto, não é isso? (Fala de formação 1)

Porque o corpo é genético, né, gente? Se tem uma família que menstruou com 9 ou 10, ela vai fazer aquele estirão, não é? Tem família mais cedo, mais tarde. Se ela fizer um estirão, como é orgânico, ela vai se comportar como a de 15, não como as amiguinhas dela. (Fala da formação 2)

As falas supracitadas transmitem a ideia da adolescência enquanto fenômeno que respeita certa cronologia e é muito bem demarcado por fatores

fisiológicos. Assim, de forma homogênea e determinística, a idade e as mudanças hormonais produziam o “comportamento típico de adolescente”.

A adolescência é descrita pela Organização Mundial da Saúde (OMS)² como um período da vida em que um indivíduo não é mais criança, porém ainda não é adulto. É uma fase na qual a pessoa passa por enormes mudanças em diferentes aspectos, como crescimento e desenvolvimento físico, acompanhadas de maturação sexual e reprodutiva. Essas transformações muitas vezes levam a relacionamentos íntimos; ao desenvolvimento do pensamento abstrato e crítico, juntamente com um senso de autoconsciência; e à criação de identidade adulta e transição da total dependência socioeconômica e emocional para a relativa independência. Do ponto de vista etário, adolescentes são indivíduos de 10 a 19 anos.

Apesar dessa descrição, uma ressalva é feita: os adolescentes não são um grupo homogêneo. Eles têm necessidades de acordo com sexo, estágio de desenvolvimento, circunstâncias da vida e condições socioeconômicas.

As Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde³, produzidas pelo Ministério da Saúde, seguem o mesmo caminho homogeneizante, considerando adolescentes e jovens indivíduos de 10 a 24 anos. Tomando como base o Estatuto da Criança e do Adolescente⁴, adolescentes são sujeitos de 12 a 18 anos.

Para Reis e Zioni⁵, tal conceito de adolescência, que é amplamente aceito, busca contemplar as dimensões fisiológica, psicológica e econômica que levam o sujeito do estado infantil ao adulto. Porém, se mostra confuso ao tentar homogeneizar os sujeitos, pois no plano fenomenológico há limitações em se afirmar que pessoas entre 10 e 20 anos passam por transformações biopsicossociais de modo articulado e simultâneo.

No campo da saúde, é possível observar que a formulação ou a adoção de conceitos e práticas a respeito da adolescência (ou de adolescentes) são predominantemente orientadas pelo paradigma biomédico, que a descreve como uma fase do desenvolvimento humano que não escapa a nenhuma pessoa: todos estão fadados a passar por ela rumo à vida adulta. Por mais que possa se desenrolar até certo ponto com algumas diferenças, não seria possível escapar desse período “crítico”, que, por se tratar de um momento de definições de “identidade”, gera “crises” que beiram o patológico, merecendo grande atenção do campo da Psicologia, que caracteriza a fase como uma “síndrome da adolescência normal”¹.

Porém, a adolescência (ou juventude) pode ser olhada como categoria sociocultural, de origem histórica, destituída dos sentidos de universalidade, naturalidade e obrigatoriedade, o que permite então tratá-la no plural, como “adolescências”^{1,5,6}.

Há tempos, observa-se no campo da Saúde um movimento em busca de analisar a construção social dos conhecimentos a respeito da adolescência de forma interdisciplinar. É reconhecida a existência de transformações biológicas nessa fase e dos significados que lhes são atribuídos, tanto pelos sujeitos que as vivenciam quanto pela sociedade. Entretanto, apenas esse critério não basta para explicar o fenômeno, de forma que existe um esforço para se contemplar as dimensões biológicas, psicológicas e socioculturais nos estudos relativos às formas de vivenciar a adolescência¹.

Adolescência e gravidez

(...) o tema da adolescência e da sexualidade no nosso país é um tabu, né? Então, a gente, se não tem uma formação, uma capacitação, a gente acaba tirando

as nossas condutas e as nossas informações da nossa experiência pessoal, né? Do que a gente leu, do que comentaram, né? Então, o que tava acontecendo aqui em Franco da Rocha? Cada unidade tava fazendo de um jeito. Quando a Secretária nos procurou, a gente propôs procurar resolver os problemas, a gente vai começar falar desses problemas e principalmente padronizar as condutas, tá? (Fala da formação 3).

Motivo de morte: gravidez, parto, puerpério. Primeiro motivo de morte, primeiro motivo de internação hospitalar. Então, se a gente quiser fazer saúde para as adolescentes e não fizer isso, a gente tá fingindo que tá fazendo saúde, é disso que elas morrem e se internam, tá? (Fala da formação 4).

Inicialmente, as atividades no município de Franco da Rocha se propuseram a discutir as questões relativas à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes. Além de o tema ser tratado como um problema, e não como um dos diversos aspectos da vida, percebe-se que a discussão ficou restrita à gestação na adolescência, abordada como algo relacionado a e de responsabilidade apenas do sexo feminino.

Durante as formações, apesar de o machismo ter sido colocado em pauta no momento em que foi debatido o preconceito sofrido pelas meninas ao engravidarem, diferentemente do que foi proposto, constatou-se que não houve sugestões de que meninos e homens fossem incentivados a buscar os serviços de saúde para orientações sobre métodos contraceptivos, prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST) ou planejamento familiar e reprodutivo. A presença deles

nos serviços de saúde ficou reduzida à referência ao encaminhamento para Centros de Atenção Psicossocial, caso precisassem lidar com o uso de álcool e outras drogas.

(...) Então, a questão de saúde sexual e reprodutiva não é um problema da família, não é um problema privado, é um problema de saúde pública. (Fala da formação 5)

Até o fim da primeira metade do século XX, a gravidez era considerada uma “função natural” das mulheres, que deveria acontecer preferencialmente antes dos 25 anos de idade. Assim, da mesma forma que a ideia de adolescência é recente, com seu conceito construído no século XIX, o entendimento da gravidez antes dos 20 anos como algo inadequado também foi criado há pouco tempo. Tal formulação acompanhou a proliferação de discursos sobre a inadequação da gravidez na adolescência nos campos médico-sanitários e político. É neste contexto que a Biomedicina, por meio de seu domínio sobre os conhecimentos do corpo, passa a determinar a idade mais segura, ou seja, a fase em que o corpo supostamente estaria pronto para uma gestação⁷.

Esse movimento também revela a assimetria da Medicina na interpretação dos corpos de mulheres e homens. Sobre elas, a medicalização passou a incidir de forma mais intensa, com os corpos femininos colocados como objeto de saber e prática médica, essencial para o controle das populações e a regulação da sexualidade⁸. Não é à toa que, quando se trata de métodos contraceptivos desenvolvidos para mulheres, podemos listar uma gama variada: os anticoncepcionais orais combinados, hormônios injetáveis, anel vaginal, adesivo anticoncepcional, dispositivos intrauterinos, diafragma, capuz cervical, esponja contraceptiva, camisinha feminina e laqueadura.

Já para os homens, há apenas a camisinha masculina, a vasectomia e uma promessa de pílula para os próximos anos.

Toda rua daqui deve ter uma gravidez na adolescência, praticamente. As periferias, né, das cidades sempre têm gravidez na adolescência. (...) Se ela não trabalhar então, quem vai por grana? A vó. Isso quando a vó não tem que cuidar também. Se quiser que essa menina estude, a vó tem que cuidar, se não, ela larga a escola. Então, só pra vocês terem noção, a gravidez das meninas é o principal motivo de abandono escolar. Quando a gente abandona a escola, como falei no começo, o que acontece? Menor renda. Então, você vai ter famílias com mulheres pouco escolarizadas ou menos escolarizadas, condenadas a maior pobreza, né? (...) Se bota ela pra correr e não dá um puxadinho ali ou um outro lugar, ou vai para casa do menino, né, ela já fica com uma casa em desvantagem econômica. Pobre. Já tá fadada a ser igual a mãe dela. (...) Não dá tempo de criar nada, de estruturar nada, nem uma casa, nem uma renda, nem uma educação, nada, né? Então, muitas separações, e aí você vê bairros e bairros de chefia feminina. Quando a gente fala de chefia feminina, chefia só de mulher. (...) E a outra coisa é que essas casas de mulher viram bairros, e bairros de mulheres pobres. Então, você chega ali, tem aquela geração, chega daqui a 20 anos são as filhas daquela mulher, no bairro do lado, sem estudo de novo, gestação precoce e fica repetindo. Então, só pra vocês terem noção, é assim que vai crescendo as periferias, né? E isso não muda, né, gente? Não vai ter um dia que

vai acordar as mulheres e falar “vamos ensinar as meninas a não engravidar a partir de hoje!”. Nunca aconteceu isso, né? Nem nas periferias, nem nas aldeias indígenas, nas tribos da África. (Fala de formação 6).

A qualificação da gravidez na adolescência como um evento negativo e de caráter epidêmico, tanto para a vida individual quanto para a vida coletiva, ganhou o reforço, a partir da década de 1980, de discursos oficiais que utilizavam esse fato como argumento responsável pela “transmissão” ou reprodução da pobreza, como aponta Silva⁷. Além de se apoiarem na alegação de uma “incapacidade fisiológica para gestar e incapacidade psicológica para criar”⁷ das adolescentes, lançou-se mão da definição da faixa etária dos 12 aos 20 anos de idade como período de dependência econômico-familiar que deveria ser dedicado aos estudos e qualificação para ingresso das jovens no mercado de trabalho. Observa-se, então, que o momento entre infância e vida adulta passou por expansão e prolongamento.

Somente após cruzarem esse percurso, as/os adolescentes, que de início são vistas(os) como naturalmente imaturos, instáveis e despreparados, poderiam se tornar adultos capacitados para constituírem família. Logo, se uma adolescente engravidada, ela é posta como forte candidata a abandonar os estudos ou a ter uma qualificação profissional inferior, pois interromperia a trajetória projetada como ideal: de foco na educação enquanto vive com a família, posterior qualificação profissional, colocação no mercado de trabalho e, por último, a maternidade.

Diante da grande seletividade do mercado de trabalho, uma pessoa que engravidada na adolescência é vista como despreparada, e seu filho como obstáculo para o bom desempenho e

dedicação ao trabalho. Como resultado, as jovens se deparam com a exclusão do mercado de trabalho ou com postos de baixa remuneração. Além da não correspondência das expectativas e demandas econômicas, ainda pode existir um julgamento moral por conta da gravidez fora de uma união formal, de um casamento⁸.

É válido lembrar que isso ocorre no contexto de um determinado modo de organização da sociedade e sob um mercado de trabalho incapaz de lidar com a crescente disponibilidade de mão de obra cada vez mais qualificada. Nessa perspectiva, o campo médico que se apropria do corpo feminino como objeto e o medicaliza, elencando-o em diversas características fisiológicas e psicológicas, exerce grande influência na determinação do conceito de adolescência e se apresenta como uma estratégia de controle da vida. Portanto, o enfrentamento da gravidez na adolescência se presta à gestão das populações, pois diz respeito ao controle demográfico, à manutenção de uma classe dominante, ao controle das massas que serão excluídas do mercado e das que serão incorporadas, bem como à qualidade dessas^{7,8,9}.

Considerações finais

Quando se trata de saúde sexual e reprodutiva, a gestação ganha destaque, sendo colocado como um “problema” de que o campo da Saúde Pública precisa se ocupar. A concepção de adolescência presente de forma hegemônica no discurso da área vai ao encontro do estabelecimento da gravidez na adolescência como problema, colocando as meninas como as únicas responsáveis por ele. O conceito de adolescência baseado no paradigma biomédico apresenta tal como algo que respeita uma cronologia normativa, regulada pelas transformações fisiológicas e marcada por comportamento típico.

A autoridade do saber médico também atua na definição do período mais adequado, sob os pontos de vista fisiológico e psicológico, para a ocorrência de uma gestação – e, certamente, a adolescência não preenche tais pré-requisitos. Assim, a gravidez na adolescência passa a ser apresentada como uma ameaça à vida social e seu controle se torna extremamente importante para a regulação e gestão da população.

Com essa discussão, não se pretende negar os aspectos biológicos e as mudanças hormonais envolvidos na experiência da adolescência – assim como ocorre em outras fases da vida –, muito menos classificar como “normal” o fato de as meninas serem penalizadas em relação aos estudos e ao ingresso no mercado de trabalho por conta de uma eventual gestação. Neste trabalho, buscamos apresentar a forma limitada como o tema da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes vem sendo abordado, muitas vezes focado apenas na gestação, que por sua vez é colocada como uma questão exclusivamente feminina. Essa abordagem não comporta as dimensões físicas, emocionais, mentais, sociais, religiosas e espirituais relativas à sexualidade, como aspectos relacionados a uma vida sexual prazerosa e segura; à liberdade de escolha de parceiros; ao combate a discriminações, estigmas e violências; à proteção contra IST; a métodos contraceptivos femininos e masculinos; e à liberdade para decidir ter ou não filhos. Todos eles são igualmente relevantes na discussão acerca da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes.

É importante frisar que os conceitos de adolescência, de gravidez precoce e de machismo nem sempre existiram. A adolescência e as questões relativas a ela podem ser pensadas para além do paradigma biomédico, levando em consideração que os sujeitos são produtos de uma construção sócio-histórica e com

múltiplos atravessamentos. Os discursos que buscam homogeneizar e universalizar a adolescência não podem dar conta das diversas possibilidades de se vivenciar esse momento da vida. Todavia, podemos nos atrever a pensar a vida sem barreiras rígidas, a conceber infâncias, adolescências, vidas adultas e velhices como categorias complexas e heterogêneas e trazer outras pautas, como a busca pela igualdade de gênero, para enriquecer as discussões, inclusive na área da Saúde.

Referências

1. Peres F, Rosenburg CP. Desvelando a concepção de adolescência/adolescente presente no discurso da saúde pública. *Saúde e Sociedade*. 1998; 7:53-86.
2. World Health Organization - WHO. Orientation programme on adolescent health for health care providers. Geneva; 2006.
3. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília(DF); 2010.
4. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 14 jul1990.
5. Reis AOA, Zioni F. O lugar do feminino na construção do conceito de adolescência. *Rev. Saúd. Públic*. 1993; 27:472-477.
6. Bock AM. A adolescência como construção social: estudo sobre livros destinados a pais e educadores. *Psicol. Esc. Educ*. 2007; 11:63-79.
7. Silva PS. A gravidez na adolescência como problema biopolítico[dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2012.
8. Altmann H. A sexualidade adolescente como foco de investimento político-social. *Educ. Rev*. 2007; 46:287-310.
9. Foucault M. A história da sexualidade 1: a vontade de saber. 12. ed. Albuquerque MTC, Albuquerque JAG, tradutores. Rio de Janeiro: Graal; 1997.

A transição do privado para o público: trajetória de uma mulher vivendo com HIV/aids

The transition from private to public: the trajectory of a woman living with HIV/AIDS

Juçara Portugal Santiago¹

Resumo

Este artigo relata a trajetória de uma mulher que teve o diagnóstico de ser alguém vivendo com HIV/aids até a minha transformação em ativista desta causa. Integrada a grupos de pessoas vivendo com HIV/aids na Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e Aids (RNP+ Núcleo RJ), vi que tinha tido um atendimento multiprofissional “padrão ouro”; ou seja, eu era privilegiada. Por isso passei atuar em prol das mulheres vivendo com HIV/aids para que tivessem tal direito, como membro da ICW – *The International Community of Women Living with HIV/aids* (Comunidade Internacional de Mulheres Vivendo com HIV/Aids) –, na criação da ICW Latino-americana e Caribe (ICW Latina) e, também, participando da fundação do Capítulo Brasileiro (ICW Brasil) da ICW Latina. Essa trajetória na área de HIV/aids, no feminismo e nos Direitos Humanos, permitiu que eu passasse da prática à teoria, ao desenvolver diversos projetos de intervenção, formação e atenção às mulheres, bem como de produção de materiais técnicos e proposições políticas, o que acarretou um acúmulo de experiências locais, nacionais e internacionais que me acrescentaram em ser a pessoa que sou hoje. Coletivamente, ocasionou-se a compreensão da importância da formação de redes de pessoas que tinham uma condição em comum, a capacitação de lideranças e a busca de financiamento para essa interlocução e ação, visando a construção de políticas públicas que atendessem suas demandas.

Palavras-chave: Mulher; HIV/aids; Ativismo; Brasil.

Abstract

This article relates the trajectory of a woman who was diagnosed as someone living with HIV/AIDS until I became an activist for this cause. Integrated in groups of people living with HIV/AIDS in the National Network of People Living with HIV and AIDS (RNP+ Núcleo RJ), I saw that I had had a “gold standard” multiprofessional care; that is, I was privileged. That is why I started acting in favor of women living with HIV/AIDS, so that they could have this right, as a member of ICW - The International Community of Women Living with HIV/AIDS -, of the creation of the ICW Latin America and Caribbean (ICW Latina) and also participating in the foundation of the Brazilian Chapter (ICW Brasil) of the ICW Latina. This trajectory in the area of HIV/AIDS, feminism and Human Rights, allowed me to go from practice to theory, developing several projects of intervention, formation and attention to women, to the production of technical materials, political proposals and an accumulation of local, national and international experiences that added to me being the person I am today. Collectively, it was the understanding of the importance of forming networks of people who had a common condition, the training of leaderships, and the search for funding for this dialogue and action, aiming at the construction of public policies that would meet their demands.

Keywords: Women; HIV/AIDS; Activism; Brazil.

Introdução

Este artigo procura descrever a minha trajetória como mulher vivendo com HIV/aids e como ativista na luta pelos direitos das mulheres que vivem nessa condição no Brasil. Essa trajetória

faz jus à observação da Joint United Nations Programme on HIV/aids (Unaid), segundo a qual

“As pessoas vivendo com o HIV/aids conhecem e viveram directamente os factores que tornam indivíduos e comunidades vulneráveis à infecção por VIH. Uma vez infectadas, tornaram-se conhecedores das doenças e estratégias relacionadas para as gerir”¹ (p.1).

¹ Juçara Portugal Santiago (jucaraportugal@yahoo.com.br) é ativista independente do segmento de mulheres vivendo com HIV/Aids, participou da Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e Aids pelo Rio de Janeiro (RNP+ Núcleo Rio de Janeiro, participante da *The International Community Women Living HIV/AIDS* (ICW) – em português: Comunidade Internacional de Mulheres Vivendo com HIV/Aids –, e fundadora da Comunidade Internacional de Mulheres Vivendo com HIV/Aids Latinoamericana e Caribe (ICW Latina) e também do Capítulo Brasileiro da ICW (ICW-Brasil).

Vivendo com HIV/aids

Era uma simples bancária, com uma rotina executiva, tal como tantas brasileiras, quando obteve o diagnóstico de ser portadora do vírus HIV, aos 37 anos, em 1993. Saber dessa condição se deu na ocasião dos meus exames anuais da Caixa Econômica Federal (Caixa), instituição em que eu trabalhava. Sabendo por notícias casos de uma nova doença nos Estados Unidos e sendo informada que já havia casos no Brasil há mais de 10 anos, solicitei “ao médico o exame para detectar ‘aquela nova doença’ que era noticiada pela televisão, mas que ‘em mulher não pegava’... O resultado foi anti-HIV positivo”². Na mesma ocasião também soube que tinha hepatite “não A e não B” (posteriormente chamada hepatite C), além de também já ter desenvolvido a aids.

Como não tinha informação e o resultado dizia “anti”, dormi tranquila e, no outro dia, levei o resultado para o médico da empresa. Só lembrei que tempos antes havia tido na Caixa uma capacitação de multiplicadores de informações sobre HIV/aids... O médico que me atendeu ficou pálido e senti que ele teve um choque. Então, após se recobrar, ele chamou uma psicóloga e os dois me explicaram o que significava, responderam a todas as perguntas e terminaram a consulta. Depois, uma assistente social me orientou outras coisas sobre o encaminhamento do tratamento; também se puseram à disposição caso eu quisesse levar alguém da minha família para tirar dúvidas e explicar os procedimentos.

A partir daí, começou a minha trajetória como mulher vivendo com HIV/aids. Repeti o exame para confirmar o resultado. Considero que tive um atendimento “padrão ouro” multiprofissional, pois me senti acolhida e tive minhas dúvidas esclarecidas, um privilégio que depois me trouxe

a consciência de que deveria lutar para que todas as pessoas que vivem com HIV/aids tenham uma atenção integral e de qualidade.

Fui para casa e contei o resultado do exame para a minha mãe, que reagiu me abraçando e dizendo: “Então vamos tratar! Como trata?”. Ela já vira, na televisão, algumas reportagens e me falou do Hospital Grafee¹, que atendia casos. Respondi que não sabia bem como tratar, mas que a equipe de saúde que me atendeu ofereceu para levar a família e perguntei se ela queria ir. Ela respondeu que sim com uma tranquilidade tão natural que me acalmou e transmitiu segurança, como se estivesse diante de um “pico” de pressão alta – tranquilidade natural que foi fundamental para esse meu início de tratamento, apesar de posteriormente ter afirmado ter sentido certo “baque” com a notícia. É muito difícil relatar em palavras as sensações que temos no corpo diante dessas situações.

Apesar do acompanhamento da minha mãe, não tínhamos clareza sobre a importância de incluir família e amigos. Por isso, cheguei a falar com meus familiares mais próximos e mais tarde com a família, mas foi um trajeto que enfrentamos praticamente sozinhas. De todo modo, fui muito acolhida pelos familiares.

Por isso, hoje acho fundamental implantar os programas de prevenção em empresas, instituições religiosas e em todos os planos da sociedade para dar informação e diminuir o estigma e a discriminação. Todos têm que aprender, para cuidarem do entorno, de quem cuida, ou seja, para cuidarem do cuidador. Até as crianças devem ser incluídas, para não ficarem perdidas e totalmente “por fora” do caso.

Assim, em outra ocasião, fomos ao serviço para sermos atendidas pela equipe médica credenciada pelo plano de saúde da Caixa, quando orientaram: “então, agora, o principal é tratar

¹ Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

o fígado porque vamos precisar muito dele!”. Receitaram-me remédio para a aids e para o fígado, pois eu já estava com aids e, como comorbidade, também com hepatite C (na época denominada “não A e não B”)².

Na época, no Brasil não havia AZT, Norvir, Ribavirina. Depois, a assistente social da Caixa informou-me que o meu plano de saúde iria me fornecer os remédios prescritos: Norvir + AZT + Ribavirina e Interferon para a hepatite C. Assim, os sete primeiros anos dessa condição foram de

“cuidados médicos, biopsicossocial e ‘autoisolamento’, motivados pela falta de informação e desconhecimento sobre onde e como contribuir com seu tratamento”² (p.2).

A situação que chamei de “autoisolamento” foi a melhor forma de expressar a sensação que tive e como permaneci por um longo tempo inicial após o diagnóstico da doença, que creio que deveria ser categorizada inclusive pela Psicologia. As consequências desse autoisolamento são muitas e ocorriam mesmo quando eu já me consultava com psicólogas, prática que eu já tinha antes de saber que tinha o HIV/aids e que gosto muito até hoje, inclusive em sessões em grupo. Esse período me permitiu digerir sensações, organizar minha mente e as coisas da nova vida que deveria levar, para seguir em frente. Afinal, a situação era uma especificidade minha que as outras pessoas não compartilhavam. Isso foi essencial para compreender depois a importância da interlocução entre “pares”, a formação de redes, para identificação e discussão dos problemas comuns.

Assim, o início do tratamento medicamentoso se deu em 1993, quando comecei a receber da empresa os antirretrovirais que eu não sabia

que ainda não eram disponíveis para a maioria das pessoas que necessitassem se tratar do HIV/aids no Brasil.

Em 1998, quando os antirretrovirais foram disponibilizados para todos, conforme regulamentação pelo Ministério da Saúde³, fui encaminhada ao posto de saúde pública da Tijuca para retirar os medicamentos indicados pelo médico do plano de saúde dos empregados da Caixa. Essa ida para o Sistema Único de Saúde (SUS) foi uma trajetória de “abrir espaço” e conhecimento, trajetória semelhante à das demais pessoas que souberam que tinham HIV/aids, das quais muitas são mulheres também, e buscam acessar os serviços públicos de saúde do país diante dessa nova doença.

Em 1998, o jornal da empresa, por meio da assistente social, solicitou uma entrevista para o Dia Mundial de Luta contra a aids – 1º de dezembro –, publicada ainda sob pseudônimo. A partir daí, rompi com o “autoisolamento” e em 1999, na Unidade Básica de Saúde do SUS que frequentava, vi a divulgação da Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e aids (RNP+). Seria feito o primeiro encontro desta rede, da qual somente participei uns três meses depois, momento em que percebi a

“dimensão da importância da informação sobre como o vírus funciona, trocar experiências de como tomar os medicamentos. Como reorganizar a finitude da vida a partir do pessoal – autoestima: A partir do diagnóstico, identificação de sua responsabilidade social como pessoa, mulher, voluntária e vislumbrando se formar em Relações Públicas. Uma história de luta e empreendedorismo social...”² (p.2).

Eu já realizava ações como parte do Movimento de Ação e Cidadania dos Empregados da Caixa, depois na organização não governamental

(ONG) Moradia e Cidadania. Em uma ocasião em que eu estava de licença médica, me convidaram para uma reunião com o Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas (IBASE), que tinha o objetivo de identificar porque na Tijuca esse movimento de cidadania tinha se proliferado e evoluído tanto. Nessa reunião, em que muitos já me conheciam, eu expliquei que não estava presente como representante da Caixa, devido à licença. Assim, como pessoa individualmente me chegavam demandas sociais individuais, quando percebi que eu precisava me articular e me envolver com outras atividades criando um grupo de trabalho.

Dessa percepção, surgiu o Comitê Gerar, em 1999, de acordo com os critérios da ONG Moradia e Cidadania², transformada em 2001 na ONG Associação Gerar – Trabalho, Renda, Ação e Defesa dos Direitos Constitucionais, pessoa jurídica com o objetivo de atuar nas áreas de Educação, Saúde, Trabalho e Cidadania. Desta forma, houve toda uma mudança em minha vida, partindo da situação de indivíduo para a de agrupamento social, visando os Direitos Humanos, inclusive, os sociais.

Um dos projetos do Gerar foi a Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e aids no Rio de Janeiro (RNP+ Núcleo RJ)^{III}, que fez com que eu passasse da condição de “paciente” para a de “agente” de ações em defesa de uma nova condição de vida para pessoas vivendo com HIV/aids, incluindo mulheres, no Brasil. Essa trajetória, por ter sido vinculada a várias instituições, possui grande volume de documentação, um registro histórico desse momento da aids em nosso país, além de ser o registro de caso (meu caso) na atuação que visa contribuir para a Educação em Saúde sobre HIV/aids e para os Direitos Humanos das pessoas que vivem e convivem com HIV/aids.

^{III} Informações no site: <http://www.rnpvha.org.br/>.

Uma ativista pelos Direitos Humanos das mulheres vivendo com HIV/aids

Passei a integrar a Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/Aids (RNP+) em 1998, através do “braço” desta organização no estado do Rio de Janeiro (RNP+ Núcleo RJ):

“Vi que não tenho todo o tempo do mundo e que se eu não me cuidar ninguém o fará. Frequentar um grupo e estar numa rede é um treinamento constante e podemos aumentar nossa autoestima, trocar informações e quebrar nosso auto-preconceito. Além de aderir melhor aos medicamentos”² (p.2).

A RNP+

“... é uma organização nacional de pessoas vivendo com HIV/aids, sem vínculo político-partidário e religioso, que atua na promoção do fortalecimento das pessoas sorologicamente positivas para o HIV, independentemente de gênero, orientação sexual, credo, raça, cor da pele, etnia ou nacionalidade”⁴ (p.6).

A RNP+ atua articulando pessoas que vivem com HIV/aids, tanto adultas, como adolescentes e jovens, visando promover o respeito a essas pessoas, promover seus direitos sexuais e reprodutivos. Na RNP+, realiza-se orientações sobre a sua saúde, decisões reprodutivas e participação social; integra-se reivindicações nos diferentes espaços institucionais responsáveis pelas políticas de infecções sexualmente transmissíveis (IST) – na época denominadas doenças sexualmente transmissíveis (DST) – e HIV/aids; e estimula-se a participação política dessas pessoas. Assim, passei a participar ativamente da RNP+

Núcleo RJ, que realizava periodicamente encontros de pessoas que vivem com HIV/aids.

Como membro da RNP+ Núcleo RJ, em 1998, realizamos uma articulação comunitária para a formação da Rede de Direitos Humanos Drogas e aids (RDHDA), junto ao Programa Cidadania e Direitos Humanos (PCDH) da Sub-Reitoria de Extensão e Cultura da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e a pessoas, instituições públicas, entidades de classe e associações comunitárias, localizadas no município do Rio de Janeiro e na região metropolitana⁵. Essa rede se constituiu como um espaço de construção de saber coletivo que teve como objetivo central a defesa do direito dos usuários de drogas e pessoas vivendo com HIV/aids. Resultou na criação do “Observatório de Direitos Drogas/Aids” e da edição de boletins informativos e da “Declaração de Direito dos Usuários de Drogas”, divulgada em 2001 no Fórum Social Mundial, em Porto Alegre⁶.

De 2000 a 2003 me tornei vice-presidente da RNP+ Núcleo RJ e, em 2008, apenas como membro representante do capítulo Brasileira da Comunidade Internacional de Mulheres Vivendo com HIV/aids (ICW Brasil), pude fazer parte e incluir propostas de fundação da Rede de Pessoas Instituições que Vivem e/ou Trabalham sobre HIV/aids nos Países de Língua Portuguesa (Rede+PLP), no “II Congresso da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP) sobre DST-Aids”, realizado no Rio de Janeiro, em 2008, que apontava a

“...promoção e acesso universal a prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidados ligados às ITS e ao VIH/SIDA, incluindo a intensificação dos esforços para a adesão ao TARV, as necessidades especiais do tratamento de pacientes com VIH2, coinfectados com VIH1 + VIH2 e de grupos vulneráveis, incluindo mulheres e crianças” (p.2).

Também indicava a atenção às IST, que facilitam a transmissão do HIV; as consequências da infecção entre grávidas e recém-nascidos; a ocorrência de coinfeção HIV-tuberculose; e a necessidade de se disseminar informação, educação e comunicação sobre IST e HIV/aids, além do combate ao estigma e à discriminação⁷.

Cabe lembrar que o contexto de vida das mulheres, no Brasil, se dá em um país que foi colônia de exploração agrária com mão de obra escravagista, até o final do século XVIII, e onde a industrialização e as condições de urbanização não foram totalmente satisfatórias, o que fez o país ser classificado como subdesenvolvido por muito tempo. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) era de 0,765 em 2019⁸ e grande parte da população ainda vive em situação de vulnerabilidade, que significa, como enfatizou a Organização Internacional do Trabalho⁹:

“...vulnerabilidade”, significa a desigualdade de oportunidades, a exclusão social, o desemprego ou o emprego precário resultantes de fatores sociais, culturais, políticos e econômicos que tornam uma pessoa mais suscetível à infecção pelo HIV e ao desenvolvimento da aids” (p.1).

Nesse sentido, falar de HIV/aids no Brasil significa falar no entrecruzamento entre a infecção pelo HIV e as situações de vulnerabilidade e determinantes sociais, que incluem pobreza e também preconceito de classe e raça, além de estigma e discriminação.

Em 2000, houve o “I Fórum Latino-americano e do Caribe de Pessoas Vivendo com HIV/Aids”, no Rio de Janeiro/BR, onde houve uma reunião satélite de mulheres vivendo com HIV/aids junto à UNAIDS, em que foi reivindicado o financiamento específico para as mulheres vivendo

com HIV, pois até então esses recursos eram destinados a pessoas vivendo com HIV em geral. Em 2002, a ICW realizou um encontro de sua seção ICW Latino-americana e do Caribe (ICW Latina) e obteve o apoio da UNAIDS para realizar o “I Encontro de Mulheres Vivendo com HIV/Aids na América Latina e Caribe Vozes Positivas”, em Buenos Aires, do qual participei como integrante da RNP+ Núcleo RJ, pelo “Projeto Mulher PozitHIVa”. Meu compromisso foi repassar o conteúdo programático para 20 mulheres brasileiras vivendo com HIV/aids e ser referência da ICW Latina para retomar a formação desta rede no Brasil. Assim, em 2004, fundamos a pessoa jurídica da ICW Latino-americana e Caribe e, a partir de 2009, junto com outras companheiras brasileiras que também participavam da ICW, fundamos o Capítulo Brasileiro (ICW Brasil) da ICW Latina.

Era essencial cruzar as especificidades locais para discutir os nossos problemas. No caso do Brasil, na discussão dos determinantes sociais, se entrecruzam a pobreza, o racismo e a questão de gênero, visto que o passado patriarcal ainda se observa marcadamente como condicionador de uma opressão à mulher. Além disso, não havia dados consolidados sobre os casos de HIV/aids entre elas, pois os bancos de dados existentes não dialogavam entre si, e havia um aumento observável da vulnerabilidade das mulheres que, em várias situações, eram população vulnerável à infecção pelo HIV e para as quais não havia ainda um diagnóstico dos serviços e políticas públicas disponíveis¹⁰ (p.2).

Eu me tornei ativista pela causa das mulheres que vivem com HIV/aids, nos organismos e “dando visibilidade, voz e visão através do diagnóstico sobre a situação das mulheres e mulheres vivendo com HIV/aids”¹⁰ (p.1). Na RNP+RJ participei do desenvolvimento de vários projetos, inclusive o “Mulher PozitHIVa”, de 2001, para o qual obtivemos apoio do Programa Nacional de

Aids do Brasil e da ICW Brasil; o projeto conta atualmente, desde 2018, com novas representantes.

Agora estou buscando consolidar o meu sonho de me formar numa faculdade, no curso de Comunicação Social/Relações Públicas, e defender uma tese sobre “estratégia de comunicação e mídias sociais, de forma a ampliar o alcance do diálogo com as mulheres e as mulheres vivendo com HIV/aids”.

Todo esse percurso e participação envolveu o meu aprimoramento em vários cursos sobre HIV/aids, saúde sexual e saúde reprodutiva, além de outros sobre estruturação e desenvolvimento de projetos sociais e liderança, visto que, devido à vivência nesses grupos, sempre tive como objetivo influenciar a formação de pessoas visando a troca de vivências, problemas e busca de soluções conjuntas.

Paralelamente, em 2000, a partir do Grupo Viva a Vida do Serviço de Doenças Infecto-Parasitárias do Hospital Federal do Servidor do Estado (DIP-HFSE), procurei o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deste hospital localizado na cidade do Rio de Janeiro, para obter informações científicas sobre mulheres e crianças vivendo com HIV/aids. Dessa forma, fui convidada para compor este Comitê, que integro até hoje como representante de usuários pela Rede Nacional Feminista Direitos Sexuais Direitos Reprodutivos (RFS).

Em 2003, fundamos no Brasil o Comitê Comunitário Assessor (CCA), para a Rede de Ensaio Clínicos para a Prevenção de HIV do Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos, importante espaço de participação e controle social formado pelas redes internacionais de usuários das tecnologias em pesquisa, coordenado pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). E de 2006 a 2008 fui também membro da Sociedade Brasileira de Profissionais em Pesquisa Clínica (SBPPC).

Tais participações me mantiveram atualizada, não apenas nas políticas públicas a serem implementadas, mas também com relação às questões éticas e ao desenvolvimento das tecnologias de ponta para tratamento e prevenção do HIV/aids que foram surgindo e sendo oferecidas e encampadas às políticas de saúde brasileiras, já que esses espaços servem como formação de ativistas para atuar no controle social nos seus espaços de interesse, tal como uma formação continuada que passa de geração em geração.

Já em 2001, recebi o reconhecimento pela Câmara Municipal do Rio de Janeiro pela luta em defesa dos direitos das pessoas vivendo com HIV/aids, pela RNP+ Núcleo RJ. No mesmo ano, me aposentei como funcionária da Caixa Econômica Federal e fiquei com mais tempo para a atuação política. Em 2017 recebi um reconhecimento da ICW Latina no marco do projeto junto ao Fundo Global de Aids, Tuberculose e Malária 2015-2017: *“Acelerando la Accion Regional a Favor de los Derechos Humanos, Sexuales y Reproductivos y la No Violencia Haci las Mujeres Viviendo Con”*.

A ICW é

“uma rede internacional dirigida e integrada apenas por mulheres vivendo com HIV e aids, a ICW tem como objetivos: reunir as mulheres vivendo com HIV e aids para discutir os problemas que as afetam; assegurar que as vozes dessas mulheres sejam ouvidas; atuar como fonte de informação médica, legal e social; desafiar a discriminação e a estigmatização; denunciar a violação de seus direitos como mulheres vivendo com HIV e aids; contribuir para o empoderamento dessas mulheres” (p.6).

Assim, a ICW Brasil, com o projeto “Vozes Positivas”, em parceria com o com a RNP+ Brasil e o “Projeto Cidadãs Positivas” (atualmente

Movimento Nacional Cidadãs Positivas), realizou, em 2003, seis “Encontros Regionais com Mulheres Vivendo com HIV/Aids Brasileiras”, criando uma pauta que unificava o ativismo das mulheres vivendo HIV/aids no país.

Implementamos outros projetos da ICW Brasil, como a “Capacitação de Mulheres Vivendo com HIV/Aids”, que se desdobrou na “Ouvidoria de Direitos Humanos Vozes Positivas no Brasil”⁷, o projeto “Vozes Positivas: Reatando Nós & Outras”¹¹ e o “Projeto Visão, Voz e Visibilidade no Brasil”, atraindo e capacitando multiplicadores e ativistas, realizando encontros para ouvir as mulheres com HIV/aids, promovendo rodas de conversa e grupos de trabalho para discutir nossos problemas, fornecendo informações sobre saúde e direitos de pessoas com HIV/aids e esclarecimentos sobre direitos e encaminhamentos para serviços etc.². Ademais, participei de articulações junto ao Movimento de Mulheres, por meio da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (que inclusive representei na Comissão de Articulação de Movimento Sociais (CAMS) em 2006 e 2007) e do Movimento da HIV/Aids Brasileiro junto à UNAIDS e a outros movimentos.

Essa iniciativa de *advocacy* veio em encontro à percepção de diferentes organismos internacionais, que passaram a apoiar e favorecer as ações das mulheres com HIV, como registrado em 2008 na Carta do Rio de Janeiro, resultado da “I Reunião Ministerial de Políticas para Mulheres e VIH-SIDA: Construindo Alianças entre Países de Língua Portuguesa para o Acesso Universal”¹²:

“Reconhecendo a importância da participação efetiva de mulheres adultas e jovens e aquelas vivendo com VIH-SIDA, nos processos de definição e operacionalização de políticas e planos nacionais” (p.1).

Isso está em conformidade com o princípio “*greater involvement of people living with HIV*” (GIPA) ou “*the meaningful involvement of people living with HIV*” (MIPA)¹³ – em português, respectivamente, “maior envolvimento de pessoas vivendo com HIV” e “envolvimento significativo de pessoas vivendo com HIV”. Trata-se de um princípio que preza pela participação política e é encampado pela UNAIDS: “Nada para nós sem nós mesmas!”¹⁴; ou seja, defende-se que tudo que seja organizado, proposto e criado tenha a participação das próprias pessoas envolvidas¹⁴, no caso, nós mulheres vivendo com HIV/aids.

O caminho seria: formar pessoas com questões em comum, favorecer a construção de redes e habilitá-las para entender os meandros das políticas públicas, para que pudessem propor pautas que incluíssem suas demandas e necessidades. As pessoas passam a ser responsáveis por gerar propostas e fazer a articulação, como um “voluntariado especializado” que se traduz no ativismo, já que têm a *expertise* da própria vivência da condição de pessoa vivendo com HIV e seus efeitos, motivo pelo qual seriam as mais indicadas para apontar problemas e propor soluções na sociedade, para atingir as políticas públicas e, inclusive, as pessoas que não vivem com HIV e que, portanto, não têm essa experiência.

Em 2004, como representante do Cone Sul da ICW Latino-americana e do Caribe, na “XV Conferência Internacional de Aids”, na Tailândia, tive a dimensão física (devido ao *jet lag* da mudança de fusos horários) e global de que o “mundo é pequeno”. Lá, também tive o apoio das mulheres da ICW Mundial, o que facilitou a comunicação em português^v, e verifiquei que os problemas das mulheres com HIV e aids eram comuns entre si e

que havia a necessidade de ativismo. Isso me proporcionou uma expansão de consciência muito grande que foi acrescentada em 2006 na “1ª Cumbre Mundial de Mulheres Vivendo com HIV/Aids”, realizada no Quênia, que me remeteu à minha família e ancestralidade. Essas experiências transformaram o meu jeito de ver o mundo.

A participação na “1ª Cumbre Mundial de Mulheres Vivendo com HIV/Aids”, realizada no Quênia, organizada pelas ICW e YWCA mundiais, se deu após eu ser convidada pela *Young Women’s Christian Association* (YWCA) – no Brasil, Associação Cristã Feminina (ACF/YWCA Brasil) – para ser sócia benemérita da ACF São Paulo e comecei a participar, num estímulo que estavam fazendo à formação de *leadership* (lideranças) em HIV/aids. Essa participação resultou no desenvolvimento do projeto “Mulher PositHIVa” e na minha ida ao encontro. O encontro do Quênia também foi importante porque nele houve o lançamento do primeiro “Plano de Enfrentamento da Feminização da Aids e Outras DST” brasileiro¹⁵.

Em 2006, a ICW Brasil realizou no Brasil o “1º Encontro de Mulheres Vivendo com HIV/Aids com menos de 30 anos” com o apoio do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA)^{vi}, passando a incluir em nossas instâncias de representação ações de formação de lideranças, discussão de problemas e as questões das crianças, jovens e adolescentes, visando a formação de lideranças para as próximas gerações. O UNFPA deu apoio técnico, político e recurso financeiro para a ICW Brasil atuar de 2007 a 2009, inclusive nos orientando sobre a forma de funcionamento do sistema das Nações Unidas e do próprio UNFPA.

Em 2009, articulada com outros grupos internacionais pela *Engender Health*, publicamos o primeiro “Marco Referencial dos Direitos

^{iv} No original em espanhol: “Nada para nosotras sin nosotras!”.

^v O idioma português foi reconhecido como um idioma oficial das Nações Unidas em 2019.

^{vi} Sigla do nome em inglês *United Nations Population Fund*.

Sexuais e Direitos Reprodutivos de Mulheres e Adolescentes Vivendo com HIV/Aids”, validado no Brasil, Etiópia e Ucrânia².

Em 2011, a partir da constituição de Grupo de Trabalho com parceiros estratégicos, realizou-se no Brasil o I Encontro do Grupo de Trabalho ICW Brasil, que incorporou a questão da tuberculose nas problemáticas das mulheres vivendo com HIV/aids, com o patrocínio o Coalizão Internacional de Ativistas em Tratamento (CIAT) e da sociedade Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM).

“Todas as atuações foram vinculadas aos compromissos nacionais e internacionais assumidos como resposta à problemática de mulheres e HIV, inclusive meninas, jovens e adolescentes vivendo com HIV/aids, dentro do marco de direitos humanos”² (p.3).

Em 2011, na ICW Brasil, participei como delegada do Conselho Distrital de Saúde da Área Programática 2.2 do município do Rio de Janeiro, conformando a Delegação do Estado do Rio de Janeiro na “14ª Conferência Nacional de Saúde”, em que pautamos as necessidades e reivindicações das mulheres com HIV/aids, de forma a integrar e fortalecer políticas de Saúde Pública que as beneficiem.

