

A relação entre sexo, identidades sexual e de gênero no campo da saúde da mulher

Sex, gender, and sexual identities in women's health

La relación entre el sexo y las identidades sexuales y de género en el campo de la salud de la mujer

Luciane Marques de Araujo¹; Lucia Helena Garcia Penna^{II}

RESUMO: Trata-se de um estudo de reflexão teórica acerca da relação entre o sexo do corpo, a identidade sexual e a identidade de gênero, considerando o cotidiano da prática profissional de enfermeiras e médicos no campo da saúde da mulher. O estudo apresenta as conexões estabelecidas entre conceitos como corpo, gênero, identidade, sexualidade e seus efeitos na categorização das pessoas e na atenção à saúde da mulher lésbica. Pretende-se instigar a reflexão individual e coletiva, por parte dos profissionais de saúde e, em especial, de enfermeiras, sobre a multiplicidade de expressões de gênero e de sexualidade. É reconhecido que a reflexão é estruturante para transformar as mentalidades e as práticas de atenção à saúde, contribuindo para a qualidade da atenção à saúde das lésbicas, a partir da construção de uma relação respeitosa que proporcione a estas mulheres o ambiente terapêutico necessário à manifestação de suas reais e singulares necessidades de saúde.

Palavras-chave: Identidade de gênero; homossexualidade; violência; saúde da mulher.

ABSTRACT: This is a theoretical study on the relation between sex, sexual identity, and gender identity, considering the daily professional practice of nurses and doctors in the field of women's health. The study shows conceptual connections between body, gender, identity, sexuality, and their effects on the categorization of people and health care for the lesbian. It aims at fostering individual and collective reflection among health professionals, in general, and nurses, in particular, on the multiplicity of expressions of gender and sexuality. Reflection is identified as structuring to transforming attitudes and practices in health care and to ensuring higher quality care for lesbians. A respectful relationship builds up the therapeutic environment necessary for expression of those women's real and unique health needs.

Keywords: Gender identity; homosexuality; violence; women's health.

RESUMEN: Se trata de un estudio teórico sobre la relación entre el sexo del cuerpo, la identidad sexual y la identidad de género, teniendo en cuenta la práctica profesional diaria de las enfermeras y los médicos en el campo de la salud de la mujer. El estudio muestra las conexiones entre los conceptos como cuerpo, género, identidad, sexualidad y sus efectos en la categorización de las personas y el cuidado de la salud para la comunidad lésbica. Su objetivo es instigar a la reflexión individual y colectiva por parte de los profesionales de la salud, en particular a las enfermeras acerca de la multiplicidad de expresiones de género y sexualidad. Se reconoce que la reflexión está estructurando para transformar las actitudes y las prácticas de atención de la salud, contribuyendo para la calidad para la atención de salud para la comunidad de lesbianas, desde la construcción de una relación de respeto que propicie a estas mujeres el ambiente terapéutico necesario para la expresión de sus necesidades de salud reales y únicas.

Palabras clave: Identidad de género; homosexualidad; violencia; salud de la mujer.

INTRODUÇÃO

Uma ideia muito presente em nosso meio social é a de que existe uma conexão fundamental entre o sexo do corpo, a identidade de gênero e a identidade sexual.

Apesar da conexão entre estes aspectos não ter qualquer base natural, a falsa associação entre o sexo do corpo e as identidades de gênero e sexual promove, especialmente no campo da saúde da mulher, em

nome daquilo que se nomeia saúde, e no caso, saúde sexual e reprodutiva, a prescrição de modelos de sexualidade considerados saudáveis, normais e a discriminação das pessoas que são identificadas como desviantes da norma hegemônica, heterossexual.

As consequências, no cotidiano dos serviços de saúde, são atitudes profissionais discriminatórias que

^IEnfermeira Obstétrica. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professora Assistente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Doutoranda do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Brasil. E-mail: lmdearaujo@gmail.com.

^{II}Enfermeira Obstétrica. Doutora em Saúde da Criança e da Mulher pelo Instituto Fernandes Figueiras da Fundação Oswaldo Cruz. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Brasil. E-mail: luciapenna@terra.com.br.

promovem a vulnerabilidade de grupos específicos de pessoas e no caso deste estudo, mulheres com expressão de gênero masculino e principalmente, as lésbicas.