Em 2017, a convite da ONG Criola, apresentamos o “Diagnóstico da Situação de Mulheres, Mulheres Negras e Mulheres Vivendo com HIV/Aids no Brasil” para a Visita da Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH) da Organização dos Estados Americanos (OEA). Esse diagnóstico apontou que, no país:

“As mulheres não são consideradas com uma visão integral; as mulheres sofrem discriminação institucional; têm seus direitos violados, morrem em consequência de

diagnóstico tardio; há criminalização das mulheres com HIV; há morte de mulheres por falta de dinheiro para se tratar em vários lugares; há falta de determinação política para o enfrentamento à feminilização do HIV; há falta de articulação das mulheres, mulheres vivendo com HIV numa agenda compartilhada e política e falta de recursos financeiros para posicionar o tema da mulher e o HIV em espaço de decisão”¹⁰ (p.2).

Nesse sentido, a proposta de atuação no Brasil com o Projeto “Vozes Positivas” seria de buscar parcerias para realizar um diálogo entre as mulheres vivendo com HIV, visando promover uma agenda compartilhada, identificar o impacto do vírus na vida das mulheres negras e outras e monitorar a situação das mulheres HIV a partir dos Direitos Humanos e da abordagem de gênero promovida pela ONU Mulheres^{VII,14} (p.2).

Essa perspectiva de gênero sempre esteve presente, devido à experiência de minha trajetória de atuação desde os “Encontros dos Empregados da CAIXA”, realizados no Sindicato dos Bancários (onde atingimos a paridade de representação nas delegações de ativos e aposentados de 50% de homens e 50% de mulheres), e, também, depois, pelo envolvimento no movimento de mulheres, como na Rede de Mulheres da Baixada Fluminense e na Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, que me trouxeram a noção da minha especificidade da condição de mulher, confirmando a observação de questões como:

“...o HIV afeta homens e mulheres, embora as mulheres e as meninas estejam sob maior risco e vulnerabilidade à infecção pelo

^{VII} Conhecida pela sigla do nome em inglês *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women (CEDAW)*.

HIV, sendo desproporcionalmente afetadas pela pandemia do HIV em comparação aos homens, como resultado da desigualdade de gênero, e que o empoderamento das mulheres é, portanto, um fator fundamental na resposta global ao HIV e à aids”⁹ (p.1).

Na área de Saúde e Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, primeiro como RNP+ Núcleo RJ e depois como ICW Brasil, participei, a partir de 2002, da Rede Brasileira de Promoção de Informações e Disponibilização da Contracepção de Emergência (REDE CE)¹⁶, articulando grupos cariocas para a promoção de formações e para o desenvolvimento de projetos com o tema¹⁷.

Assim, a atuação adotada pela ICW concorda e incluiu todas as resoluções de Direitos Humanos que beneficiam as mulheres: fruto dos Planos de Ação das Conferências do Cairo¹⁸, da Conferência Internacional da Mulher de Pequim¹⁹ – que promovem os Direitos Sexuais e Reprodutivos como Direitos Humanos –, também da Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres²⁰, realizada pela ONU Mulheres, os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas²¹, da Declaração de Compromisso sobre VIH-SIDA da “Crise Global – Ação Global”, da Conferência das Nações Unidas para o Desenvolvimento do Milênio²², da Declaração Política sobre HIV-SIDA, adotada pela 87ª Sessão Plenária da Assembleia Geral das Nações Unidas *International Drug Policy Consortium* (UNGASS)²³; além da luta contra o racismo e o preconceito, preconizada na 3a Conferência Mundial contra o Racismo, a Discriminação Racial, a Xenofobia e Formas Correlatas de Intolerância, realizada em Durban²⁴.

Resultados

Em síntese, a linha mestra de todas as ações era: (1) capacitar lideranças; (2) disseminar

informações e as recomendações do “Plano de Enfrentamento da Feminização da Aids e outras DST”; (3) consolidar conquistas; (4) participar mais da formulação de políticas e programas voltados a mulheres que vivem com HIV/aids; (5) garantir que todas essas ações reflitam as necessidades das mulheres que vivem com HIV/aids; e (6) sempre avançar!²⁵.

A Associação Gerar – Trabalho, Renda, Ação e Respeito aos Direitos Constitucionais, realizou, até seu fechamento em 2017, 56 projetos nas áreas de educação, trabalho e renda, saúde e direitos humanos, incluindo um Fórum de Desenvolvimento Comunitário e o “Curso de Agente de Ação e Mobilização Empresarial e de Agente Cultural”².

Como ativista da RNP+ Núcleo RJ, agrupamos mais de 30 pessoas vivendo com HIV/aids, realizando reuniões, encontros, festas etc., e o projeto “Mulher PozytHIVa”, além de termos participado da iniciativa de distribuição do preservativo feminino, com o preservativo masculino que já disponibilizávamos, e de encontros da RNP+ Brasil aos quais compareciam mais de 300 pessoas de todos os estados brasileiros.

O ICW Brasil atuava desde 2002 com sede situada em minha casa no bairro da Tijuca no município do Rio de Janeiro e, em 2009, como pessoa jurídica alugamos uma sala paga com meus próprios recursos. Assim, objetivamos promover iniciativas de *advocacy*, com a formação e capacitação de lideranças e produção de encontros e materiais em prol dos direitos das mulheres vivendo com HIV/aids²⁵. A ICW chegou a contar com quase 300 mulheres afiliadas em todo o país. Assim, atuamos no desenvolvimento de mais de uma dezena de projetos, formando mais de 500 ativistas com HIV/aids, realizando encontros, fornecendo informações sobre HIV/aids para toda a população, realizando esclarecimentos sobre direitos e encaminhamentos etc.²

Contei com apoio da RNP+ Núcleo RJ, da Associação Gerar – Trabalho, Renda, Ação e Respeito aos Direitos Constitucionais, da Sociedade de Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM), da Cooperativa de Prestação de Serviço e Trabalho EXIMCO-OP, do Movimento Nacional dos Empregados, da ONG Moradia e Cidadania, da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, do Fundo Ângela Borba de Recursos para Mulheres (hoje Fundo Social ELAS), do Programa de DST/Aids Nacional do Ministério da Saúde, do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), da Fundação Ford, da UNAIDS e também de programas estaduais de diversos estados brasileiros, além do Fundo Global de Aids, Tuberculose e Malária (2015-2017). Estabeleceu-se parcerias, além dessas, com mais de 50 instituições e grupos, entre eles, a Rede de Direitos Humanos Droga e Aids da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), a Articulação de Mulheres Vivendo com HIV no Estado do Rio de Janeiro, o Fórum de ONG-Aids do Estado do Rio de Janeiro, o Fórum de Tuberculose do Estado do Rio de Janeiro, o Grupo Otimismo, o Centro de Documentação Coisa de Mulher, a Rede Brasileira de Contracepção de Emergência (REDE CE), o Conselho Regional de Psicologia do Rio de Janeiro (CRP-RJ), a *Young Women's Christian Association* (YWCA), a Secretaria Regional da ICW Latino-americana e do Caribe (ICW LAC), a Associação Cristã Feminina (ACF-YWCA do Brasil), o Grupo Viva a Vida do Departamento de Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP) e o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Federal do Servidores (HFSE), a ONG Criola, a Associação de Amigos do Centro de Estudos e Aperfeiçoamento do Hospital dos Servidores (AACEA), a empresa *Glaxo Smith Kline*, a Estação Laços, a Pastoral da Aids, a Associação Soldar, o Instituto Brasileiro de Redução Motora (IBRM), o Centro de Promoção da Saúde (CEDAPS), a Fundação Mais Paz Menos Sida, o Laboratório de Estudos e Pesquisa para

Planejamento da Assistência a Pessoas Vivendo com HIV/Aids (LEPPA-DST/Aids/UERJ), a Escola de Enfermagem Anna Nery, o Programa Cidadania e Direitos Humanos (PCDH) da Sub-Reitoria de Extensão e Cultura da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), o Gabinete da Coalizão das Primeiras Damas e Mulheres Líderes e o Governo Federal Brasileiro, além de muitos que mesmo que não estejam expressos neste momento com certeza terei oportunidade de nomear, principalmente meus familiares e amigos.

Participamos também de produções técnicas junto à *Engender Health* e ao UNFPA, intitulada “Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva das Mulheres Adultas, Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/Aids – subsídios para Gestores, profissionais de Saúde e Ativistas”⁴, que virou marco referencial nacional para o tema; além de termos produzido junto à *David & Lucile Packard Foundation*; ao Movimento Nacional Cidadãs PositHIVas (MNCP); Fórum UNGASS Brasil; Grupo de Incentivo a Vida (GIV); Grupo de Apoio e Prevenção à Aids (GAPA); Gestos – Soropositividade, Comunicação & Gênero; Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV e Aids (UNAIDS)⁴. Eles objetivavam a divulgação de prevenção do HIV/aids e orientação de tratamento e assistência para os infectados e afetados pela doença^{viii}, reduzir a vulnerabilidade dos indivíduos e comunidades ao HIV e aids e os impactos da infecção, além de fortalecer a participação das mulheres com HIV/aids nas políticas de saúde brasileiras e na reivindicação de seus direitos enquanto pessoas vivendo com HIV/aids.

Participamos de vários vídeos, como o “Contracepção de Emergência”^{ix}, produzido junto à REDE CE, além de ações políticas. Nossas

^{viii} Na época, o tratamento com antirretrovirais só era indicado no país para pessoas que chegassem a 400 ou menos de células CD4.

^{ix} Versão atualizada em 2010 pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e disponibilizada em: <https://www.youtube.com/watch?v=pShdpjH4IFM>.

entidades tinham procura de várias pessoas, via telefone, e-mails, Whatsapps, muitas vezes após pesquisa na Internet, movidas por dúvidas relativas a prevenção e exames, mas principalmente por pessoas que se descobriam com HIV/aids, que solicitavam informações sobre serviços, tratamentos, medicamentos, direitos civis, apoio jurídico, como também pessoas com várias dúvidas que queriam atuar ou trabalhar conosco⁷. Essa procura motivou e se estruturou na “Ouvidoria Vozes Positivas”⁸, existente até hoje.

Através do Grupo de Trabalho ICW Brasil com a Associação Missão Resplandecer, promovemos uma articulação de implantação do “Plano de Enfrentamento da Feminização da Aids e Outras DST” em Duque de Caxias – RJ, talvez o único município que até hoje tem um plano de

enfrentamento integral à feminização²⁶, que estamos buscando ser aprovado na forma de lei.

Em 2008, me tornei membro também da *International Aids Society* (IAS) e, a partir de 2013, realizamos uma consultoria em gestão da qualidade para lançar a base para a formação de um Centro de Documentação, o “Projeto Apoio a Líder”, do Gerar, que estruturou a parte documental e o acervo desta trajetória do pessoal ao institucional – do privado ao público – e declarou que “estamos prontas para realizar a transição para a nova equipe de gestão da ICW Brasil, em 2016”.

Toda essa trajetória me remeteu a 192 participações em grandes eventos, em três décadas, inicialmente como ouvinte, até me tornar oradora e conferencista:

Quadro 1 – Participação em eventos após o início do ativismo

	De HIV/aids e temas afins	De outros temas de Saúde	De outros temas Sociais	Total
Participação em Encontros e reuniões internacionais	26	2		28
Participações em Encontros Nacionais como ORADORA	5			5
Participações em Encontros Nacionais com OUTRAS FORMAS	28	9	6	43
Coordenações de Encontros Regionais/ estaduais de mulheres vivendo	8	1		9
Coordenações de Encontros trabalho e educação	1	1		2
Participação Encontros Regionais/ Estaduais em eventos como ORADORA/DEBATEDORA	12	5	2	19
Participação Encontros Regionais/ Estaduais DE OUTRAS FORMAS	36	35	15	86
Total	116	53	23	192

Reconhecimentos e considerações finais

Esse aprendizado “da prática à teoria” reflete a minha trajetória, vivendo, lendo, participando e assumindo identidades e lutas, de pessoa vivendo com HIV/aids à mulher vivendo com HIV/aids. Isso reflete a ideia de que “todas as mulheres são líderes”, ou seja, sou uma *leadership*^x.

Coletivamente, ocasionou-se a a compreensão também da importância da formação de redes, capacitação de pessoas e busca de financiamento para essa interlocução e ação, para autogestão do segmento da população que tem algo em comum, de forma que esse segmento aprenda os meandros da participação e controle social, das burocracias estatais e do setor privado para concretizar as políticas públicas para atender a sua demanda.

Também uma história pessoal reconhecida pelos diversos convites e participações em encontros, congressos e seminários nos quais estive presente. Em 2016, fui homenageada com Moção concedida pela Representação Municipal da Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/Aids de Duque de Caxias – Rio de Janeiro; em 2017, pela construção e fortalecimento dos direitos humanos das mulheres com HIV/aids pela ICW Latina e por seguir à disposição para novas empreitadas; no ano seguinte, 2018, recebi indicação da “Comenda Brasil Excelência e Qualidade” pela Associação Brasileira de Liderança (ABL); e, recentemente, em 2021, por indicação da Associação Missão Resplandecer (AMIRES), a Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher da Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro (ALERJ) me agraciou com o Diploma Leolinda Daltro, concedido as 10 mulheres que se destacaram em seus segmentos de atuação na luta pela igualdade e cidadania plena das fluminenses.

^x Termo que me foi apresentado em encontros YWCA, em 2006, quando a instituição informou estar à procura de talentos para liderança feminina.

O retorno que obtive no contato com as mais de 500 pessoas que direta e indiretamente atingimos e motivamos para buscar e ampliar sua participação social e política, também é um grande reconhecimento de toda essa trajetória de luta; além das tantas a quem pudemos levar esclarecimento, mesmo sem conhecê-las presencialmente e atualmente através das *lives* e mídias sociais.

Por fim, a participação em diversos encontros nacionais me trouxe interlocução e o espelhamento da realidade brasileira de mulheres vivendo com HIV/aids e das políticas de saúde das várias regiões do país; e com a experiência internacional “pude desfrutar da maior e melhor oportunidade de minha vida. Adquiri a experiência que mudou meu estado de consciência e posicionamento pessoal ante o mundo”² (p.3).

Referências

1. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS - UNAIDS. Maior envolvimento das pessoas vivendo com o VIH (GIPA). Brasília; 2007.
2. Santiago JP. A transição: do privado para o público, a oportunidade de direcionar seu diagnóstico positivo como legado de responsabilidade social para o mundo. Rio de Janeiro; 2016.
3. Ministério da Saúde (BR). Terapia Anti-retroviral e Saúde Pública: um balanço da experiência brasileira [internet]. Brasília; 1999 [acesso em 12 mai 2021]. Disponível em: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj78Y-5jMrwAhUAGrkGHVcnAXEQFjAAegQIAhAD&url=http%3A%2F%2Fbvsm.sau.gov.br%2Fbvsm%2Fpublicacoes%2Fterapia.pdf&usg=AOvVaw0-uPUns5_nddn_Wcg8mdRi.
4. Engender Health.. Saúde sexual e saúde reprodutiva das mulheres adultas, adolescentes e jovens vivendo com HIV e aids: subsídios para gestores, profissionais de saúde e ativistas. Brasília: Engender Health; 2008.
5. Arantes EMM, Acselrad G, Verani S, Baldez ML, Oliveira ER, Silva ACSS. Programa cidadania e direitos humanos: extensão universitária e movimentos populares. Interagir: pensando a Extensão [internet]. 2001 [acesso em 11 maio 2021]; (1):29-35. Disponível em: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj78Y-5jMrwAhUAGrkGHVcnAXEQFjAAegQIAhAD&url=http%3A%2F%2Fbvsm.sau.gov.br%2Fbvsm%2Fpublicacoes%2Fterapia.pdf&usg=AOvVaw0-uPUns5_nddn_Wcg8mdRi

- act=8&ved=2ahUKEWjDnJ3ejMrwAhV-FrkGHRm3BnQQFJAAegQIAxAD&url=https%3A%2F%2Fwww.e-publicacoes.uerj.br%2Findex.php%2Finteragir%2Farticle%2Fview%2F18582&usg=AOvVaw1LBC-1wwfyq4QJNaDeqaK.
6. Acserald G. A construção social do problema das drogas. Educação Pública [internet]. [acesso em 11 maio 2021] Disponível em: <https://educacaopublica.cecierj.edu.br/artigos/2/1/a-construcao-social-do-quotproblemaquot-das-drogas>.
7. Santiago JP. Projeto vozes positiva: relatório. Rio de Janeiro: ICW Brasil; 2011.
8. Cristaldo H. Brasil fica em 84º lugar em ranking mundial do IDH [internet]. [acesso em 16 abr 2021]. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2020-12/brasil-fica-em-84o-lugar-em-ranking-mundial-do-idh>.
9. Organização Internacional do Trabalho - OIT. R200: recomendação sobre o HIV e a aids e o mundo do trabalho [internet]. 2010 [acesso em 16 abr 2021]. Disponível em: https://www.ilo.org/brasilia/convencoes/WCMS_242768/lang-pt/index.htm#:~:text=As%20a%C3%A7%C3%B5es%20de%20seguran%C3%A7a%20e,de%20trabalho%3B%20Equipamentos%20de%20prote%C3%A7%C3%A3o.
10. Santiago JP. Diagnóstico ICW Brasil apresentado por Juçara Portugal Santiago:Carta. Rio de Janeiro: 9 nov 2018.
11. Santiago JP. Vozes positivas: reatando nós e outras: relatório. Rio de Janeiro: ICW Brasil; 2010.
12. Construindo Alianças entre Países de Língua Portuguesa para o Acesso Universal - CPLP. Carta do Rio de Janeiro. In: I Reunião Ministerial de Políticas para Mulheres e VIH-SIDA: Construindo Alianças entre Países de Língua Portuguesa para o Acesso Universal; 2008.
13. UNAIDS. The greater involvement of people living with HIV (GIPA) [internet]. [acesso em 14 maio 2021]. Disponível em: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEWjDnJ3ejMrwAhV-FrkGHRm3BnQQFJAAegQIAxAD&url=https%3A%2F%2Fwww.fast-trackcities.org%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2FGreater%2520Involvement%2520of%2520People%2520Living%2520with%2520HIV%2520%2528GIPA%2529%2520-%2520Good%2520Practice%2520Guide.pdf&usg=AOvVaw2C_WAcL01yt8P6awRUPea.
14. Nada sobre nosotras, sin nosotras. Plataforma de demandas por la igualdad [internet]. El Salvador; 2009 [acesso em 11 maio 2021]. Disponível em: <https://colectivafeminista.org.sv/wp-content/uploads/2018/12/PLATAFORMA-NADA-SIN-NOSOTRAS.pdf>.
15. Ministério da Saúde (BR). Plano de enfrentamento da feminização da aids e outras DST [internet]. Brasília; 2007 [acesso em 11 maio 2021]. Disponível em: https://hivhealthclearinghouse.unesco.org/sites/default/files/resources/bie_brasil_plano_feminizacao_aids.pdf.
16. Figueiredo R, Borges ALV, Bastos S. Introdução: a contracepção de emergência como conquista de direitos sexuais e reprodutivos. In: Panorama da Contracepção de Emergência no Brasil. São Paulo: Instituto de Saúde; 2016.
17. Figueiredo R, Peña M. Promoção da contracepção de emergência no Brasil associada à prevenção da aids. In: Agende, organizadores. Experiência em advocacy em saúde e direitos sexuais e reprodutivos. Brasília; 2002. v. 1. p.77-95.
18. Organização das Nações Unidas - ONU. Planos de ação das conferências do Cairo. Cairo;1994.
19. Organização das Nações Unidas - ONU. Conferência internacional da mulher de Pequim. Pequim; 1995.
20. Organização das Nações Unidas - ONU. Convenção para a eliminação de todas as formas de discriminação contra as mulheres. Genebra; 1979.
21. Organização das Nações Unidas - ONU. Objetivos de desenvolvimento do milênio das Nações Unidas. Genebra; 2000.
22. Organização das Nações Unidas - ONU. Declaração de compromisso sobre VIH-SIDA da crise global :ação global. Genebra; 2001.
23. Organização das Nações Unidas - ONU. 87ª Sessão plenária da assembleia geral das Nações Unidas. International Drug Policy Consortium ;UNGASS: Genebra; 2006.
24. Organização das Nações Unidas - ONU. 3a Conferência mundial contra o racismo, a discriminação racial, a xenofobia e formas correlatas de intolerância. Durban; 2001.
25. Santiago JP. Publicação destaca promoção de direitos de mulheres [internet]. [acesso em 16 abr 2021]. Disponível em: <https://www.douradosagora.com.br/noticias/ciencia-e-saude/publicacao-destaca-promocao-de-direitos-de-mulheres>.
26. Prefeitura Municipal de Duque de Caxias (RJ). Conselho Municipal de Saúde. Ata da reunião COMSADC [internet]. 11 ago 2018 [acesso em 11 maio 2021]. Disponível em: https://transparencia.duquedecaxias.rj.gov.br/arquivos/fundos_municipais_20180904170259.pdf

Importância social da educação em sexualidade no contexto brasileiro

Social importance of sex education in the Brazilian context

Graça Margarete de Souza Tessarioli¹

Resumo

Por meio de uma retrospectiva dos fatores históricos que marcaram a vivência e a percepção da sexualidade pela população brasileira desde o início da formação do país, este artigo destaca a importância da educação em sexualidade e da própria sexualidade na vida das pessoas, em todas as fases da vida; destacando a origem dos tabus e preconceitos culturais quanto ao tema e ao seu entendimento.

Palavras-chave: Sexualidade; Educação sexual; Educação em saúde; Saúde sexual e reprodutiva; Direitos sexuais e reprodutivos.

Abstract

Through a retrospective of the historical factors that have marked the experience and perception of sexuality by the Brazilian population since the beginning of the country's formation, the article highlights the importance of sexuality education and of sexuality itself in people's lives, in all phases of their lives; highlighting the origin of cultural taboos and prejudices regarding the theme and its understanding.

Keywords: Sexuality; Sex education; Health education; Sexual and reproductive health; Sexual and reproductive rights.

Introdução

A educação em sexualidade é necessária não só em função da prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e da gravidez não planejada na adolescência, mas de todos os outros aspectos que envolvem o desenvolvimento da sexualidade, pois isso se inicia nos primeiros dias de vida e segue se manifestando de forma diferente em cada fase dela. A aprendizagem em sexualidade inclui todo

o processo pelo qual aprendemos sobre esse assunto ao longo da vida.

Assim, ao falar sobre educação sexual, estamos incluindo todas as pessoas independentemente da idade, como afirma Figueiró¹, que acredita que não se deve restringir a educação em sexualidade apenas aos profissionais com características prévias para o seu exercício, mas sim expandi-la a todos. Queramos ou não, sempre estamos educando sexualmente, pois o processo de aprendizagem se inicia no contexto familiar e posteriormente está presente na escola, na comunidade, nas igrejas e na mídia, se desenvolvendo durante toda a vida.

Entretanto, nossa sociedade vive momentos de extremo conservadorismo, em que a proposta

¹ Graça Margarete de Souza Tessarioli (gmtessarioli@gmail.com) é pedagoga pela Universidade São Marcos, Mestre em Educação, História da Arte e Cultura pelo Mackenzie, Pós-graduanda em Direito Homoafetivo e Gênero com Título de Sexóloga pela Associação Brasileira dos Profissionais de Saúde, Educação e Terapia Sexual (Abrasex), membro fundadora da Associação Brasileira dos Profissionais de Saúde, Educação e Terapia Sexual (Abrasex), atua como Terapeuta e Educadora Sexual e Coordenadora do Curso para Obtenção do Curso de Sexólogo (CTSex) pelo Instituto Casal Tessarioli e leciona e coordena a Pós-Graduação do Curso Terapia Sexual na Saúde e na Educação do Centro de Formação e Estudos Terapêuticos da Família (Cefatef).

de trazer o tema à luz, mesmo diante de sua importância, encontra muita resistência e ainda é tabu – termo cujo conceito pode ser definido como “atos, palavras ou símbolos sexuais proibidos numa da sociedade por motivos religiosos ou sociais”² (p. 87). Assim, a sexualidade pode ser considerada uma construção social e cultural, já que em cada cultura e momento histórico a sociedade molda diferentes valores em torno do sexo, criando normas, exigências, interdições e permissões.

É visível a reprovação e a perseguição com relação à sexualidade; assistimos várias manifestações contrárias à educação sexual por parte de grupos conservadores, sendo esse o principal obstáculo para que o tema seja pensado e colocado em prática. O presidente Jair Bolsonaro já afirmou, em diversas ocasiões, ser contra a abordagem dessa questão nas instituições de ensino: “Quem ensina sexo para a criança é o papai e a mamãe. Escola é lugar de aprender física, matemática, química”, disse em novembro de 2018³. O ex-ministro Ricardo Vélez Rodríguez, da pasta da Educação, também se opôs à discussão de gênero no currículo; em novembro de 2018, ele afirmou: “quem define gênero é a natureza”⁴.

Nesse contexto, existem muitas dificuldades em se abordar o tema em um país como o Brasil, de dimensão continental e com extensas zonas rurais no interior. Também nas principais capitais há questões culturais, políticas e religiosas que interferem no esclarecimento da sexualidade, ocasionando falta conhecimento sobre o assunto. Esses preconceitos com relação à educação sexual têm origem na construção histórica do país, que carrega uma série de comportamentos e atitudes que até hoje marcam as nossas experiências.

Entre os vários obstáculos para tratar a sexualidade que continuam sendo propagados e

que transparecem nos discursos, nos comportamentos e nas atitudes de nossa população, dois serão abordados neste artigo: a construção histórica do tema no Brasil e a falta de conhecimento sobre o assunto, que acaba por disseminar a desinformação e faz com que muitas pessoas ainda acreditem que falar de sexualidade é falar apenas de sexo.

A compreensão da origem de determinados comportamentos e o conhecimento em sexualidade são fundamentais para refletir sobre de onde vem a resistência e para que possamos desconstruir e ressignificar a educação sexual.

Recortes dos aspectos históricos relativos à sexualidade

A educação em sexualidade no Brasil está em construção, pois não existem muitos marcos históricos com relação ao tema e a maioria dos historiadores se remete ao Brasil Colônia para buscar aspectos que deram origem a uma série de comportamentos e atitudes ainda presentes em nossas experiências. Assim, não há uma historiografia organizada e sistematizada sobre o assunto no país, conforme pontuam Nunes e Silva⁵:

[...] [há] necessidade de estudos que resgatem algumas perspectivas sobre a história da educação sexual e sobre as tentativas históricas de institucionalizá-la [...] a educação sexual no Brasil não conta com uma historiografia bem explicitada (p. 172).

Conhecer mais sobre essa história pode ajudar na compreensão de uma série de questões com relação à sexualidade que se refletem na construção do pensamento sexual contemporâneo. por exemplo, uma mulher que durante a terapia sexual diz: “eu não me toco e nunca me

toquei” e que, por mais que seja orientada a realizar tal atividade, apresenta muita resistência e relata sentir medo e vergonha – esse comportamento está indissociavelmente ligado ao tipo de educação sexual presente na vida dessa pessoa, tema que é comumente associado ao pecado e à vergonha.

A chegada dos portugueses

A história da sexualidade no Brasil tem início com a chegada dos portugueses no século XVI e a posterior colonização, e tem como principal fonte documental da época a carta redigida por Pero Vaz de Caminha a D. Manuel I, então rei de Portugal⁶. Conforme o relato, tal contato foi um encontro pacífico, mas também um verdadeiro choque de culturas, com estranhamento por ambos os lados.

Mistura de desejo, fascinação e curiosidade intelectual genuína que sublinha sua visão da população local. Descrevendo-lhes a aparência, volta repetidas vezes à mais surpreendente característica que apresentavam – sua nudez – e à combinação de beleza e inocência que os distinguiam de seus semelhantes europeus⁶ (p. 26).

Na carta, Caminha relata que o que mais atraiu a atenção dos portugueses foram os habitantes se apresentarem com surpreendente nudez, pois europeus viviam em uma sociedade em que a sexualidade era nefasta e controlada pela Igreja Católica, que encarava o sexo como objetivo, exclusivamente para a procriação e a ser realizado dentro do matrimônio cristão –fora dessas condições, era considerado pecado. Havia, portanto, um rígido controle exercido pela Igreja, que, por meio do “manual do confessor”⁷,

controlava o comportamento das pessoas e dos casais e determinava que a sexualidade fosse desprovida de conteúdo erótico, de sensualidade e de prazer.

A Igreja condenava totalmente a sexualidade e encarava o casamento como forma de controlá-la, estabelecendo normas que incutiam diversas limitações aos comportamentos sexuais e ao corpo nu, que não deveria ser visto e nem representado, pois a nudez era associada ao “pecado da carne”. O corpo da mulher foi o que mais sofreu com essa conotação negativa, pois era considerado sedutor; por isso, uma das formas de controlar os impulsos sexuais era a ocultação do corpo pelo uso de vestuários que cobrissem não apenas as partes sexuais, mas ele por completo, inclusive escondendo os gestos, como aponta Correia⁸:

O corpo era visto como sagrado pois, segundo a doutrina cristã, o homem foi feito à imagem de Deus e a mulher a partir do homem, através da costela de Adão. Simultaneamente, também era considerado profano, pois o corpo é também associado ao prazer da carne e à tentação. A associação inegável entre corpo e sexualidade conotou-o com uma carga negativa, causador do pecado original (p. 7).

A visão da Igreja, por um lado, preconizava o lado positivo do ser humano enquanto criado por Deus à sua semelhança, mas por outro lado, persistia em difundir a tendência negativa dos seres humanos enquanto pecadores prontos para ceder à tentação, inclusive da carne, e a perder para sempre seu lugar no paraíso.

Nesse sentido, a inocência da nudez indígena, apontada por Caminha⁶, levou a associações e à conclusão de que os recém-encontrados eram filhos de Deus, como Adão e Eva no paraíso, mas

que poderiam (e deveriam) ser salvos dos pecados. Referindo-se ao potencial para salvação, Caminha diz: “porém o melhor fruto que dela se pode tirar me parece será salvar está gente. E esta deve ser a principal semente que Vossa Alteza em ela deve lançar” (p. 25), e continua:

A feição deles é serem pardos, maneira de avermelhados, de bons rostos e bons narizes, bem feitos. Andam nus, sem cobertura alguma. Não fazem o menor caso de encobrir ou de mostrar suas vergonhas; e nisso têm tanta inocência com em mostrar o rosto⁶ (p. 26).

Da mesma forma, a nudez inocente foi o foco das descrições das mulheres nativas. Conforme a moral cristã, o corpo, e especificamente as partes íntimas (sexuais), são mencionados várias vezes no texto⁶ como “vergonhas”, denunciando o entendimento de que, para a sociedade europeia da época, deveriam ser completamente escondidos e omitidos.

A imagem do indígena brasileiro enquanto aquele que transmite simplicidade, inocência, bondade e sociabilidade rapidamente se dissipou com o aumento do contato entre eles e os europeus. Porém, essas primeiras impressões, que surgiram na agitação das novidades e do espanto, considerando a singularidade dos índios e de seus costumes, serviram apenas como uma leitura imediata, superficial e fragmentada. O conhecimento mais profundo dos modos de vida desses povos logo criou dúvidas quanto à veracidade desse perfil frente ao cotidiano e à percepção das dificuldades, com muitas das ideias sendo destruídas. Destacam-se a partir daí os traços que em nada eram vistos como paradisíacos. Ao contrário, eram até considerados diabólicos, vistos como frequentes os exemplos de crueldade,

de instintos bélicos – como a antropofagia –, a poligamia, a nudez e os outros costumes considerados abomináveis na perspectiva europeia. Assim, os índios passam a ser “selvagens”.

Início da colonização

A efetiva colonização do Brasil só vai se delinear com a chegada dos jesuítas, em 1549, que iniciam o ensino brasileiro por meio da Companhia de Jesus com o objetivo de catequizar os índios. A iniciativa durou até 1759, quando esses padres foram expulsos de Portugal e de suas colônias pelo Marquês de Pombal⁹.

Nesses ensinamentos, a ideia era que, a todo custo, se cobrissem os corpos, pois a nudez expressava a pobreza material e cultural em que os índios viviam, em uma visão de que o corpo deveria ser inferiorizado em favor do espírito – discurso que contribuiu para a depreciação do corpo em nossa cultura. Assim, “salvar o índio no modo de entender dos jesuítas, era fazê-lo abandonar seus costumes demoníaco e impor-lhe o temor a civilidade”⁹ (p. 1016). Entra em cena a partir desse período uma pedagogia da vigilância, que atuava por meio de um rígido controle sobre as práticas dos indivíduos, com regras impostas sobre os corpos, as atitudes e os comportamentos, que deveriam ser vigiados e disciplinados. Nos dois séculos de educação jesuíta no Brasil, que aplicava-se tanto aos índios quanto aos próprios padres da Companhia, todos eram reprimidos e ameaçados com o castigo de chibatadas.

As práticas de controle corporal se espalharam pelo mundo; o poder da Igreja sobre o corpo exercia um intenso trabalho vigilância, punição e repreensão de todas as funções do desejo, além da tentativa de reprimir todos os comportamentos considerados desviantes, como a masturbação, a homossexualidade, a sodomia, a poligamia e o adultério.

Desde o início da colonização lutou-se contra a nudez e aquilo que ela simbolizava... O corpo nu era concebido como foco de problemas duramente combatidos pela Igreja nesses tempos: a luxúria, a lascívia, os pecados da carne. Afinal, como se queixava padre Anchieta, além de andar peladas, as indígenas não se negavam a ninguém¹⁰ (p. 17).

Com relação à prática sexual, salientava-se que “as índias não se negavam a ninguém”; ou seja, a cultura indígena local era totalmente diferente da europeia e considerava a vivência da sexualidade algo natural, e por isso, esses povos gozavam de uma liberdade moral completa.

Embora os colonizadores adotassem o discurso da moral cristã de que o sexo era pecado, frequentemente mantinham relações sexuais com as indígenas. Segundo Ribeiro¹¹, eles consideravam que só estariam pecando ao se relacionarem sexualmente com mulheres brancas. Na percepção dos europeus, pela qual o corpo feminino era todo negado e o sexo deveria ser feito só para procriação, a mulher branca também não podia ter prazer no ato sexual; a prática deveria ser rápida, e caso houvesse demonstração de prazer, a mulher era tida como prostituta pelo marido. Havia predomínio do masculino e a relação sexual era um ritual que ocupava o centro da masculinidade – daí a decorre existência de práticas sexuais marcadas pela brutalidade.

As mulheres nativas, não raras vezes, eram estupradas pelos colonizadores. Para evitar que isso resultasse na miscigenação da população, o chefe dos missionários solicitou ao “Rei João III o envio de mulheres da Europa para casar com os colonos” (p. 52)¹². Tal demanda foi atendida pela Coroa Portuguesa, que enviou jovens órfãs ao Brasil com a função de fundar a primeira geração de famílias brancas nativas da nova terra. Para isso, era comum haver casamentos arranjados com mulheres

brancas, situação em que tanto o homem quanto a mulher não se conheciam e na qual as relações sexuais eram por elas vistas como uma obrigação – se “necessário” fosse, também eram forçadas.

Nesse contexto, a mulher ocupava lugar de objeto, satisfazendo os homens e suas necessidades sexuais e de reprodução para o povoamento da colônia. Eram usadas sem consideração às suas vontades e desejos, sendo estupradas e torturadas mediante atos machistas, em uma situação de submissão total aos homens.

Contracenando com as mulheres nativas, havia então as europeias órfãs e as negras, que chegaram ao Brasil em meados do século XVI – capturadas nas terras onde viviam na África e trazidas à força para a América, em grandes navios e em condições miseráveis e desumanas. Assim como os homens escravizados, muitas delas morriam durante a viagem através do Oceano Atlântico, vítimas de doenças, de maus tratos e da fome. Os que conseguiam sobreviver à viagem eram separados de outros membros de suas nações de origem para evitar que pudessem se comunicar. Não tinham nenhum direito e conviviam com a violência e a humilhação em seu dia a dia, sendo que as mulheres negras viviam condições específicas de submissão¹³.

As negras, assim como as indígenas, também andavam nuas ou seminuas; e independentemente de sua origem social ou étnica eram sempre vistas como uma “perdição”, sendo foco de abusos pelos portugueses, gerando uma miscigenação não oficial, extremamente condenada pela Igreja e pela elite branca, que formou a base da população brasileira¹³.

Efeitos do legado cultural repressivo sobre a sexualidade

O legado transmitido para a nossa sociedade desde a colonização é marcado pelo controle

do corpo e da nudez, duramente exercido pela Igreja. O corpo foi foco de tentativas de todas as formas cobrir, pois era sinônimo de pecado, o que promoveu o medo, o preconceito, o tabu e a discriminação ainda presentes na nossa cultura. A educação sexual brasileira sempre foi – e ainda é – marcada pela repressão, herança que, segundo Nunes¹⁴, revela a tradição ocidental de dominação, que ainda acarreta prejuízos à sexualidade e gera medo e corpos silenciados pelo dogma religioso e pelo preconceito.

Os significados e as representações atribuídos historicamente aos corpos no Brasil foram também atravessados pela visão eurocêntrica, pelo sexismo, pelo racismo e pela lógica patriarcal. Isso tudo produziu indivíduos carregados de julgamentos e formados por uma educação sexual repressora, que resulta na rigidez da expressão e de comportamentos sexuais, mesmo que inconscientemente. É nesse formato que o(a) brasileiro(a) estabelece sua identidade sexual, seus valores e suas atitudes a respeito da sexualidade, introjetados durante sua formação como negativos, o que gera tabus, preconceitos e dificuldades até hoje.

Um exemplo de situação que pode ser relacionada à nossa origem histórica, de repressão do corpo, da sexualidade e da mulher, é que ainda hoje, diante de manifestações e expressões da criança, por exemplo, o manusear genital – gesto normal de descoberta do corpo que não configura uma atividade sexual –, o adulto entende a partir de suas próprias percepções e acaba por reprimi-las, sendo que a descoberta deveria ser encarada como natural nessa fase, e não reprimida¹⁵.

Enquanto crescemos, ouvimos tantas mensagens de controle do corpo (por exemplo, “feche as pernas”, “tire a mão daí, é feio”) ou das emoções (“não chore, você é homem”, entre tantas outras) que nos aprisionamos. O controle da sexualidade acaba, conseqüentemente, nos

afastando também de conhecer e cuidar do nosso corpo, aumentando nossa vulnerabilidade, inclusive de saúde.

A repressão sobre a educação sexual ocasiona contínuos emaranhados, influenciando o desenvolvimento e o comportamento sexual do indivíduo de maneira induzida. Como resultado, surgem também sentimentos negativos quanto à vivência da sexualidade; ou seja, é uma informação cuja falta afeta profundamente a vida das pessoas em seus sentimentos, palavras e atitudes.

No Brasil, ainda vivemos, de modo geral, uma educação que prepara a mulher para o casamento, a maternidade e a posição de depositária dos desejos de outros, de dependente afetiva e econômica do parceiro, para desempenhar um papel secundário no mundo, impedida de construir a própria vida como ser autônomo. Tal estrutura de poder que coloca o masculino sobre o feminino está tão enraizada em nossa cultura que ainda prevalecem ideias que afirmam que o papel da mulher é no lar. Exemplo desse discurso em pleno século XXI é a publicação, por uma colunista da revista *Veja* (revista de grande circulação nacional), de uma matéria intitulada “Marcela Temer: bela, recatada e do lar”, que destacava que “a quase primeira-dama, 43 anos mais jovem que o marido, aparece pouco, gosta de vestidos na altura dos joelhos e sonha em ter mais um filho com o vice”¹⁶. O texto provocou diversas manifestações críticas, trazendo a discussão sobre o papel da mulher na sociedade brasileira atual e o motivo por que a representação de Marcela como “bela, recatada e do lar” causou tamanha ressonância nas redes sociais, nas mesas de bar e entre vários grupos da sociedade.

De acordo com a crítica de Djamila Ribeiro, pesquisadora na área de filosofia política e feminismo, publicada no site *Carta Capital*, cujo subtítulo é “A intenção é enaltecer Marcela Temer como a mulher que todas deveriam ser, à sombra, nunca à frente”¹⁷:

Fica evidente a tentativa da revista de fazer uma oposição ao que Dilma representa. Uma mulher aguerrida, forte, fora do padrão imposto do que se entende que uma mulher deve se comportar. Mas, é como se dissessem: mulher boa é a esposa, a primeira dama, a “que está por trás de um grande homem”. [...] ao enaltecer Marcela Temer como a mulher que todas deveriam ser, à sombra, nunca à frente. Destaco que não critico aqui Marcela e mulheres que possuem estilo parecido. O problema é julgar que esse modelo deve ser o padrão. É não respeitar a mulher como ser humano, alguém que pode estar num lugar de liderança, e que tem o direito de ser como quiser sem julgamentos à sua moral ou capacidade (p. 1).

A historiadora Mary Del Priore, uma das maiores pesquisadoras a estudar sobre a história das mulheres brasileiras, em entrevista para o site da BBC Brasil¹⁸, argumentou que a crítica de Ribeiro partiria de uma visão “intolerante” sobre o modo de vida de uma parcela significativa da população, portanto, não representaria o Brasil como um todo, mas sim o das capitais, onde há maior presença do Movimento Feminista organizado, mulheres em cargos de comando e formadas pelas universidades. Dessa forma, em muitas localidades do país, principalmente no interior, os adjetivos usados para caracterizar Marcela ainda estão presentes no cotidiano e são considerados características importantes para a escolha de uma esposa.

A partir da construção histórica, conseguimos entender melhor o pensamento da sociedade contemporânea sobre a mulher, e fica claro como ainda hoje ele está associado ao modelo tradicional e normativo patriarcal. Tal modelo impõe

dificuldades para as mulheres expressarem seus desejos, vontades e necessidades, e quando o fazem livremente, são julgadas e rotuladas. Ao mesmo tempo, a imagem da mulher é fortemente associada ao papel social de mãe, esposa, dona de casa, cuidadora e submissa.

Há mulheres que desconhecem o próprio corpo, principalmente suas partes sexuais, e confessam ter vergonha ou medo de se tocarem – ou, quando se tocam, sentem culpa –, além daquelas que fazem sexo para agradar o parceiro, pois não têm interesse sexual próprio. Ou seja, o passado se torna presente e, à mulher, ainda é vetado o prazer.

Compreendendo a sexualidade

Quando o tema é sexualidade, muitas pessoas o associam imediatamente ao ato sexual em si, o que representa um fator de impedimento para a implantação de uma educação efetiva sobre o assunto. Isso decorre da falta de conhecimento a respeito da sexualidade e suas expressões, sendo importante diferenciar prática sexual de sexo biológico, que se refere aos órgãos genitais. A ideia de que o gênero (masculino ou feminino) é condicionado pela genitalidade ainda prevalece e também é produto da educação sexual. Segundo Guimarães (1992), a genitalidade está relacionada ao ato sexual carnal, às fantasias e aos órgãos genitais do corpo humano. Já o sexo se refere à diferença biológica entre macho e fêmea, o gênero costuma ser utilizado como designação de feminino e masculino.

A sexualidade é uma construção social e cultural, baseada em valores a respeito das diferenças entre os sexos biológicos, sobre a qual se criam modelos, normas, padrões, exigências, permissões e interdições que tornam a atividade sexual um tabu. Essas concepções se apresentam com particularidades de acordo

com cada cultura e momento histórico. É nesse sentido que a sociedade entende a sexualidade apenas como ato sexual e o gênero como atrelado ao sexo biológico.

Nesse sentido, no Brasil, a sexualidade ainda é tida como tabu, não apenas por conta de questões culturais e religiosas, mas também por motivações políticas e mesmo pelo desconhecimento sobre o assunto. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS):

A sexualidade humana forma parte integral da personalidade de cada um. É uma necessidade básica e um aspecto do ser humano que não pode ser separado de outros aspectos da vida. A sexualidade não é sinônimo de coito (relação sexual) e não se limita à presença ou não de orgasmo. Sexualidade é muito mais do que isso. É energia que motiva encontrar o amor, contato e intimidade e se expressa na forma de sentir, nos movimentos das pessoas e como estas tocam e são tocadas. A sexualidade influencia pensamentos, sentimentos, ações e integrações e, portanto, a saúde mental e física. Se saúde é um direito humano fundamental, a saúde sexual também deveria ser considerada como direito humano básico. A saúde mental é a integração dos aspectos sociais, somáticos, intelectuais e emocionais de maneira tal que influenciem positivamente a personalidade, a capacidade de comunicação com outras pessoas e o amor¹⁹ (p. 290-291).

A sexualidade é um aspecto central da nossa personalidade, por meio da qual nos relacionamos com “o outro”, ou seja, todos nós a vivenciamos. Esse contato é extremamente importante

na família, no modo como nos relacionamos com nossos filhos(as) e parceiros(as), na forma de apreciar o que gostamos, como a textura de um sorvete, no relaxar em uma massagem, no desfrutar do beijo da pessoa amada ou do abraço de um amigo. Tudo isso está ligado à sexualidade. Embora o senso comum a confunda com erotismo, com genitalidade e relações sexuais, “a sexualidade não é sinônimo de coito e não se limita à presença ou não de orgasmo [...]”²⁰ (p. 91); ao contrário, essa centralização da ideia no sexo e na genitalização não é constitutiva da sexualidade.

Assim, o tema deve ser entendido como parte comum do desenvolvimento humano no sentido mais amplo, incluindo a conscientização sobre o próprio corpo e a forma de se relacionar consigo mesmo e com o outro. Entender a sexualidade de maneira mais ampla nos permite, de forma clara e objetiva, dissociá-la da atividade sexual enquanto o ato puramente biológico e enxergá-la enquanto aspecto intrínseco à personalidade do ser humano.

A OMS compreende a sexualidade como uma energia motivadora para que as pessoas possam se relacionar e encontrar o amor; que se expressa na forma como agimos, nos movimentamos e interagimos uns com os outros, manifestando nossos pensamentos e sentimentos e, de modo geral, influenciando nossa saúde física e mental por meio dessas interações. A ideia central é que a sexualidade humana se desenvolve pela experiência adquirida, em um processo contínuo de bem-estar físico, psicológico e sociocultural, que ocorre em um complexo contexto biopsicossocial, formando parte integrante da personalidade de cada um¹⁹.

A compreensão da sexualidade advém do profundo conhecimento tanto de si quanto do outro, enquanto uma forma especial e profunda

de comunicação que é vivida no corpo. Portanto, não é possível separar a sexualidade do corpo ou pensar no corpo sem considerar a sexualidade.

O desconhecimento a respeito do tema acaba limitando a compreensão do indivíduo sobre a própria sexualidade e sobre a importância dela para o desenvolvimento saudável em todas as fases da vida. Nesse sentido, a família e posteriormente a escola, enquanto responsáveis iniciais pela educação, são, em sua maioria, despreparadas para proteger e educar as crianças e adolescentes com relação à sexualidade, uma vez que não compreendem sua importância e o sentido que ocupará na vida do indivíduo.

Sexualidade é um tema amplo que abrange diversos aspectos, como o respeito a si próprio e ao outro, a afetividade, os direitos sexuais reprodutivos, a saúde sexual e reprodutiva, as relações de gênero, mitos e tabus, gravidez planejada e não planejada, o corpo e a imagem corporal, a prevenção ou exposição às IST, a diversidade sexual, o conjunto de crenças e valores de cada um, o sexo e a parceria sexual, entre tantos outros. Assim, o sexo é apenas uma parte da sexualidade, e não é a sexualidade em si, e ao abordar ambos como sinônimos, todos esses outros aspectos são suprimidos.

Segundo Silva²¹, ao considerar que tanto os graus de confiança em si e nos outros quanto as atitudes de aceitação ou de recusa em relação ao corpo e à expressão dos afetos e da sexualidade dependem, em grande parte, da influência familiar, a comunicação verbal sobre o tema nesse núcleo é apenas uma das fontes de aprendizagem. A aprendizagem se dá, sobretudo, por meio da observação dos comportamentos e atitudes, dos modelos incorporados, do fazer, do pensar e do julgar. Isso reforça a inevitabilidade da participação da família na educação sexual de crianças e jovens.

As raízes da sexualidade se desenvolvem desde o período intrauterino e especialmente nos primeiros anos de vida¹⁵ (p. 139). Por isso, é necessário levar em consideração que pais também estão marcados pelas diversas influências que receberam do meio sociocultural desde a infância e, na maioria dos casos, transmitirão o que vivenciaram na dinâmica da nova família que construirão.

Atualmente, a mídia também figura como importante agente no processo de aprendizagem sobre sexualidade devido à sua presença nos lares e na escola, influenciando direta e indiretamente a formação das crianças e adolescentes. Entretanto, a repressão com relação ao tema também está presente nos meios de comunicação, incluindo os que são divulgados por redes sociais, mesmo que haja eventuais exceções específicas. Há, assim, tanto divulgações positivas como negativas, repressoras e que tentam controlar a sexualidade. A internet representa um espaço ilimitado em todas as direções e ao alcance de todos, na “palma das mãos”, sem fronteiras ou barreiras culturais, uma interatividade que coloca em evidência assuntos sobre sexualidade sob os mais variados enfoques.

Por essa razão, a família, a escola e a mídia (incluindo a internet), enquanto formadoras da sexualidade, devem ser alvo de estudos e reflexões abrangendo a atuação dos profissionais envolvidos com a educação em sexualidade para que ofereçam o acesso a informações claras, objetivas e científicas.

Conclusão

Diante da breve exposição transcorrida, temos a ideia de que as dificuldades para tratar da educação sexual estão fundamentadas na construção histórica sobre o tema oriunda do Brasil Colônia, época em que a Igreja Católica exerceu controle e

propagou restrições sobre o corpo, o prazer, a sensualidade e o sexo, estabelecendo comportamentos e definindo o lugar que os homens e as mulheres deveriam ocupar na sociedade e na sexualidade – em que a mulher representava a tentação dos desejos carniais, que deveriam ser evitados.

É inevitável perceber que o excesso de controle e as restrições quanto a vivência da sexualidade trouxeram consequências, tornando-a mal vista e um tabu, o que contribuiu para a ausência de conhecimento e o receio em se trabalhar o tema até os dias atuais.

A sociedade brasileira contemporânea se relaciona com a sexualidade de forma repressora e omissa, reproduzindo modelos ultrapassados. Essa cultura não é discutida pela maioria das pessoas, embora seja fundamental na vida delas enquanto parte da construção de suas identidades. Por isso, não deveria ser negligenciada.

É preciso criar espaços para trabalhar a educação sexual de forma que ela não seja confundida com questões políticas, mas sim fundamentada em pesquisas e trabalhos científicos sérios. Nesse sentido, a noção de sua construção histórica é fundamental, uma vez que somos resultados do processo histórico e cultural, e ao entendê-lo, temos condições de compreendê-lo e reorientá-lo para os momentos que sucedem.

Assim, o profissional da educação sexual e de outras áreas que atuam com o tema precisa se instrumentalizar para abordá-lo despidido de tabus, preconceitos e valores construídos socialmente, característica que pode levar prejuízo à sua atuação e à própria percepção da sexualidade.

A educação sexual está em construção. Este trabalho é apenas um recorte das dificuldades que encontramos, entre tantas outras, e que impactam na realização e na oferta de uma educação sexual livre, responsável e respeitosa, imprescindível para uma vida saudável a todos.

Referências

1. Figueiró MND. O professor como educador sexual: interligando formação e atuação profissional. In: Ribeiro PRM, organizador. Sexualidade e educação: aproximações necessárias. São Paulo: Arte e Ciência; 2004.
2. Furlani J. Mitos e tabus da sexualidade. 3. ed. Belo Horizonte: Autêntica; 2009.
3. Barone I. Quem ensina sexo para a criança é o papai e a mãe e não a escola, como diz Bolsonaro?[internet] 27 abr 2019 [acesso em 7 out 2021]. Disponível em: <https://www.gazetadopovo.com.br/educacao/quem-ensina-sexo-para-a-crianca-e-o-papai-e-a-mamae-diz-bolsonaro-o-que-dizem-especialistas/>.
4. Pavaneli A. Quem define gênero é a natureza, diz futuro ministro da educação [internet]. 16 nov 2018 [acesso em 7 out 2021]. Disponível em: <https://g1.globo.com/pr/norte-noroeste/noticia/2018/11/26/quem-define-genero-e-a-natureza-diz-futuro-ministro-da-educacao.ghtml>.
5. Nunes C, Silva E. Sexualidade e educação: elementos teóricos e marcos historiográficos da educação sexual no Brasil. In: Lombardi JC, organizador. Pesquisa em educação: história, filosofia e temas transversais. Campinas: Autores Associados; 1999. p.161-177.
6. Parker RG. Corpos, prazeres e paixões: a cultura sexual no Brasil contemporâneo. Best Seller, 1991.
7. Mota JF. Notas sobre confessorário no século XVI na Europa e no Brasil: Azpilcueta Navarro e Anchieta [internet]. [acesso em 1 out 2021]. Disponível em: <http://www.eeh2016.anpuh-rs.org.br/resources/rj/Anais/2006/ic/Jaqueline%20Ferreira%20da%20Mota.pdf>
8. Correia C PCC. A sexualidade feminina na idade média portuguesa: norma e transgressão [internet] [dissertação]. Lisboa: Universidade Nova Lisboa. ; 2016 [acesso em 29 set 2021]. Disponível em: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/21576/2/DISSERTA%C3%87%C3%830.pdf>.
9. Faria MR. Pedagogia da vigilância: o jesuíta na aldeia séculos XVI e XVII. Cad Pesq [internet]. 2016 [acesso em 30 dez 2016]; 46(162):1010-1026. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cp/a/RrcrrssqJJwDp4LCMnkf7jb/?lang=pt>.
10. Del Priore M. Histórias íntimas: sexualidade e erotismo. São Paulo: Editora Planeta do Brasil; 2011.
11. Ribeiro PRM. A institucionalização dos saberes acerca da sexualidade humana e da educação sexual no Brasil. In: Figueiró MND, organizador. Educação sexual: múltiplos temas. Londrina: UEL; 2009. p. 129-140.

12. Moreira VS. Ensinar mulheres na história: abordagens biográficas [internet] [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2018 [acesso em 29 set 2021]. Disponível em: <https://profhistoria.paginas.ufsc.br/files/2019/02/Disserta%C3%A7%C3%A3o-Viviane-da-Silva-Moreira-1.pdf>.
13. Freyre G. Casa grande e senzala. 51. ed.. São Paulo: Ed. Global; 2006.
14. Nunes C. A. Desvendando a sexualidade. 5. ed. Campinas: Papirus; 2003.
15. Tessarioli G. M. As minhas, as suas, as nossas sexualidades. In: Ribeiro HCF, organizador. Todos a favor da educação sexual. São Paulo: CEPCoS; 2013. p.139-153.
16. Linhares J. Marcela Temer: bela, recatada e do lar [internet]. 18 abr 2016 [acesso em 7 out 2021]. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/brasil/marcela-temer-bela-recatada-e-do-lar/>.
17. Ribeiro D. Bela, recatada e do lar: matéria da Veja é tão 1792 [internet]. 20 abr. 2021 [acesso em 7 out 2021].. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/politica/bela-recatada-e-do-lar-materia-da-veja-e-tao-1792/>.
18. Pereira N. Entrevista com Mary Del Priore. Crítica a bela, recatada e do lar é intolerante com Brasil invisível, diz historiadora [internet]. 21 abr 2016 [acesso em 7 out 2021]. Disponível em: https://www.bbc.com/portuguese/noticias/2016/04/160418_marydelpriore_entrevista_marcella_temer_np.
19. Guimarães CRP. O descaso em relação à educação sexual na escola: estudo de manifestações de futuras professoras de 1ª a 4ª série do 1º grau[dissertação]. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos; 1992.
20. Edwards WM, Coleman E. Definindo saúde sexual: uma visão geral descritiva. Arch Sex Behav. 2004; 33:190-191.
21. Ramos AJS. O conhecimento e a atitude face à saúde sexual e reprodutiva: um estudo correlacional em estudantes universitários [internet] [dissertação]. Lisboa: Universidade de Lisboa; 2010 [acesso em 12 out 2021]. . Disponível em: https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1249/2/18992_ULFC091284_TM_2_ENQUADRAMENTO.pdf.

Enfrentamento da violência doméstica na pandemia da covid-19 em município paulista: implementação de estratégias e resiliência do sistema de saúde^I

Confronting domestic violence in the covid-19 pandemic in a São Paulo municipality: implementing strategies and health system resilience

Silvia Helena Bastos de Paula^{II}

“Na equação política de Aristóteles, Pólis é a cidade-Estado e Óikos, o território da casa(...).Essa estrutura da vida social e política grega sedimentou-se e continua como uma base inconsciente em nossa época. (...) devemos saber que o reino do público se define pela ordem do poder e o reino do privado pela ordem da violência”.

Márcia Tiburi (2018)^{III}

Resumo

O artigo aborda aspectos da violência contra a mulher no espaço doméstico e familiar na pandemia da covid-19, analisando o caso de um município da região metropolitana de São Paulo, as estratégias adotadas pelo município e como ele se organizou para o enfrentamento da violência contra as mulheres durante a pandemia. Trata-se de um estudo de caso, com abordagem mista e análise de dados quantitativos e qualitativos, obtidos a partir de banco de dados e entrevistas com atores chave, realizado de setembro a novembro de 2020. Os resultados indicam estratégias adotadas que denotam o esforço e a resiliência do sistema de saúde. A pandemia agravou uma realidade já complexa e o município respondeu com a promoção do envolvimento de segmentos intersetoriais da estrutura de administração, de modo que o tema ganhou visibilidade e prioridade na pandemia.

Palavras-chave: Saúde reprodutiva; Violência doméstica; Covid-19; Isolamento social; Saúde pública; Resiliência.

Abstract

The article discusses aspects of violence against women in the domestic and familiar space, during the covid-19 pandemic (2020). We analyze the strategies organized by a municipality in São Paulo metropolitan region to fight violence against women during the covid-19 pandemic. This case study, with a mixed approach, presents an analysis of quantitative and qualitative data, from database and interviews with key actors carried out from September to November 2020. From the thematic categories found it is understood the need to strengthen the network for coping with violence against women in the municipality. The results indicate adopted strategies that denote the effort and resilience of the health system. The pandemic aggravated an already complex reality and the municipality elaborates the aggravation of the problem involving intersectoral segments of administration structure and the topic gained priority during the pandemic.

Keywords: Reproductive health; Covid-19; Domestic violence; Social isolation; Public health; Resilience.

^I Artigo baseado no estudo de F. S. Lucena & cols, intitulado “Desafios e Respostas do Sistema Único de Saúde do município de Franco da Rocha no enfrentamento à COVID-19”, do qual a autora fez parte, no Eixo de Implantação de Saúde Sexual e Reprodutiva realizado no âmbito do programa de Especialização em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde, órgão da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), em 2021. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/08/1282172/relatorio-de-pesquisa_ii-1.pdf.

^{II} Silvia Helena Bastos de Paula (silviabastos58@gmail.com) é enfermeira, mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará (UFC), doutora em Ciências pelo Programa de Pós-graduação da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (CCD/SES-SP), pesquisadora científica do Núcleo de Políticas e Práticas de Saúde do Instituto de Saúde da SES-SP.

^{III} Tiburi M. Feminismo em comum: para todas, todes e todos. Ed. Rosa dos Tempos; 15ª edição, 2020. 126p.

Introdução

A Organização Mundial de Saúde declarou, em janeiro de 2020, estado de Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) por conta do surto global do novo coronavírus (Sars-CoV-2) e, em 3 de fevereiro, o Ministério da Saúde declarou Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN)^{2,3} no país. Neste artigo, trata-se de desafios

e capacidade de respostas e ações de adaptação a esta crise sanitária com relação ao problema de violência contra mulheres, investigando a experiência de um município paulista e sua resiliência diante do problema.

Desde 2020 a pandemia de covid-19 apresentou desafios sem precedentes para países em todo o mundo. De maneira politicamente significativa, muitos países responderam de modo rápido, mostrando resiliência ao oferecer estratégias de adaptação e processos de aprendizado continuados na luta contra o novo coronavírus, com base na experiência de intervenções feitas em epidemias como Ebola e H1N1.

Neste estudo emprega-se o conceito de resiliência estabelecido há mais de uma década como “a capacidade de um sistema ou sociedade, quando exposta a desafios e perigos, de absorver a repercussão e resistir, se reacomodando e recuperando a realização de suas funções, de maneira oportuna e eficiente, ao fortalecer os aspectos centrais dos sistemas de saúde, incluindo a criação de disposições legais para apoiar ações de saúde pública”⁴.

No caso do Brasil, até o momento ainda investiga-se como as formulações e reformulações foram de fato feitas no governo federal e entre estados e municípios, o que trouxe conflitos políticos, informações contraditórias e aplicação de monitoramento insuficientes. Mesmo com a disponibilidade das vacinas em 2021, o site *Our World in Data*⁵ apresentou o país na quarta posição em mortes no mundo em 30 de setembro e agora, com avanço da cobertura vacinal, chegamos ao quinto lugar em 13 de outubro, com 99,58 milhões de pessoas com esquema completo de vacinas (46,54% da população)⁵.

A pandemia da covid-19 foi avassaladora. Até outubro de 2021, causou 601 mil mortes no país, sem considerar sub-registros de causa básica

de morte, que podem ter atingido até 15% do total. Dessas mortes, 151 mil ocorreram no estado de São Paulo, o que aprofundou a crise da economia do estado e do país: segundo o IBGE⁶, cerca de 8,1 milhões de pessoas perderam o emprego, mas antes já havia 11,9% de desempregados e atingiu-se 14,4% de desocupados na população que deveria ser economicamente ativa.

Em março de 2020, a OMS recomendou o isolamento social e que os governos tomassem providências para apoiar as famílias em situação de vulnerabilidade; nesse sentido, em abril divulgou-se informações sobre violência contra mulheres vivendo em isolamento social e em situação precária de vida⁷. A pandemia da covid-19 causou tensão em elementos do processo de determinação social da saúde-doença, agravando a situação de populações pauperizadas que assim sofreram maior impacto da pandemia⁸. Houve aumento de demanda por serviços de alta complexidade na saúde, houve até fila de espera de doentes que necessitavam de oxigênio; tudo isso contribuiu revelando o aumento da fragilidade da resposta dos sistemas públicos de saúde em todas as esferas de gestão.

Nesse contexto, nos preocupa a situação das mulheres e meninas, pois é reconhecido que nas crises humanitárias anteriores, reduziram-se o acesso aos serviços de atenção à violência de gênero, à saúde mental e à saúde materna e infantil⁹. Organizações internacionais também alertaram que, em contextos de emergência, há tendência de aumento da violência contra as mulheres, o que aconteceu na pandemia do novo coronavírus.

A Organização Mundial de Saúde também ressalta que “uma em cada três mulheres no mundo já sofreu violência física ou sexual por parte do parceiro íntimo ou de qualquer outro autor ao longo da vida”^{7,10}

Dados do Fórum de Segurança Pública¹¹, de maio de 2020, confirmam as preocupações com as mulheres e apontaram aumento de 22,2% dos feminicídios em relação a 2019 e redução de solicitação de medidas protetivas no país. No estado de São Paulo surge um alerta em março de 2020, quando foi registrado aumento de 44,9% de chamadas para o telefone 190 da Polícia Militar em razão de ocorrências de violência doméstica.

Embora o Brasil conte com um Sistema Único de Saúde (SUS) de acesso universal, uma Política Nacional de Atenção Básica e uma Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (PNEVM)¹² vigente desde 2011, o país ainda tem vazios de cobertura, falta de informação e iniquidade no acesso.

É importante considerar o potencial da PNEVM e da Lei nº 11.340/2006¹³, designada comumente de Lei Maria da Penha, na articulação intersetorial, pois adotam um conceito abrangente de violência contra mulheres como “qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano moral ou patrimonial, sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado”, no âmbito da família ou em qualquer relação íntima de afeto, na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a ofendida, independentemente de coabitação.

A PNEVM e a Lei Maria da Penha trazem instrumentos que permitem ampla ação do governo sobre o problema da violência, que estão apresentadas nos quatro “Eixos Estruturantes da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres”, a saber: prevenção e ações educativas; assistência com capacitação da rede de atenção à saúde; enfrentamento e punição de agressores; e promoção de acesso aos direitos e ações de empoderamento das mulheres em situação de violência. Esses recursos, quando aplicados aos sistemas de proteção em ações intersetoriais,

podem produzir e contribuir para a resiliência dos sistemas de saúde e de proteção às mulheres em situação de violência, diante de crises sanitárias e falta de equidades de gênero.

Diante da pandemia da covid-19 e dos alertas quanto à vulnerabilidade de mulheres em situações de isolamento, o Instituto de Saúde que faz assessoria a Franco da Rocha desde 2014, com o propósito de fortalecer a atenção básica de saúde do município, deu prioridade para investigar os “Desafios e Respostas do Sistema Único de Saúde do município de Franco da Rocha no enfrentamento à Covid-19”¹⁴.

O município de Franco da Rocha abrange território de 132,775 km² e compõe a região do Vale do Rio Juqueri¹⁵. Segundo o IBGE, a cidade tinha em 2020 uma população estimada de 156.492 habitantes e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,731. A pandemia de covid-19 foi declarada em estado de Emergência em Saúde Pública no âmbito municipal em março de 2020¹⁶. Preocupados com a atenção à saúde das mulheres, a Secretaria de Saúde do município adota a Linha de Cuidado de Saúde Reprodutiva na Atenção Básica, com enfoque na Saúde das Mulheres, com apoio do Eixo de Implementação de Saúde Sexual e Reprodutiva¹⁷ desde 2018, ação na qual consta o cuidado com a questão da violência contra mulheres, por sua relevância na Saúde Pública.

Assim, considerando o Eixo de Implementação da Linha de Cuidado em Saúde Sexual e Reprodutiva, em 2020, optou-se pelo recorte dos problemas e respostas para a atenção pré-natal, para a contracepção e o enfrentamento da violência doméstica¹⁴ na perspectiva de identificar esforços para adaptação do sistema municipal à crise sanitária da covid-19, com a intenção de melhorar respostas ao aumento da violência contra mulheres.

Método

Trata-se de estudo exploratório e transversal de métodos mistos e abordagem qualitativa do tipo estudo de caso, elaborado com base em recorte do projeto de pesquisa e intervenção da assessoria municipal “Desafios e Respostas do Sistema de Saúde do Município de Franco da Rocha no Enfrentamento à Covid-19”¹, que foi realizado com apoio de três bolsistas do Curso de Especialização em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde.

Para coleta de dados realizou-se 15 entrevistas com gestores e profissionais de saúde entre outubro e novembro de 2020, utilizando-se de roteiro com questões semiestruturadas, aplicadas com uso de aplicativos de comunicação on-line. Os participantes foram incluídos mediante os critérios de serem partes da equipe das unidades básicas do município e de terem experiência de trabalho na gestão ou nos serviços de saúde antes do início da pandemia.

O estudo respeitou as diretrizes das Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Por se tratar de estudo em instância do SUS, foi prevista a devolução dos resultados para os gestores de saúde do município por síntese de resultados e por publicações em periódicos, em conformidade com a Resolução nº 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde. Fez-se o convite para todos os participantes com breve apresentação do projeto e leitura do Termo Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A pesquisa aprovada foi em Comitê de Ética pelo CAAE-36066920.3.0000.5469, em 24 de agosto de 2020.

Para análise e interpretação do conteúdo das entrevistas foi adotada a análise temática¹⁸ pós-transcrição e, para a análise dos indicadores disponibilizados pela Diretoria da Atenção em Saúde do Município de Franco da Rocha

referentes a 2019 e 2020, foram feitas sistematizações e comparação desses anos utilizando o Microsoft Excel.

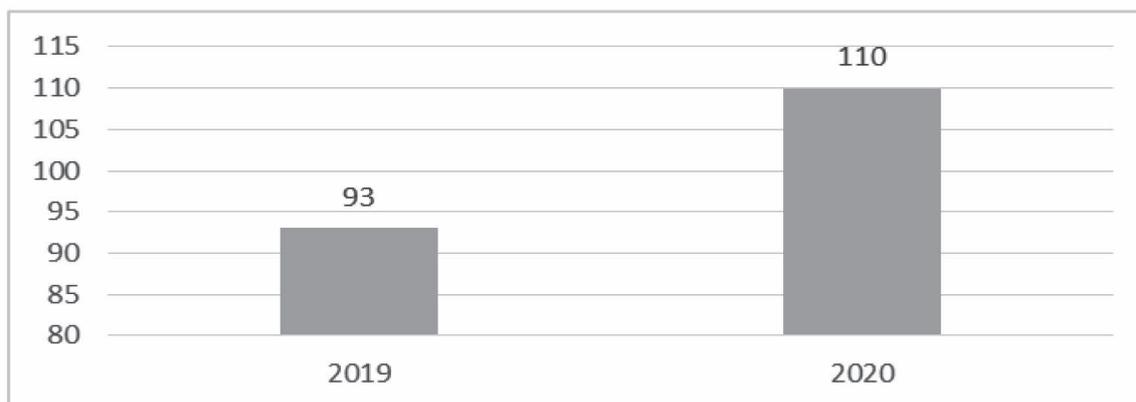
Resultados e discussão

Os resultados apresentados se referem à descrição de indicadores e à discussão de dados referentes à violência contra as mulheres em Franco da Rocha discutidos com os gestores e profissionais de saúde da linha de frente. Abordou-se as medidas implementadas no sentido de se organizarem para atendimento; os tipos de intervenções; os recursos utilizados para manter resiliência do sistema de saúde local e/ou recuperar sua função na oferta de serviços na pandemia; e o enfrentamento da violência¹⁶.

- Ocorrência de violências contra mulheres na pandemia:

Em 2019, 46 (49,46%) das notificações foram feitas por mulheres que se autodeclararam brancas e 47 (50,54%), por mulheres que se autodeclararam negras (pretas e pardas). No ano seguinte, a quantidade de mulheres brancas subiu para 65 (59,09%). Essa informação indica que, durante a pandemia, as mulheres brancas foram maioria no acesso aos serviços. Segundo os dados do Sistema de Informações de Agravos de Notificações (Sinan) do município de Franco da Rocha em relação à violência contra as mulheres na faixa etária de 10 a 49 anos no período de 2019 e 2020, houve 93 e 110 casos, respectivamente (Gráfico 1). Desse modo, observa-se um aumento de 15,45% das notificações entre esses anos.

Gráfico 1 – Notificações de violência doméstica, sexual e/ou outras violências contra mulheres do município de Franco da Rocha em 2019 e 2020



Fonte: Secretaria da Saúde de Franco da Rocha / Dados do SINAN NET.

Considerando os anos de 2019 e 2020, a população de mulheres que mais notificou violências em Franco da Rocha foi da faixa etária de 15 e 20 anos, que correspondem a 63 (31%) do total de casos durante esses dois anos. Quanto à escolaridade nas fichas do Sinan, em 2019, a maioria dos casos corresponderam ao campo designado como ignorado/branco (26 casos, 27,95%), enquanto em 2020 a maior parte das notificações foram feitas por mulheres com ensino médio completo (51 casos, 46,36%).

Nos dois anos, os dados analisados demonstraram que a maior parte das notificações foram feitas por mulheres solteiras, que representam 60 (64,51%) do total de casos em 2019 e 76 (69%) em 2020. Esses dados demonstram que a inexistência de relação conjugal seja um facilitador para busca de ajuda. Em relação ao tipo de violência notificado, destaca-se a violência física em 52,68% (49) dos casos notificados em 2019 e 60,90% (67) em 2020. O registro de violência sexual constou em 7,5% (7) das notificações de 2019 e 4,5% (5) de 2020. Os dados de violência de 2019 apresentam 40% (38) das notificações com relação a lesões autoprovocadas, enquanto em 2020 apresentam 39% (43).

Os dados de Franco da Rocha corroboram análises do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) que referem que o grau de escolaridade está vinculado diretamente ao acesso à informações e, com isso, a maiores ou menores chances de busca e acesso ao cuidado. Segundo o Ipea¹⁹:

Em 2018, 68% das mulheres assassinadas no Brasil eram negras, enquanto entre as mulheres não negras a taxa de mortalidade por homicídios no último ano foi de 2,8 por 100 mil, enquanto que entre as negras a taxa chegou a 5,2 por 100 mil, ou seja, praticamente o dobro (p.35)¹⁹.

A relação entre acesso aos serviços de ajuda às mulheres em situação de violência e os dados sobre feminicídio apresentados pelo Ipea amplia a reflexão sobre a intersecção entre escolaridade, raça e gênero, como determinante no acesso ao cuidado. Essa realidade demanda ações inclusivas e de enfrentamento para desconstrução do racismo. Ademais, segundo o Departamento das Nações Unidas para Assuntos Econômicos e Sociais,

a violência doméstica se caracteriza como um dos crimes mais subdeclarados: estima-se que apenas 40% dos casos sejam contabilizados²⁰.

- Como o município se organizou durante a emergência sanitária:

Buscou-se inicialmente identificar movimentos da gestão que denotassem a capacidade de absorção do impacto da pandemia, assim como iniciativas que mostrassem a capacidade de adaptação ao novo momento. Verificou-se também a existência de orientações, protocolos, restrições e ameaças e se eles teriam ou não contribuído para aprendizados, melhorias e transformações⁴.

O levantamento de atuações de gestores do município, incluindo intervenções para organização diante da pandemia, foi feito segundo o Decreto nº 2.865/2020, que declarou Estado de Emergência na Saúde Pública no Município de Franco da Rocha em 16 de março de 2020¹⁶. O decreto esclarece para a gestão municipal as providências necessárias para garantia de isolamento, quarentena, vigilância e notificação de casos, coleta de material, exames compulsórios, suspensão de aulas e de reuniões. Também orienta procedimentos de sepultamento e necropsia, direito à informação e importação de produtos de interesse sanitário, entre outros aspectos.

A Secretaria Municipal de Saúde de Franco da Rocha divulgou, em julho de 2020, o Plano Municipal de Contingência para Infecção Humana pelo Novo Coronavírus²¹, que estabeleceu novo fluxo de atendimento para as seis áreas do sistema municipal de saúde e incluiu a rede assistencial de pronto-atendimento e Unidades Básicas de Saúde (UBS) para articulações com a rede de referência de média e alta complexidade. Falas de entrevistados denotam a forma súbita como seu deus a chegada da pandemia no município:

“A pandemia foi uma coisa... Foi super peggo de surpresa, a gente teve que se organizar rapidamente, as redes de saúde se organizarem...” (E-1)

“Nós retiramos as agendas, né? (...) Pra poder dar prioridade aos casos de covid-19, casos suspeitos e tudo mais que chegavam na unidade (...) A população acabou pensando só no covid, com medo de vir [ao serviço]” (E-6)

Em março de 2020, o estado de São Paulo estabeleceu a criação do programa da Polícia Militar “Patrulha Maria da Penha” (Lei nº 17.260 de 2020)²³, que visa o monitoramento da segurança das mulheres vítimas de violência doméstica no estado de São Paulo, por meio de um conjunto de ações integradas para ajudar no acompanhamento da execução de medidas de proteção concedidas para mulheres em situação de violência doméstica²².

Especificamente sobre a questão do atendimento a mulheres em situação de violência doméstica e de gênero, foi emitida em Franco da Rocha a Lei Municipal nº 1465 de 6 de julho de 2020, que “traça diretrizes para a Política Municipal de Enfrentamento à Violência Contra Mulheres e regula sobre a obrigatoriedade de afixação, no âmbito do município de Franco da Rocha, de avisos com o número do ‘Disque Denúncia’ da violência contra a mulher, que no município está sediado na Guarda Civil Municipal (GCM), sob a denominação de ‘Disque Maria da Penha – 153’²¹”.

A referida lei trata, ainda, da articulação de setores para implementação de ações efetivas de enfrentamento da violência, promoção de acesso aos direitos das mulheres submetidas a violências, ações de empoderamento feminino para aumento da sua capacidade de decisão e imputação

de responsabilidade de agressores. Essa articulação é orientada sob a perspectiva de gênero e organizada em quatro eixos: aplicação da lei Maria da Penha; atendimento às mulheres numa rede qualificada de saúde; criação de sistema de notificação e análise de indicadores; e ampliação de acolhimento e ações para o empoderamento feminino. Essa Lei cria também uma rede de atendimento composta por serviços do tipo porta de entrada e serviços de atendimento especializado, compreendendo serviços intersetoriais de saúde, social e jurídico.

Outro aspecto é a flagrante desinformação ou falta de informação epidemiológica oportuna para previsão e tomada de decisão, o que pode levar à sensação de surpresa por parte de profissionais e gestores da Saúde, que se surpreendem diante da ocorrência de evento infecto-contagioso que se transmite pelo ar, de pessoa a pessoa, e tem rápida propagação, como foi noticiado pela mídia quando o problema rapidamente saiu da China e logo chegou à Europa.

- Desafios, estratégias de intervenções e tecnologias adotadas:

a) Sobre os desafios identificados

Nas entrevistas^{1,14} com gestores e profissionais, surgiram questões estruturais do sistema de saúde, certa naturalização de violências, questionamentos pessoais diante da crise, medo e sobrecarga de trabalho.

“os casos que mais aparecem pra gente são violência doméstica, mas de parceiro mesmo – do próprio casal (...) essa questão da agressão mesmo! Veio aqui na UBS fazer curativo, e aí a gente acabou pegando (...) na nossa região é a

questão delas terem dependência mesmo do parceiro... elas não trabalham, elas ficam mais em casa” (E-2)

Eu particularmente achei que era um momento que sim, deveria sim parar tudo para você refletir, no que é importante para você (...) Uma face da pandemia que me trouxe isso: o que é importante para mim? O que eu busco para mim? O que eu busco para o meu coletivo?...” (E-3)

“a população acabou pensando só no covid, com medo de vir a unidade e... teve um aumento assim, absurdo... de adolescentes grávidas, e de gestantes (...) em relação à violência doméstica ter aumentado ou não, (...) durante o período da pandemia, (...) só tive um caso de contato, e acabamos inclusive até perdendo ... essa paciente porque ela vinha sofrendo violência há anos com o marido,” (E-10)

“a gente imaginou que iria aumentar o número de violência doméstica... em setembro a gente foi buscar uns dados e percebeu que não houve aumento significativo (...), pelo Sinan está a mesma coisa, mas a gente sabe que muitas pessoas não vão buscar ajuda e não chega no serviço e o caso não é notificado” (E-13)

Os entrevistados referiram a pressão por atendimentos direcionados para a covid-19, a falta de prioridade ou protelação de atendimentos a pessoas em situação de violência doméstica, falta de notificação, problemas de acesso a métodos de contracepção, aumento da gravidez não planejada, falta de um protocolo de acompanhamento

e provavelmente uma equipe em número reduzido e sem preparação para este tipo de atividade. Os obstáculos identificados requerem a pronta e plena implementação da política municipal de enfrentamento da violência.

São questões que merecem discussão na implementação da rede municipal de enfrentamento da violência, ao definir sua prioridade e continuidade de atendimento, considerando a transcendência desses eventos, que colocam vidas em risco e que podem mudar o curso de vida de várias pessoas, diante de uma gravidez na adolescência ou de uma gravidez não planejada e não desejada. Todas essas situações são particularmente graves em contexto de vulnerabilidade e insegurança alimentar, como se tornou o período da pandemia.

b) Sobre as estratégias adotadas

Nas falas surgiram estratégias que reuniam uso de tecnologias de comunicação on-line, aplicativos e tecnologias leves e leves-duras, como visitas, uso de proteção individual como barreira à disseminação da covid-19, distanciamento social e reorganização do processo de trabalho.

“O Monitora Covid’ era um aplicativo que o paciente podia baixar, e aí ele vai falando os sintomas com que ele está... Aí um enfermeiro disponível já entrava e já atendia, então foi bem assim... Bem produtivo” (E-2)

“O município disponibilizou, tablets, né, para as agentes não terem que ficar vindo na UBS o tempo todo,(...) eles continuavam fazendo os cadastros,...Tomando todas as medidas, com os aparatos, o gorro, a máscara, o avental, as luvas, o álcool em gel... fazendo algumas visitas [para] pacientes

mais vulneráveis, (...) elas só passaram e aí, [perguntando sobre a saúde] dona Maria, como é que a senhora está? seu José?...em uma situação em que ele [qualquer usuário] precisava do atendimento, a prefeitura fornecia carros para o médico, enfermeiro, ir naquela residência” (E-2)

“Um aplicativo para você poder falar se você sentisse (...), se você sentisse que era preciso” (E-3)

“Nós temos um grupo aqui que faz plantão de final de semana, e durante a semana também, só, justamente, para fazer o monitoramento de todos os pacientes” (E-9)

Além do horário ampliado e da inclusão dos plantões nos finais de semana a partir do início da pandemia da covid-19, foi mencionada pelas participantes (Agentes Comunitários de Saúde [ACS]) a adoção de estratégias relacionadas a mudanças nos espaços físicos, como número de cadeiras, inclusão de recursos tecnológicos, como telefone, *tablets* (disponibilizados pelo município), uso de aplicativos como o WhatsApp, Monitora Covid e outros, que foram relacionados ao acolhimento psicológico para profissionais da linha de frente.

Todos esses recursos foram organizados numa estratégia de comunicação e de atendimento para manter o vínculo entre usuários e as profissionais para a promoção do acesso ao cuidado. Com esses recursos foi possível retomar a realização de cadastros e de visitas domiciliares depois de breve interrupção, nesse segundo momento sem a necessidade de entrar nas casas, abordando os usuários somente até a porta de suas residências dando prioridade aos casos mais vulneráveis. O fornecimento de equipamentos de proteção individual (EPI), como

máscaras, aventais, luvas e álcool em gel, foi destacado nas falas de todas as entrevistadas, incluindo seu treinamento para uso.

A busca ativa realizada pelas ACS foi citada por várias participantes, demonstrando a função de grande importância realizada por essas profissionais, em especial durante a pandemia, visto que a proximidade com os usuários garante maior acesso e adesão aos serviços de saúde. A implementação da teleconsulta foi mencionada em uma das entrevistas como tentativa falha por conta da resistência de profissionais médicos. A alteração na atuação dos profissionais de saúde também é citada, como o “grupo covid” mencionado na fala que destaca responsáveis pelo monitoramento dos casos.

- Rede de saúde e acesso aos serviços:

Sobre os pontos de atenção que compõem a rede municipal de assistência à mulher, não se especificando a demanda de mulheres em situação de violência, as participantes referiram as Unidades Básicas de Saúde, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidade de Pronto-Atendimento, Serviço de Atenção Domiciliar, Núcleo Ampliado da Saúde da Família (NASF), Centro de Especialidades, a Casa da Mulher, o Centro de Testagem e Aconselhamento, a Vigilância Sanitária, a Vigilância Epidemiológica, o Instituto Juquery e o Hospital de Campanha da covid-19. Não foram encontradas informações ou menções sobre serviços como as Casas Abrigos que estivessem compondo a rede de Franco da Rocha.

“As unidades encaminham muita coisa pra cá que é de rotina e acaba a gente devolvendo pra unidade” (E-7)

A fala anterior destaca a necessidade de ampliar o diálogo entre Atenção Básica, Atenção Especializada e Gestão, a fim de alinhar compreensão de responsabilidades, referências e contrarreferências. Fluxos bem estabelecidos podem evitar que usuárias sejam encaminhadas para serviços sem necessidade, bem como uma distribuição de atribuições entre serviços evita sobrecarga, gerando maior efetividade e eficiência¹⁴.

“Sempre tem cursos para as mulheres, para os jovens, né, (...) elas vivem uma condição ruim, mas elas não querem que você fale, os agentes sempre vão, sempre oferecem cursos, né; [falamos] ‘olha, o CRAS vai fazer isso’; ‘olha, o município tem isso’; ‘olha, tem o EJA!’, mas elas não são muito adeptas não... É mais essa questão mesmo, né.” (E-2)

Serviços da assistência social também foram mencionados, como Centro de Referência e Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS), bem como outros setores, como esporte, lazer e cultura, as escolas como a Educação de Jovens e Adultos (EJA), o Conselho Tutelar, as delegacias e as unidades prisionais. As ações intersetoriais são estratégias importantes para que a rede funcione e ofereça a possibilidade de construção conjunta de ações que sejam significativas para a população.

A Equipe de Saúde da Família (ESF), que é a estratégia eleita para os cuidados primários de saúde em Franco da Rocha, desenvolve atuação conjunta com o Nasf na busca de meios para ofertar um cuidado integral a partir dos saberes interdisciplinares.

“As questões de violência são [percebidas] como um problema ainda no município, a gente tem uma dificuldade de trazer

essa mulher enfim... Envolvê-la nos serviços (...) Nossa percepção é que existia a necessidade de criar um serviço, que também não tinha, então nós criamos o serviço de referência, mas temos problemas ainda de trazer essa mulher, na captação dessa mulher. O número nunca é verdadeiro. A gente pega alguns casos (...), porque ela nega a violência.” (E-1)

Os casos que mais aparecem pra gente são violência doméstica (...) Assim, elas não tinham aquele desejo mesmo de mudar, sabe? (...) A gente acredita que deve ser um caso anterior, né? Mas ela surgiu para a gente agora na pandemia” (E-2)

“A negligência da perda da autonomia... A maioria delas não tem essa questão da autonomia, são mulheres de pouco estudo, a gente tem muito a evidência aqui na nossa área (...) Seria a negação dos direitos dela, dela ver que ela tem mais condições, né “ (E-2)

“Inclusive criaram até um núcleo de apoio às mulheres vítimas de violência nesse período, porque teve um agravo” (E-5)

“Elas reclamam do alcoolismo e a droga. Às vezes não tem a violência física mas existe aquela violência psicológica, então elas têm medo também de largar a pessoa, e a pessoa ficar perseguindo elas, porque existe uma ameaça aí verbal, né.” (E-6)

As falas ressaltam a criação do Núcleo de Violência de Franco da Rocha quando indagadas sobre estratégias, recursos e tecnologias

diretamente relacionadas ao enfrentamento da violência contra as mulheres. Entre as participantes, apenas quatro sinalizaram saber da existência desse Núcleo, isto é, menos da metade das profissionais contactados neste estudo¹⁴.

O enfrentamento da pandemia implicou em alterações na organização da rede de cuidado, incluindo a atenção básica de saúde, que por sua inserção no território é potencialmente capaz de atuar evitando a disseminação do vírus, concomitantemente reduzindo os efeitos do isolamento social e ainda mantendo a assistência aos grupos prioritários, como as grávidas, por meio de estratégias que evitassem o acesso físico às UBS, que tenham custo-efetividade e estejam adaptadas ao contexto²⁴.

As participantes foram indagadas sobre a atenção a determinadas populações: mulheres moradoras em zonas rurais, mulheres com deficiência, mulheres quilombolas, ciganas, mulheres em privação de liberdade, moradoras de assentamento e ocupações, em situação de rua, profissionais do sexo, lésbicas, bissexuais, travestis e mulheres trans. Identificou-se que em Franco da Rocha, ainda que tenham sido criados dispositivos legais e serviços específicos para atender mulheres e pessoas em geral em situação de violência, como referem outros estudo, existem alguns segmentos de mulheres que não conseguem sequer ter acesso aos serviços²⁵.

A pandemia estimulou criação de novos dispositivos de resposta para questões de violência, porém, não foram apontadas estratégias que favorecessem o acesso dessas populações aos serviços, mesmo que existam dados, políticas, protocolos e outros documentos voltados a essas populações. Para ampliar as estratégias e ações para ampliar o acesso e inclusão desses grupos, propõem-se o Quadro 1, uma adaptação e ampliação com base nas reflexões de Silva¹⁴.

Quadro 1 – Síntese de estratégias de adaptação pós-pandemia e possibilidades de ação

ESTRATÉGIA	POSSIBILIDADES DE AÇÃO
Planejamento baseado em análise de indicadores epidemiológicos	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitação em vigilância e notificação; • Formação sobre o preenchimento da ficha do Sinan e indicadores como base para proposição de ações; • Criação de boletins periódicos de monitoramento de indicadores distribuídos para toda rede; • Gestão baseada em projeções epidemiológicas e em análises de epidemiologia social com dados sempre atualizados periodicamente.
Traçar perfil das populações de mulheres em vulnerabilidade	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitação de equipes da ESF em políticas de Saúde Reprodutiva, em violência de gênero e atendimento a vítimas; • Identificar perfil das mulheres em situação de violência, estabelecer contato e notificar.
Ampliação das equipes de Nasf inseridas no apoio matricial, incluindo apoio para áreas de maior vulnerabilidade	<ul style="list-style-type: none"> • Compartilhamento de saberes interdisciplinares para suprir alta demanda por cuidados especialistas na ESF.
Criar grupo de trabalho da rede intersetorial de prevenção e acolhimento de mulheres em situação de violência	<ul style="list-style-type: none"> • Parceria com educação (escolas), assistência social (CREAS, CRAS), ONG, realizando ações nos espaços públicos no sentido de questionar valores patriarcais; • Transversalizar a atuação Núcleo de Violência no que se refere a violência doméstica e saúde.
Mobilizar mídias e ONG para disseminar informações sobre violência	<ul style="list-style-type: none"> • Parceria com setores diversos, como Secretarias da Cultura, Desenvolvimento, Trabalho, entre outros; • Promover diálogo estreito entre linha de frente, usuárias e gestoras.
Criar grupo ou Fórum municipal ou até regional, composto por conselheiros de saúde e dos direitos da mulher, conselheiros da área social e vereadores	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer fluxo para acesso e continuidade na Atenção Básica como principal porta de entrada e criar Serviços de Referência preconizados na Rede de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres (2011); • Discutir pautas para a questão da violência contra crianças e mulheres.
Fortalecer a Educação Permanente para todos os níveis de atenção em saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar profissionais para lidar com episódios de violência e relações violentas de forma articulada com o Nasf e Fórum.
Implementar em plenitude a Política Municipal de Enfrentamento da Violência	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar e reavaliar a demanda municipal com base na Política Nacional Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres.

Fonte: Adaptado e ampliado a partir das reflexões de Silva (2021)¹⁴.

Considerações finais

Foram vários os avanços e esforços de adaptação em busca de manter a resiliência diante da pandemia da covid-19, na questão da responsabilidade do município na atenção a mulheres em situação de violência. Foram criadas normas sob a pressão da crise sanitária da covid-19, denotando compromisso do município para se aperfeiçoar na sua

função de proteção de pessoas vulneráveis. Entretanto, quando se refere ao acolhimento de mulheres, não foi identificada alguma forma de abrigar e proteger aquelas que tenham que se evadir de suas casas, seja sozinhas ou com seus filhos. A iniciativa do Núcleo de Violência precisa ainda ser fortalecida, mas já demonstra grande potencial de contribuição para a mudança da realidade do município.

Identificou-se que o medo esteve presente no cotidiano de profissionais e das usuárias desde o início da pandemia, mas o contato foi recuperado aos poucos por meio de tecnologias (aplicativos telefônicos), uso de EPI, reorganização das agendas, visitas domiciliares adaptadas ao distanciamento físico, consultas somente para questões prioritárias e aporte de veículos para deslocamento das equipes.

Por fim, o enfrentamento da violência contra as mulheres demanda intenso trabalho de toda a sociedade. Considerando os limites deste estudo e sua abrangência, faz-se imprescindível realizar novos estudos para aprofundar e ampliar essa discussão.

Referências

1. Lucena F S, Oliveira CF, Toscas FS, Pupo LR, Duarte LS, Costa MI, Dubugras MTB, Bortoli MC, Viana MCO, Vieira NBS, Figueiredo RM MD, Rosa TEC, Bastos de Paula SH, Venâncio SI. Desafios e respostas do Sistema de Saúde do Município de Franco da Rocha no enfrentamento à covid-19: relatório [internet]. São Paulo: Instituto de Saúde; 2020. [acesso em 15 dez 2020] Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/08/1282172/relatorio-de-pesquisa_ii-1.pdf
2. Organização Mundial da Saúde - OMS. WHO Director-General's statement on IHR Emergency Committee on Novel Coronavirus (2019-nCoV) [internet]. 2020 [acesso em 10 dez 2020]. Disponível em: [https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihremergency-committee-on-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihremergency-committee-on-novel-coronavirus-(2019-ncov)).
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020. Que declara emergência em saúde pública de importância nacional (ESPIN) em decorrência da infecção humana pelo novo coronavírus (2019-nCoV) [internet]. Diário Oficial da União. 04 fev 2020 [acesso em 10 dez 2020]. - Edição: 24-A(1)- Extra; p.1 Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>
4. Panamerican Health Organization - PAHO. World Health Organization - WHO. Resilient Health Systems [internet]. In: 55th Directing Council. 68th Session of The Regional Committee of Who for the Americas Washington (DC), 26-30 Sept. 2016 [acesso em 10 dez 2020]. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/CD55-9-e.pdf>
5. Ritchie H, R, Mathieu E, M, Rodés-Guirao L, Appel C, Giattino C, Ortiz-Ospina E, Hasell J, Macdonald B, Beltekian D, eRoser M. Coronavirus Pandemic (COVID-19) [internet]. 2020 [acesso em 15 dez 2020] Disponível em: <https://ourworldindata.org/coronavirus> <https://ourworldindata.org/coronavirus/country/brazil> e <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Cidades e Estados [internet]. [acesso em 11 nov 2020] Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sp/franco-da-rocha.html>.
7. Organização Mundial de Saúde - OMS. Relatora da ONU recebe informações sobre violência contra mulheres durante crise de covid-19 [internet]. [acesso em 02 maio 2020]. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/relatora-da-onu-recebe-informacoes-sobre-violencia-contra-mulheres-durante-crise-de-covid-19/>.
8. Souza D. O. A pandemia de covid-19 para além das ciências da saúde: reflexões sobre sua determinação social. Cien Saude Colet [internet]. 2020 [acesso em 10 dez 2020]; 25(1), 2469-2477. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/t5Vg5zLj9q38BzjDRVCxbsL/?lang=pt>
9. Hall K S, Samari G, Garbers S, Casey S, Diallo D D, Orcutt M, Moresky R. et al. Centring sexual and reproductive health and justice in the global COVID-19 response. The Lancet [internet]. 2020 [acesso em 10 dez 2020]; 395(10231): 1175-1177. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30801-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30801-1)
10. Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS. Covid-19 e a violência contra a mulher O que o setor/sistema de saúde pode fazer. OPAS; 2020.
11. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Violência doméstica durante a pandemia de Covid-19 [internet]. 2. ed. 2020 [acesso em 10 dez 2020]. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2020/06/violencia-domestica-covid-19-ed02-v5.pdf>
12. Ministério da Saúde (BR), Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as mulheres. Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Brasília (DF); 2011 (Coleção Enfrentamento à violência contra as mulheres).

13. Brasil. Lei no. 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal da convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra as mulheres, altera o código de processo penal, o código penal e a Lei de Execução Penal; e dá providências. Diário Oficial da União [internet]. 08 ago 2006; Seção 1:1-4. [acesso em 10 dez 2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm
14. Silva ILM. Pandemia da covid-19 e o enfrentamento à violência contra as mulheres em Franco da Rocha. São Paulo: Instituto de Saúde; 2021. Trabalho de campo multiprofissional do Curso de Especialização em Saúde Coletiva.
15. Secretaria Municipal de Saúde de Franco da Rocha (SP). Unidades de atendimento [internet]. 2020a [acesso em 10 abr 2021]. Disponível em: <http://www.francoarocha.sp.gov.br/franco/servico/unidades>
16. Franco da Rocha (Município). Decreto Nº 2.865, de 16 de março de 2020. Declara estado de Emergência na Saúde Pública no Município de Franco da Rocha [internet] 2020(b) [acesso em 10 abr 2021]. Disponível em: <http://servicos2.francoarocha.sp.gov.br:8088/view/Arquivos/83775711-b49f-418d-b266-287bda1e3fa1.pdf>
17. Secretaria Municipal de Saúde de Franco da Rocha (SP). Caderno de Atenção à Saúde Reprodutiva, Pré-Natal, Parto e Puerpério. Franco da Rocha; 2018.c
18. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2013.
19. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. Atlas da violência [internet]. 2020 [acesso em 10 abr 2021]. <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/24/atlas-da-violencia-2020>
20. Giannini RA, Ferenczi E, Araújo I, Aguirre K. Violência contra mulheres: como a pandemia calou um fenômeno já silencioso [internet]. Instituto Igarapé. 2020 [acesso em 29 set 2021]. Disponível em: https://igarape.org.br/wp-content/uploads/2020/12/2020-12-08-AE-51_Violencia-contra-mulheres.pdf
21. Secretaria Municipal de Saúde de Franco da Rocha (SP). Plano Municipal de Contingência para infecção humana pelo novo Coronavírus [internet] 2020 [acesso em 29 set 2021]. Disponível em: http://francoarocha.sp.gov.br/arquivos/texto/anexo_5f4e6ea42de07.pdf
22. Franco da Rocha (Município). Lei Municipal nº 1465, de 6 de julho de 2020. Define diretrizes para a Política Municipal de Enfrentamento à Violência Contra Mulheres [internet]. [acesso em 17 jan 2021]. Disponível em: <http://servicos2.francoarocha.sp.gov.br:8088/view/Arquivos/9a532593-f126-4d4e-872e-425b432e5d69.pdf>
23. São Paulo (Estado). Lei Nº 17.260, de 30 de março de 2020 [internet]. [acesso em 17 jan 2021] Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/norma/193406>
24. Daumas R. P. et al. O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da covid-19. Cad Saude Publica [internet] 2020 [acesso em 17 jan 2021];36(6). Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/42563/2/0%20papel_Patricia_Brasil_etaI_INI_2020_COVID-19.pdf
25. Vieira PR, Garcia LP, Maciel ELN. Isolamento social e o aumento da violência doméstica: o que isso nos revela? Rev Bras Epidemiol [internet] 2020 [acesso em 17 jan 2021]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/tqcyvQhQYjtQM3hXRYwsTn/?lang=pt>

O discurso da sexualidade e aspectos psicossociais das disfunções sexuais

The discourse of sexuality and psychosocial aspects of sexual dysfunctions

Rafaela Naomi Takahashi Osawa¹, Luiz Guilherme Nunes Cicotte^{II}

Resumo

Considerando que a história da sexualidade está vinculada ao discurso que a ordena, este trabalho tem como proposta uma análise e problematização dos poderes discursivos e seus possíveis desdobramentos sobre a sexualidade dos sujeitos, relacionando-o com os aspectos biopsicossociais das chamadas “disfunções sexuais”, como vaginismo, dispareunia e desejo sexual hipoativo, entre outros. De acordo com Michael Foucault, a sociedade capitalista que se desenvolveu no século XVIII não reagiu ao sexo com uma recusa em reconhecê-lo, mas, por meio de um tabu disfarçado, instalou todo um aparelho para produzir discursos verdadeiros e normativos sobre ele. Isso ocorreu como se houvesse necessidade dessa produção de verdade, como se fosse essencial que o sexo se inscrevesse não somente numa economia do prazer, mas também num regime ordenado de saber. Assim, busca-se compreender de que forma esses discursos desencadeiam repressões e autorrepressões sexuais nos sujeitos e também por meio do discurso, buscar possibilidades de os sujeitos lidarem de formas menos repressivas com suas respectivas sexualidades ou assexualidades, olhando para tais questões não apenas como uma normativa, mas considerando o que os sujeitos podem e desejam.

Palavras-chave: Sexualidade; Vaginismo; Michel Foucault.

Introdução

A sexualidade é capaz de influenciar a saúde física e mental e pode ser afetada por fatores orgânicos, emocionais e sociais. Assim, é cada vez mais reconhecida a importância

^I Rafaela Naomi Takahashi Osawa (takahashi.rafaela@gmail.com) é psicóloga pela Universidade Estadual de Londrina (UEL) e especialista em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde da Secretária de Estado de Saúde de São Paulo (IS/SES-SP).

^{II} Luiz Guilherme Nunes Cicotte (luizcicotte@gmail.com) é psicólogo formado pela Universidade Estadual de Londrina (UEL) e mestrando em Filosofia pela mesma universidade.

Abstract

The history of sexuality is linked to the discourse that orders it. Based on this, the work proposes an analysis and problematization of the discursive powers and their possible consequences on the subjects' sexuality, relating it to the biopsychosocial aspects of the so-called “sexual dysfunctions”, such as vaginismus, dyspareunia, sexual desire hypoactive and among others. According to Michel Foucault, the capitalist society that developed in the 18th century did not react to sex with a refusal to recognize it, but for a disguised taboo, it installed an entire apparatus to produce true and normative speeches about it. As if there was a need for this production of truth, as if it were essential that sex be inscribed not only in an economy of pleasure, but also in an orderly regime of knowledge. Thus, we seek to understand how these discourses trigger sexual repressions and self-repressions in the subjects, as well as the discourse, to search for the subjects' possibilities if there are less repressive ways with their respective sexualities or asexualities, looking at these issues not only as a norm, but considering what the subjects can and want.

Keywords: Sexuality; Vaginismus; Michel Foucault.

da saúde sexual como parte da saúde global e do bem-estar do indivíduo. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS)¹:

“A sexualidade humana forma parte integral da personalidade de cada um. É uma necessidade básica e um aspecto do ser humano que não pode ser separado dos outros aspectos da vida. A sexualidade não é sinônimo de coito e não se limita à presença ou não de orgasmo.”

Sexualidade é muito mais que isso. É energia que motiva a encontrar o amor, contato e intimidade, e se expressa na forma de sentir, nos movimentos das pessoas e como estas tocam e são tocadas. A sexualidade influencia pensamentos, sentimentos, noções e integrações, portanto, a saúde física e mental. Se saúde é um direito humano fundamental, a saúde sexual também deve ser considerada como um direito humano básico. A saúde sexual é a integração dos aspectos sociais, somáticos, intelectuais e emocionais de maneira tal que influenciam positivamente a personalidade, a capacidade de comunicação com outras pessoas e o amor” (p.22).

De acordo com Pontes², apesar de suas limitações, essa é uma das definições mais utilizadas quando se trata das definições de sexualidade. Um aspecto importante salientado na presente citação é que sexualidade não tem a ver exclusivamente e, muito menos necessariamente, com o ato sexual em si. Não que o ato em si não seja uma característica da sexualidade, entretanto, a sexualidade não se resume a ele. Como apontado por Serra¹, a sexualidade é ampla, procura a satisfação do desejo, do prazer físico, assim como das necessidades emocionais, de proximidade e pertinência nos contatos humanos.

Atualmente, independentemente do gênero, o aspecto prazeroso do sexo tem demonstrado maior importância do que a sua finalidade reprodutiva. Por outro lado, alguns fatores ainda limitam a prática da saúde sexual feminina, ao passo que grande parcela das mulheres não busca assistência médica quando necessária, muitas vezes por medo, vergonha, frustração ou por falhas de tentativas de tratamento subprofissionalizado¹⁻².

Conceição³ aponta que a educação sexual feminina é frisada pela valorização da constituição da família e pela não valorização do prazer sexual. No processo de desenvolvimento emocional, a mulher é ensinada a encontrar o prazer e a realização pessoal na maternidade, algo que reforça a atividade sexual como um meio para alcançar essa realização e não como uma atividade natural proporcionadora de prazer. Segundo Aldana⁴, a mulher é ensinada a exercer um domínio sobre seu desejo sexual e o controle de sua expressão.

O cotidiano de muitas mulheres é permeado por violências, humilhações e agressões e tem como consequência, ainda de acordo com Aldana⁴, a restrição e diminuição dos prazeres, de modo que elas são privadas da aceitação e exploração do próprio corpo, da sensualidade e do contato com o outro. De acordo com Zampieri⁵, as mulheres são mantidas na ignorância delas mesmas, na vergonha de seus genitais e no aparente perigo de sua sexualidade, assim, elas acabam não se conhecendo. Em vez de realizarem seus próprios desejos, elas aprendem a realizar o desejo dos outros. Essa falta de conhecimento é um dos mecanismos mais eficazes da repressão sexual feminina.

Seixas⁶ mostra como, na história, a desigualdade entre homem e mulher foi marcada pela distinção dos papéis sexuais. O lugar da mulher, seu status, foi definido pelo homem e colocado nos papéis de esposa, mãe, dona de casa, sempre em relação de submissão ao homem. Fregonese e Burscato⁷ assinalam que a sexualidade feminina foi sempre marcada pela valorização da função reprodutiva e da maternidade. Somente no século XX, em função de movimentos sociais feministas e de algumas mudanças sociais, a sexualidade feminina passou a ser vista de uma outra forma⁶⁻⁷.

Como visto, a sexualidade feminina é afetada por diversos fatores da vida. Entende-se que a disfunção sexual pode ser causada por estados depressivos e conflitos psíquicos, assim como devido à alteração de qualquer uma das fases da resposta sexual orgânica (desejo, excitação, orgasmo e resolução). Aspectos como o trabalho, experiências negativas prévias, traumas por abuso ou violência sexual, entre outros, têm alto impacto negativo na função sexual. Na mulher, a disfunção sexual também pode se manifestar por dores ou espasmos do terço distal da vagina, o que pode resultar em angústias e sofrimentos pessoais, assim como dificultar as relações interpessoais e a qualidade de vida^{1,8}.

O transtorno sexual doloroso (TSD) feminino é uma condição que acarreta grande impacto negativo na qualidade de vida das mulheres acometidas. Estão inclusos neste grupo: a dispareunia (superficial e profunda), o vaginismo e o transtorno sexual doloroso não coital – que alguns autores defendem se tratar de uma disfunção sexual enquanto outros defendem estar dentro do grupo de transtornos dolorosos crônicos⁸. O vaginismo atinge cerca de 1% a 7% das mulheres em todo mundo; uma extensa revisão sistemática feita em 2004, sobre disfunções sexuais femininas, constatou uma média de prevalência de 64% de mulheres com disfunção do desejo, 31% de excitação e 26% de dispareunia^{1,8}.

Contudo, definir a real prevalência dos transtornos sexuais na população torna-se inacessível devido ao grande número de subdiagnósticos e subnotificações desses casos, que podem estar associados à falta de conhecimento dos profissionais, ao tabu em relação ao tema da sexualidade, às questões subjetivas das mulheres, à falta de conhecimento sobre a própria sexualidade e à desinformação sobre a fisiologia da resposta sexual, entre outros fatores³⁻⁸.

As classificações diagnósticas atualmente vigentes definem disfunções sexuais como falta,

excesso, desconforto e/ou dores na expressão e no desenvolvimento do ciclo da resposta sexual^{1,8}. De acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10)⁹, proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1993, o vaginismo é definido como:

“F52.5. Vaginismo não-orgânico – espasmo da musculatura do assoalho pélvico que circunda a vagina causando oclusão do introito vaginal. A entrada do pênis é impossível ou dolorosa” (p. 35)⁹.

Já o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V)¹⁰, proposto pela Associação Americana de Psiquiatria (APA) em 2013, situa o vaginismo dentro do “transtorno da dor gênito-pélvica/penetração” (código 302.76 – F52.6), não caracterizando-o a partir de uma definição, mas de uma série de critérios diagnósticos; assim, dispareunia e vaginismo passam a representar uma única disfunção. Segundo o DSM-V:

“[o] transtorno de dor gênito-pélvica/penetração refere-se a quatro dimensões de sintomas comórbidos comuns: 1) dificuldade para ter relações sexuais; 2) dor gênito-pélvica; 3) medo de dor ou de penetração vaginal; e 4) tensão dos músculos do assoalho pélvico (Critério A). Considerando que uma dificuldade relevante em qualquer uma dessas dimensões de sintomas costuma ser suficiente para provocar sofrimento clinicamente significativo, é possível estabelecer um diagnóstico com base em uma dificuldade acentuada em apenas uma dimensão de sintomas. No entanto, todas as quatro dimensões devem ser avaliadas, mesmo que seja possível obter um diagnóstico com respaldo em apenas uma delas”¹⁰ (p. 437).

Diversos outros autores, como Kaplan¹¹, Masters e Johnson¹² e Valins¹³, estudaram e abordaram a questão do vaginismo e propuseram definições. A definição de Moreira⁸ pode ser tida como relativamente mais simples, mas contempla as definições dadas tanto pelo CID-10 quanto pelo DSM-V. Segundo o autor, o vaginismo é entendido como uma “condição clínica rara em que a penetração vaginal, seja pelo ato sexual, espéculo ginecológico ou outro objeto, é impedida” (p.336). Ainda de acordo com Moreira, o vaginismo está associado a diversos fatores, como, por exemplo, condições sociais, psicológicas, psiquiátricas, ginecológicas, psicanalíticas e sexológicas. Dado que a sexualidade é permeada por tantos aspectos da vida e, acima de tudo, é constituinte da vida, tal problema exige um tratamento interdisciplinar que seja capaz de abordar seus mais variados aspectos^{1,8}.

Como vimos, a sexualidade é algo de extrema importância para entendermos a pessoa, pois tem impactos na constituição subjetiva, nas relações sociais, de saúde, de cuidado de si e do outro^{1-2, 8}. Também constitui um campo de saber normativo e propositivo de como as mulheres devem se comportar, devem ser e devem viver sua sexualidade^{3-6, 7}. Como trata-se de um campo do saber, um campo do controle e de práticas normativas, que é importante para o desenvolvimento da sexualidade na sociedade atual, abordaremos o breve percurso de como essas práticas de produção de discursos de verdade viram, no sexo e na sexualidade, um meio de controle e de inscrição de uma economia do prazer em um regime ordenado de saber.

Produção de verdade sobre a sexualidade

Com Michel Foucault¹⁴ aprendemos que a repressão, desde a Época Clássica, foi o modo de ligação fundamental entre poder, saber e

sexualidade. Ainda atualmente, somos herdeiros dessa tradição repressiva da sexualidade. “Se o sexo é reprimido, isto é, fadado à proibição, à inexistência e ao mutismo, o simples fato de falar dele e de sua repressão possui como que um ar de transgressão deliberada (p.12)”¹⁴.

Concomitantemente à repressão da sexualidade, por volta do século XVIII, surge uma certa incitação política, econômica e técnica a falar sobre o sexo, não sob uma forma de teoria da sexualidade, mas no campo da análise e da contabilidade do sexo. Nesse momento, era preciso “levar ‘em conta’ o sexo, formular sobre ele um discurso que não seja unicamente o da moral, mas da racionalidade” (p. 26)¹⁴. Nesse sentido, a partir de um cálculo sexual racional, desse ornamento da sexualidade no discurso do saber, pode-se dizer que a produção da verdade sobre a sexualidade foi legada a um campo específico e objetivo. A verdade subjetiva da sexualidade, da experiência do sujeito não entra nessa “conta” e passou a ser desprezada.

Entretanto, como apontado por Silvia Federic¹⁵, apesar de Foucault ter analisado as técnicas de poder e as disciplinas às quais o corpo se sujeitou, este autor “ignora o processo de reprodução, funde as histórias feminina e masculina num todo indiferenciado e se desinteressa pelo ‘disciplinamento’ das mulheres” (p. 19)¹⁵. Assim, quando falamos sobre sexualidade, há que se fazer uma distinção entre os homens e as mulheres.

Em uma outra crítica endereçada a Foucault, Silvia Federic¹⁵ nos mostra que

“De sua parte, as feministas acusaram o discurso de Foucault sobre a sexualidade de omitir a diferenciação sexual, ao mesmo tempo que se aproveitava de muitos saberes desenvolvidos pelo movimento

feminista[...] Além disso, Foucault fica tão intrigado pelo caráter 'produtivo' das técnicas de poder de que o corpo foi investido, que em sua análise praticamente descarta qualquer crítica das relações de poder. O caráter quase defensivo da teoria de Foucault sobre o corpo se vê acentuado pelo fato de que considera o corpo como algo constituído puramente por práticas discursivas, e de que está mais interessado em descrever como se desdobra o poder do que em identificar sua fonte. Assim, o Poder que produz o corpo aparece como uma entidade autossuficiente, metafísica, ubíqua, desconectada das relações sociais e econômicas, e tão misteriosa em suas variações quanto uma força motriz divina” (p. 33-34).

Sendo assim, na lacuna da crítica feita por Foucault e na endereçada ao próprio Foucault, Federic¹⁵ nos mostra como o corpo da mulher foi apropriado, dominado e colonizado pelo homem, a fim de ser visto meramente como reprodutor, para dar à luz da força produtiva necessária para o desenvolvimento do processo capitalista. Com isso, podemos inferir que os discursos, os saberes e a produção de verdades sobre a sexualidade, seja médico, psicológico, antropológico, entre outras áreas do saber, para além daquilo descrito por Foucault¹⁴, buscaram incluir essa reprodução da força de trabalho em função do desenvolvimento do capitalismo e da manutenção das estruturas patriarcais.

Aspectos psicossociais das disfunções sexuais

Como discutido na introdução deste trabalho, a sexualidade e as disfunções sexuais afetam a vida da mulher em todos os aspectos da sua vida¹⁻⁸. Na mesma toada, o tratamento

proposto para as disfunções sexuais não poderia ser diferente, ou seja, focado apenas em um aspecto, como na abordagem do vaginismo, que visa a penetração e não o contexto em que essa se dá. Os tratamentos precisam abordar a sexualidade como um todo, o que significa levar em consideração a saúde como um todo^{1,8}.

Conforme destacado por Serra¹, em uma pesquisa sobre qualidade de vida com mulheres com vaginismo, os resultados apontam que os impactos do vaginismo na vida dessas mulheres são muitos, impactando consequentemente na qualidade de vida. Segundo a autora, os dados indicam que para todas as participantes de sua pesquisa, seja nas relações com o ambiente, com outras pessoas ou consigo mesmas, há uma forte influência da disfunção sexual, que está sempre permeando as relações, sejam conflituvas ou não.

Segundo Boss¹⁶, a doença pode ser entendida como uma privação da realização de possibilidades existenciais; o estar doente pode ser caracterizado pelo prejuízo na habilidade de realização das possibilidades. Bastos¹⁷, referindo-se ao vaginismo, mas podendo ser generalizado para as disfunções sexuais de uma forma geral, ressalta que, em particular, estas disfunções afetam a mulher em diversos segmentos da vida, por exemplo, nas relações interpessoais, na autoestima, autoimagem e nos relacionamentos com os parceiros.

Na literatura, é notável e destacada a intersecção da sexualidade na vida, no diagnóstico e tratamento das disfunções sexuais; nesse sentido, a investigação da sexualidade se faz de extrema importância nesse processo. Entretanto, Aliaga, Ahumada e Villagrán¹⁸ destacam que, apesar de as especialidades médicas reconhecerem a importância da história sexual na completa avaliação médica, uma vez que as disfunções são

diagnosticadas no campo da Medicina, muitos profissionais preferem não fazer perguntas relacionadas à sexualidade, o que dificulta a investigação e o diagnóstico das disfunções sexuais. Serra¹, apontando alguns dados em sua dissertação, destaca que muitas vezes a mulher oculta as queixas sexuais, contudo, a depender do manejo do ginecologista, essas queixas podem tornar-se evidentes.

Em um estudo realizado com ginecologistas brasileiros, Serra¹ verificou que 49% dos entrevistados não se sentiam seguros para abordar questões relacionadas à sexualidade; e as dificuldades dos médicos no manejo da sexualidade deveram-se às deficiências em suas formações médicas. Um outro dado destacado por este autor foi que as pacientes participantes da pesquisa relataram perceber o vaginismo como um problema somente delas, deixando de considerar qualquer influência do parceiro no desenvolvimento e na manutenção da disfunção. Embora esses dados refiram-se especificamente ao vaginismo, é possível certa generalização para outras disfunções sexuais, uma vez que, como discutidos, além de todo controle social da sexualidade, principalmente da feminina, há uma espécie de culpabilização da mulher referente às questões da sexualidade.

Considerações finais

Como destacado, as disfunções sexuais exercem impactos em todos os âmbitos da vida das mulheres¹⁹ que as apresentam, desde a autoestima, autoimagem e nas relações com os outros. Assim, apesar de o diagnóstico ser feito majoritariamente pela especialidade médica, o tratamento não deve ser exclusivamente médico, uma vez que não se trata de uma causa puramente e exclusivamente orgânica e sem relação com outros aspectos da vida.

Outro ponto destacado é a questão do controle da sexualidade, principalmente da feminina. Toda a produção de discurso e verdades a respeito da sexualidade interfere diretamente em como a vivemos, em especial no caso das mulheres, em que este controle e opressão é maior. Sendo assim, como vimos a respeito da questão da visão do corpo feminino como uma máquina de reprodução da força de trabalho, faz-se necessário levar em consideração tais questões para que o “sucesso” do tratamento não seja simplesmente a busca pela penetração.

Como vimos, o sexo e a penetração não são os pontos exclusivos e principais para definir a sexualidade. A sexualidade é mais do que isso: envolve toda a relação da pessoa com o mundo para além do sexo. Apesar de ser um fator importante, o sexo em si não é o essencial, por isso os tratamentos das disfunções sexuais não devem ser voltados apenas para o reducionismo do sexo, mas sim para a sexualidade como um todo, sempre levando em consideração a relação do sujeito consigo mesmo e com o meio em que vive.

A sexualidade é um fator de extrema importância da constituição subjetiva. Não deve ser negada, reprimida ou escondida. Deve ser vivida, experienciada, sempre levando em conta seus aspectos subjetivos. Ela é única e subjetiva para o indivíduo, o que faz com que seja tão complexa e rica.

Referências

1. Serra M. Qualidade de vida e disfunção sexual: vaginismo[dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2009.
2. Pontes AF. Sexualidade: vamos conversar sobre isso? promoção do desenvolvimento psicossocial na adolescência: implementação e avaliação de um programa de intervenção em meio escolar [tese]. Porto: Instituto de Ciências Abel Salazar; 2011.

3. Conceição ISC. Sexualidade feminina. In: Tedesco J, Cury A, organizadores. Ginecologia psicossomática. São Paulo: Atheneu; 2007. p.131-142.
4. Aldana A. Mulher, sexualidade e sexo seguro. In: Paiva V, organizador. Em tempos de aids. São Paulo: Summus; 1992. p.158-165.
5. Zampieri AMF. Erotismo, sexualidade, casamento e infidelidade: sexualidade conjugal e prevenção do HIV e da aids. São Paulo: Ágora; 2004.
6. Seixas AMR. Sexualidade feminina. São Paulo: Editora Senac; 1998.
7. Fregonese AA, Bruscato WL. Desenvolvimento psicosssexual feminino. In: Tedesco JJ, Cury A, organizadores. Ginecologia Psicossomática. São Paulo: Atheneu; 2007. p. 27-34.
8. Moreira RLBD. Vaginismo. Rev. Méd. Min. Ger. 2013; 23(3):36-342.
9. Organização Mundial da Saúde - OMS. CID-10: classificação estatística internacional de doenças . São Paulo: Edusp; 1993. v.1
10. American Psychiatric Association. DSM-5: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. São Paulo: Artmed Editora; 2014.
11. Instituto Kaplan, Helen S. A nova terapia do sexo: tratamento dinâmico das disfunções sexuais. Silva OB, tradutor. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1977.
12. Masters WH, Johnson VE. A incompetência sexual. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1979.
13. Valins L. Quando o corpo da mulher diz não ao sexo: compreendendo e superando o vaginismo. Lamas N, tradutor. Rio de Janeiro: Imago Editora; 1994.
14. Foucault M. História da Sexualidade: a vontade de saber. 3. ed. São Paulo: Paz e Terra; 2015. v. I
15. Federici S. Calibã e a bruxa: mulheres, corpos e acumulação primitiva. São Paulo: Editora Elefante; 2019.
16. Boss M. Existential foundations of medicine and psychology. New York: Jason Aronson; 1979.
17. Bastos ROA. A impossibilidade da entrega: o vaginismo numa visão clínica [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Gama Filho. ; 2003.
18. Aliaga PP, Ahumada SG, Villagrán O. Disfunciones sexuales: asistencia clinica y factores asociados em ginecologia. Rev Chil Obstet Ginecol. 2000; 65(6):444-452.
19. Vieira JA. A identidade da mulher na modernidade. São Paulo: Delta; 2005. v.21.

Mulheres: prostituição e cuidados em saúde sexual¹

Women: prostitution and care

Thainá Buono Paulino dos Santos^{II}, Carlos Botazzo^{III}

Resumo

Este artigo apresenta a pesquisa qualitativa que objetivou saber como se dá o cuidado em saúde sexual das mulheres que são prostitutas: se há diferença no tratamento que recebem em consultas ginecológicas, se recebem mais orientações quanto aos métodos preventivos de IST em comparação a outras mulheres não prostitutas. A pesquisa realizou entrevistas face a face com uso de roteiro semiestruturado aplicados com 11 mulheres prostitutas, com idades entre 19 a 59 anos, da região de baixo meretrício no centro da cidade de Santos/SP. O cuidado para essas mulheres, em geral, diz respeito ao uso do preservativo masculino com seus clientes, à realização de exames de IST/HIV e ginecológicos, à higiene corporal, ao falar de seu trabalho aos profissionais de saúde e às suas orientações sexuais. Observou-se que as mulheres abordadas não receberam orientações específicas referentes às medidas preventivas em saúde por atuarem na prostituição.

Palavras-chave: Cuidado; Mulher; Prostituição; Saúde sexual.

Abstract

This research aimed to find out what it is and how to care for women who are prostitutes. The researcher wanted to know if there is a difference in the treatment given to them in their gynecological consultations, if they receive more guidance on STI preventive methods than other women who are not prostitutes. Qualitative research was carried out, using face-to-face interviews and a semi-structured script applied to 11 women who are prostitutes of low meretricious in the central region of the city of Santos / SP aged between 19 and 59 years. The interviews were recorded, transcribed and the statements were analyzed according to the thematic analysis. The care for these women in general concerns the use of the male condom with their clients, the performance of exams STDs/HIV and gynecological, body hygiene, when talking about their professions to health professionals and also about their sexual orientation. It was observed that the women approached in this study did not receive specific guidance regarding preventive health measures.

Keywords: Care; Woman; Prostitution; Sexual health.

¹ Artigo resultado da Dissertação "Mulheres: Prostituição e Cuidados"¹ para Programa Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde em Ciências da Saúde, da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo em 2018, sob orientação do Prof. Dr. Carlos Botazzo.

^{II} Thainá Buono Paulino dos Santos (thaina_bps@hotmail.com) é obstetrix pela Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACH/USP) e mestre em Ciências da Saúde pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP).

^{III} Carlos Botazzo (botazzo@usp.br) é cirurgião-dentista pela Faculdade de Odontologia de Araçatuba da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (FOA/UNESP), especialista em Saúde Pública pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP), doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), foi docente colaborador do Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo (FOB/USP), pesquisador científico do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (IS/SES-SP) e é livre-docente em Ciências Humanas pela Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FO/USP) e professor associado do Departamento de Política, Gestão e Saúde da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP).

Introdução

A modificação nos costumes sexuais, que já ocorria em todo o mundo desde o fim da II Guerra Mundial, alcançou novos patamares com a descoberta da pílula anticoncepcional. As mulheres começaram a se libertar, dissociando-se da imagem de progenitoras, recatadas e do lar, assim como as prostitutas, que já não eram identificadas com este papel, uma vez que atrelava-se sua relação sexual à prática laboral².

No século XIX, a Medicina passa a assumir o controle do feminino e a focar o corpo e a

sexualidade das mulheres³. Para os médicos, a finalidade principal do sexo era a fecundação e a gestão espermática. Nesse sentido, o prazer da mulher casada os deixava apreensivos, pois, segundo as concepções da época, o prazer conduzia a exageros. Esses exageros não eram bem-vistos em uma mulher, uma vez que ela era associada ao pudor. Assim, ocultavam a presença do desejo na mulher.

Suas disposições visavam o sexo “saudável”, o controle da fecundidade e das condições da parturição³. Mas, e quanto ao desejo e à sensualidade? Como eram pensadas as questões como o adultério, o sexo antes do casamento e a virgindade?

Foi a Ciência Médica que iniciou o diálogo acerca do desejo e da sensualidade, pois somente essa ciência era autorizada a olhar para a particularidade dos corpos³. A categoria médica caracterizou todas as falhas das relações matrimoniais, como masturbação, ninfomania e histeria, a fim de normatizar essas relações, pois tudo que não decorresse do coito disciplinado era inapropriado³.

Embora folcloricamente considerada “a mais antiga das profissões”, a prostituição estava presente nas relações extraconjugais, uma vez que era evidente que as uniões conjugais eram feitas por interesses familiares e não por desejo afetivo ou sexual. Assim, o adultério masculino tornou-se particularmente evidente a partir do século XIX³, quando as prostitutas eram referidas como mulheres bonitas e que apresentavam encanto e sensualidade, componentes presentes somente nelas, consideradas como mulheres sem respeito e sem prestígio². Eram mulheres que se caracterizavam por ter condições sociais precárias e vistas pela população masculina como fonte de prazer sem que houvesse uma relação compromissada³.

Durante os anos 1990, homossexuais e, posteriormente, prostitutas participaram na elaboração e aplicação de programas associados à Coordenação Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde. A participação desses grupos fez com que o plano de enfrentamento do Brasil às infecções sexualmente transmissíveis (IST), inclusive o HIV/aids, se transformasse em um modelo internacional ao reorientar a meta das atividades preventivas direcionadas antes às populações tidas como mais vulneráveis para as concepções eróticas⁴.

Bondin⁵ refere ter identificado no relato de uma prostituta a ida a uma consulta médica em que recebeu orientação para usar o preservativo feminino no pênis do cliente, no sexo oral, pois esse insumo tem eficácia preventiva para IST nesse tipo de sexo, visto que é um preservativo mais largo, o que garantiria maior proteção. Nesse estudo, também se identificou que as causas referidas pelas prostitutas para irem aos serviços de saúde foram: a gravidez, a realização do exame de prevenção ao câncer de colo uterino (papanicolau) e a retirada de preservativos. Em menor proporção, as prostitutas também relataram idas aos serviços de saúde devido ao “colesterol e glicose altos” e para “cuidar dos dentes”⁵.

Pasini⁶, em sua pesquisa com prostitutas, relatou que não presenciou quase nenhuma fala dessas mulheres relacionada à saúde. Outro estudo, feito por Guimarães e Mércan-Hamman⁷, por meio do Ministério da Saúde, em nove capitais brasileiras e que teve como foco a prevenção de doenças IST, demonstrou que as prostitutas, assim como grande parte da população feminina, renunciam à utilização do preservativo no sexo feito com seus companheiros fixos afetivos, pois somente 20% delas admitiram utilizar preservativo com eles. Esse resultado se assemelha ao resultado obtido por Guimarães e Merchán-Hamman⁷, referente às mulheres em geral, de 22%.

Tivemos como objetivo geral saber o que é e como se dá o cuidado em saúde para prostitutas.

A partir dessas fontes, procuramos avaliar como o cuidado com a saúde e a prevenção sexual é feita no meio social e nas histórias de vida das mulheres prostitutas, procurando contribuir com as políticas públicas de saúde.

Metodologia

Foi utilizado como instrumento de trabalho a entrevista semiestruturada, realizada com roteiro pré-estabelecido constituído por algumas perguntas. Teve como finalidade compreender as opiniões de prostitutas que trabalham em ruas da região central da cidade de Santos, no estado de São Paulo. Neste estudo houve a colaboração de 11 mulheres prostitutas do baixo meretrício na região central deste município, com idade entre 19 e 59 anos¹.

As questões norteadoras de pesquisa foram: (1) Como você foi instruída em relação aos cuidados durante e após as práticas sexuais? e (2) Foram orientações que vieram de casa, família, amigos, de instituições de saúde, antes das

primeiras relações sexuais ou foram cuidados aprendidos ao longo do tempo de trabalho?

Além das entrevistas, utilizamos diários de campo, a fim de registrar as emoções, o ambiente, as diversidades de histórias e as novidades envolvidas no contato com essas mulheres. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas e as falas das participantes foram categorizadas para apresentação e análise dos resultados.

As entrevistas foram consentidas e o estudo atendeu aos critérios de ética em pesquisa com seres humanos e foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Resultados e discussão

- Perfil das entrevistadas:

Das 11 mulheres prostitutas entrevistadas, muitas delas migraram para a cidade de Santos/SP. A faixa-etária abrange dos 19 anos aos 59 anos de idade, somente 2 não têm filho(s), 5 têm parceiro fixo e 8 têm filhos:

Tabela 1 – Perfil das entrevistadas

Nome	Idade	Origem	Filhos
A	38 anos	Nordeste	3
B	25 anos	Presidente Prudente - SP	1
C	43 anos	<i>não declarou</i>	5
D	40 anos	<i>não declarou</i>	2
E	59 anos	Santa Catarina	1
F	30 anos	Amparo - SP	0
G	19 anos	Cubatão - SP	0
H	28 anos	São Paulo - SP	1
I	<i>não declarou</i>	Santos - SP	1
J	<i>não declarou</i>	<i>não declarou</i>	3
K	32 anos	<i>não declarou</i>	0

Os resultados foram agrupados em cinco categorias temáticas, a saber: (1) se houve infância traumática e falta de uma estrutura familiar; (2) forma de cuidado com a saúde sexual; (3) se houve ou não uso do preservativo na primeira relação sexual; (4) a orientação sexual (hetero ou homossexual); e (5) a profissão.

- Infância e família:

No primeiro dia de pesquisa, foram feitas entrevistas com 5 prostitutas. Infelizmente, quando se perguntou a 3 delas como foi a primeira relação sexual (primeira vez), elas falaram que haviam sido estupradas quando crianças. Além disso, 2 delas contaram que não tiveram uma estrutura familiar forte e afetiva durante a infância e relataram terem conflitos no relacionamento com seus respectivos maridos.

Nesta direção, pode-se considerar que a ocorrência de abuso sexual reverbera na vida sexual de mulheres abusadas, já que Krindges, Macedo e Habigzang⁸ verificaram em estudo que mulheres vítimas de abuso sexual na infância apresentam um mais elevado interesse sexual quando comparadas às não vítimas e tendem a ser mais desinibidas durante a relação sexual.

Quanto à idade, esses autores⁸ afirmam que adultos abusados quando crianças manifestam um maior comportamento hipersexualizado em comparação aos que foram abusados posteriormente à idade escolar e à adolescência, que manifestam, com mais regularidade, ao contrário, comportamentos de repulsão sexual.

- Forma de cuidado com a saúde sexual e uso de preservativo:

O cuidado sexual, para a maioria das entrevistadas, está atrelado ao uso do preservativo masculino em todas as relações sexuais, quando estão trabalhando, e muitas alegam que esse uso está atrelado ao medo do vírus da imunodeficiência humana (HIV).

A maioria das mulheres declarou falar de sua profissão para os profissionais de saúde que as atendem e 1 delas falou que essa explicitação é uma forma de se orientar mais sobre a saúde e que, caso precise de algum tratamento, isso torna mais fácil a sua realização.

O cuidado com a saúde sexual foi relatado não somente pelo uso da camisinha, mas também, para algumas entrevistadas, pela realização de exames de IST/HIV, exames ginecológicos preventivos, como o papanicolau, e o uso de um anticoncepcional.

Não foi relatada a orientação de dicas personalizadas a elas pelos serviços de saúde, pelo fato de serem prostitutas.

Somente 2 das 11 mulheres entrevistadas relataram ter usado preservativo feminino. No entanto, ambas apontaram alguma desvantagem no uso deste método, seja por desconforto ou pelo longo tempo exigido para a inserção deste tipo de preservativo. A maioria delas alegou que não acha este um método confiável e que não sabem como colocá-lo. E, quando perguntado se as que nunca usaram o preservativo feminino fariam seu uso, elas disseram que não.

Observamos relatos de cuidados para além da saúde física, como o cuidado com a profissão, com a família e até o cuidado com a pesquisadora deste estudo. Porém, não foi relatada a ida a serviços de saúde para tratar da vida emocional e nem referiram o cuidado relativo à vida espiritual.

Observamos que algumas participantes não obtiveram orientação sobre prevenção contraceptiva e de IST antes da primeira relação sexual e que não usaram preservativo durante esta relação. Disseram que não tiveram orientação familiar, nem escolar. Uma entrevistada disse que o fato de estar na profissão de prostituta a ensinou a se prevenir.

Oliveira⁹ afirma que a cidade de Santos produz um serviço público de saúde valoroso de prevenção às IST, que serve como referência internacional. Isso deriva do Programa Municipal DST/Aids de Santos-SP, que foi criado em 1989¹⁰ e que, segundo Fernandez¹¹, implementou uma

resistente organização na prevenção, no atendimento, na terapêutica e na vigilância da aids¹.

Em relação aos cuidados de saúde relatados pelas entrevistadas, apesar de terem citado a ida a um centro de saúde e a realização de exames preventivos, 1 entrevistada disse que na cidade em que mora (Cubatão-SP) é muito difícil o acesso aos serviços de saúde e que gostaria de se consultar. Isso traz a questão de como a equipe Consultório na Rua, existente nos municípios, poderia abranger o atendimento a essas profissionais que trabalham na rua.

Segundo Cruz, Ferreira, Martins, Souza¹², a ausência de prostitutas nos serviços de saúde pública se dá, de modo geral, pela dificuldade de acesso a eles. Nesse sentido, o autor afirma que os serviços de saúde deveriam adequar seus horários e sua estrutura, assim como qualificar seus profissionais a fim de satisfazer as demandas apresentadas por essa população¹².

Quanto ao preservativo, Pasini⁶ constatou em sua pesquisa que seu uso é visto como um “divisor simbólico”, separando o contato pessoal do contato profissional, dado que verificou-se que as prostitutas usam preservativo com seus clientes, mas não realizam esse uso com suas parcerias afetivas. Sobre isso, uma entrevistada de nosso estudo disse se cuidar, se prevenir “muito”, ao mesmo tempo em que afirma estar grávida, demonstrando não ter feito uso de anticoncepcionais num relacionamento com parceiro afetivo.

Outro ponto trazido em relação ao uso de anticoncepcional com o parceiro foi a vinculação da prevenção somente à questão reprodutiva, o que demonstra o esquecimento do uso do preservativo para prevenir IST. Além disso, desconsideram o uso do preservativo pela crença na fidelidade de seus parceiros, como declararam, subestimando a capacidade de seus maridos de traí-las.

- Orientação sexual e profissão:

Quanto à orientação sexual, só 1 entrevistada afirmou ser lésbica; além disso suas vestimentas se aproximam mais do padrão masculino: camiseta, bermuda, calça e tênis. No entanto, ela faz programa apenas com o público masculino. Quando foi perguntado se ela beijava na boca dos clientes, disse que não, pois “o beijo na boca pode apaixonar...”. Outra situação que chamou a atenção é que disse ir ao serviço de saúde uma ou duas vezes ao ano, quando sempre relata ao profissional de saúde sua orientação sexual e profissão. Porém, nunca fez uso do preservativo feminino e não relatou o uso de barreiras no sexo oral com sua parceira.

Parece necessário considerar a questão de gênero e a orientação sexual trazida por essa participante. Ela, apesar de se autodenominar homossexual, exerce sua identidade sexual de forma masculina quando não está trabalhando, como relatado anteriormente.

Para Bezerra¹³, as lésbicas tendem a ser habitantes de dois universos, o homossexual e o heterossexual. No universo heterossexual necessitam “passar por héteros” ou, ao menos, terem um desempenho que as identificam como femininas; já no universo lésbico, têm que atender a regras para serem acolhidas. Em nosso estudo foi observado que as prostitutas não têm controle acerca da possibilidade de sentirem prazer com os homens¹³. No entanto, a entrevistada que afirmou ser lésbica disse que não sente prazer com os clientes do sexo masculino e que seu papel é estritamente profissional.

Podemos observar que faltam ainda, aos serviços de saúde, o olhar para a diversidade sexual, pois, pelo relato de 1 das participantes, foi constatado que, em sua vida profissional, ela tem relação heterossexual e se previne utilizando camisinha masculina; no entanto, em sua vida pessoal, está envolvida em um relacionamento

homossexual, em que não utiliza nenhum método preventivo com relação às IST, embora relate sempre aos profissionais de saúde sua orientação sexual e também sua profissão.

- Sobre o uso do preservativo feminino:

Verificou-se que o uso do preservativo feminino não é bem-aceito pelas participantes desta pesquisa. Por isso, precisamos falar mais dos benefícios de seu uso, alertando não só as prostitutas, como a população em geral (feminina e masculina), sobre ser imprescindível que todos se instrua sobre as qualidades desse método de prevenção, de forma que haja uma inserção mais eficaz deste método no cotidiano das pessoas. Com relação a isto, o manual “Dicas para Mulheres Profissionais do Sexo”¹⁴, produzido pela Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, é bastante indicado por ser bem didático e fornecer dicas específicas para este público, como a dica de realizar uma barreira de prevenção durante o sexo oral com o uso de outros materiais, como PVC ou papel filme e, até mesmo, usando a própria camisinha masculina. Desta pesquisa também foi produzido o folheto “Ela É Prostituta, E Daí? Não Julgue/Não Discrimine”¹⁵, que é voltado às prostitutas e tem um cunho educativo a fim de sinalizá-las sobre os tipos de violência e reiterar a importância do uso do preservativo feminino, entre outras orientações.

Nesse manual são abordados: os tipos de violência contra a mulher, orientações sobre o preservativo feminino, sobre o que é a Profilaxia Pré-Exposição (PREP) contra o HIV, sobre serviços de saúde e de assistência social relacionados à violência contra a mulher e aos direitos da mulher no município de Santos/SP.

Considerações finais

Ao lidar com prostitutas deve-se considerar a totalidade de cada pessoa, de forma a saber seu

local de trabalho e características, saber suas condições de moradia, conhecer sua trajetória de vida, nível de escolaridade, conhecer a relação com seus familiares e com os serviços públicos (saúde, assistência social e previdência social), serviços que envolvem a interdisciplinaridade de diferentes profissões.

Referências

1. Santos TBP. Mulheres: prostituição e cuidados [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo;2018.
2. Cesar FCL. O estado da saúde e a doença das prostitutas: uma análise das representações da prostituição nos discursos do SUS e do terceiro setor [internet]. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro; 2011 [acesso em 15 jun 2017]. Trabalho de campo multiprofissional do Programa de Pós-Graduação em Comunicação e Saúde. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/6549>.
3. Priore M. Histórias íntimas. São Paulo: Planeta; 2011.
4. Sousa FR. Educação popular em saúde e participação de prostitutas: contribuições para a gestão participativa do SUS. Interface-Comunicação, Saúde e Educ. 2014; 18(s2):1559-68.
5. Bonadiman POB, Machado PS, López LC. Práticas de saúde entre prostitutas de segmentos populares da cidade de Santa Maria-RS: o cuidado em rede. Physis: Rev Saude Colet. 2012 jun;22(2):779-801.
6. Pasini E. Limites simbólicos corporais na prostituição feminina. Cad Pagu. 2000;(14):181-200.
7. Guimarães K, Merchán-Hamann E. Comercializando fantasias: a representação social da prostituição, dilemas da profissão e a construção da cidadania. Rev Estud Fem. 2005 dez;13(3):525-44. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2005000300004>.
8. Krindges CA, Macedo DM, Habigzang LF. Abuso sexual na infância e suas repercussões na satisfação sexual na idade adulta de mulheres vítimas. Contextos Clínicos [internet]. 2016 [acesso em 17 jan 2018] ; 9(1):60-71. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198334822016000100006.

9. Oliveira SF. Cortina de fumaça. Praia Grande: Don Muñoz; 2009.

10. Neto A. Vídeo comemorativo Secraids 20 anos [internet]. 2011 [acesso em 18 jan 2018]. Disponível em: https://www.youtube.com/results?search_query=secraids.

11. Fernandez OFRL. A epidemia clandestina: aids e uso de drogas endovenosas em São Paulo [internet] [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1993 [acesso em 18 jan 2018]. Disponível em: https://www.pagu.unicamp.br/pfpagu/publicfiles/arquivo/48_fernandez_osvaldo_francisco_r._lobos_termo.pdf.

12. Cruz NL, Ferreira CL, Martins E, Souza M. O cuidado com a saúde das mulheres profissionais do sexo: uma revisão narrativa. *Disciplinarum Scientia*. 2016;17(3):339-52.

13. Bezerra DM. Tu é entendida, né, doidinha? In: III Simpósio Internacional de Educação Sexual [internet]; 1995; Maringá, PR. Maringá: UEM; 1995 [acesso em 17 jan 2018]. Disponível em: http://www.sies.uem.br/anais/pdf/genero_e_identidade_de_genero/5-06.pdf.

14. Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo. Centro de Referência e Treinamento DST/Aids (CRT-DST/aids SP). Dicas para mulheres profissionais do sexo. São Paulo; 2014.

15. Santos TBP. Ela é prostituta, e daí? não julgue/não discrimine [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo; 2018.

O mercado humano de exploração sexual e os direitos sexuais e reprodutivos: uma discussão a partir do filme “A Informante”

The human market of sexual exploitation and sexual and reproductive rights: a discussion based on the film “The Whistleblower”

Antônio Corrêa de Paiva Neto^I, Lourdes Rosa Filha^{II}, Mariana Fernandes Vieira^{III},
Sandra Sísia^{IV}, Pamela Claudia Rossi Vaz^V, Vivian Maria Cordeiro Esteves^{VI}

Resumo

Este artigo tem como objetivo discutir a efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos como campo de disputa pelo poder. Baseado no filme de 2010 “A Informante”, que foi inspirado em fatos reais ocorridos durante uma missão de paz realizada pela Organização das Nações Unidas (ONU) na Bósnia, analisamos o mercado sexual humano considerando as perspectivas histórica e sociológica. Identificamos elementos comuns à prostituição e ao tráfico humano para fins sexuais e a polêmica proposta de regulamentação ou profissionalização da prostituição. Concluímos que a efetivação dessa política legitimaria a exploração da sexualidade e a violência contra os prostituídos, contrariando as alternativas para a superação da prostituição e a efetivação da legislação para direitos sexuais e reprodutivos.

Palavras-chave: Direitos sexuais e reprodutivos; Exploração sexual; Prostituição.

Abstract

This article aims to discuss the effectuation of Sexual and Reproductive Rights as a field of power disputes. Based on the 2010 film “The Informant”, inspired by real events occurred in a peace mission carried out by the UN in Bosnia, we analyze the human sexual market, considering its historical and sociological perspectives. We identified elements common to both prostitution and human trafficking for sexual purposes, and the controversial proposal for regulation or professionalization of prostitution. We conclude that the implementation of this policy would legitimize the exploitation of sexuality and violence against prostitutes, contradicting the alternatives for overcoming prostitution and the enforcement of legislation for Sexual and Reproductive Rights.

Keywords: Sexual and reproductive rights; Sexual exploitation; Prostitution.

^I Antônio Corrêa de Paiva Neto (antoniocorrea.ts@yahoo.com) é Bacharel, Licenciado e Mestre em Filosofia pela Universidade Federal de Uberlândia. Pós-Graduado em Terapia Sexual na Saúde e na Educação pelo Centro de Formação e Estudos Terapêuticos da Família, em São Paulo (Cefatef-SP), em São Paulo.

^{II} Lourdes Rosa Filha (lourdesrosa.ts@gmail.com) é Licenciada em Pedagogia, especialista em Psicopedagogia pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU), pós-graduada em Terapia Sexual na Saúde e na Educação pelo Cefatef-SP e Professora da Escola Municipal Presidente Itamar Franco em Uberlândia.

^{III} Mariana Fernandes Vieira (contato@mariannakiss.com) é Bacharel em Comunicação Social com ênfase em Jornalismo pela Universidade Estácio de Sá, Pós-Graduada em Gestão de Entretenimento pela Escola Superior de Propaganda e Marketing (ESPM) e Pós-Graduada em Terapia Sexual na Saúde e na Educação pelo Cefatef-SP

^{IV} Sandra Sísia (sandrasisla.fisio@gmail.com) é fisioterapeuta na área da Saúde da Mulher pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-CAMP), especializada em Cinesioterapia e Psicologia Analítica de Jung pelo Instituto Sedes Sapientiae de São Paulo e Pós-Graduada em Terapia Sexual na Saúde e na Educação pelo Cefatef-SP

^V Pamela Claudia Rossi Vaz (pamelacrossi@hotmail.com) é psicóloga pelo Centro Universitário Assis Gurgacz, Pós-graduada em Terapia Sexual na Saúde e na Educação pelo Cefatef-SP e atua como Psicóloga Clínica em “Clínica dos Afetos”.

Introdução

O presente artigo origina-se de exposições teóricas, leituras e reflexões suscitadas a partir da obra cinematográfica baseada em fatos reais “A Informante”^{VII}, de 2010¹. No que se refere à ordem expositiva, cabe considerar que, após algumas palavras sobre o

^{VI} Vivian Maria Cordeiro Esteves (vivian-esteves@uol.com.br) é psicóloga pela Universidade Paulista (unip), Pós-Graduada com MBA em Gestão Estratégica em Recursos Humanos pelo Centro Universitário Opet, no Paraná, Pós Graduada em Terapias Cognitivas pelo Instituto Paraense de Terapia Cognitiva e Pós-Graduada em Terapia Sexual na Saúde e na Educação pelo Cefatef-SP

^{VII} Indicado para tema de trabalho final da disciplina “Direitos Sexuais e Reprodutivos”, que integra o Curso de Pós-graduação “Terapia Sexual na Saúde e na Educação”, oferecido pelo Cefatef-SP

conteúdo do filme, discorre-se sobre a origem e a natureza dos direitos sexuais e reprodutivos, problematizando o aparente paradoxo (que será explicitado) de a obra ser baseada em uma ocorrência originada no seio da Organização das Nações Unidas (ONU). Em um segundo momento, apontam-se as relações estabelecidas entre o tráfico humano para exploração sexual e a prostituição, reavaliando sob esse contexto a proposta de regulamentação ou profissionalização da atividade.

Dessa forma, este artigo almeja propiciar a compreensão de que tanto a emergência quanto a efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos relacionam-se a disputas pelo poder que estão em pleno curso atualmente; ao mesmo tempo que objetiva uma compreensão diversa, não idílica ou não glamorosa do fenômeno “prostituição”, argumentando contrariamente à proposta de regulamentação da atividade e promovendo, ainda, alternativas para sua superação e, de forma geral, para a efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos.

Método

Fez-se a análise de conteúdo do filme “A Informante”, lançado em 2011 pela diretora canadense Larysa Kondracki, como base para a discussão da prostituição sobre o marco dos direitos humanos e de direitos sexuais e reprodutivos, esses últimos instituídos a partir da Conferência de População e Desenvolvimento, realizada no Cairo³, e da Conferência da Mulher, ocorrida em Beijing⁴.

A partir desses marcos, os seguintes direitos foram denominados como “Direitos Reprodutivos”⁵:

(1) direito de decidir livre e responsabilmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos: quantos e quando;

(2) direito de ter acesso a informações e

aos meios (métodos) para decidir (contraceptivos e tecnologias reprodutivas);

(3) direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, coerção ou violências.

Posteriormente, com a luta contra o HIV/aids e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST), foi acrescentado ao tema o termo “sexuais”, sendo os direitos sexuais e reprodutivos, conforme publicou o Ministério da Saúde brasileiro em 2005⁶, compostos ainda por:

(4) direito de viver a sexualidade livre de violência, discriminação e coerção;

(5) direito de escolher o parceiro sexual sem discriminações;

(6) direito ao respeito pleno pela integridade corporal;

(7) direito de optar por ser ou não sexualmente ativo(a);

(8) direito de envolver-se em relações sexuais consensuadas e de contrair casamento com livre consentimento;

(9) direito de ser livre e autônoma para expressar sua orientação sexual;

(10) direito de expressar a sexualidade de forma independente da reprodução.

A partir dessa temática, discutiu-se como tais direitos sexuais e reprodutivos se inserem na atual discussão dos aspectos legais quanto à prostituição, inclusive com relação às propostas de legalização dessa atuação.

O filme “A Informante”

O filme “A Informante” é uma obra inspirada em fatos reais e retrata a experiência de Kathy Bolkovac, policial norte-americana contratada pela instituição “Segurança Democrática” para ser uma das representantes dos Estados Unidos da América (EUA) em uma missão de paz da ONU¹ realizada na Bósnia, em 1999. O trabalho de Bolkovac estava atendendo aos Acordos

de Paz, promulgados em Dayton, em 1995², que com o fim da guerra, prescreveram a presença de uma polícia internacional no território bósnio para a garantia da “observância da lei” e, assim, a “transição para a paz”.

Durante sua atuação, no entanto, Bolkovac constatou que, nesse ambiente hegemonicamente masculino, havia tolerância, convivência e participação na efetivação das violências de gênero, inclusive pelos próprios soldados da ONU¹; em outras palavras, aqueles que deveriam promover a lei e proteger os vulneráveis enquanto intervenores internacionais estariam, eles próprios, promovendo violências contra as mulheres por meio do tráfico humano e da exploração sexual, o que a protagonista busca denunciar.

Sinteticamente, a trama¹ se apresenta pela história de duas jovens ucranianas que, em função de uma precária condição socioeconômica, foram facilmente persuadidas a deixarem seu país de origem pela promessa de trabalho em um hotel, na Bósnia. Sob a intermediação de um membro da família de uma delas, as jovens são traficadas e escravizadas para a prostituição, sendo submetidas a condições inóspitas de higiene e acomodação, à violência física e à tortura. A agente Bolkovac toma conhecimento do caso e, com a ajuda de poucos colegas, inicia uma investigação em um bar que funciona como fachada para a ocorrência de tráfico e prostituição de mulheres. Nessa investigação, constata que o dono do estabelecimento paga propina à polícia local e aos soldados da Força de Paz da própria ONU, de forma a manter o funcionamento dos negócios. Também percebe que os mesmos membros da ONU que recebem a propina também exploram a sexualidade das traficadas. Ou seja, tudo é feito sob o olhar e com a participação de homens que são pagos para proteger e garantir às mulheres seus direitos.

A partir daí, o filme mostra que Bolkovac leva o caso a seus superiores, expondo a rede de corrupção e violência existente, mas logo é dispensada da investigação e intimada a voltar a seu país. No entanto, antes de retornar aos EUA, ela consegue reunir documentos que comprovam toda a situação relacionada ao tráfico de mulheres, tornando sua denúncia pública por meio da mídia internacional. O resultado dessa iniciativa, porém, foi a impunidade, pois tal como compreende-se ao término do filme, vários mediadores e contratadores particulares da instituição foram demitidos e nenhum sofreu processo judicial em seu país de origem, assim como não houve processo contra a ONU nem se reformularam as formas de contratação da agência. O contratador particular que demitiu Bolkovac, continuaria a atuar com o governo norte-americano posteriormente, incluindo contratos bilionários no Iraque e no Afeganistão, e a policial protagonista nunca mais conseguiu emprego na comunidade internacional¹.

Segundo a emissora internacional alemã Deutsche Welle (DW)⁵, em 2019, Bolkovac venceu o processo por demissão injustificada contra a empresa empregadora; antes disso, em 2015, seu engajamento fora reconhecido com uma indicação para o Prêmio Nobel da Paz. A matéria da DW afirma que a ex-agente se mostrou cética quanto aos esforços da ONU de reprimir efetivamente o abuso sexual de mulheres e de menores durante as missões de paz. Ela afirmou também que embora tivesse descoberto, documentado e denunciado inúmeros casos de tráfico de mulheres vindas da Romênia, Ucrânia, Moldávia e de outros países do Leste Europeu, eles nunca foram levados a julgamento, pois funcionários dos escalões mais altos – como os do órgão de supervisão administrativa – e até mesmo o coordenador da missão da ONU na Bósnia, Jacques Klein, nunca permitiram que as investigações fossem concluídas.

A natureza dos direitos sexuais e reprodutivos e o paradoxo de suas origens e vivência no âmbito da ONU

A origem oficial dos direitos sexuais e reprodutivos deriva das conferências de População e Desenvolvimento (no Cairo, em 1994)⁴ e das Mulheres (em Beijing, 1995)⁵, realizadas pela ONU, e destaca, em seu processo de institucionalização e consolidação, não apenas a pressão e o envolvimento de movimentos sociais, principalmente das feministas, que sensibilizaram e levaram reivindicações a políticos, gestores e à sociedade em geral, mas também salienta o próprio papel da organização na difusão do termo e na promoção desses direitos entre seus países-membros.

A ONU também encampou posteriormente, no final da década de 1990, as reivindicações e discussões frente ao impacto da epidemia de HIV/aids, acrescentando a esses direitos a explicitação do termo “sexual” e a atenção em saúde dirigida à prevenção de IST tanto para mulheres como para outros públicos vulneráveis, como os membros da comunidade hoje denominada de lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros (LGBT)⁷.

Nesse sentido, frente ao filme “A Informante”¹, podemos pensar ser paradoxal a origem institucional dos direitos sexuais e reprodutivos no âmbito da ONU e a constatação de que seus profissionais da organização exerceram e colaboraram com situações de tráfico humano para fins de exploração sexual, o que infringe vários desses direitos. Porém, é preciso compreender que a ONU, como qualquer instituição política, representa um espaço de disputa de poder, sendo composta por diversos atores. A sustentação dos direitos sexuais e reprodutivos pela organização impulsionou o resultado do trabalho de diversos movimentos sociais sensíveis às relações de gênero, principalmente em países do então chamado terceiro mundo, com destaque para as reivindicações feministas⁷. Tal fato, porém, não descarta o

necessário e contínuo trabalho político em favor do esclarecimento e da promoção desses direitos, tanto na esfera do Estado ou institucional (que inclui o próprio corpo de funcionários) quanto na esfera social, inclusive entre países-membros e nos de atuação – no caso da protagonista do filme, os Estados Unidos e a Bósnia.

O trabalho político na esfera institucional e social em prol dos direitos sexuais e reprodutivos deve ser compreendido como uma tarefa de sensibilização em prol dos Direitos Humanos, que também se viabilize por meio da configuração de políticas públicas favoráveis à sua promoção e exercício. Trata-se, portanto, da disseminação e solidificação de uma visão de mundo que contemple os direitos sexuais e reprodutivos como responsabilidades do poder público, com destaque para os campos da educação e da saúde, além do poder penal ou punitivo. Por isso, a própria gestão internacional da ONU no território bósnio deveria considerar esse elemento na contratação, formação e atuação de seu pessoal, dado que a discriminação e a violência contra as mulheres, principalmente sexual, é histórica e culturalmente enraizada, refletindo sobre praticamente todas as instituições.

No marco da formação dos estados nacionais europeus, incluindo também o Brasil⁸, constata-se que o poder público se preocupava com a saúde das mulheres apenas na medida em que ela afetava a saúde de seus filhos, reduzindo-as, portanto, ao papel de genitora e mãe. No entanto, a disputa a partir de novos interesses e da influência de novas concepções de mundo, mais favoráveis às mulheres, fez com que elas fossem alçadas à condição de cidadãs de direitos, e a maioria dos países, inclusive o Brasil, passou a reconhecer a mulher como sujeito que requeria por si só uma atenção integral à saúde, tanto física quanto mental. Nesse sentido, a saúde sexual e reprodutiva passa a ser um componente fundamental não apenas na assistência à saúde,

mas nas considerações penais que afetam a dignidade e o bem-estar desses sujeitos^{9,10}. Em outras palavras, a mulher deixou de ser oficialmente considerada pelo poder público como mera condicionante da saúde de seus filhos para ser compreendida como um sujeito por si só, digno de consideração e de direitos.

Com relação à população LGBT, a discriminação e a violência também são histórica e culturalmente enraizadas, porém, mais recentemente, a legislação brasileira tem se configurado para dar suporte aos direitos sexuais e reprodutivos desse grupo. Isso inclui ter a orientação afetivo-sexual vivenciada sem coerção, discriminação ou violência, o que aponta para um arranjo social mais inclusivo, pauta que integra as demandas desses grupos e vem influenciando a cultura – embora a temática LGBT não seja abordada no filme em análise neste artigo.

“A Informante” traz a consciência de que vivenciamos, em âmbito internacional, uma cultura fortemente patriarcal, inclusive dentro de entidades como a ONU – cultura constituída historicamente como avessa aos direitos das mulheres e da população com características de diversidade sexual. Essa característica influencia as instituições que, ao mesmo tempo, influenciam a cultura, em uma relação paradoxal. Esse fato exige posicionamento no interior desse campo de disputa, tendo em vista a consciência de que todos, incluindo os mais altos funcionários das mais respeitadas organizações, também podem estar comprometidos com uma concepção de mundo e uma prática política orientadas para a discriminação e para a violência sexual contra mulheres, inclusive quanto ao tráfico humano para fins de exploração sexual.

O mercado humano de exploração sexual e sua regulamentação

o filme “A Informante” retrata que o tráfico humano para fins de exploração sexual

relaciona-se estreitamente com a prostituição, inclusive infantil, como demonstrou Dimenstein¹¹. Essa percepção propicia importantes consequências teóricas para uma avaliação crítica da proposta política de regulamentação ou profissionalização dessa atividade.

A partir da discussão sobre os direitos sexuais e reprodutivos de pessoas que se prostituem, Figueiredo¹² apresenta uma questão que desnaturaliza o mercado sexual humano, ao mesmo tempo que desvela sua natureza a partir do questionamento: “a prostituição é a profissão mais antiga do mundo?”. oferece, então, os seguintes apontamentos¹³: (1) aqueles estudiosos e viajantes que, no passado, relataram o comportamento histórico de povos diversos, por vezes, qualificaram como prostituição qualquer comportamento sexual feminino que se afastava das restrições de sua própria cultura católica ou puritana de abstinência antes e monogamia eterna após o casamento; (2) a prostituição não é universal e não foi constatada em sociedades africanas, norte-americanas, sul-americanas, asiáticas e australianas tribais, inclusive aquelas com padrão matriarcal; (3) a prostituição emergiu, historicamente, a partir de invasões de comunidades por grupos mais poderosos, incluindo povos imperialistas, como os romanos, mongóis etc., juntamente com a prática da escravidão^{viii}. Nessas sociedades, os prostituídos e prostituídas eram pessoas escravizadas, parceiras ou filhas dos que se tornavam escravos, geralmente consideradas desqualificadas enquanto força de trabalho a ser explorada pelo povo invasor/dominador, ou seja: crianças, adolescentes, homens “fracos” e mulheres, especificamente as que eram consideradas pouco

^{viii} Com relação a isso, Figueiredo aponta a origem dos termos brasileiros ainda hoje presentes em dicionários e advindos do passado escravista brasileiro: “lenão”, que significa alcoviteiro ou vendedor de escravos; “lena”, a mulher alcoviteira ou vendedora de prostitutas; e “lenocídio”, presente em nosso Código Penal para designar a facilitação, promoção ou proveito da prática da prostituição.

atraentes para serem desposadas ou utilizadas como escravas sexuais pelos conquistadores.

A autora também traça o perfil daqueles que são “prostituidores”, definidos como os que adquirem o sexo, e dos que são prostituídos, o que ainda é válido para os dias atuais. Os prostituidores costumam ser homens que se apresentam como heterossexuais em situação viril e que detêm dinheiro ou recursos; os prostituídos são mulheres, crianças, adolescentes, homens homossexuais e mulheres trans despossuídos de condições financeira. Homens homossexuais e trans aí se incluem porque são socialmente desvalorizados na cultura patriarcal por não corresponderem à imagem de masculinidade, heterossexualidade e virilidade, e por isso acabam impedidos por suas carências materiais a prestarem serviços sexuais aos prostituidores, já que grande parte desse grupo se encontra em situação “desempoderada” e não privilegiada socioeconomicamente. Nesse sentido, Figueiredo e Peixoto¹² sustentam que:

A análise do universo da prostituição constata dois fatos: ela se baseia na desigualdade de gênero e nas desigualdades socioeconômicas, étnico-raciais e geracionais. Esses pilares são revelados pelo universo dos “prostituídos”: geralmente mulheres, homossexuais, transgêneros, rapazes, jovens e adolescentes, de baixo nível socioeconômico. Também migrantes, etnias/raças/cores discriminadas, como negros, pardos e indígenas (no Brasil); latinos e afrodescendentes ou oriundos do Leste Europeu e da Ásia (nos países do chamado 1º Mundo). Por outro lado, quem são os “prostituidores”? São homens, geralmente adultos, brancos, heterossexuais ou bissexuais, que desejam aparentar status de gênero masculino,

além de possuir recursos e utilizá-los para compra do serviço/profissional do sexo, para satisfazer sua necessidade, fantasia ou desejo (p. 197).

Nessa lógica, a prostituição é uma relação social de exploração e violência, e não uma relação de trabalho comum. O sentido de tal distinção consiste em sustentar que não se trata de mera relação de serviço, mas de um abuso da sexualidade de alguém vulnerável. Ao contrário do trabalho comum, a prostituição exige a presença simultânea do empregador e do empregado na execução da atividade, além de alto grau de intensidade e desgaste neuropsíquicos geradores de um sofrimento físico e psicológico, por isso, não poderia ser naturalizada como atividade laborativa. Queiroz e Primo¹⁴ argumentam no mesmo sentido, apontando que a atividade da prostituição é peculiar, não podendo ser compreendida como “um trabalho como qualquer outro” em função de seus agravantes, afinal, expõe aqueles e aquelas que a exercem ao risco de contraírem IST, a violências físicas e à discriminação social.

Dados relevantes corroboram a argumentação de se identificar a prostituição como um “mercado sexual” de exploração e violência. Segundo o Programa Internacional para a Eliminação do Trabalho Infantil¹⁵ da Organização Internacional do Trabalho (OIT), cerca de um milhão de crianças e adolescentes entram, todos os anos, para o mercado sexual no mundo, muitas vezes em situação análoga à escravidão¹⁶. No Brasil, a média anual é de 100 mil crianças e adolescentes explorados sexualmente¹⁷, cifra que superada é apenas pelos Estados Unidos, Índia e Tailândia. Isso aponta que a prostituição não é uma atividade que costuma ser iniciada na vida adulta, mas no período da juventude ou até mesmo na infância, fragilizando a crença de que se trata de uma escolha de atividade. Tal crença, inclusive, é

confrontada pelo posicionamento da ONU sobre as origens da prostituição, cujas causas segundo a organização se encontram: nas disparidades econômicas, nas estruturas socioeconômicas injustas, na falta de acesso à educação, na desintegração e violência familiar, na migração rural-urbana, no consumismo, na discriminação de gênero, na conduta masculina alienada e irresponsável para com a sociedade e na pobreza¹⁸.

Dimenstein também colabora para a compreensão da relação entre prostituição e violência, destacando a realidade brasileira. Em sua obra “Meninas da Noite”¹¹, que discorre sobre a prostituição infantil nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste do país, identifica o abuso sexual como um dos principais fatores a desencadear o fenômeno, ao mesmo tempo em que relaciona a prostituição a uma rede de silêncio, conivência, omissão, brutalidade e interesses monetários. Nesse sentido, é perceptível que existe um ponto de contato entre a prática da prostituição em seus termos mais gerais e o tráfico de pessoas para áreas abastadas, em geral urbanas, inclusive para o tráfico humano internacional para fins comerciais, tal como retratado em “A Informante”.

A partir dos apontamentos realizados, é possível sustentar que tanto a atividade da prostituição quanto o tráfico humano para fins sexuais são ancorados em desigualdades econômicas, de gênero, étnico-raciais e geracionais, representando, assim, práticas de exploração da sexualidade do outro e de violência. Nesse sentido, caberia a questão: deveria a prática da prostituição ser regulamentada?

No final da década de 1940, após a Segunda Guerra Mundial, como resultado das conferências de paz que deram origem à ONU e da discussão a respeito de direitos básicos que resultou na “Declaração Universal dos Direitos Humanos”¹⁹, foi elaborada, em 1949, a primeira convenção que aborda o tema da prostituição: a

“Convenção para a Repressão do Tráfico de Pessoas e do Lenocínio”²⁰. A questão, apesar de ser histórica ou recorrente, não teria despertado até aquele momento interesses políticos que mobilizassem um conjunto de nações e organizações visando sua superação. A iniciativa deveu-se ao fato de que muitas mulheres europeias estavam se prostituindo para sobreviverem no período pós-guerra, situação que foi exposta na época. Os governos entenderam que era necessário promover políticas para combater a situação, promulgando o modelo de abstinência a partir daquela convenção.

Segundo esse modelo, os países-membros da ONU (inclusive o Brasil) deveriam conter a prostituição abstendo as sociedades desse mal, porém sem penalizar ou criminalizar aqueles que se prostituem, que não teriam responsabilidade por sua situação, sendo vistos como vítimas de questões socioeconômicas. Os denominados por Figueiredo¹³ como “empresários da prostituição” – ou seja, aliciadores, atravessadores, facilitadores, donos de estabelecimentos etc. – deveriam ser punidos em uma política de combate ao tráfico interno e externo de pessoas, já que são quem obtém vantagens financeiras explorando a sexualidade de outras pessoas, principalmente de mulheres.

Contudo, tanto no Brasil quanto em vários outros países, em função de interesses econômicos e patriarcais, tal política de combate não foi cumprida, o que denota a coexistência de leis e a “vista grossa” que se faz às casas e atividades de prostituição, de forma similar aos fatos transcorridos na Bósnia e relatados no filme “A Informante”. Em O Brasil, após a promulgação do Decreto-Lei nº 46.981, de 8 de outubro de 1959, responsabilizou-se legalmente pelas diretrizes da Convenção da ONU e passou a não mais perseguir mulheres e travestis que se prostituíam, comprometendo-se a atuar no combate ao tráfico

em ações previstas no acordo, sem distinguir (tal como os outros países) prostituição forçada e voluntária, compreendendo que ambas afetam a dignidade humana.

Piscitelli²¹ destaca a convenção de 1949 como um dos documentos mais representativos desse movimento, explicitando os traços que o caracterizam utilizando as ideias da jurista Maqueda:

Maqueda destaca os traços abolicionistas presentes nessa convenção: 1) considerar a prostituição como incompatível com a dignidade e o valor da pessoa humana, pondo em perigo o bem estar do indivíduo, da família e da comunidade; 2) a fusão entre a prostituição e o tráfico de pessoas; 3) a rejeição a qualquer indício que sugerisse tolerância legal em relação à prostituição; 4) o compromisso de criminalizar o entorno da prostituição e 5) o ponto mais definitivamente abolicionista: considerar quem exerce a prostituição como vítima e, portanto, fora do alcance de qualquer intervenção penal (p. 21).

A proposta de legalização da prostituição surgiu no contexto jurídico brasileiro no início deste século²². Oficialmente, em 2003, o deputado federal Fernando Gabeira apresentou a proposta de transformar a prostituição em atividade profissional, retirando do Código Penal, em seus artigos 228, 229 e 231, os denominados “tráfico”, “estabelecimentos” e o “favorecimento da prostituição”, de forma a consenti-los. Com essa medida, justificou favoreceria aqueles e aquelas que exercem a atividade da prostituição com a contribuição à previdência social, propiciando o acesso à aposentadoria e atenção pública à saúde. No entanto, como contra-argumento, aponta-se que, na prática, qualquer pessoa pode pagar o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS)

como contribuinte autônomo para a obtenção da aposentadoria, inclusive as que se prostituem. Da mesma forma, desde a fundação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, o critério de universalidade no atendimento tornou desnecessária a comprovação do pagamento do INSS para o acesso à saúde, que deve ser realizado para qualquer residente no país. Além disso, a legalização da profissão não supera as vulnerabilidades ou as violências sofridas pelas pessoas que se prostituem, o que suscita a questão de que ao legalizar essa atividade como profissão, o Estado estaria legitimando a exploração e a violência contra aqueles que vendem a prática sexual.

Ainda, instituições como a Anistia Internacional e a Coalização contra o Tráfico de Mulheres (CATW), ao considerarem a possibilidade da regulamentação da prostituição como profissão, defendem apenas a descriminalização da prática e a defesa das pessoas prostituídas, de forma a protegê-las, mas não a legalização da profissão. Uma série de ativistas feministas e da área de Direitos Humanos – como a professora americana Kathleen Barry²³, da Penn State University e pessoas que escaparam da prostituição²⁴ – são avessas à regulamentação da prostituição, assinalando que a promoção dessa iniciativa advém dos cafetões e da própria indústria do sexo. A elas se opõe, por exemplo, o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS), que defende a abordagem de trabalho sexual, e entidades que não explicitam sua posição, como a ONU-Mulheres e outras nacionais²⁴.

Queiroz e Primo¹⁴, posicionando-se contrariamente à iniciativa de legalização, destacam como tal regulamentação seria favorável àqueles que traficam mulheres com fins sexuais:

Considerando que com a regulamentação o aliciamento não será mais crime, o aliciador, se assumirá de vez como um empresário bem-sucedido. Os projetos

abrem margem para que o agenciador ofereça grandes lucros, com suposta dignidade, no que se refere à prostituição no exterior. Mas chegando ao local de trabalho, as mulheres terminarão exploradas, se tornando verdadeiras escravas sexuais. E no final das contas, o aliciador poderá alegar que desconhecia que elas iam ser escravizadas ou submetidas a um (ou todas as situações) que a lei descreve como de exploração sexual. (...) justificar que não tem condições de fiscalizar, no exterior se as pessoas serão escravizadas, que ele não tem poder de polícia para fazer isso, nem obrigação legal de impedir que terceiros cometam crimes. Portanto, a regulamentação, não beneficia a prostituta, e sim a indústria da exploração (p. 15).

Nesse contexto, é salutar para a discussão, inclusive, recordar o artigo 5º da “Declaração Universal dos Direitos Humanos”¹⁹, promulgada pela própria ONU, segundo o qual todas as pessoas “nascem livres e iguais em dignidade e direitos”, devendo ser protegidas contra “tratamento ou punição cruel, desumana ou degradante”.

Tanto Figueiredo¹³ quanto Queiroz e Primo¹⁴, entre outros autores brasileiros, ao apresentarem argumentos contrários à regulação da prostituição, sustentam o modelo nórdico como o caminho ideal a ser seguido pelo mundo com relação à legislação. Segundo esse modelo¹⁴, os clientes das pessoas que se prostituem devem ser multados e criminalizados, bem como aqueles que as agenciam devem ser criminalizados; as pessoas que se prostituem, por sua vez, devem receber apoio financeiro e psicológico do Estado, que, com essas atitudes, deslegitima a exploração sexual e fornece meios para a sua superação.

No Brasil, há ausência ou ineficiência de políticas públicas com relação à exploração por

prostituição, inclusive após a adesão de nossa legislação ao modelo de abstinência, em 1959. Torna-se necessária, assim, a implementação de iniciativas efetivas que combatam a prática da prostituição, reduzam os danos relacionados à atividade e, ainda, reprofissionalize aqueles que com ela se envolveram enquanto vendedores de seus corpos. Tal posição se conecta indiscutivelmente com a luta pela igualdade de gênero, já que a prostituição, enquanto relação de exploração, se relaciona com a desigualdade de gênero histórica com relação às mulheres, transexuais e travestis. Mas essas ações precisam se associar também à luta pela igualdade socioeconômica, de forma a combater as desigualdades regionais e entre as nações e promovendo a laicização do Estado, pois a influência das religiões em sua atuação conserva mitos e tabus que representam um atraso para a agenda dos direitos sexuais e reprodutivos.

Considerações finais

A obra cinematográfica “A Informante” expõe as contradições vividas pela ONU a respeito do combate à prostituição, também enfrentada por seus Estados-membros, que em grande número promovem e participam da exploração sexual, incluindo o tráfico nacional e internacional de pessoas para fins sexuais, explicitando a condição de violência de gênero. Esse fato torna paradoxal a origem, no âmbito da mesma entidade, dos Direitos Humanos, incluindo dos direitos sexuais e reprodutivos, que determinam o respeito à dignidade humana e o “direito de viver a sexualidade livre de violência, discriminação e coerção”.

A ONU deve ser compreendida como um espaço de disputa política, no qual diversos interesses almejam poder e influência na prescrição e efetivação de regras sociais. Nesse sentido, além da atuação interna (entre seus quadros e contratados), para a real efetivação dos direitos

sexuais e reprodutivos, a entidade precisa se posicionar favoravelmente a eles na condução de políticas públicas nos diversos países em que atua e exerce influência, promovendo o fim da exploração sexual.

Devemos compreender, desde o início, que a violência contra as mulheres e contra pessoas em situação de diversidade sexual está historicamente enraizada em nossa cultura, transparecendo tanto nas relações civis quanto nas institucionais que as espelham. Porém, as relações também agem sobre elas, por isso, o combate a essa violência precisa ser contínuo.

No que se refere ao tráfico humano para fins de exploração sexual e à prostituição – dado que ambas as práticas se baseiam na violência e na exploração da sexualidade de pessoas, originando-se de desigualdades econômicas, de gênero, étnicas e geracionais –, é necessário discutir novas formas de legislar que abordem as iniciativas de regulação ou profissionalização da prostituição a partir desse contexto.

Considerando a postura do Estado brasileiro em relação à prostituição, bem como de outros países, constata-se que a concepção abolicionista presente nas legislações não tem se efetivado na punição de agenciadores da prostituição. Isso se deve à conivência dos próprios membros desses Estados, similarmente à realidade retratada no filme “A Informante”. Os interesses econômicos que se relacionam com a exploração da sexualidade, na sociedade capitalista atual, bem como a nossa tradição patriarcal apontam a necessidade de superação do modelo abolicionista, mas não pelo regulamentarista e legalizador da prostituição, que terminaria por legitimar, por parte do Estado, a relação de exploração e violência contra aqueles que se prostituem.

Nesse sentido, cabe a discussão sobre a alternativa do Modelo Nórdico para que haja uma explicitação do tema e se promova a mudança

cultural da consciência sobre essa situação de exploração, auxiliando psicologicamente e, sobretudo, financeiramente e reprofissionalizando aqueles que se prostituem, ao mesmo tempo que se criminalize clientes compradores, apontando sua prática exploratória. A luta contra a exploração sexual deve ser ainda mais ampla, de forma a desnaturalizá-la e a combater as desigualdades de gênero por meio de um Estado mais justo, equânime e plenamente laicizado.

Referências

1. Kondracki L. A informante [DVD]. São Paulo: Imagens Filmes; 2012.
2. Organization for Security and Co-operation in Europe. Dayton Peace Agreement [internet]. Dayton, Ohio, EUA; 14 dec 1995 [acesso em 29 jun 2021]. Disponível em: <https://www.osce.org/bih/126173>.
3. ONU – Organização das Nações Unidas. In: Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, plataforma de Cairo [internet]. In Frossard H, organizadores. Instrumentos internacionais de direitos das mulheres. Brasília: Secretaria Especial de Política para as Mulheres, 2006a [acesso em 30 nov 2019]. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>.
4. ONU – Organização das Nações Unidas. In: Declaração e plataforma de ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher - Pequim, 1995 [internet]. In Frossard H, organizador. Instrumentos internacionais de direitos das mulheres. Brasília: Secretaria Especial de Política para as Mulheres, 2006b [acesso em 30 nov 2019]. Disponível em: http://www.unfpa.org.br/Arquivos/declaracao_beijing.pdf.
5. Slanjankic A. Bolkovac: a ONU está encobrendo ataques: a ONU quer investigar alegações de abuso sexual por soldados da Blue Helmets na República Centro-Africana. Rev Deutsche Welle [internet]. [acesso em 30 nov 2019]. Disponível em: <https://www.dw.com/de/bolkovac-die-un-vertuschen-%C3%Bcbergriffe/a-19085360>.
6. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde Direitos sexuais e reprodutivos: uma prioridade do governo. Brasília (DF): ; 2005.(Série A. Normas e manuais técnicos) - (Série Direitos sexuais e Direitos reprodutivos – Caderno nº 1)

7. Corrêa S, Ávila MB. Direitos sexuais e reprodutivos: pauta global e percursos brasileiros. In: Berquó E, organizador. Sexo e vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas: Editora Unicamp; 2003.
8. Araújo, JP Silva RMM, Collet N, Neves ET, Tos BRGO, Vieira CS. Historia de la salud del niño: conquistas, políticas y perspectivas Rev Bras Enferm. 2014; 67(6):1000-1007.
9. Osis MJMD. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. Cad Saude Públ [internet]. 1998 [acesso em 1 jul 2021];14(1):25-32. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1998000500011>. 2021].
10. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde de Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília (DF); 2013. (Cadernos de Atenção Básica, 26)
11. Dimenstein G. Meninas da noite. São Paulo: Editora Ática; 1992.
12. Figueiredo R, Peixoto M. Profissionais do sexo e vulnerabilidade. Bol Inst Saude [internet]. 2010 [acesso em 9 mar 2020]; 12 (2):196-201. Disponível em: http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122010000200016&lng=pt&nrm=isso&tlng=pt. [acessado em 9 de mar 2020].
13. Figueiredo R. O mercado sexual humano. São Paulo: CTSEX; 2019 .
14. Queiroz F, Primo M. Os sistemas político-jurídicos da prostituição e a regulamentação como legitimadora da prática exploratória. Rev Dir FIBRA Lex [internet]. 2016 [acesso em 9 mar 2020]; 1[l.]. Disponível em: <http://periodicos.fibrapara.edu.br/index.php/fibralex/article/view/32>.
15. Muntarhorn V. Report of the Second World Congress against Commercial Sexual Exploitation of Children. Yokohama [internet]; Japan: OIT/IPEC; 17-20 Dez 2001 [acesso em 1 jul 2021].. Disponível em: <https://www.mofa.go.jp/policy/human/child/congress01-r.html>.
16. Vidotti TJ. Exploração de crianças e adolescentes em condições análogas à de escravo. Rev Segur Urb Juvent [internet]. 2008 [acesso em 1 jul 2021]; 1(1). Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/seguranca/article/view/1005/853>.
17. UNICEF - United Nations Children's Fund. Profiting from abuse: an investigation into the sexual exploitation of children [internet]. Nova Iorque; 2001 [acesso em 1 jul 2021]. Disponível em: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwipiNG37MLxAhX-pZUCHavBAMoQFjADegQIDBAD&url=https%3A%2F%2Factsforlife.org%2Fpdf%2Fpub_profiting_en.pdf&usg=AOvVaw0sT2n2eiUijyeQT4q-Oaa3.
18. Relatório do Relator Especial da ONU, Sr. Juan Miguel Petit Addendum, Sobre a Venda de Crianças Prostituição Infantil e Pornografia Infantil [internet]. Brasília; 2003 [acesso em 1 jul 2021] Disponível em: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiY16zu-MLxAhVgPjUCHe3YDjOQFjABegQIBBAD&url=http%3A%2F%2Fdhnet.org.br%2Fdados%2Frelatorios%2Fa_pdf%2Fr_relator_onu_miguel_petit_exp_sexual.pdf&usg=AOvVaw1gUWVEFRaj6p2AHRwygdo2. [acesso em: 1 jul 2021].
19. ONU - Organização das Nações Unidas . Declaração Universal dos Direitos Humanos [internet]. Genebra; 1948 [acesso em 1 jul 2021]. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>.
20. ONU - Organização das Nações Unidas. Convenção para a repressão do tráfico de pessoas e do lenocínio [internet]. Nova Iorque; 1950 [acesso em 1 jul 2021]. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/trafico/leno.htm>.
21. Piscitelli A. Feminismos y prostitución en Brasil: una lectura a partir de la antropología feminista. Cuad Antropol Soc [internet]. 2012 [acesso em 1 jul 2021]; (36)11-31. Disponível em: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiQsuPitMPxAhUWIJUCHcYnCoAQFjAAegQIAhAD&url=https%3A%2F%2Fwww.redalyc.org%2Fpdf%2F1809%2F180926074002.pdf&usg=AOvVaw25SJcCkTY0mWEXshEQMiy>
22. Brasil. Projeto de Lei no 98, 2003 (do Sr. Fernando Gabeira). Dispõe sobre a exigibilidade de pagamento por serviço de natureza sexual e suprime os arts. 228, 229 e 231 do Código Penal [internet]. Brasil. Câmara dos Deputados. Brasília (DF);2003 [acesso em 1 jul 2021]. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=104691>.

23. Barry K. Carta aberta às Nações Unidas: a Organização das Nações Unidas está promovendo a prostituição? [internet]. Abolish Prostitution Now, tradutor.Pensilvânia, EUA; 2013 [acesso em 2 jul 2021]. Disponível em: <https://materialaboliconista.wordpress.com/2014/01/10/carta-aberta-as-nacoes-unidas/>.

24. Vianna T. Legal Prost. Brasil [internet]. Brasília: Câmara dos Deputados. 3 mar 2021 [acesso em 1 jul 2021]. Disponível em: https://www.camara.leg.br/internet/comissao/index/perm/cdh/ultimos_informes/mensagem%20recebida%20254.htm.

25. Gustin MBS. Resgate dos direitos humanos em situações adversas de países periféricos. Rev Fac. Dir UFMG. 2005; (47):181-216.

Vulnerabilidades de saúde e sexuais de mulheres transexuais e travestis negras¹

Health and sexual vulnerabilities of black transsexual and transvestite women¹

Lincoln Moreira de Jesus Menezes^{II}

Resumo

Com base em pesquisa realizada na cidade de São Paulo, este artigo debate as vulnerabilidades sexuais e em saúde de mulheres transexuais e travestis negras, considerando também outros fatores de produção de desigualdades, como raça, gênero, classe e sexualidade, numa perspectiva de articulação desses marcadores. Os dados revelam que a primeira relação sexual praticada por esse público aconteceu predominantemente antes dos 17 anos (para 60% de travestis e 30% de transexuais), de modo que a maioria das travestis era negra. Grande parte dessas pessoas foi acometida por violência sexual (42,9% das transexuais na infância e 50% das travestis na adolescência), majoritariamente as negras. A pesquisa mostra que a população trans feminina negra alegou maiores cuidados de prevenção sexual que as brancas, seja no uso de camisinha ou nas vacinações. Tais resultados, somados aos dados de violências física, verbal e simbólica nas esferas – principalmente públicas – da educação, do trabalho, da vida social e da saúde, geram um intenso debate sobre o modo como o pouco suporte estatal e as discriminações vividas nos locais de assistência, podem afastar mulheres transexuais e travestis negras do cuidado e impulsionar sua exposição a relações sexuais precoce e a violências cotidianas, o que promove condições que reverberam no decorrer de suas trajetórias, trazendo ao mesmo tempo limites e potencialidades.

Palavras-chave: Vulnerabilidades sexuais e em saúde; Raça; Gênero; Classe; Sexualidade; Violências.

Abstract

Based on research conducted in the city of São Paulo, this article brings the debate of sexual and health vulnerabilities of black transsexual and transvestite women combined with other factors of production of inequalities, such as race, gender, class and sexuality, in a perspective of articulation of these markers. The data, it is observed that the first sexual relation practiced by this public happened predominantly before the age of 17 (60% of transvestites and 30% of transsexuals), and most of the transvestites were black. In addition, most of these people have suffered sexual violence (42.9% of transsexuals in childhood and 50% of transvestites in adolescence), and most of them were also black. The survey shows that the black transfeminine population claimed greater care of sexual prevention than whites, either in the use of condoms or vaccinations. Such results, added to data of physical, verbal and symbolic violence in the spheres of education, work, social life and health, especially public ones, generate an intense debate about how the little state support and discrimination experienced in places of care, can keep black transsexual and transvestite women away from care, driving exposure to early sexual relationships and daily violence, promoting conditions that reverberate throughout their trajectories, bringing limits and potential at the same time.

Keywords: Sexual and health vulnerabilities; Race; Gender; Class; Sexuality; Violence.

Introdução

No contexto brasileiro, principalmente por meio dos movimentos de lésbicas, gays, bissexuais e travestis, transexuais e transgêneros (LGBT), do movimento negro e do movimento feminista, as discussões de raça, gênero

^I Este artigo foi formulado a partir do Relatório do levantamento quantitativo da pesquisa sobre violências de gênero e de raça sofridas por mulheres transexuais e travestis negras de 2017, realizado no Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

^{II} Lincoln Moreira de Jesus Menezes (lincolnmj10@hotmail.com) é graduado em Ciências Sociais na Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), campus Guarulhos, especializando em Saúde Coletiva no Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e ex-estagiário e auxiliar de pesquisa desta instituição.

e sexualidade são temas cada vez mais presentes em debates, conflitantes ou não, de diversas frentes, seja da sociedade civil, de projetos políticos públicos ou de iniciativas privadas.

Nesse cenário, o conceito de identidade de gênero entra como propulsor de ações e reações de diferentes mecanismos políticos no Brasil. A “identidade de gênero” especifica a percepção que um indivíduo tem de si, que é independente do seu sexo fisiológico². Portanto, é uma experiência ou percepção pessoal de ser do gênero masculino, feminino, dos dois ou de nenhum. Por isso, tal conceito tem sido utilizado para identificar a população trans (transexual, travesti e transgênero) e não deve ser confundido com o conceito de “orientação sexual”, que se refere ao desejo sexual hetero, homo, bi, panⁱⁱⁱ ou assexual^{iv}.

As pessoas trans se constituem e se identificam na construção de sua expressão, seja ela feminina, masculina ou ambas em um mesmo crivo de *performance*, diferentemente do que seria socialmente esperado a partir de seu sexo biológico². Assim, são agrupadas na categoria trans como parte específica e particular do movimento LGBT, mas compartilham com o restante do grupo algo em comum: a vulnerabilidade. Tal vulnerabilidade surge como sintoma das desigualdades forjadas a partir dessas diferenças e se apresentam em diferentes interfaces da vida social, seja pública, seja privada.

O conceito de vulnerabilidade na saúde

A ideia de vulnerabilidade surge a partir da década de 1980³, concomitantemente advento da aids, logo após a associação da doença aos “grupos de risco”, isto é, entre eles aos chamados “homens que fazem sexo com homens”

(categoria que inclui homossexuais e bissexuais masculinos e mulheres trans), além dos usuários de drogas injetáveis e dos profissionais do sexo. A resposta social inicial a esta vulnerabilidade se caracterizou por estigma e discriminação a esses grupos, algo que, na sociedade em geral, ainda perdura até os dias atuais. Tal discriminação se estende aos outros grupos que compõem o conjunto LGBT e denotam-se enquanto lesbo, homo, bi e transfobia^v, que produzem diversos outros problemas sociais, afetando a cidadania e a vivência individual dessas pessoas.

Nesse sentido, o conceito de vulnerabilidade remete à ideia de que todo e qualquer indivíduo está exposto e suscetível às questões de saúde, no caso, às infecções sexualmente transmissíveis (IST)^{vi} e, mais especificamente, ao HIV, levando em consideração os fatores sociais, políticos, históricos, geográficos, culturais em que as pessoas vivem e que interferem e induzem ao fator comportamental pessoal. Deste modo, a exposição ao HIV associa-se às baixas condições de acesso a moradia, saneamento, saúde, educação, trabalho, renda e outros direitos básicos à cidadania.

A vulnerabilidade considerando desigualdade de gênero e raça

Devido às pungentes desigualdades de gênero, fruto da estruturação patriarcal da sociedade brasileira⁴, aliadas ao racismo também histórico, mulheres transexuais e travestis negras aparecem nos índices de maior vulnerabilidade social e, principalmente, de saúde e saúde sexual, como sintomas das dificuldades de acesso a direitos básicos, de autocuidado e de prevenção e precoce exposição à vida sexual⁵⁻⁶.

ⁱⁱⁱ Desejo por pessoas de qualquer gênero.

^{iv} Pessoas sem desejo sexual.

^v Termos que se referem à rejeição ou aversão, respectivamente, a lésbicas, a gays, a bissexuais e a transexuais, conotando a violência a que estão sujeitos.

^{vi} Na época, doenças sexualmente transmissíveis (DST).

Segundo o “Mapeamento das Pessoas Trans no Município de São Paulo”, 57% da população trans é negra⁷. Segundo os dados do Dossiê “Assassinatos e Violências contra Travestis e Transexuais Brasileiras”⁵, de 2020, a maioria da população trans negra tem dificuldade de acesso a serviços de saúde e 4% já foram vítimas de discriminação de gênero nas buscas por cuidado em saúde nessas instituições. Além disso, registra-se que 76,5%, 47,1%, 54,9% foram vítimas de discriminação também em outros serviços e locais, a saber, a escola, o trabalho e equipamentos públicos e privados, respectivamente⁸, o que caracteriza uma transfobia institucional praticamente generalizada.

Por isso, movimentos sociais LGBT vêm se mobilizando e atuando para provocar discussões e denunciar insuficiências e negligências que atingem esses grupos, na tentativa de suscitar políticas públicas de reforço à garantia de direitos básicos em diversas áreas, como habitação, saúde, educação e trabalho, entre outras.

Além da prevenção em saúde, grande parte do grupo trans também necessita de assistência específica para tratamento de IST, uma vez que entre este público tem sido registrada a maior incidência de HIV, sífilis e hepatites, por exposição ao sexo sem proteção ou até por uso de drogas. Segundo dados do “Índice de Estigma em Relação às Pessoas Vivendo com HIV/Aids”, a população trans, mundialmente, tem 12 vezes mais chance de se infectar pelo HIV do que a população em geral⁹. No Brasil, a incidência de HIV entre as trans pode chegar a até 36,9%, em relação a aproximadamente 0,43% da população brasileira em geral, dentre a qual há cerca de 920 mil pessoas infectadas¹⁰⁻¹¹; a sífilis atinge cerca de 43,1% da população trans, assim como as hepatites atingem até 10,4% e a tuberculose até 9,4%, conforme o “Índice de Estigma”¹².

Em estudo realizado pelo Centro de Estudos Contemporâneos (CEDEC)⁷, apontou-se que 85% de mulheres transexuais e travestis buscam serviços de saúde, às vezes pela necessidade de realizar um tratamento específico contínuo. Dos serviços procurados, estão a terapia hormonal (por 55%) e o tratamento de IST/HIV (por 24%). A hormonização, por sua vez, é praticada por 64% das entrevistadas no estudo, realizada por 70% das mulheres trans e 59% das travestis. Em torno de 41% delas alegou efeitos colaterais nesse uso e, por isso, interromperam-no; ao mesmo tempo, registra-se que 61% e 60% das travestis e transexuais, respectivamente, tomaram esses hormônios por conta própria, enquanto apenas 32% de homens trans o fizeram⁷.

Com relação a intervenções corporais, há grande incidência do uso de silicone industrial – recurso mais acessível a essa população, ainda que seja de alto risco –, feito por 93% das travestis e 90% das mulheres trans⁷. Em aproximadamente 90% dos casos, a aplicação do produto é realizada por pessoas leigas, quando não pelas “bombadeiras”^{vii}, e 47% alegou infecções e inflamações após a sua aplicação.

Cabe dizer que a maioria da população trans é SUS-dependente, ou seja, utiliza especificamente o Sistema Único de Saúde (SUS) para suas necessidades, assim como grande parte da população brasileira. A “porta de entrada” mais comum nesse sistema são as unidades básicas de saúde (UBS) ou os ambulatórios. Uma pequena parcela (13 casos) da população pesquisada pelo CEDEC⁷ alegou não ir a médicos devido ao desrespeito por parte dos profissionais de saúde à sua identidade de gênero e cerca de 40% das travestis e mulheres trans

vii É uma categoria própria, nativa, muito presente no universo da população trans; são pessoas que aplicam silicone industrial em si mesma ou em outras pessoas⁷.

sentem falta de um acompanhamento médico especializado, 46% relativo à Endocrinologia e 23% à Psiquiatria/Psicologia.

Os problemas de Saúde Mental enquanto sintomas da alta vulnerabilidade social vivida pela população trans, são registrados nos dados de automutilação, que no estudo do CEDEC⁷ foi praticada por 25% dessa população pelo menos uma vez na vida, principalmente no braço (65%) e pernas (22%). Tratando-se especificamente de travestis, 64% alegaram se mutilar no braço e 22% no pulso, índice que entre as transexuais atinge 62% e 18% nestes locais. Isso denota um comportamento que pode ou não estar associado ao suicídio e que suscita a necessidade de melhor acompanhamento psicológico/psiquiátrico para essas pessoas. No entanto, apenas 23% e 25% de travestis e transexuais, respectivamente, realizavam tais acompanhamentos, enquanto entre os homens trans este índice chega a 46%⁷.

Método

Este artigo apresenta dados sobre o levantamento de violência de gênero e de raça sofridas por mulheres trans na cidade de São Paulo¹. Por meio de uma pesquisa quantitativa, realizada com aplicação de questionário por telefone, foram entrevistadas, em 2018, trans femininas, incluindo *drag queens* e transformistas, contatadas por meio de cadastro durante as ações de campo realizadas pelo Instituto Cultural Barong em 2017^{viii}, em diferentes locais frequentados por este público para situações de lazer e trabalho de rua; além de entrevistadas indicadas por elas, numa estratégia de contato de “bola de neve”.

^{viii} Organização não governamental (ONG) paulistana que promove saúde e direitos sexuais e reprodutivos e que em 2017 estava desenvolvendo ações educativas e de promoção de testagem de infecções sexualmente transmissíveis (IST), incluindo hepatites, em diversos locais, com apoio da Coordenação de DST/Aids do Município de São Paulo. Mais informações: www.barong.org.br

Os questionários abordaram o perfil pessoal (nome, idade, renda, local, fonte de renda e escolaridade etc.), além de situações de violência de gênero e racial vividas por este público em diferentes espaços de sua vida, como família, escola, trabalho, sociabilidade, vida afetiva e equipamentos públicos. Perguntou-se também a respeito de situações específicas relativas à vulnerabilidade sexual e de saúde, incluindo parcerias, uso do preservativo, realização de exames de próstata, vacinação de HPV e hepatite B e situação sorológica para o HIV.

Para este artigo, foi destacada apenas a discussão acerca da exposição à saúde vivida por essas pessoas, enfatizando-se o fator racial, que agrupou como negras as trans pardas e pretas para fazer um comparativo com as entrevistadas brancas.

Resultados

- Comportamento sexual, prevenção e vulnerabilidades:

Das 60 pessoas entrevistadas (entre travestis, transexuais, drag queens e transformistas), 15 (25,0% do total), se autodenominaram como travestis, sendo 3 (20,0% dentre este subgrupo) autodeclaradas brancas e 12 (80,0%) negras (pretas + pardas); 30 (50,0%) se autodefiniram como transexuais, sendo 11 (36,7% dentre este subgrupo) brancas e 19 (63,3%) agrupadas como negras; 7 (11,7% do total) se identificaram como drag queens, sendo 2 (28,6% dentre este subgrupo) brancas e 5 (71,4%) negras; e 6 (10,0% do total) transformistas, sendo 1 (16,7% dentre este subgrupo) branca e 5 (83,3% dentre este subgrupo) negras; e, ainda, outras 2 (3,3% do total) adotaram outras categorias, ambas negras.

A primeira relação sexual foi praticada pela maioria antes dos 17 anos: por 35% entre 0 e 14 anos e por 55% entre 14 e 17 anos. Mais da me-

tade das travestis afirmaram ter tido sua primeira relação sexual entre 0 a 14 anos (60,0%), bem como 30,0% das transexuais, 28,6% das *drag queens* e 16,7% das transformistas.

entre 14 e 17 anos para 63,3% das transexuais; 26,7% das travestis; 57,1% das *drags* e 66,7% das transformistas. Ou seja, observa-se que as travestis iniciam a sua vida sexual mais cedo do que os demais grupos, principalmente as negras.

Tabela 1 – Vida sexual por categoria de identidade e cor

	Travesti (em %)			Transexual (em %)			Drag queen (em %)			Transformistas (em %)			Outro (em %)			Total na amostra (em %)
	bran	negr	Total	bran	negr	Total	bran	negr	Total	bran	negr	Total	bran	negr	Total	
Cor	20	80	100	36,7	63,3	100	28,6	71,4	100	16,7	83,3	100	0	100	100	100
1ª Relaç. Sex																
de 0 a 14 anos	33,3	66,7	60	9,1	42,1	30	50	20	28,6	0	20	16,7	0	0	0	35
de 14 a 17 anos	66,7	16,7	26,7	90,9	47,4	63,3	50	60	57,1	0	80	66,7	0	100	100	55
de 18 a 25 anos	0	16,7	13,3	0	10,5	6,7	0	0	0	100	0	16,7	0	0	0	8,3
de 26 a 35 anos	0	0	0	0	0	0	0	20	14,3	0	0	0	0	0	0	1,7
Pratica sexo c/																
Homem	100	83,3	86,7	72,7	68,4	70	100	100	100	100	100	100	0	100	100	81,7
Mulher	0	0	0	9,1	0	3,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,7
Ambos os sexos	0	16,7	13,3	18,2	31,6	26,7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16,7
Sofr. viol sex.	33,3	25	26,7	36,4	15,8	23,3	50	20	28,6	0	0	0	0	50	50	23,3
Fase viol. sex.																
Infância	0	0	0	18,2	5,3	42,9	0	20	50	0	0	0	0	0	0	28,6
Adolescência	33,3	8,3	50	0	5,3	14,3	50	0	50	0	0	0	0	50	100	35,7
Vida adulta	0	16,7	50	18,2	5,3	42,9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	35,7
Cor parc. afet																
Branca	0	25	20	18,2	26,3	23,3	0	20	14,3	0	20	16,7	0	0	0	20
Preta/parda	33,3	8,3	13,4	9,1	15,8	13,3	0	20	14,3	0	40	33,4	0	50	50	16,7
Indiferente	66,7	66,7	66,7	72,7	57,9	63,3	100	60	71,4	100	40	50	0	50	50	63,3
Cor parc. event																
Branca	0	8,3	6,7	9,1	21,1	16,7	0	20	14,3	0	0	0	0	0	0	11,7
Preta/parda	33,3	8,3	13,4	0	10,5	6,7	0	20	14,3	0	20	16,7	0	0	0	10
Indiferente	66,7	83,3	80	90,9	68,4	76,7	100	60	71,4	100	80	83,3	0	100	100	78,3
Uso camisinha Parc. fixo afet																
Sim, sempre	66,3	75	73,3	54,5	68,4	63,3	100	80	85,7	100	100	100	0	50	50	71,7
Às vezes	33	25	26,7	36,4	26,3	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	21,7
Não	0	0	0	9,1	5,3	6,7	0	20	14,3	0	0	0	0	50	50	6,7
Uso camisinha parc. event.																
Sim, sempre	100	100	100	72,7	89,5	83,3	100	100	100	100	100	100	0	100	100	91,7
Às vezes	0	0	0	27,3	10,5	16,7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8,3
Não	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

	Travesti (em %)			Transexual (em %)			Drag queen (em %)			Transformistas (em %)			Outro (em %)			Total na amostra (em %)
	bran	negr	Total	bran	negr	Total	bran	negr	Total	bran	negr	Total	bran	negr	Total	
Tomou Vacina de Hep B	100	83,3	86,7	72,7	78,9	76,7	50	100	85,7	100	60	66,7	0	100	100	80
Tomou vacina HPV	100	58,3	46,7	36,4	52,6	46,7	50	40	42,9	100	60	66,7	0	50	50	48,3
Fez exame de próstata	33,3	33,3	33,3	27,3	10,5	16,7	0	40	28,6	0	0	0	0	0	0	20
Vive com HIV	33,3	16,7	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
Já tomou PEP	66,7	8,3	20	0	21,1	13,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11,7

Quase 1/4 do total (23,3%), alegou ter sofrido violência sexual: 26,7% das travestis, 23,3% das transexuais e 28,6% das *drag queens*. Essa violência ocorreu com 42,9% das transexuais na infância e com 50% das travestis, ocorreu na adolescência. Isto é, a maioria dos casos de violência sexual, aconteceu entre a infância e a adolescência das respondentes, sendo que as trans negras enfrentaram mais essa situação na adolescência, ao mesmo tempo em que tiveram mais vivência de rua: 83,3% e 47,4% das travestis e transexuais negras, respectivamente, em comparação a 66,7% e 18,2% das travestis e transexuais brancas.

Sobre práticas sexuais, 81,7% se relacionam sexualmente com homens, 16,7% com homens e mulheres e 1,7% com mulheres, sendo que 86,7% das travestis e 70% das transexuais alegaram se relacionar sexualmente apenas com homens e 13,3% das travestis e 26,7% das transexuais, com homens e mulheres. Também todas as *drag queens* (100%) e transformistas (100%) se relacionam apenas com homens, tanto brancas, quanto negras. Tratando-se especificamente sobre a comparação entre brancas e negras, 83,3% e 68,4% das travestis e transexuais negras, respectivamente, se relacionam somente com homens.

Perguntadas sobre costumes de relacionamento afetivo, mais de metade das travestis (66,7%), transexuais (63,3%), *drag queens* (71,4%) e transformistas (50%) alegaram que é indiferente à cor dos indivíduos com quem se relacionam afetivamente; 23,3% das transexuais e 20% das travestis alegaram costumar se relacionar apenas com pessoas brancas; 13,36% das transexuais, 13,4% das travestis e 14,3% das *drag queens* afirmam que costumam se relacionar apenas com pardos ou pretos. Já quanto ao relacionamento sexual, 78,3% disse ser indiferente quanto à cor do parceiro; 11,7% prefere relacionar-se com brancas; 6,7% com pardas; e 3,3% com pretos.

Fazendo a comparação por subgrupo de cor, 25% das travestis negras respondeu que a cor dos parceiros afetivos é branca, enquanto 8,3% respondeu que a cor de seus parceiros afetivos é preta ou parda; das travestis brancas, 33,3% se relaciona afetivamente com pretos e pardos e nenhuma alegou se relacionar somente com brancos. Das que se autodenominam transexuais e são negras, 26,3% se relaciona afetivamente somente com brancos e 15,8% somente com pretos ou pardos; das que são brancas, 15,8% se relaciona somente com brancos e 9,1% somente com pretos e pardos.

Com relação a parceria eventual, 25,0% das travestis negras respondeu que se relaciona somente com brancos, enquanto 8,3% somente com pretos e pardos. Das travestis brancas, 33,3% também afirmou que se relaciona eventualmente somente com pretos e pardos e nenhuma delas alegou se relacionar somente com brancos. As transexuais negras alegaram se relacionar mais com brancos (21,1%) que com pretos e pardos (10,5%); enquanto as brancas alegaram somente se relacionar com brancos (9,1%).

Sobre prevenção, 71,7% afirmou sempre usar preservativo com parceiros fixos e afetivos. Desse percentual, 73,3% são travestis, 63,3% são transexuais, 85,7% são *drag queens* e 100% são transformistas. Outros 21,7% do total afirmaram que usam às vezes: 26,7% das travestis e 30% das transexuais. Apenas duas transexuais (6,7%) e uma *drag queen* (14,3%) afirmaram que não usam. Assim, observa-se que transexuais usam menos preservativos com parceiros fixos e afetivos, apesar de as entrevistadas negras proporcionalmente utilizarem mais.

Já com parceiros eventuais, 91,7% do total afirmou sempre usar camisinha; 8,3% disse usar de vez em quando. Usam sempre: 100% das travestis, 83,3% das transexuais, 100% das *drag queens* e 100% das transformistas. Ou seja, também entre parceiros eventuais, transexuais costumam usar menos preservativo que os demais grupos, apesar de as negras afirmarem maior uso do que as brancas nesse tipo de parceria.

Com relação a vacina e exames, das 60 respondentes, 80% alegou ter tomado as vacinas de hepatite B, principalmente as negras: 86,7% das travestis, 76,7% das transexuais, 85,7% das *drag queens* e 66,7% das transformistas, demonstrando menor cobertura entre quem é transexual. E sobre as vacinas de HPV, 48% das respondentes afirmaram ter tomado: 46,7% das travestis,

46,7% das transexuais, 42,9% das *drag queens* e 66,7% das transformistas tomaram, sendo essa a maior percentagem dessa vacinação.

O exame de próstata foi feito por apenas 20%: 33,3% das travestis, 16,7% das transexuais, 28,6% das *drag queens*. Nenhuma transformista alegou ter feito esse exame e o motivo alegado por não realizarem foi a idade. A realização do exame de próstata foi menor entre entrevistadas negras do que entre as brancas.

Apenas 11,7% (7 pessoas) das respondentes alegou ter tomado antirretrovirais contra o HIV: 20,0% das travestis; 13,3% das transexuais; e nenhuma *drag queen* ou transformista. Todas as 3 travestis (20%) que alegaram ter tomado o coquetel anti-HIV, afirmam viver com HIV (5% da amostra total). Nenhuma transexual, *drag queen* ou transformista alegou viver com o vírus.

Discussão

O estudo aponta que as trans negras vivem mais eventos de vulnerabilidade relativos à conjuntura sociocultural desfavorável em que se situa a população negra brasileira. Isso se observa na vivência de situação de rua e nos casos de violência sexual vividos na adolescência e juventude pelas trans, que se verificam mais comuns entre as negras do que entre a população branca. No entanto, trazer à tona a discussão sobre vivências de pessoas transfemininas negras requer uma breve contextualização que perpassa questões de raça, racismo, classe e gênero teorizadas pelos estudos interseccionais.

Raça, segundo Guimarães¹³, é uma categoria analítica e um conceito que adquire diversos sentidos: nas Ciências Biológicas se refere a tipos humanos e/ou suas subdivisões; já nas Ciências Sociais, não reivindica qualquer realidade biológica. De maneira mais detida, o autor enfatiza que raça é considerada de forma nomi-

Tabela 2 – Percentual de vulnerabilidade sexual e de saúde de trans, conforme a cor

Nome	Branços (em %)	Negros(as) (pretos(as) + pardos(as) (em %)
Primeira relação sexual entre 0 e 14 anos	17,3	41,9 ↑
Primeira relação sexual entre 14 e 17 anos	76,5 ↑	46,5
Violência sexual	35,3 ↑	18,6
Violência sexual na infância	33,3 ↑	25
Violência sexual na adolescência	33,3	37,5 ↑
Violência sexual na vida adulta	33,3	37,5 ↑
Viveu em situação de rua	23,5	23,8
Uso de camisinha com parceiros fixos e afetivos: sempre	64,7	74,4 ↑
Uso de camisinha com parceiros fixos e afetivos: às vezes	29,4 ↑	18,6
Não usa camisinha com parceiros fixos e afetivos	5,9	7
Uso de camisinha com parceiros eventuais: sempre	82,4	95,3 ↑
Uso de camisinha com parceiros eventuais: às vezes	17,6 ↑	4,7
Tomou vacinas de Hepatite B	76,5	81,4 ↑
Tomou vacinas de HPV	35,3	53,5 ↑
Fez exame de Próstata	23,5 ↑	18,6
Tomou coquetel anti-HIV	11,8 ↑	11,6
Vive com HIV	5,9	4,7
Implante de seios	70,6 ↑	60,5
Fez cirurgia de redesignação de gênero	0	0

nalista, com o foco de expressar algo que não existe no mundo físico, mas tem impacto social efetivo. Em complemento, Moore¹⁴ reforça que raça é um marcador social que define e regula as relações sociais, políticas, econômicas e culturais entre os grupos que compartilham determinados fenótipos.

Tratar de raça e racismo no Brasil é recuperar o contexto escravocrata do país, que tem reflexos em toda a população negra atualmente. Clóvis Moura¹⁵ reforça que a escravidão no Brasil – predominantemente negra – foi um elemento importante na conformação econômico-colonial do país. Nesse contexto, a maior parte

das pessoas escravizadas eram negros trazidos à força do continente africano e eram espalhadas no Brasil de acordo com as necessidades políticas. Assim, a escravidão funcionou e funciona, portanto, como um alicerce fundamental para o capitalismo. A construção do “ser negro” ou “ser branco” no país, portanto, nos remete à escravidão e ao racismo¹⁶. O termo “raça”, utilizado pelo Movimento Negro Unificado (MNU) no Brasil, se baseia na dimensão política e social, para se contrapor à ideia de “democracia racial”, baseada na negação de que exista racismo no Brasil.

O racismo, por sua vez, propõe que as características intelectuais e morais de um grupo são

efeitos diretos de suas características físicas¹⁷. Trata-se de uma forma de consciência ou estrutura de origem histórica, ou seja, é um sistema que desempenha funções que constroem e mantêm o poder hegemônico de um grupo dominante em detrimento de outro¹⁴. Assim, é um conjunto de ideias que pressupõe a noção de superioridade de uma raça sobre outra¹⁶.

No Brasil, há o racismo à brasileira perpetuado pelo constructo da chamada “democracia racial”. Como explica Da Matta¹⁸, o mito das três raças (branca, preta e indígena) é base de um projeto sociopolítico para o país: da ideia do que chamamos hoje de “embranquecimento” que permitiu enxergar a sociedade brasileira como algo singular no encontro “harmonioso das três raças”. Desta forma, nos espaços intermediários de um sistema racial surgem o “mulato” e o “mestiço”, como gradações de classe e de prestígio que refletem a raça e não necessariamente a cor, mas o tipo do cabelo, o formato do corpo etc. Nesse sentido, o “encaixe social” do dinheiro pode classificar uma pessoa negra como mulata ou mesmo como branca.

O racismo brasileiro se observa no cotidiano deflagrado por organizações sociais militantes ou mesmo pela mídia, e se reforça através das estatísticas. Isso se reflete nas relações de gênero, no mercado de trabalho, na educação e na saúde, se expressando na forma individual, isto é, nos atos discriminatórios cometidos por indivíduos, que podem atingir níveis de violência física, agressões, destruição de bens e propriedades e assassinatos; e também na forma institucional, fomentada pelo Estado ou com seu apoio direto, seja através de isolamento de pessoas negras em determinados bairros, escolas e empregos, através da mídia ou também por meio de representações estereotipadas de pessoas negras em livros didáticos ou a ausência dessas pessoas¹⁵.

Além disso, o racismo institucional se reforça nos dados em saúde, pois a população negra também é negligenciada pelos equipamentos públicos.

Entre dados que comprovam o modo como as pessoas negras se inserem na realidade brasileira, o Informativo do IBGE “Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil”¹⁹ revela algumas informações: 55,8% da população brasileira se autodeclara negra, isto é, 46,5% parda e 9,3% preta, somadas e agrupadas na categoria “negros”. O mesmo documento revela que, em 2018, no mercado de trabalho, 68,6% dos brancos ocupavam cargos gerenciais, enquanto negros ocupavam apenas 29,9% desses cargos; ao passo que 29,0% da população negra está desocupada ou subocupada, apenas 18,8% de brancos estão nessa mesma condição.

Segundo o “Monitoramento SAGI da População em Situação de Rua no Brasil”²⁰, dados revelam que 70% dessas pessoas, registradas no Cadastro Único do Governo Federal, vivem na Região Sudeste; dessas, a maioria de 67% é parda ou preta. Conforme o IBGE²⁰, as desigualdades por raça/cor também estão presentes na questão da distribuição de renda e nas condições de moradia, em que mais pessoas negras (32,9%) recebem menos de US\$ 5,50 e 8,8%, recebem US\$ 1,90 por dia, em relação a 15,4% e 3,6%, respectivamente, entre brancos. Com relação à educação, a taxa de analfabetismo afeta 9,1% da população negra com mais de 15 anos, seja rural ou urbana, enquanto 3,9% da população branca está na mesma situação.

Considerando a Saúde, em 2017, o Sistema de Informações sobre Mortalidade²⁰ registrou que, em relação à violência, entre 100 mil pessoas de 15 a 29 anos de idade, a taxa de homicídio de pessoas negras era de 98,5% e de brancas, 34,0%. Tratando-se de gênero – ainda que não faça uma diferenciação de transgeneridade ou

cisgeneridade – essa taxa de homicídios triplica, sendo 185,0% especificamente para homens negros e 63,5% para brancos; e 10,1% para mulheres negras e 5,2% para brancas. No “Atlas da Violência de 2020”²¹, de 2018, 75,7% das vítimas eram negros entre os homens e 68,0% eram negras entre as mulheres. A violência fica mais evidente quando o relatório mostra que a redução de 12% da taxa de homicídios ocorrida entre 2017 e 2018 se concentrou mais entre a população não-negra. Da mesma forma, se considerarmos de 2008 a 2018, as taxas de homicídios apresentaram um aumento de 11,5% para os negros, ao passo que para os não-negros houve uma diminuição de 12,9%.

Assim, à violência de gênero se soma a violência racial, confirmando observações de Kraiczky²², que mostra que a população negra totaliza 40,55% das vítimas de homofobia, enquanto a branca, apenas 26,84%. Da mesma forma, a Associação Nacional de Travestis e Transexuais (Antra) e o Instituto Brasileiro Trans de Educação (IBTE) registraram que 82% dos casos de assassinatos contra trans eram de pessoas negras⁵. Constata-se que a violência racial se constitui como mais uma das várias violências sofridas pela população trans, o que obviamente impacta na Saúde Mental dessas pessoas, levando a diversos problemas²³, inclusive ao suicídio, que gera cerca de 12.000 ocorrências por ano no Brasil, segundo a Rede Trans Brasil²⁴⁻²⁵.

Com relação à saúde sexual, observa-se que mulheres negras se iniciam sexualmente mais cedo, conforme o perfil socioeconômico mais baixo, observado por Simão e colegas²⁶ entre a população negra brasileira abaixo de 30 anos, o que não é diferente no caso de mulheres transexuais ou travestis negras evidenciado neste artigo.

Com relação às questões de saúde, destaca-se que os procedimentos que são largamente oferecidos pelos SUS a este público trans, prin-

cipalmente nos serviços de DST/HIV/aids, são bastante valorizados pelas trans negras pesquisadas, o que se verifica na maior percentagem de vacinas e até na atenção e aproveitamento dos preservativos recebidos, utilizados com mais frequência do que as trans brancas pesquisadas. Isso corrobora com dados que afirmam que a população brasileira que depende exclusivamente do SUS é 67% negra²⁷.

A pesquisa demonstrou que as trans negras fazem uso mais recorrente do preservativo do que as brancas, o que ratifica dados da “Pesquisa Nacional de Saúde”, feita em 2019 pelo IBGE²⁸. Segundo a pesquisa, com relação às pessoas de 18 anos ou mais de idade que referiram utilizar preservativo em todas as relações sexuais nos 12 meses anteriores às entrevistas, as que se declararam de cor preta (25,2%) e parda (23,2%) foram mais numerosas do que as que se declararam brancas (21,6%).

Esses estudos não trazem dados sobre o uso de preservativos com recorte de identidade de gênero e apenas pesquisas pontuais apontam esse uso pela população trans. O estudo “Perfil de Travestis e Transgêneros: tuberculose e HIV/aids na cidade de São Paulo”²⁹ feito em 2014, com 124 indivíduos, entre travestis (58) e transexuais (66) de 18 anos ou mais, apontou que: 37,1% usava preservativo no sexo oral, 29,8% não usava nesta prática e 33,1% usava eventualmente; o uso de preservativo com parceiro fixo era de 36,3%, 39,5% não usava e 9,7% usava eventualmente (14,5% não tinha parceiro fixo no momento da pesquisa); já com parceiro eventual, 77,4% alegou usar preservativo, 4,8% não usar e 8,9% usar eventualmente. Isso demonstra que a consciência dos riscos advindos do não uso de preservativo, principalmente em relações causais, tem crescido entre a população trans, ficando acima dos 80% como observado em nosso estudo, principalmente entre as trans negras que

apontaram mais de 90% deste uso. Isso aponta a efetividade de estratégias preventivas de IST no SUS de São Paulo.

Destaca-se também, embora não tenha sido registrado nesta pesquisa, a necessidade de investigação sobre o acesso à hormonioterapia, regulamentada para ser realizada pelo SUS, através do processo transexualizador previsto na portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013²⁹, já realizado no município de São Paulo³⁰. Essa portaria que também regulamenta as cirurgias de redesignação sexual. Apesar desses tratamentos serem oferecidos em São Paulo, São Carlos, São José do Rio Preto, Santos, Guarulhos e Ribeirão Preto³⁰, registra-se que são poucos os serviços e grande a demanda para a cirurgia, pois a espera ultrapassa uma década³¹. Este fator vem sendo responsável pelo que chamamos de “Êxodo Travesti”⁵ e tem como resultado a não realização da cirurgia por muitas trans, como se observou em nossa pesquisa.

É importante ressaltar que esses procedimentos, principalmente o implante de silicones no seio, historicamente têm sido adquiridos individualmente no mercado, como observamos nas mais de 60% das entrevistadas que realizaram este procedimento. Isso aponta a necessidade de o SUS encampar essa cobertura, uma vez que se verifica que a dificuldade econômica e a SUS-dependência atingem cerca de 35% e, mais predominantemente, 40% das trans negras. Essa cobertura evitaria o uso altamente perigoso do silicone industrial, que põe a vida dessas trans em risco⁷.

Embora não tenha sido levantada a utilização de hormônio, outros estudos também apontam os riscos para a saúde causados pela autoaplicação⁷, o que já pode ser estudado em alguns municípios brasileiros, como São Paulo, que tem fornecido a hormonização via SUS em ambulatórios trans³².

Assim, é imprescindível a realização de estudos e o traçado da interseccionalidade no entrecruzamento indissociável de raça, classe, gênero e mesmo sexualidade, como diria Angela Davis³², para a compreensão dos contextos brasileiros, especialmente na saúde, no estudo das diferentes experiências sociais, inclusive epidemiológicas que afetam grupos específicos como a população trans. Pensar as interseccionalidades não pressupõe que as coloquemos como justapostas, como “soma de opressões”³³⁻³⁷ ou de fatores considerados de vulnerabilidade, mas sim como marcadores sociais da diferença, como diria Moutinho³⁸; fatores que, transformados em desigualdade, produzem uma síntese de opressões e desvantagens que criam as condições dos indivíduos³⁵.

Segundo Crenshaw³⁵, raça, gênero e classe são unificados no tipo de exclusão que historicamente atinge as mulheres negras, o que não é diferente para o caso de mulheres transexuais ou travestis negras que, nesta “coalizão”, trazem também a questão da identidade e da sexualidade. A autora explica que a separação das categorias culmina na negligência dos sujeitos vítimas dessas discriminações e na invisibilização do que é experimentado por esses sujeitos. Por este motivo, Collins³⁶ sugere pensar essas categorias como dimensões paralelas que são ligadas estruturalmente, reforçando que a mera somatória de opressões hierarquiza os sujeitos. As opressões não podem ser quantificadas, embora seja nítido que determinados grupos as sofrem de maneiras diferentes.

Mulheres transexuais e travestis negras sofrem opressões nas três dimensões propostas por Collins³³: a institucional, relativa às relações de subordinação e dominação que se estruturam por meio de instituições como escolas, hospitais, locais de trabalho, agência de governo etc.; a simbólica, referente ao uso estereotipado ou con-

trolado de imagens de grupos de raça, classe e gênero e que tende a hierarquizar as dicotomias responsáveis pela manutenção da dominação e da subordinação, negando as experiências dos sujeitos; e a individual, em que as biografias variam de acordo com o status que se adquire a partir das opressões institucionais e simbólicas, inclusive no campo da saúde.

Brah³⁸, por sua vez, maneja os conceitos de articulação e interseccionalidade e desenvolve uma reflexão realçando que essas categorias de análise produzem identidade. Essa identidade não é limitante, mas oferece recursos que permitam a ação dos indivíduos enquanto sujeitos políticos. Por isso, deve ser encampada pelos sistemas de participação e controle social também das esferas estratégicas do SUS.

Cabe lembrar que às exclusões sociais e econômicas, soma-se o hipererotismo, criticado por Moutinho³⁹, que inclui as figuras da mulata e da mestiça como representações que articulam raça, gênero e erotismo na formação da nacionalidade brasileira. A autora aponta que essa interseccionalidade se desenvolveu através da repressão, ou seja, da criminalização da homossexualidade, da prostituição, da infidelidade, dos casamentos e, em certos momentos históricos, até da visão preconceituosa do sexo inter-racial; isso não se difere no caso das trans atualmente. Apesar de estar articulada com movimentos sociais, a construção da interseccionalidade provoca nessa população o não reconhecimento público de si como sujeitos, o que culmina no confinamento na esfera privada e na deslegitimação dessas sexualidades não normativas; além da lógica da defesa social, que se refere à sexualidade como algo concernente à nação, à saúde pública e à “espécie humana”³⁹.

São essas condições marginais que incluem interseccionalidades como foco de movimentos sociais, sejam eles LGBT, negro, feministas, que

buscam reparação, reconhecimento desses sujeitos e responsabilidade social pela sua discriminação. São essas lutas que, segundo Brah³⁸, formulam táticas de enfrentamento de todas as desigualdades, a partir da compreensão de como elas se articulam; é a negociação com a adversidade e a reflexão das políticas que, segundo Pelúcio⁴⁰, pode agir de maneira segregacionista, inclusive na promoção e atenção à saúde.

Considerações finais

Ao passo que se sabe que a maioria da população trans é negra no Brasil, se destacam as ocorrências que acometem as trans, como a maior incidência de IST e a maior probabilidade de infecção pelo HIV, que, dessa forma, são presentes entre as trans negras. Isso significa dizer que a população trans e negra é a mais duplamente afetada e situada na esfera da dependência do SUS, embora se perceba que usem mais camisinha com parceiros fixos ou eventuais do que brancas e tomem mais vacinas de hepatite B e HPV do que brancas, o que mostra que elas valorizam o usufruto de acesso aos serviços de saúde pública e aponta certo sucesso das campanhas de prevenção dirigidas ao público trans, inclusive entre as que estão em situação de prostituição.

Ao mesmo tempo, verifica-se que a população travesti negra inicia a sua vida sexual mais cedo do que as brancas e é quem alega ter sofrido situação de rua e mais violência sexual entre a infância e a adolescência, fatores que as tornam sujeitas a problemas de saúde sexual e de saúde mental. Tais esferas da saúde precisam receber maior atenção, seja com estratégias de prevenção à violência, seja por medidas de atenção que minimizem riscos nesses casos. Vale lembrar também que a essas violências se somam outras, vividas na escola e instituições públicas e privadas, incluindo os serviços de saúde.

Essa situação exclui e marginaliza essa população, principalmente as trans negras, fator que somado à não disponibilização de hormonização e outras necessidades de saúde (como a colocação de próteses mamárias e até cirurgias de redesignação sexual), afasta este público dos serviços de saúde em geral – com exceção das estratégias de prevenção e tratamento de IST/HIV que têm sido promovidos pelo SUS desde o surgimento do HIV/aids. Ainda nesse cenário, essas pessoas ficam sujeitas a riscos de saúde na utilização do implante de silicone industrial de forma clandestina e sem preparo e na própria autoaplicação de hormônios sexuais.

Como a população negra é maior que a branca no país, a morbimortalidade entre as trans negras se soma à mortalidade por homicídios de que são vítimas historicamente. Nesse sentido, ser trans é estar em risco e ser trans negra é estar duplamente em risco, pois fatores de vulnerabilidade se associam e articulam o preconceito de gênero ao racismo, como intersecções.

Nesse sentido, a saúde específica na área de prevenção de IST, ainda que seja seguida pelas trans negras, não as exclui de uma vida e situação de saúde marcadas por violências individuais e institucionais, simbólicas ou não, além de constantes exclusões de espaços de proteção, de sobrevivência e de políticas públicas que, obviamente, só serão sanadas com uma visão mais integral dessas intersecções, pela disputa política, pelo combate à transfobia e ao racismo e pela promoção de fatores de emancipação, para que assim venham a ter uma vida e saúde plenas.

Isso explica porque, na busca pela sobrevivência, alguns mecanismos individuais são ativados, como a busca ou reivindicação pela lei, pelo conhecimento, pela união em grupo e pelas organizações que fazem o papel do Estado.

Referências

1. Menezes L. Relatório do levantamento quantitativo da pesquisa sobre violências de gênero e de raça sofridas por mulheres transexuais e travestis negras de 2017. São Paulo: Instituto de Saúde; 2018.
2. Menezes L. Experiências de raça e de gênero vividas por mulheres transexuais e travestis negras na cidade de São Paulo [internet]. Guarulhos: Universidade Federal de São Paulo; 2020 [acesso em 6 jun 2021]. Trabalho de conclusão de curso do Curso Ciências Sociais. Disponível em: <https://repositorio.unifesp.br/handle/11600/58964>.
3. Carmo ME, Guizardi FL. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. *Cad Saud Publ* [internet]. 2018 [acesso em 6 jul 2021]; 34(3):14. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/ywYD8gCqRGg6RrNmsYn8WHv/?lang=pt#>.
4. Saffioti H. Gênero, patriarcado, violência [internet]. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo; 2011 [acesso em 6 jul 2021]. Disponível em: <http://www.unirio.br/unirio/unirio/cchs/ess/Members/vanessa.bezerra/relacoes-de-genero-no-brasil/Genero-%20Patriarcado-%20Violencia%20-%20livro%20completo.pdf/view>.
5. Benevides BG, Nogueira SNB, organizadores. Dossiê dos assassinatos e da violência contra travestis e transexuais brasileiras em 2020. São Paulo: Expressão Popular; 2021.
6. Werneck J, Benevides B, Canavese D, Batista LE. Caso Ygona: Estado deve garantir o direito à vida da população trans e negra [internet]. [acesso em 6 jul 2021]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/movimentos-sociais/caso-ygona-estado-deve-garantir-o-direito-a-vida-da-populacao-trans-e-negra/55830/>.
7. CEDEC - Centro de Estudos de Cultura Contemporânea. Mapeamento das pessoas trans na cidade de São Paulo: relatório de pesquisa [internet]. São Paulo, 2021 [acesso em 6 jul 2021]. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/direitos_humanos/LGBT/AnexoB_Relatorio_Final_Mapeamento_Pessoas_Trans_Fase1.pdf.
8. Menezes L. Transfobia e racismo: articulação de violências nas vivências de trans. *Bol Inst Saude*. 2018; 19(2): 62-76.

9. UNAIDS - Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids. Mais de 90% da população trans já sofreu discriminação na vida [internet]. [acesso em 29 jan 2020]. Disponível em: <https://unaid.org.br/2020/01/mais-de-90-da-populacao-trans-ja-sofreu-discriminacao-na-vida/>.
10. Ministério da Saúde (BR). Casos de aids diminuem no Brasil [internet]. 1 dez 2020 [acesso em 06 jul 2021]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/casos-de-aids-diminuem-no-brasil>.
11. Ministério da Saúde (BR). Boletim HIV/aids 2020 [internet]. Brasília(DF): dez 2020 [acesso em 06 jul 2021]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/media/pdf/2020/dezembro/01/boletim-hiv_aids-2020-internet.pdf.
12. UNAIDS - Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids. Sumário executivo: índice de estigma em relação às pessoas vivendo com HIV/aids Brasil [internet]. [s.l.], 2019 [acesso em 29 jan 2020]. Disponível em: https://unaid.org.br/wp-content/uploads/2019/12/2019_12_06_Exec_sum_Stigma_Index-2.pdf.
13. Guimarães ASA. Raça e racismo no Brasil: racismo e antirracismo no Brasil. São Paulo: Ed. 34; 1999.
14. Moore C. A humanidade contra si mesma para uma nova interpretação epistemológica do racismo e de seu papel estruturante na história do mundo contemporâneo. In: II Fórum Internacional Afro-colombiano. Bogotá: 18 mai 2011.
15. Moura C. Rebeliões da senzala. São Paulo: Lech Livraria; 1959.
16. Gomes NL. Alguns termos e conceitos presentes no debate sobre relações raciais no Brasil: uma breve discussão. In: Brasil. Educação Antirracista: caminhos abertos pela Lei Federal nº 10.639/03. Brasília: MEC; 2005; p.39-62.
17. Munanga K. Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia. In: Anais do Seminário Nacional Relações Raciais e Educação – PENESB. Rio de Janeiro; 2003.
18. Matta R. Digressão: a fábula das três raças, ou o problema do racismo à brasileira. In: Relativizando: uma introdução à antropologia social. Petrópolis: Vozes; 1981. p.58-85.
19. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística . Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil. Estudos e Pesquisas, Informação Demográfica e Socioeconômica. 2019; (41):2-12.
20. Ministério de Cidadania (BR). População em situação de rua no Brasil: o que os dados revelam? [internet]. BrasíliaBrasília(DF); jun 2019 [acesso em 6 jul 2021]. (Monitoramento SAGI. Série Relatos de caso) Disponível em: https://aplicacoes.mds.gov.br/sagirms/ferramentas/docs/Monitoramento_SAGI_Populacao_situacao_rua.pdf.
21. Cerqueira D, Bueno S, coordenadores. Atlas da violência 2020 principais resultados [internet]. Brasília, DF: IPEA; 2020 [acesso em 13 set 2020]. Disponível em: <https://bit.ly/2TcGthH>.
22. Kraicyk J. A bioética e a prevenção da aids para travestis [internet] [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2014 [acesso em 06 jun 2021]. 16 Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/18319>.
23. Oliveira BP. A gente não se descobre, a gente se define: as subjetividades trans no HUB. Brasília(DF)[internet] [dissertação]. Ceilândia: Universidade de Brasília;2017 [acesso em 06 jun 2021]. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/24568>.
24. Aquino TA, Cabral EA, Nogueira SNB. Dossiê: a geografia dos corpos das pessoas trans [internet]. Brasil; 2017 [acesso em 06 jul 2021]. Disponível em: <http://redetrans-brasil.org.br/wp-content/uploads/2019/01/A-Geografia-dos-Corpos-Trans.pdf>
25. CDD - Cronicos do Dia a Dia. A incidência do suicídio na população trans [internet]. 2021 [acesso em 4 maio 2021]. Disponível em: <https://cdd.org.br/noticia/saude-mental/populacao-trans-e-saude-mental/>.
26. Simão AB, Ribeiro PM, Caetano AJ, César CC. Comparando as idades à primeira relação sexual, à primeira união e ao nascimento do primeiro filho de duas coortes de mulheres brancas e negras em Belo Horizonte: evidências quantitativas. Rev Bras Est Pop. 2006; 23(1):151-166.
27. SBMFC - Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade . GT de saúde da população negra: manifestação sobre ausência de dados da covid-19 desagregados por raça-cor [internet]. [acesso em 4 maio 2021] Disponível

- em: <https://www.sbmfc.org.br/noticias/gt-de-saude-da-populacao-negra-manifestacao-sobre-ausencia-de-dados-da-covid-19-desagregados-por-raca-cor/>.
28. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística . Pesquisa nacional de saúde: 2019: acidentes, violências, doenças transmissíveis, atividade sexual, características do trabalho e apoio social [internet]. Rio de Janeiro; 2020 [acesso em 06 jul 2021]. [acesso em: 6 jul 2021]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101800.pdf>
29. Ferreira Junior S, Francisco PMSB, Nogueira PA. Perfil de travestis e transgêneros: tuberculose e HIV/aids na cidade de São Paulo. *Rev Panam Salud Publ.* 2016;40(6):410-17.
30. LGBT - Comitê Técnico de Saúde Integral da População. A atenção à saúde da população LGBT. *Bol Inst Saude* [internet] 2018. [acesso em 06 jul 2021]; 19(2):3-6. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/index.php/bis/issue/view/2207/27>
31. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.803/2013. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS) [internet] [acesso em 15 set 2020]. *Diário Oficial da União.* 19 nov. 2013; Seção.1:25-30. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html.
32. ANTRA - Associação Nacional de Travestis e Transexuais. Como acessar o sus para questões de transição?. direitos e Política, Saúde [internet]. 27 jul 2020 [acesso em 06 jul 2021]. Disponível em: <https://antrabrasil.org/2020/07/27/como-acessar-o-sus-para-questoes-de-transicao/>.
33. Davis A. *Mulheres, raça e classe.* São Paulo: Boitempo; 2016.
34. Collins PH. Em direção a uma nova visão: raça, classe e gênero como categorias de análise e conexão. In: Moreno R, organizador. *Reflexões e práticas de transformação feminista.* São Paulo: SOF; 2015. p.96 (Coleção Cadernos Sempre Viva. Série Economia e Feminismo n.4)
35. Crenshaw KW. A interseccionalidade na discriminação de raça e gênero. In: VV.AA. *Cruzamento: raça e gênero.* Brasília: UNIFEM; 2004.
36. Facchini R. *Histórico da luta de LGBT no Brasil: psicologia e diversidade sexual.* São Paulo [internet]: CRP; 2011 [acesso em 19 abr 2021]. (Caderno temático; 11) Disponível em: http://www.crpsp.org.br/porta/comunicacao/cadernos_tematicos/11/frames/fr_historico.aspx.
37. Miskolci R. A teoria queer e Sociologia: o desafio de uma analítica da normalização. *Dossiê Gênero, família e globalização. Sociologias* [internet]. 2009 [acesso em 06 jul 2021]; 11(21):150-182. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/soc/a/BkRJyv9GszMddwqpnrcrJvdn/abstract/?lang=pt>.
38. Moutinho L. Diferenças e desigualdades negociadas: raça, sexualidade e gênero em produções acadêmicas recentes. *Cadernos Pagu.* 2014. (42):201-248.
39. Brah A. Diferença, diversidade, diferenciação. *Cadernos Pagu.* 2006; (26)329-376.
40. Pelúcio L. *Nos nervos, na carne, na pele: uma etnografia sobre prostituição travesti e o modelo preventivo de aids [tese].* São Carlos: Universidade Federal de São Carlos; 2007.

Relato de experiência: travestis e transexuais em situação de rua e o processo de hormonioterapia pelo SUS

An experience report: transvestites and transsexuals in homeless situations and the hormone therapy process by SUS¹

Enver Lamarca Oliveira Santos^{II}, Suzana Kalckmann^{III}, Carolina de Campos Hovart Borrego^{IV},
Natália da Costa Sellinger^V, Renata Rodríguez Imparato^{VI}, Tereza Etsuko da Costa Rosa^{VII}

Resumo

No contexto da Política Municipal de Atenção à Saúde Integral da População LGBTT do município de São Paulo e da disponibilização da hormonioterapia para população transexual, objetiva-se relatar a vivência de um grupo de orientação sobre hormonioterapia destinado a travestis e transexuais acolhidas em equipamentos sociais deste município. As atividades de roda de conversa foram realizadas em um Centro de Acolhida, com o apoio de equipes de Consultório na Rua, além de uma médica e um psicólogo como facilitadores da atividade. Foram recorrentes nos relatos a vivência e naturalização da violência; as dificuldades de acesso aos serviços devido ao preconceito; e a automedicação com hormônios feminizantes, pelo desejo intenso de mudanças no corpo. Os relatos apontaram, também, grande complexidade nas subjetividades das pessoas identificadas como trans. É necessário que o tema seja incluído de forma transversal em todos os processos de formação dos profissionais, pois a não observância do respeito à individualidade da sexualidade tem se constituído em importante barreira à adesão e ao estabelecimento de vínculos aos serviços de saúde.

Palavras-chave: Travestis; Transexuais; Pessoas em situação de rua; Consultório na Rua; Hormonioterapia.

Abstract

In the context of the Municipal Policy for Comprehensive Health Care of LGBTT Population in the city of São Paulo and the availability of hormone therapy for the transsexual population, the objective of this study is to report the experience of a guidance group on hormone therapy for transvestites and transsexuals sheltered in social facilities in this area. Conversation activities were carried out in a Reception Center, with the support of the Street Clinic team, with a doctor and a psychologist as facilitators of the activity. The experience and naturalization of violence and difficulties in accessing services due to prejudice; and self-medication with feminizing hormones due to the intense desire for changes in the body were recurrent in the reports. These, also pointed out, great complexity in the subjectivities of people identified as trans. It is necessary that the topic is also included in a transversal way in all professional training processes, as non-compliance with respect for the individuality of sexuality has constituted an important barrier to adherence and the establishment of links to health services.

Keywords: Transvestites; Transsexuals; Homeless people; Street office; Hormone therapy.

¹ Unified Health System.

^{II} Enver Lamarca Oliveira Santos (enver.lamarca@gmail.com) é psicólogo pela Universidade Paulista (UNIP), pós-graduado em Gestão Estratégica de Pessoas e Psicologia Organizacional pela Universidade Metodista e em Gestão Pública Municipal pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (IS/SES-SP) e membro da equipe de Consultório na Rua no Município de São Paulo - Centro Social Nossa Senhora do Bom Parto (BOMPAR).

^{III} Suzana Kalckmann (suzanak@isaude.sp.gov.br) é bióloga pela Universidade de São Paulo (USP), mestre em Epidemiologia pela Unifesp, doutora em Ciências, na área de concentração de Infectologia em Saúde Pública, pelo Programa de Pós-graduação da Coordenadoria de Controle de Doenças (SES/SP) e pesquisadora científica e docente do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do IS/SES-SP.

^{IV} Carolina de Campos Horvat Borrego (carolborregonutri@gmail.com) é nutricionista pelo Centro Universitário São Camilo, mestre em Saúde Coletiva pelo IS/SES-SP e atua no Centro de Referência do Idoso da Zona Norte (CRI Norte).

Introdução

As questões de saúde da população lésbica, gay, bissexual, transexual e travesti (LGBTT) ganharam visibilidade na década

^V Natália da Costa Selinger (ncs.111@gmail.com) é nutricionista pela Universidade Anhembi Morombi, mestre em Saúde Coletiva pelo IS/SES-SP e atual Supervisora de Atenção Básica do município de Jacaré.

^{VI} Renata Rodríguez Imparato (reimparato777@gmail.com) é farmacêutica pelas Faculdades Oswaldo Cruz e mestre em Saúde Coletiva pelo IS/SES-SP.

^{VII} Tereza Etsuko da Costa Rosa (tererosa@isaude.sp.gov.br) é psicóloga, mestre e doutora em Saúde Pública pela USP, pesquisadora científica VI e docente do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do IS/SES-SP.

de 1980, quando o Ministério da Saúde adotou estratégias para o enfrentamento do HIV. No entanto, a complexidade dessa abordagem exigiu a busca de novos setores e atores¹ para a formulação de políticas e programas efetivos para esse segmento social.

Por meio do reconhecimento do processo saúde-doença da população LGBTT, que requer, primeiramente, admitir a exclusão e a discriminação social, foi instituída a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais¹ pela Portaria no 2.836, de 1º de dezembro de 2011. Trata-se de um documento norteador que confere a essa Política um caráter transversal que contempla áreas relacionadas à produção de conhecimento, à participação social, ao cuidado, à atenção e à promoção da saúde. O documento também dá ênfase à articulação de ações e programas em todos os níveis de gestão, particularmente nas secretarias estaduais e municipais de saúde, a fim de promover a democracia e a laicidade, dentro dos princípios da equidade, da integralidade e da universalidade no Sistema Único de Saúde (SUS)².

Entre os princípios que orientam o SUS, está a assistência à saúde universal e integral, para que todos, independentemente de sua cor, classe social, de orientação e identificação sexuais, sejam tratados de forma igualitária. Entretanto, diversos fatores ainda dificultam que tal princípio seja efetivamente respeitado, como a falta de capacitação profissional na área da sexualidade e o não reconhecimento da saúde como aspectos que vão além das questões biológicas, que se somam a fatores culturais e sociais, o que dificulta ainda mais o vínculo da população trans com os serviços de saúde³.

Embora a visibilidade do grupo tenha ocorrido por conta da aids, atualmente as demandas de saúde são outras, que se relacionam e

se complementam. Por determinações diversas, mas essencialmente por motivos socioeconômicos, parcela significativa da população trans se encontra em situação de rua. A trajetória dessas pessoas é definida pelo abandono e pela rejeição dos familiares, assim como pelo preconceito, discriminação e exclusão social. A necessidade de sobrevivência financeira e a sensação de falta de pertencimento social, além da violência psicológica, física e sexual impetrada a elas, acarretam acentuada vulnerabilidade³⁻⁴.

Conforme o desconforto e o sofrimento persistem com relação às características físicas, a automedicação com hormônios feminilizantes ou masculinizantes tem sido mais um item agravante do quadro de vulnerabilidade desse grupo. O uso dessas medicações, sem o devido acompanhamento médico e de saúde, está relacionado à ocorrência de acidente vascular cerebral, trombose e flebite. Além dos efeitos na saúde física, o não reconhecimento do próprio corpo biológico afeta negativamente a saúde mental dessas pessoas. Ademais, a vulnerabilidade da situação de rua mostra-se acentuada no cotidiano de pessoas travestis e transexuais, que muitas vezes não acessam, por diversos motivos adicionais, os serviços prestados pelo SUS⁴⁻⁶.

No Brasil, são poucos os dados oficiais sobre violência contra a população LGBTT publicados de forma proativa pelos órgãos públicos; assim, as iniciativas da coleta são de órgãos não oficiais, como o Grupo Gay da Bahia (GGB), fundado em 1980⁷, a mais antiga associação de defesa dos direitos humanos voltada à população LGBTT no Brasil. O GGB há 38 anos elenca casos de morte disponíveis na mídia, trabalho do qual resulta a produção de um relatório anual com tópicos e gráficos relativos ao perfil das vítimas, ao perfil regional e ao de impunidade.

O “Relatório 2017 - Mortes Violentas de LGBTT no Brasil”⁸ menciona 445 mortes de LGBTT no país (2,47 por um milhão de habitantes). Desde o início da atuação do GGB, nunca se registrou tantas mortes (assassinatos ou suicídios) como agora; ocorre uma morte a cada 19 horas, dado que representa um aumento de 30% em relação ao ano anterior de 2016. Diante disso, o país torna-se o campeão mundial em crimes contra essas minorias. A Região Norte conta com mais mortes de LGBTT, seguida do Centro-Oeste. Quanto ao perfil das vítimas, predominam a faixa etária de 18 a 25 anos (32,9%) e pessoas brancas (66%). As vítimas comumente são travestis profissionais do sexo e são assassinadas por disparo com arma de fogo ou por agressões físicas.

Alinhada à Política Nacional, a Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo instituiu a “Política Municipal de Atenção à Saúde Integral da População LGBTT”⁹, fazendo com que, desde 2015, os serviços de saúde municipais passassem a disponibilizar, em suas referências, a hormonioterapia para população transexual. Esta Política obedece a um protocolo que prevê o atendimento composto por avaliação clínica e psicológica, orientação sobre efeitos colaterais dos hormônios e acompanhamento multidisciplinar (endocrinologistas, psicólogos e clínico)^{4,9}.

Segundo o secretário de saúde dessa época, Alexandre Padilha¹⁰:

“A terapia hormonal com acompanhamento médico alivia o sofrimento e melhora a qualidade de vida do transexual, mas também tem impacto positivo em todo o sistema. Muitas vezes, as pessoas são submetidas a procedimentos inadequados e a recuperação gera custos”.

Consoante com a transversalidade das políticas públicas, a Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania de São Paulo elenca o “Projeto de Reinserção Social Transcidadania”⁶, que visa fortalecer as atividades de colocação profissional, reintegração social e resgate da cidadania para a população LGBTT em situação de vulnerabilidade. No município de São Paulo, sob gestão estadual, atualmente há o Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais e quatro hospitais que realizam a cirurgia de redesignação sexual, incluindo mamoplastia e genitoplastia masculinizante e feminilizante.

A única unidade de referência municipal de hormonioterapia para pessoas transexuais e travestis, em 2015, era a UBS Santa Cecília, localizada na Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) Centro, responsável pelo acolhimento de toda a demanda municipal para este procedimento. Com o intuito de ampliar o acesso, ocorreu a implantação, em 2019, da hormonioterapia também no Ambulatório de Especialidade Freguesia do Ó, para pessoas transexuais e travestis da região da CRS Norte. Para tanto, foram abertas algumas vagas específicas para esse atendimento, que é agendado com a endocrinologista deste serviço.

Como consequência da ampliação da oferta de acesso à hormonioterapia no SUS, ocorreu a necessidade de sensibilização e capacitação dos profissionais da Rede de Serviços da Atenção Básica do município de São Paulo, uma vez que eles são responsáveis por acolher, orientar, encaminhar para exames, realizar o parecer e o encaminhamento para o Ambulatório de Especialidade Freguesia do Ó.

Após a sensibilização dos profissionais de saúde, observou-se a necessidade de

comunicar e orientar os pacientes da região da CRS Norte sobre o novo fluxo para acesso ao procedimento. Para isso, a equipe de Consultório na Rua da Região Norte articulou palestras e grupos de orientação com o intuito de abordar o tema com as pacientes travestis e transexuais em situação de rua e que utilizam os Centros de Acolhida da prefeitura como residência provisória.

A partir desta iniciativa, este artigo busca relatar a vivência de um grupo de orientação sobre hormonioterapia ofertada pelo SUS, destinado a travestis e transexuais acolhidas em equipamentos sociais da Prefeitura de São Paulo.

O processo de trabalho do grupo de hormonioterapia, a narrativa de travestis e transexuais e sua trajetória de transformação corporal

Com o apoio da equipe de Consultório na Rua que atende a Região Norte, a proposta de avaliar os grupos de acolhida para a hormonioterapia foi apresentada previamente à instituição que acolhe temporariamente as travestis e transexuais.

A equipe do Consultório na Rua realizou a divulgação prévia ao grupo de acolhida em hormonioterapia, mediante o contato em pessoa dos profissionais de saúde com os usuários e por meio da exposição de um cartaz, indicando o dia e o horário da roda de conversa sobre hormonioterapia no SUS (que seria realizado em 18 de janeiro de 2019 às 8:30 horas), de forma a aumentar a adesão das conviventes do espaço.

No dia da atividade, foi realizada a apresentação inicial dos participantes do grupo, assim como dos alunos do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, que fariam o acompanhamento e observação do grupo para estudo. Após as devidas apresentações, foi destacada a

motivação para a participação dos alunos e foram esclarecidos os motivos da presença deles e da proposta de participação. Neste contexto, buscou-se assegurar o consentimento das participantes do grupo e a garantia de sigilo e do anonimato delas quando fosse feita a divulgação do estudo.

Os facilitadores do grupo apresentaram as orientações sobre o fluxo de atendimento de terapia hormonal na Região Norte, esclarecendo dúvidas e mediando as vivências apresentadas pelas participantes. Também as alunas do Mestrado Profissional colaboraram apresentando falas sobre seus conhecimentos técnicos em Nutrição e Farmácia e suas vivências.

Foram abordados os temas de acesso e porta de entrada no SUS e o fluxo para a hormonioterapia, o uso racional dos medicamentos, as interações medicamentosas, o uso concomitante com drogas, efeitos adversos, automedicação, agendamento de consultas, acompanhamento com equipe multidisciplinar (composta por psicólogo, médico clínico e endocrinologista), os exames necessários, e a efetividade e segurança dos medicamentos padronizados na Relação Municipal de Medicamentos (Remume).

Também houve um momento em que as participantes do grupo puderam expor suas dúvidas quanto ao tempo para início da hormonioterapia que seria disponibilizada, bem como as vivências e dúvidas sobre os efeitos adversos. O grupo transcorreu de forma que as participantes contribuíram ativamente com o conteúdo exposto: apresentaram dúvidas e efetuaram a narrativa de suas experiências pessoais.

- Quem são elas?

Em geral são jovens, entre 20 e 30 anos de idade, paulistas ou paulistanas, mas muitas

tenham vindo de outros estados brasileiros em busca de trabalho e acabaram em situação de extrema vulnerabilidade desencadeada pelo rompimento dos vínculos familiares, pela não aceitação da sua opção de vida ou sua sexualidade, pela falta de amigos ou conhecidos que prestem apoio e pela exclusão social máxima. Relatos de vivência de violência, seja verbal ou física, foram e são recorrentes na vida cotidiana destas mulheres, tanto nas relações amorosas quanto nas de trabalho. O sofrimento e a indignação advêm de constante violência verbal, perpetuada pelo preconceito e discriminação da sociedade, muitas vezes, até naturalizada dentro de suas rotinas de vida.

- Como é a relação com o próprio corpo?

A idealização do corpo feminino e o incômodo com o órgão sexual masculino é, relativamente, inalterável entre elas. Para algumas as modificações percebidas no corpo, com o tratamento com hormônio, lhes trazem significativo bem-estar, desejo de cuidar melhor do corpo e o afloramento de um imaginário de que se fossem mulheres cisgênero teriam tido melhor sorte na vida.

“Bom, eu mesma tô me sentindo cada vez mais à vontade com meu corpo. A partir do momento que eu tô hormonizando por conta mesmo, a partir do momento dessa possibilidade da hormonioterapia eu estou ficando cada vez mais feliz com meu corpo, sabe?” (Fala de uma pessoa trans).

“Ah, esse negócio no meio das minhas pernas... até hoje eu me sinto desconfortável... se eu fosse mulher seria tão fácil, não teria passado por tanta coisa que passei na minha vida, não tinha pegado o

HIV, seria tão mais fácil para mim, seria mais fácil até a questão da minha família” (Fala de uma pessoa trans).

No entanto, existe uma grande complexidade na subjetividade dessas pessoas identificadas como trans:

Não, tirando que eu estou um pouco acima do peso. Eu estou bem, não penso em nada de mudança de sexo. Nada desses negócios. Nada, deixa eu do jeito que eu estou. ... se me pergunta se eu quero ser mulher, eu falo que não. Eu me identifico assim do jeito que eu sou. Eu sou travesti. Não sou transexual e eu sou feliz desse jeito, com tudo o que eu tenho” (Fala de uma pessoa trans).

“Posso estar do jeito que for, eu estou feminina, o meu jeito de andar é feminino. Está chamando muita atenção minha e de quem eu quero. Não é uma prótese que vai me deixar feminina, a minha intenção não é ter corpo, o formato do corpo e sim, ter feminilidade de um corpo feminino. A minha intenção não é parecer uma mulher com volume, minha intenção é parecer uma mulher na sensibilidade e na delicadeza” (Fala de uma pessoa trans).

Ao mesmo tempo, expressam desejos simples e comuns:

“Bom, eu pretendo, daqui a cinco anos estar numa casa, sair de uma situação que eu estou de fragilidade social. Pretendo estar na minha casa, dentro de uma cozinha, cozinhando para o meu marido. Ele chegando do trabalho e eu com uma

camisa larga dele, só a camisa, sem mais nada por baixo, porque estou me sentindo à vontade com meu corpo, não preciso ficar presa” (Fala de uma pessoa trans).

“Ah, uma pessoa trabalhando normalmente. Sem ter que fazer programa. Sem estar me humilhando. Sem ter que escutar desaforo e ficar cumprindo as regras do albergue. Ter meu canto, podendo pagar meu aluguel. Com cachorro e meu namorado, vivendo em paz sem ter que ouvir desaforo dos outros... Eu queria ter uma vida simples. Uma vida normal, não quero luxo... A maioria das coisas que acabam com a gente são as drogas e os homens. Que a gente vai e se joga nas drogas. Vai e se joga na cachaça. E você acha que não vai ser aceita por ninguém. Mas sempre aparece um” (Fala de uma pessoa trans).

Considerações finais

Observou-se que a vulnerabilidade da situação de rua mostra-se acentuada no cotidiano de pessoas travestis e transexuais, o que denota a necessidade de maior vínculo com os serviços de saúde primária. Nesta experiência, observou-se que as múltiplas possibilidades de intervenções profissionais não devem se limitar a ações de disciplinarização dos corpos e comportamentos, mas sim a ações que promovam o respeito das individualidades e subjetividades de cada indivíduo, conforme as suas possibilidades de ser no mundo. É necessário que o tema seja incluído também de forma transversal em todos os processos de formação de profissionais, pois a não observância do respeito à individualidade da sexualidade tem se constituído em importante barreira à adesão e ao estabelecimento de vínculos aos serviços de saúde.

Há entre os profissionais de saúde enorme confusão entre o que significa sexo biológico, orientação sexual e identidade de gênero, conforme nos mostra Enver Lamarca dos Santos em recente estudo desenvolvido com população em situação de rua¹¹. Tais dúvidas alimentam estereótipos e preconceitos.

Destaca-se ser fundamental que ocorram parcerias entre as equipes de Consultório na Rua e dos Centros de Acolhida com realização periódica de grupos que abordem o tema da população trans, para que reforcem a porta de entrada na Saúde, a importância e a possibilidade do cuidado longitudinal de saúde dessas pessoas, bem como o fluxo para hormonioterapia que está sendo oferecido no SUS.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais [internet]. Brasília (DF); 2013 [acesso em 05 dez 2018]. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf>
2. GGB- Grupo Gay da Bahia. O que é o GGB (nossa história) [internet] [acesso em 4 out 2021]. Disponível em: <https://grupogaydabahia.com.br/about/o-que-e-o-ggb-nossa-historia/>.
3. Muller MI, Knauth DR. Desigualdades no SUS: o caso de atendimento às travestis é babado. Cadernos EBAPE. 2008; 6(2):1-14.
4. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Documento norteador dos consultórios na Rua [internet]. 2016 [acesso em 5 dez 2018]. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/norteadorconsultoriona%20ruabaixa23122016.pdf>.

5. Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania de São Paulo. Programa Operação Trabalho LGBT [internet] [acesso em 5 fev 2019]. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/direitos_humanos/lgbt/programas_e_projetos/index.php?p=150965.

6. Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania de São Paulo. Projeto Reinserção Social Transcidadania [internet] [acesso em 5 dez 2018]. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/desenvolvimento/cursos/operacao_trabalho/index.php?p=170430.

7. GGB - Grupo Gay da Bahia. O que é o GGB (nossa história) [internet] [acesso em 4 out 2021]. Disponível em: <https://grupogaydabahia.com.br/about/o-que-e-o-ggb-nossa-historia/>.

8. Mott L, Michels E. Assassinatos de LGBT no Brasil [internet] [acesso em 6 fev 2019]. Disponível em: <https://homofobiamata.files.wordpress.com/2017/12/relatorio-2081.pdf>.

9. Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania de São Paulo. Política Municipal de Atenção à saúde Integral da População LGBT: apresentação do Plano operativo 2014/2015 [internet]. 2021 [acesso em 4 out 2021]. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/direitos_humanos/participacao_social/Relatoria%20Final%20LGBT%20Saude.pdf.

10. Prado B. Prefeitura inicia atendimento de hormonioterapia para transexuais [internet]. Prefeitura Municipal de São Paulo. 1 out 2015 [acesso em 5 dez 2018]. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/noticias/?p=204474>.

11. Santos ELO. A longitudinalidade e o controle da tuberculose: intervenções de equipes de Consultório na Rua no Município de São Paulo [dissertação]. São Paulo: (acrescentar a instituição) 2020.

Antagonismo sexual ou complementaridade entre os gêneros? Apontamentos para um debate sobre gênero na Antropologia da Amazônia

Sexual antagonism or gender complementarity? Notes for a debate on gender in Amazonian Anthropology.

Janaina de Alencar Ribeiro¹

Resumo

Considerando como correta a vinculação entre feminismo e Antropologia Social, especificamente o entendimento da opressão feminina e a pertinência de sua universalidade, as teóricas feministas, com o intuito de estruturar sua atuação política, paulatinamente acabaram por apropriar-se dos resultados dos estudos etnológicos e antropológicos – mesmo que tais estudos fossem preliminares e centrados em contextos etnográficos diversos e particulares. Desse modo, para o feminismo, os estudos antropológicos serviram para aperfeiçoar seus argumentos que reivindicam a constatação da universalidade da opressão feminina. A maioria desses debates foi pautada, portanto, em estudos antropológicos que tratam do complexo ideológico do “antagonismo sexual” – definido por Quinn (1974) por meio de exemplos como segregação dos espaços e das atividades rituais secretas às mulheres e às crianças, presença de estupros coletivos e sanção às mulheres frente a atos não desejáveis, incluindo a percepção do sangue menstrual como uma “poluição feminina”. Já outra corrente de estudos, que chamo aqui de “complementaridade de gênero”, surgiu focada na construção da “diferença de gênero” para cada contexto específico e evitando generalizações e universalizações de categorias que são propriamente ocidentais.

Palavras-chave: Relações de gênero; Mulheres indígenas; Teoria antropológica; Povos da Amazônia.

Abstract

Taking for granted the link between Feminism and Social Anthropology and, specifically, on the understanding of female oppression and the relevance of its universality, as feminist theorists, not intending to structure their political action, they gradually ended up appropriating the results of the ethnological and anthropological studies - even if such preliminary studies are centered on different and particular ethnographic contexts. In this way, for Feminism, anthropological studies served to improve its arguments that claim the verification of the universality of female oppression. Therefore, most of these debates were based on anthropological studies dealing with the ideological complex of “sexual antagonism” - defined by Quinn (1974), as examples of segregation of spaces and ritual activities secret to women and children, of presence of gang rapes, as well as the sanction of women in the face of undesirable acts, including the perception of a “female woman” of menstrual blood. Another current of Gender Studies, which I call here “gender complementarity”, emerged, focusing the construction of the “gender difference” for each specific context and avoiding generalizations and universalizations of categories that are properly Western.

Keywords: Gender relations; Indigenous women; Anthropological theory; Amazonian peoples.

Introdução

Na Antropologia, podemos identificar, no mínimo, dois movimentos sobre a problemática do gênero. O primeiro ocorre no âmbito dos clássicos, com Morgan – um dos fundadores da Antropologia – em sua versão evolucionista, com a publicação de “Sistemas de

¹ Janaina de Alencar Ribeiro (najavabr@yahoo.com) é cientista social pela Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo (Fesp-SP) e mestranda em Antropologia Social na Universidad de Buenos Aires (UBA), na Argentina.

Consanguinidade e de Afinidade na Família Humana”¹, de 1871, e em sua versão funcionalista com Malinowski, na obra “A Vida Sexual dos Selvagens”², publicada em 1929. Da Antropologia Clássica até a obra estruturalista de Lévi-Strauss “As Estruturas Elementares do Parentesco”³, temos um longo e frutífero debate. Porém, o foco aqui será o segundo momento, que ocorre durante as décadas de 1960-70, quando a produção antropológica foi influenciada pelo ativismo político de feministas e os autores clássicos foram reinterpretados à luz de novos questionamentos.

O que reivindicamos é que a produção antropológica, ao mesmo tempo que influenciou os debates feministas, foi influenciada por eles; ou seja, há uma interrelação entre os estudos antropológicos sobre o papel da mulher na sociedade indígena e como as construções teóricas sobre a “diferença de gênero”, produzidas pelas feministas a partir de leituras antropológicas, terminam por validar teses sobre a universalidade da dominação masculina, visando orientar ações políticas concretas na sociedade das quais essas autoras são nativas.

Dando por certa a vinculação entre o feminismo e a Antropologia Social, especificamente sobre o entendimento da opressão feminina e a pertinência de sua universalidade, as teóricas feministas, com o intuito de estruturar sua atuação política, paulatinamente acabaram por apropriar-se dos resultados dos estudos etnológicos e antropológicos – mesmo que fossem preliminares e centrados em contextos etnográficos diversos e particulares. Desse modo, para o feminismo, os estudos antropológicos serviram para aperfeiçoar seus argumentos que reivindicam a constatação da universalidade da opressão feminina. A maioria desses debates pautou-se, portanto, em estudos antropológicos que tratam do complexo ideológico do “antagonismo sexual” –, definido por Quinn⁴ por meio de exemplos de segregação

dos espaços e das atividades rituais secretas às mulheres e às crianças, presença de estupros coletivos e sanção às mulheres frente a atos não desejáveis, incluindo a percepção do sangue menstrual como uma “poluição feminina”.

O complexo ideológico do “antagonismo sexual” foi primeiramente elaborado como um modelo de interpretação de eventos presentes nas culturas das ilhas da Melanésia, também conhecidas como Terras Altas ou Papua Nova Guiné⁴. Esse local foi considerado um nicho privilegiado para a análise das relações masculino-femininas a partir da década de 1970⁴, no qual se verificava o conjunto de características associadas ou não nas quais as mulheres ocupam um lugar de menor prestígio social se comparado ao dos homens.

Nela, a vida coletiva dos homens gira em torno da mobilização de grupos políticos (como os clãs) na busca de prestígio, tanto individual como coletivo, através das trocas com outros grupos, da guerra e da celebração de cultos. No contexto da exaltação da masculinidade dessas atividades, os homens depreciam a esfera da produção doméstica, na qual são proeminentes as mulheres. Em geral, as mulheres não buscam participação na vida coletiva dos homens e, em certas situações, estão especificamente impedidas de fazê-los em virtude de seu sexo ⁵ (p. 83).

Ao se apropriarem dos estudos antropológicos, as teóricas feministas Rosaldo e Ortner⁶, Chodorow⁷, Otner⁸, Brown⁹, Danday¹⁰, Sacks¹¹, Rubin¹² e Rosaldo¹³, para citar algumas, deram por certa a universalidade da opressão feminina, baseando-se prioritariamente nas oposições entre esferas e domínios particulares da ação social e sua divisão por sexos. Também evidenciaram,

além da separação entre dois domínios distintos – público e doméstico –, uma hierarquia do primeiro público sobre segundo, considerando que o público é o espaço onde o político e o ritual se vinculam aos homens e a esfera doméstica é o espaço restrito e relegado às mulheres, uma vez que elas são responsáveis pela reprodução, pela produção de alimentos e pelo cuidado com os filhos. Assim, o domínio feminino é visto por essas teóricas como “menor”, como um valor negativo em relação à esfera pública, política e ritualística pertencente aos homens.

Outra fonte utilizada para a comprovação da universalidade da opressão feminina pelo feminismo antropológico desse período são as teorias sobre o parentesco. Lévi-Strauss³, resumidamente, afirma que as mulheres, por mais que sejam as dádivas mais prestigiadas que existem, são objetos de trocas políticas ou comerciais feitas pelos homens; no plano teórico, elas também poderiam intercambiar homens, uma vez que essa troca não alteraria a lógica; porém, na prática, são os homens que trocam as mulheres para a obtenção de alianças de parentesco, já o inverso não se verifica. O feminismo se apoia nessa teoria como um de seus pilares, relativizando a variação das manifestações de tal opressão em cada contexto etnográfico.

Porém, ao se apropriarem dos estudos antropológicos, muitas feministas se esqueceram do dinamismo interno proposto pela própria Antropologia, que, por meio da corrente teórica “pós-moderna”, está imersa em ciclos constantes de reavaliação do próprio campo antropológico, e até mesmo de sua capacidade de conhecer a realidade dos “outros” povos. Nessa perspectiva, há teóricos que questionam o estatuto do próprio conhecimento antropológico, visão cuja versão mais radicalizada está presente nas obras de Rabiwow¹⁴, Clifford e Marcus¹⁵. Apesar

das diferenças de enfoque, esses autores acabam por criticar o “olhar antropológico” sobre os “outros” e chegam a afirmar de que ele nada mais é do que um olhar marcado por categorias e concepções geradas no Ocidente, desenvolvidas e utilizadas para um projeto de colonização. Para os estudos de gênero, na discussão sobre os papéis e relacionamentos entre os sexos, o equivalente seria a ampliação dessa dicotomia do “nós” e “outros” para outra que hierarquiza a esfera pública (mais valorizada) em relação à privada e doméstica.

Este artigo se propõe a retomar, sinteticamente, as ideias das principais teóricas do feminismo e como essas autoras articularam suas teorias, e em um segundo momento, como foram retroalimentados os debates feministas e da própria Antropologia sobre as questões sexo/gênero.

Antropologia do gênero

Segundo Lasmar¹⁶, as décadas de 1970-80 foram marcadas por uma grande produção de estudos de gênero. porém, considera-se que a etnografia amazônica não foi protagonista, o que pode sugerir que, na época, os estudos americanistas não participavam do debate internacional. já no final da década de 1980, os estudos amazonistas ganharam grande relevância internacional, impulsionados pela teoria do “perspectivismo ameríndio”, desenvolvido por Viveiros de Castro¹⁷ e outros autores.

Se, por um lado, o Estado brasileiro incipiente, conforme Lasmar¹⁶, não estimulou o estudo dos povos nativos como ocorreu na África, onde o colonialismo estava atrelado aos estudos antropológicos –, em âmbito nacional pairava a ideia de um “índio genérico”, definido, basicamente, a partir de dois ideais opostos: ora como reserva moral da humanidade, situação em que era exaltada a ideia de sua pureza; ora como selvagem

ou bárbaro. Particularmente sobre as mulheres indígenas, nessas abordagens acentuava-se a ideia de que eram degradadas sexuais por apresentarem um instinto sexual desenfreado, assim como aptas ao canibalismo.

O papel de iniciadoras sexuais e a decrepitude física das velhas índias, vistas pelas lentes da misoginia cristã e interpretados a partir da teoria da degradação natural, deram origem a uma representação da velha como reservatório da lascívia da sociedade tupinambá. Essa concepção generalizava a equação entre o feminino e a luxúria de uma sexualidade supostamente exacerbada e falta de pudor - a da perspectiva dos primeiros observadores aparece como insígnia da decadência moral dos habitantes do Novo Mundo – eram atributos das mulheres; neste caso, os homens indígenas foram relativamente poupados” (p. 146).

A ideia que se reproduz no imaginário nacional é a da mulher indígena disponível ao colonizador e que, dessa união, se dá a formação do “povo brasileiro”. Tal concepção está presente na obra de Gilberto Freyre, “Casa Grande e Senzala”¹⁸, difundida e absorvida de modo geral pela sociedade brasileira, assim como nas obras de Darcy Ribeiro, em especial em “O Povo Brasileiro”¹⁹.

Assim, até os anos 1950, os estudos antropológicos foram marcados pela questão da integração dos nativos à sociedade nacional²⁰. Somente a partir das décadas de 1960-70, quando surge o *Harvard Central-Brazil Research Project* (HBCP), introduzido pela Universidade de Harvard em parceria com o Museu Nacional da Universidade Federal do Rio de Janeiro (MN/UFRJ), os

povos indígenas ganham destaque internacional e passam a ser alvos de estudos mais sistemáticos, embora a invisibilidade das mulheres indígenas ainda prevalecesse.

Segundo Lasmar²⁰, são quatro os principais motivos para a invisibilidade das mulheres indígenas:

(1) o “*bias* masculino”, ou viés masculino, é a onipresença do ponto de vista masculino nas análises das sociedades²⁰: “... a hegemonia da Ciências Sociais, que, tendo dominado a Antropologia até bem pouco tempo, contaminou também a reflexão inicial sobre a Amazônia indígena” (p. 147). Hoje, é sabido que não basta que antropólogas estudem os povos indígenas, pois, mais do que a necessidade de mulheres fazerem Etnografia, é preciso ter como programa de pesquisa as questões relacionadas ao gênero e que foquem as mulheres e sua relação com o masculino;

(2) a estagnação teórica etnológica, uma vez que somente após o advento dos estudos de corporalidade, aproximadamente a partir da década de 1980, é que a produção ameríndia entra para o debate antropológico internacional de forma consolidada;

(3) a estrutura social própria das estruturas ameríndias, que por sua particularidade contribui para a invisibilidade da mulher indígena¹¹ devido à segregação social que lhes destina o espaço e às atividades femininas mais ligadas à esfera doméstica e à criação das crianças pequenas, ao mesmo tempo que remete o homem à ocupação do papel de agente de contato com o mundo exterior (espaço valorizado no Ocidente), assim como às tarefas de caça e guerra, além dos rituais masculinos secretos às

¹¹Aqui, cabe uma ressalva: por mais que Lasmar tenha como proposta uma análise crítica dos modelos teóricos em que a dominação masculina é um pressuposto, a autora reproduz a mesma lógica quando afirma que são as próprias sociedades indígenas que favorecem a invisibilidade das mulheres, pois está se pautando pelo próprio *bias* masculino que critica.

mulheres (que pressupõem que não há espaços femininos secretos) e a ausência de rituais femininos correlatos; e

(4) a desvalorização do doméstico, como mostra Overing²¹, apontando que, somente aos poucos, a dimensão dos estudos de gênero é incorporada à análise etnológica como fato fundamental, uma vez que o fator gênero recorta quase a totalidade dos aspectos da vida social dos povos estudados.

A primeira fase das teorias de gênero na Antropologia

Segundo Lasmar¹⁶, as décadas de 1970 e 1980 foram marcadas por uma grande efervescência teórica nos estudos antropológicos de gênero com o intuito de entender e justificar a subordinação política da mulher nas sociedades humanas. Os trabalhos dos anos 1970 foram marcados pela preocupação com a origem e as causas da dominação masculina, entendida como universal. Até então, praticamente inexistiam pesquisas sobre o papel da mulher nessas sociedades, aspecto que foi negligenciado pelos cientistas sociais e restringido aos estereótipos de mãe e esposa passiva, não tendo relevância teórica para o estudo sistemático do papel do feminino.

Ortner e Rosaldo, na coletânea “Woman, Culture e Society”²², propõem as dicotomias entre natureza versus cultura e público versus privado como hipóteses explicativas para a subordinação social da mulher nas sociedades indígenas, influenciando grande parte da produção daquela década, em uma clara tentativa de responder às questões colocadas pela militância feminista. Fazia-se urgente o entendimento de como tal dominação masculina foi construída visando a elaboração de estratégias de mudanças concretas para a sociedade contemporânea. A coletânea também denunciou o *bias* masculino etnográfico

e reafirmou a compreensão de uma universalidade do fenômeno da dominação masculina nas diferentes culturas humanas.

Chodorow⁷, em seus estudos, explorou as relações entre o papel central da mulher no processo de socialização primária da criança e a desvalorização social do feminino, discutindo que, devido à separação entre público e privado, as crianças passam a maior parte do tempo com as mulheres. Dessa forma, segundo a autora, a menina aprenderia como ser mulher por meio de suas relações cotidianas com outras mulheres, enquanto o menino teria uma vaga noção do que é ser homem, sendo, por isso, necessário, que venha a rejeitar gradativamente o mundo feminino enquanto cresce e, simultaneamente, vá sendo incorporado ao mundo dos homens.

Ortner⁸, inspirando-se em Lévi-Strauss, acredita na existência de uma estrutura lógica universal subjacente ao pensamento cultural como matriz simbólica da subordinação feminina. Também parte da oposição público versus privado, crendo que tal distinção deriva da oposição natureza versus cultura, de forma que a última teria capacidade socializadora em oposição à primeira, que seria passiva. Assim, elege a própria natureza fisiológica feminina como perpetuação da espécie, identificando-a com a animalidade e a natureza.

Judith Brown⁹ afirma que a subordinação feminina está ligada à dominação econômica exercida pelos homens, já que o poder deles estaria relacionado ao controle da terra, das sementes e dos instrumentos de trabalho a partir das sociedades agrárias. Na mesma linha posiciona-se Sanday²³, propondo um modelo em que divide a sociedade entre as esferas da reprodução, da subsistência e da defesa. A reprodução (gestação e pós-parto) inviabilizaria a participação da mulher na defesa do grupo, cabendo a ela somente

o direito à esfera privada. Assim, apenas quando há grande participação da mulher na subsistência é que seu *status* tenderia a crescer.

Sacks¹¹ atualiza as ideias de Engels, publicadas em “A Origem da Família, da Propriedade Privada e do Estado”²⁴, discordando apenas da afirmação de que o baixo *status* social da mulher seria causado pelo advento da propriedade privada. Para ela, isso é fruto da produção capitalista, que prestigia a produção pública para troca de produtos, que é de responsabilidade masculina; já a produção doméstica é para uso interno e de responsabilidade feminina, portanto, não valorizada por ser não comercializável.

Rubin¹² elabora a teoria do sistema sexo/gênero apoiando-se na teoria do parentesco de Lévi-Strauss sobre a troca de mulheres como evidência da assimetria sexual, na qual o homem é o agente da troca como doador/fornecedor das mulheres, que são dádivas. Nessa condição, as mulheres perdem seu poder político, já que são “operadas”, e não operadoras das trocas; assim, o modelo teórico em que as mulheres são vistas como dádivas as situa sempre em posição subordinada.

independentemente do recorte analítico utilizado – seja pela ótica do parentesco, da produção, ou da socialização –, a conclusão de todas essas autoras é que, de formas múltiplas e em diferentes contextos etnográficos, a mulher e o feminino ocupam um espaço, campo ou domínio menos privilegiado que o masculino e, muitas vezes, também controlado pelos homens.

A segunda fase das teorias de gênero na Antropologia

A segunda fase das teorias de gênero na Antropologia, conforme caracterizada por Lasmar¹⁶, ocorreu na década de 1980, quando as feministas passaram a analisar os processos sociais

das relações entre os sexos/gêneros em sociedades particulares, com foco no tema da assimetria sexual. Nessa abordagem, a dominação masculina como universal deixa de ser o eixo teórico, e as análises passam a utilizar as dicotomias público versus privado e natureza versus cultura.

A crítica a essas dicotomias surge com Bacdayan²⁵, que, apresentando dados do grupo dos bontoc, das Filipinas, demonstra que tanto homens como mulheres podem executar as tarefas domésticas – o que exclui a própria existência de uma “esfera doméstica” como estritamente feminina –, criando, nesse caso, uma esfera onde há igualdade entre os sexos.

Schlegel²⁶ também produz uma crítica ao determinismo da teoria de Rosaldo¹³ ao demonstrar que, entre os hopi – grupo indígena norte-americano da região do Arizona –, a associação da mulher com a esfera doméstica concedia a ela um alto valor, justamente por estar vinculada à reprodução e à maternidade.

Strathern²⁷ é a principal referência da década de 1980 e concentra suas críticas, de cunho epistemológico, na dicotomia natureza versus cultura, desconstruindo os conceitos de “natureza” e “cultura” ao fornecer o panorama histórico de suas construções. A autora acaba por criticar a análise estruturalista, sugerindo que esta não leva em consideração as variações culturais dos conteúdos simbólicos presentes na dicotomia e que, por isso, não poderia ser utilizada sem a contextualização que justamente lhe conferiu significado, denunciando o *bias* ocidental presente e reificado no uso recorrente da dicotomia natureza versus cultura.

Tal dicotomia foi consagrada nos estudos antropológicos a partir do trabalho de Lévi-Strauss³ e depois utilizada por Ortner⁸. Porém, o conceito “natureza” já se situa em uma polêmica ideológica desde o século XVIII, já que é apontada

ora como passível de explicação pela ciência, ora inexplicável. A partir daí, ao se associar a mulher à natureza, passa-se a adotar uma explicação conservadora e depreciativa com relação à reprodução, visão influenciada pela medicina contemporânea emergente no Ocidente que, em oposição à percepção das parteiras, associa as mulheres à natureza de forma pejorativa. Por isso, a ambiguidade e a complexidade do conceito de “natureza” inviabilizam seu uso de forma neutra e universal, induzindo, como afirma Strathern²⁷, a preconceituosa associação da oposição natureza versus cultura às noções de indivíduo versus sociedade, e de mulher versus homem.

Rosaldo¹³, posteriormente, produziu uma autocrítica à sua percepção inicial de que a maternidade seria o fator que situaria a mulher em uma situação de inferioridade social. Ela afirma que isso seria o mesmo que dizer que as mulheres são inferiores em si mesmas, o que condicionaria a dominação à própria fisiologia feminina. A partir dessa autocrítica, irá propor o resgate da mulher enquanto agente social.

O segundo objeto de críticas foi elaborado por Colier e Yanagisako²⁸ e é a dicotomia público versus privado, que associa a mulher à esfera doméstica e a alguém que sofre constrangimentos por ser reprodutora e mãe. Essas autoras chamam a atenção para as diferenças nas experiências femininas na esfera doméstica conforme as múltiplas formas de organização cultural, política e econômica das sociedades, destacando que, para superar esse problema, é necessária a adoção da perspectiva feminina em contrapartida ao *bias* masculino. Para isso, elaboram duas premissas: a primeira aponta que as antropólogas estariam mais preparadas para compreender a experiência subjetiva de informantes femininas do que os homens antropólogos; a segunda, que há uma possível contaminação da própria ideologia de gênero do pesquisador ocidental que se centra na diferença entre os sexos como

pré-requisito para suas análises. Assim, questionam a homogeneidade das categorias de oposição homem versus mulher nas análises das diferentes sociedades e a universalidade dessa dicotomia, evidenciando a necessidade de transcender tais concepções tradicionais utilizadas no Ocidente e de se produzir análises centradas nos papéis sociais exercidos por homens e mulheres em cada sociedade, em particular verificando como essa diferença se produz.

A influência de Marilyn Strathern nos estudos amazônicos

Strathern⁵ se dedica ao estudo dos povos das ilhas da Melanésia, entre os quais o simbolismo de gênero exerce um papel importante na conceituação da vida das pessoas, indo além das representações ligadas exclusiva e explicitamente à sexualidade ou à construção de gênero. a perspectiva de gênero, nesse contexto etnográfico específico melanésio, não se limita a conceituações relacionadas à sexualidade humana, mas engloba outras esferas relacionadas ao tema, permitindo analisar concomitantemente a construção da sociabilidade e das próprias práticas melanésias de conhecimentos somadas às suas próprias simbolizações de gênero.

Entendo por gênero aquelas categorizações de pessoas, artefatos, eventos, sequências etc. que se fundamentam em imagens sexuais – nas maneiras pelas quais a nitidez das características masculinas e femininas torna concretas as ideias das pessoas sobre a natureza das relações sociais⁵ (p. 20).

Essa corrente de estudos, que aqui denominamos “complementaridade entre os gêneros” e cuja expoente principal é Strathern, propõe a questão

fundamental sobre a necessidade revisão dos modelos de gênero propostos anteriormente. Nessa perspectiva, se destaca a revisão do significado atribuído à esfera doméstica no Ocidente, ampliando a crítica epistemológica do uso da categoria natureza em oposição à categoria cultura – paradigma fundamental para a epistemologia e fundamentação teórica que vem sendo adotada ampla e erroneamente, situando a natureza como ordem menos social e sem possibilidade de *agency* humana e a cultura como a única com esse potencial, e por isso, mais social e provida de capacidade reflexiva.

Assim, a grande contribuição de Strathern⁵ é demonstrar que tal fundamentação teórica não tem validade para os povos da Melanésia, onde a noção de doméstico não se circunscreve ao conteúdo do pensamento ocidental. Por mais que as etnografias abordem a questão da vinculação da mulher ao domínio doméstico, não significa que elas, apenas por estarem nesse espaço, pertençam a uma sub-humanidade, ou que não sejam plenamente humanas ou sociais. As próprias categorias, como “sociedade”, deveriam ser revisitadas, e não exportadas para qualquer contexto etnográfico como se fossem universais; ou seja, a tradição ocidental não pode esperar encontrar em outras culturas a solução para seus próprios problemas metafísicos, como é o caso das relações entre indivíduo e sociedade.

Para Strathern⁵, o equívoco de se usar de conceitos considerados universais também está presente na utilização indiscriminada de “rito de iniciação”, entendido no Ocidente enquanto essencial para o processo de socialização e que se traduz na transformação de produtos da natureza em criações culturais, tendo o poder de converter pessoas não plenamente aptas em indivíduos partícipes da sociedade englobante.

Essas extrapolações de usos conceituais derivam de um impulso antropológico originado

nas maneiras ocidentais de criar o mundo e que, segundo a autora⁵, não poderiam ser concebidas como de relevância universal só por darem conta de temas e problemas profundamente ocidentais.

O perigo provém não simplesmente dos valores particulares que as representações de gênero ocidentais atribuem a esta ou aquela atividade, mas dos pressupostos subjacentes a respeito da natureza da sociedade e como tal natureza é transformada em objeto de conhecimento. Só invertendo esses pressupostos através de uma escolha deliberada é que ‘nós’ podemos entrever o que ‘outros’ pressupostos possam parecer. O conseqüente eixo nós/eles, ao longo do qual é escrito este livro, é uma tentativa deliberada de conseguir esse vislumbre através de um diálogo interno nos limites de sua própria linguagem. Não há nada de condescendente em minhas intenções (p. 28-29).

Strathern⁵ também critica o uso do conceito de “dádiva”, categoria adotada como definidora da política de reciprocidade e como arcabouço ou base da integração societária por meio de trocas que intercambiam bens valiosos. Para a autora, a troca de dádivas é vista, assim, como um ato em si mesmo, uma transação que mobiliza itens de várias espécies, homens e mulheres, como posses ou recursos à disposição do negociador, e no qual o próprio comportamento de trocar é assumido como neutro. Na Melanésia, ao contrário, a troca de dádivas acompanha os eventos do ciclo de vida e são instrumentos de competição política.

As dádivas muitas vezes subsomem as próprias pessoas, especialmente sob regimes patrilineares em que as mulheres

são transferidas de um conjunto de homens para outro através do casamento, embora esse não seja o único contexto em que os objetos, ao passar de doador a receptor, parecem ser categorizados como masculino ou feminino. Entretanto, não se pode interpretar de antemão tais imputações de gênero, nem mesmo quando os itens doados parecem ser as próprias mulheres. Não se segue que somente as ‘mulheres’ carreguem consigo uma identidade “feminina”. A base da classificação não é inerente aos objetos em si, mas refere-se a como eles são transacionados e para que fins. A ação é uma atividade que possui gênero (p. 22).

Strathern⁵ afirma que, na cultura Melanésia, tal comportamento é investido de gênero, por isso, se faz necessário explorar a maneira como as imagens de gênero estruturam os conceitos e as relações em cada sociedade, um dos projetos para a existência de uma Antropologia Feminista.

Antagonismo sexual e complementaridade sexual na etnologia da Amazônia

Após a publicação de “*Gender in Amazonia and Melanésia*”, em 2001, por Gregor e Tuzin²⁹, autores como Descola³⁰ passaram a afirmar que a pertinência de estudos de gênero na Amazônia não se faz relevante como é para a Melanésia. Apesar disso, os estudos de gênero na Amazônia se apropriaram dos instrumentos analíticos de antagonismo sexual, utilizados na década de 1970 na Melanésia, que associam os homens à esfera pública, ritualista e política e as mulheres à natureza, ao doméstico e ao privado. São exemplo trabalhos sobre os munduruku³¹, sociedades do Alto Rio Negro³² e os mehinaku do Alto Xingu³³.

Nessas sociedades, ou os rituais de iniciação masculina são proibidos às mulheres ou elas têm participação restrita e não há um ritual correspondente feminino – exceto se considerarmos a menstruação, o parto e o pós-parto como campos ritualísticos. Nesse caso, a própria categoria de ritual entraria em colapso, justamente porque as atividades relacionadas à menstruação, à gestação e ao parto são recorrentes e exclusivas do sexo feminino.

O exemplo mais marcante da presença da aplicação da visão de “antagonismo sexual” sobre os povos amazônicos está no uso dicotômico das categorias natureza versus cultura. Tal uso se consolida nas décadas de 1960-70 por meio do *Harvard Central-Brasil Research Project* (HCBP)³⁴, inspirado no trabalho de Lévi Strauss em “Estruturas Dualistas Existem?”³⁵, declara em estudo sobre os bororo e jês:

A oposição entre centro e periferia é também a que existe entre homens (proprietários da casa coletiva) e mulheres (proprietárias das choças de família do contorno... onde a relação entre centro e periferia exprime duas oposições; entre masculino e feminino, entre sagrado e profano: o conjunto central, formado pela casa dos homens e a praça de dança, é o palco da vida cerimonial, enquanto a periferia está reservada às atividades domésticas das mulheres, excluídas por natureza dos mistérios da religião (p. 157-158).

Portanto, todas as tarefas femininas – criação dos filhos, alimentação, artesanato, agricultura, o cuidado do núcleo familiar – são comumente consideradas inferiores em um quadro teórico que privilegia o centro da aldeia e o espaço político, ocupado pelos homens. Assim,

desvaloriza-se o trivial, o cotidiano, as conversas descontraídas, a reprodução, o cuidar para a manutenção da vida, a produção dos alimentos – aspectos são relegados à periferia e não são alvos de análises sistemáticas.

Os karajá, estudados por Rivière, citado por Muller³⁶, também foram analisados por perspectivas que, constituindo outro exemplo teórico hierárquico da relação entre os sexos, presente na divisão sexual do trabalho. Um dos aspectos do “antagonismo sexual” apontados por Muller é que:

Neste caso, afirma-se que apesar de interdependência econômica da divisão do trabalho não há igualdade: as mulheres trabalham mais e o produto de seu trabalho é usado pelos homens. Segundo esse modelo, há uma relação entre o nível de complexidade na elaboração dos produtos agrícolas (mais alto do que o tecnicamente necessário) e o controle dos homens sobre as mulheres (p. 21).

Esse modelo é criticado por Vanessa Lea³⁷ em relação ao estudo dos kayapó-mebengokre, apontando a exclusão do olhar sobre o doméstico e a exclusão das mulheres:

O PHBC não somente relegou as mulheres à periferia como também representou um passo adiante na caracterização da filosofia dualista que passou a sintetizar a perspectiva Jê-Bororo, acrescentando ainda a oposição biológico x social. Os homens são tidos como monopolizadores da vida cerimonial e política, enquanto as mulheres, menos plenamente sociais, mais próximas à natureza, em função da sua posição na periferia da aldeia, próxima à floresta circundante,

contendo-se com os afazeres domésticos – preparação dos alimentos e cuidado com as crianças (p. 3).

Mas há outras vozes no debate, modelos explicativos cujas perspectivas reivindicam o “princípio da diferença” como alternativa ao princípio da hierarquia, como explica Müller³⁶:

Para Overing (1986:146), o princípio da diferença nas cosmologias indígenas, ao qual tem se dado muita atenção, não é necessariamente um mecanismo que cria hierarquia. Para esta autora, pode criar também igualdade e complementaridade. A mesma atenção, por outro lado, não tem sido dada, segundo ela, à maneira pela qual, conceitualmente, os sexos podem ser vistos como compartilhando uma humanidade comum (p. 21).

Ou quando Müller³⁶ analisa o uso da “diferença” na análise das relações sexuais:

Por exemplo, a relação homem /mulher ora se realiza tendo como organizador do discurso do homem, desempenhando o papel de xamã, no campo ritual, ora tendo a mulher esta posição, desempenhando papel de artista, no campo da arte gráfica (p. 26).

Outra perspectiva proposta para as análises das relações sociais amazônicas são os estudos que denominamos de “complementaridade de gênero”, que surgem em oposição ao marco do “antagonismo sexual”. Levar em consideração o “princípio da diferença” pode substituir a percepção da hierarquia nas atividades de gênero, se

filiando aos estudos britânicos que tentam reformular o entendimento da organização social da região das Terras Baixas da América do Sul. É o que fazem Gow³⁸⁻³⁹, McCallun⁴⁰⁻⁴¹, Overing⁴²⁻⁴³ e Belaunde⁴⁴ ao buscarem uma postura crítica perante alguns pressupostos teóricos da vida social, incluindo os estudos de gênero, colocando-os em diálogo com a etnografia melanésia, principalmente com a de Strathern⁵.

Nesse sentido, Gonçalves⁴⁵ afirma:

nosso programa de trabalho é o de tomar o gênero em sua acepção mais abstrata, denotando, não mais “feminino” ou “masculino”, mas diferenças postas em relação no interior de um sistema cultural e socialmente dado; tratar do gênero enquanto englobado nos princípios cosmológicos mais gerais que organizam e ordenam a diferença no mundo a partir de uma concepção do que significa a Diferença (p. 9).

Tal como havia feito Strathern⁵, esse conjunto de autores evita deliberadamente certos pressupostos analíticos (como natureza versus cultura, indivíduo versus sociedade, biológico versus social, domínio doméstico versus domínio público), propondo-se a superá-los por meio da análise etnográfica, buscando evidenciar o ponto de vista dos nativos. Assim, elevam o rigor dos estudos de gênero e suas análises sobre a divisão sexual do trabalho, centrando-os na vida das mulheres e em suas culturas específicas, e não a partir de pressupostos, valores ou significados associados ao “antagonismo sexual” como base explicativa obrigatória.

A partir dos estudos entre os kaxinawá, McCallun⁴⁰ examina as relações entre homens e mulheres e a divisão do trabalho e propõe uma interrelação entre ambas – o que a autora definiu como *agency* masculino e feminino:

As mulheres adultas, já impregnadas de saber e força criadora – adquiridos mediante um longo processo de fabricação corporal (McCallun, 1989 e 1996) – processar as aquisições masculinas e torná-los apropriados ao consumo (p. 129).

Nessa linha de raciocínio, verifica-se que cabe ao homem, após adquirir saberes e forças específicos, aprender a lidar com o mundo exterior ao doméstico, pois tem a responsabilidade de buscar outros conhecimentos, comidas e objetos para entregar às mulheres.

Colocar nas mãos da mulher o produto da caça ou dos negócios é afirmar a centralidade da mulher e efetuar a reinserção do homem no interior, além disso, a mulher ao transformar e distribuir o produto, não só simboliza o interior, mas também o recria, pois fazer parentes é fazer o lugar dos “meus parentes”. Este espaço é o lugar da humanidade como um fenômeno vivido diariamente⁴⁰ (p. 129).

A autora, nesse estudo específico sobre os kaxinawá, segue descrevendo um tipo de visita feminina feita a outras casas em busca de alimento para consumo imediato e para a alimentação posterior da parentela. Para McCallun⁴¹, é uma situação típica em que se estabelecem novas relações de reciprocidade e a reafirmação de relações de parentela em uma atitude de “predação”, geralmente caracterizada como masculina. Tenta, assim, mostrar que as fronteiras entre os papéis dos dois sexos são flexíveis e não tão estáticos como propõem os autores já citados nas análises marcadas pelo “antagonismo sexual”.

Considerações finais

De modo geral, as discussões tradicionais passam pela validação da subordinação do papel da mulher em relação ao ocupado pelos homens, sempre mais prestigiado. A constatação feita por etnógrafas a partir da década de 1970 é de que as mulheres, em todas as sociedades, ocupam posição subordinada em relação aos homens, o que é justificado pela argumentação do funcionamento fisiológico feminino de reprodução. Pelo fato de dar à luz, a mulher ocuparia um papel inferior ao do homem, tese que reproduz a associação do feminino ao domínio da natureza e a cultura ao domínio masculino.

No mesmo sentido, outras autoras, como Rosaldo, constroem a oposição “público *versus* privado/doméstico”, afirmando que a desigualdade entre homens e mulheres se produz por meio do desequilíbrio na distribuição do poder na sociedade, que consideram suficiente para afirmar que tal desigualdade seria universal.

Na mesma linha, autores como Ortner confirmam o status subordinado da mulher a partir da perspectiva de que cada cultura elaboraria suas próprias formas de privá-las de poder e atribuí-lo aos homens, conforme uma teoria de que existe uma regra cultural universal que substituiria a base biológica desigual.

Strathern é a autora que apresenta uma mudança teórica significativa nesse enfoque, assinalando que o campo do gênero se extrapola como problema central para outros âmbitos da vida social. Gonçalves concorda ao propor uma perspectiva mais abrangente, de que as diferenças de gênero devem ser entendidas como uma categoria conceitual e fundante das cosmologias e, de maneira mais global, do próprio pensamento sócio-cosmológico. Isso introduz a diferença sexual como forma de simbolismo e simbolização, escapando de generalizações teóricas do

tipo “submissão feminina” *versus* “dominação masculina” e à oposição entre natureza *versus* cultura, desvinculando os estudos de gênero e o feminismo para que não caiamos em análises contaminadas por perspectivas sexuais, políticas e ideológicas ocidentais. Os estudos de gênero devem ser considerados como algo que une, e não que separa; algo que aponta a construção das relações sociais, interconectando-as.

Soma-se a essas contribuições o enfoque mais radical de Overing, que apresenta o gênero como uma criação do Ocidente, problema que, como os conceitos de natureza, cultura e seus dualismos, não seria passível de generalizações para outras culturas. Apesar dessa percepção, Gonçalves não adere completamente às críticas produzidas por Overing, temendo o risco de se cair no esvaziamento em vez de solucionar os problemas discutidos nos estudos de gênero.

Assim, são apresentadas outras formas de interpretação que incorporam e transformam as dicotomias utilizadas correntemente nos estudos das sociedades indígenas, inclusive brasileiras, e sobretudo em relação aos papéis sociais e às relações de gênero homem e mulher, associando-os às dicotomias construídas no ocidente. Essas abordagens podem ser visualizadas, no Brasil, nos estudos dos povos do Alto Rio Negro e dos kaxinawá

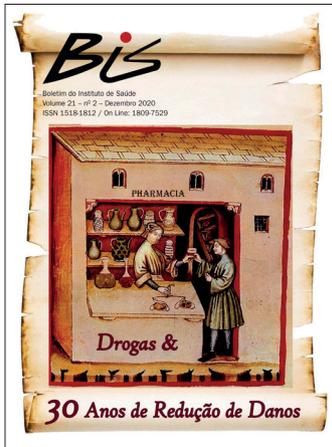
Esses dois contextos etnográficos seriam distintos ou encarados sob arcabouços metodológicos diferentes? O que podemos generalizar sobre as relações de gênero para a Amazônia? Até que ponto é possível generalizar essas premissas e em quais aspectos? Essas são algumas das questões ainda a serem respondidas pela Antropologia, tornando necessário o aprofundamento da discussão dos modelos interpretativos utilizados no Brasil com vistas a mapear as análises que vêm sendo produzidas nos estudos de gênero para a Amazônia.

Referências

1. Morgan LH. *Systems of Consanguinity and Affinity of the Human Family*. Washington (DC): Smithsonian Institution, 1871.
2. Malinowski B. *A vida sexual dos selvagens*. Rio de Janeiro: Francisco Alves Editora; 1979.
3. Lévi-Strauss C. *As estruturas elementares de parentesco*. Ferreira M, tradutor. Petrópolis: Vozes; 1982.
4. Quinn N. Anthropological studies on women's status. *Annual Review of Anthropology*. Annual Reviews Inc. 1977; (6):181-225.
5. Strathern M. O gênero da dádiva: problemas com as mulheres e problemas com a sociedade na Melanésia. Villalobos A, tradutor. Campinas: Editora da Unicamp; 2006.
6. Rosaldo M, Lamphere L. *A mulher, a cultura e a sociedade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.
7. Chodorow N. Family Structure and Feminine Personality. In: Rosaldo M, Lamphere L, editors. *Women, culture and society*. Stanford: Stanford University Press; 1974.
8. Ortner S. Está a mulher para o homem assim como a natureza para a cultura? In: Rosaldo MZ, Lamphere L. *A mulher, a cultura e a sociedade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1979.
9. Brown J. Iroquois women: an ethnohistorical note. In: Reiter R, editor. *Toward an Anthropology of Women*. New York: Monthly Review Press; 1975.
10. Sanday P. Female status in the Public Domain. In: Rosaldo M, Lamphere L, editors. *Women, culture and society*. Stanford: Stanford University Press; 1979.
11. Sacks K. Engels revisited: women, the organization of production and private property. In: Rosaldo M, Lamphere L, editors. *Women, culture and society*. Stanford: Stanford University Press; 1974.
12. Rubin F. The Traffic in Women: Notes on the Political Economy of Sex. In: Reiter R, editor. *Toward an Anthropology of women*. New York: Monthly Review Press; 1975.
13. Rosaldo M. The use and abuse of Anthropology: reflections on feminism and cross-cultural understanding. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*. 1980; 5(3):389-417.
14. Rabinow P. Discourse and power: on the limits of ethnographic texts. *Dialectical Anthropology*. 1985; 1-1
15. Clifford J, Marcus G. *A escrita da cultura: poética e política da etnografia*. Coelho MC, tradutor. Rio de Janeiro: Papeis Selvagens; 2016.
16. Lasmar C. *Antropologia feminista e etnologia amazônica: a questão de gênero nas décadas de 70 e 80 [dissertação]*. Rio de Janeiro: Museu Nacional da Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1996.
17. Viveiros de Castro E. A fabricação do corpo na sociedade xinguana. *Boletim do Museu Nacional*. 1979. (32):40-49.
18. Freyre G. *Casa grande e senzala*. Rio de Janeiro: Record; 1998.
19. Ribeiro D. *O povo brasileiro*. São Paulo: Companhia das Letras; 1995.
20. Lasmar C. Mulheres indígenas: representações. *Revista de Estudos Feministas*. Florianópolis [internet]. 1999 [acesso em 27 set 2021]; 3:1-14. Disponível em: file:///C:/Users/regina.figueiredo.ISAUDE2/Downloads/11989-Texto%20do%20Artigo-36828-1-10-20091117.PDF.
21. Overing J. Men control women?The 'catch 22' in the analysis of gender. *International Journal of Moral and Social Studies*. 1986; 1(2):135-156.
22. Ortner S, Rosaldo M. *Woman, culture e society*. Stanford: Stanford University Press; 1974.
23. Sanday P. Female Status in the Public Domain. In: Rosaldo M, Lamphere L, editors. *Women, Culture and Society*. Stanford: Stanford University Press; 1974.
24. Engels F. *A origem da família, da propriedade privada e do estado*. São Paulo: Boitempo; 2019.
25. Bacdayan A. Mechanistic cooperation and sexual equality among the Westrn Bontoc. In: Schlegel A, editor. *Sexual stratification: a cross-cultural view*. New York: Columbia University Press; 1977.
26. Schlegel A. Toward a Theory of Sexual Stratification. In: Schlegel A, editor. *Sexual stratification: a cross-cultural view*. New York: Columbia University Press; 1977.
27. Strathern M. No nature, no culture: the Hagen case. In: MacCormack C, Strathern, M, editors. *Nature, culture and*

- gender. Cambridge: Cambridge University Press; 1980.
28. Colier J, Yanagisako S, editors. Gender and kinship: essays toward an unified analysis. Stanford: Stanford University Press; 1987.
29. Gregor TA, Tuzin D, editors. Gender in Amazonia and Melanesia: an exploration of the comparative method. Berkeley: University of California Press; 2001.
30. Descola P. In the society of nature: a native ecology in Amazonia. Cambridge: Editions de la Maison des Sciences de l'Homme, Cambridge University Press; 1994.
31. Murphy Y, Murphy R. Women of the Florest. New York: Columbia University Press; 1974.
32. Hugh-Jones C. From the milk river: Spatial and temporal processes in Northwest Amazonia. Cambridge: Cambridge University Press; 1979.
33. Gregor T. Mehinaku. Chicago: University of Chicago Press; 2009.
34. Paes F. Maybury-Lewis: trajetória de vida no Brasil Central – Trajetórias [internet]. [entrevista]. Laboratório de Imagem e Som em Antropologia - DA - FFLCH – USP; 2002 [acesso em 27 set 2021]. Disponível em: <https://lisa.fflch.usp.br/node/216>.
35. Lévi-Strauss C. Les organizations dualistes existent-elles?. In: *Anthropologie structurale*. Paris: Plon; 1958. p.147-180.
36. Müller R. Os asurini do Xingu. Campinas: Editora Unicamp; 1993.
37. Lea VR. Gênero feminino Mebengokre (Kayapó): desvendando representações desgastadas. *Cadernos Pagu*. 2007; 3:85-116.
38. Gow P. Aprendiendo a defenderse: La historia oral y el Parentesco en el Bajo Urubamba. *Amazonia Indígena*. 1990; 11:10-16
39. Gow P. O parentesco como consciência humana: o caso dos Piro. *Mana*. 1997; 3(2):39-65.
40. McCalun C. Ritual Ana the Origin of Sexuality in the Alto Xingu. In: Harvey P, Gow P, editors. Sex and violence: issues in representation and experience. London: Routledge; 1994.
41. McCalun C. Morte e pessoa entre os Kaxinawá. *Mana*. 1996; II(2):48-84.
42. Overing J. Comments. Symposium Social time and social space in lowland South American societies. *Actes du XLII Congrès International des Américanistes*. 1977; (II):387-94.
43. Overing J. A estética da produção o senso de comunidade entre os Cubeo e os Piaroa. *Revista de Antropologia*. 1991; 34:7-33.
44. Belaunde LE. El recuerdo de luna: género, sangre, memoria entre los pueblos amazónicos, Lima. Universidad mayor de San Marcos; 2005.
45. Gonçalves MA Produção e significado da diferença: revisando o gênero na antropologia. *Lugar Primeiro*. 2000; 4.

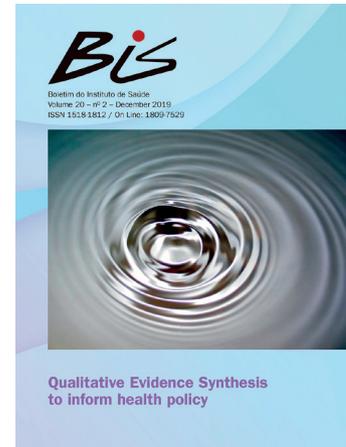
BIS – números já editados



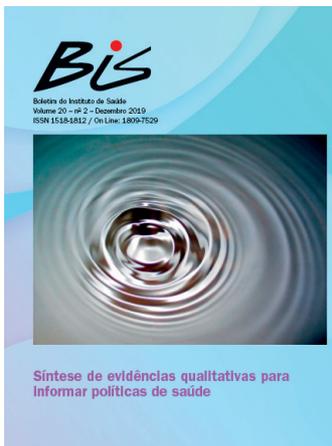
(v. 21 - nº 2) / 2020
Drogas & 30 Anos
de Redução de Danos



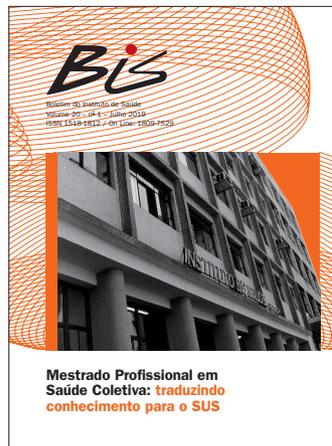
(v. 21 - nº 1) / 2020
Comunicação em Saúde
na Era Digital



(v. 20 - nº 2) / 2019
Qualitative Evidence Synthesis
to inform health policy



(v. 20 - nº 2) / 2019
Síntese de evidências
qualitativas para informar
políticas de saúde



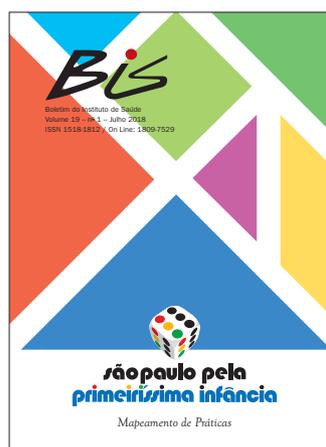
(v. 20 - nº 1) / 2019
Mestrado Profissional em
Saúde Coletiva: traduzindo
conhecimento para o SUS



(v. 19 - suplemento) / 2018
32º Congresso de Secretários
Municipais de Saúde do
Estado de São Paulo



(v. 19 - nº 2) / 2018
Diversidade Sexual
e de Gênero



(v. 19 - nº 1) / 2018
São Paulo pela
Primeiríssima Infância –
Mapeamento de Práticas



(v. 18 - suplemento) / 2017
31º Congresso de Secretários
Municipais de Saúde do
Estado de São Paulo



**SECRETARIA
DA SAÚDE**



**GOVERNO DO ESTADO
DE SÃO PAULO**