Esta constatação tem respaldo em estudos que já identificaram que há uma menor procura de serviços de saúde, por parte das lésbicas e os motivos referidos são: existência de discriminação; dificuldades das mulheres em assumirem a homo ou a bissexualidade, por considerar o espaço inoportuno para tal; e a negação do risco para certas doenças ginecológicas¹⁻³.

Cabe comentar que muitos dos problemas de saúde das lésbicas podem ser motivados pelos níveis elevados de sofrimento psíquico gerado por experiências de violência física, estrutural e simbólica na família, no trabalho e em lugares públicos a que estas mulheres são sujeitas, inclusive em instituições de saúde, e esta situação tem sido apontada como proporcionalmente alta em vários estudos sobre lésbicas, quando comparados à população heterossexual¹⁻³.

Portanto, no que se refere às especificidades de saúde de lésbicas, o que mais chama a atenção não são situações que dizem respeito necessariamente às características intrínsecas deste grupo, mas sim àquelas relativas às consequências das representações dos profissionais de saúde que recaem negativamente sobre as práticas sexuais e modos de viver dessas mulheres.

A partir desta problemática, pretende-se apresentar uma reflexão teórica acerca dos conceitos de corpo, gênero, identidade, sexualidade e violência no campo da saúde da mulher, o que se reconhece como estruturante para a transformação das mentalidades e das práticas.

O SEXO DO CORPO E AS IDENTIDADES DE GÊNERO E SEXUAL

Na espécie humana por determinação da biologia há machos e fêmeas. No entanto, a maneira de ser homem e de ser mulher é realizada pela cultura. Assim, o conceito de gênero dá conta da distinção entre a dimensão biológica e a dimensão social do ser humano, o que significa que homens e mulheres são produtos da realidade social, da cultura e não decorrência da anatomia dos seus corpos.

Esta divisão entre o feminino e o masculino está na ordem das coisas, ao mesmo tempo, em estado objetivado nas coisas, em todo o mundo social e, em estado incorporado, nos corpos e nos habitus dos agentes, funcionando como esquemas de percepção, de pensamento e de ação^{4,5}.

O mundo social constrói e impõe uma representação acerca dos órgãos sexuais, masculino e feminino, e essa representação, sendo incorporada nas mentes, se torna o fundamento da diferença social entre homens e mulheres. Portanto, a diferença bio-

lógica entre os sexos passa a ser vista como justificativa natural da diferença socialmente construída entre os gêneros. Para construir essa oposição entre o masculino e o feminino são utilizados esquemas de pensamento, de aplicação universal, que determinam que as mulheres sejam constituídas como uma entidade negativa, definida apenas pelo que lhes falta em relação ao homem, cabendo a ele a melhor parte⁵.

Assim, esta imposição silenciosa e contínua de papéis sociais, homólogos e opostos, aos sexos masculino e feminino, ao ser incorporado pelos agentes, acaba por transformar este arbitrário cultural em natural, constituindo-se em uma forma de violência simbólica, a violência de gênero⁶.

Portanto, a masculinização do corpo masculino e a feminização do corpo feminino são tarefas enormes e intermináveis que, sem dúvida, exigem quase sempre um gasto considerável de tempo e esforços, determinam a somatização da relação de dominação e é assim naturalizada⁵.

Assim como a escola, a instituição de saúde é uma das instituições que pratica o processo de escolarização do corpo, o disciplinamento dos corpos, a pedagogia da sexualidade e a produção de uma masculinidade e uma feminilidade. Os propósitos desses investimentos são a produção de um homem e uma mulher civilizados, capazes de viver em coerência e adequação na sociedade, reiterando identidades e práticas hegemônicas enquanto subordina, nega ou recusa as demais^{7,8}.

A heteronormatividade estrutura um habitus que leva um agente a ver e pensar a sexualidade como única e exclusivamente de ordem heterossexual o que pode fazer com que, de um lado, haja um despreparo em se lidar com a pluralidade da orientação sexual e, de outro, produzam-se dificuldades das pessoas revelarem sua homossexualidade⁹.

Tanto é que no campo da saúde da mulher a ideia prevalente entre os agentes é aquela que pressupõe como padrão de normalidade que ao sexo feminino corresponda todos os atributos de feminilidade e o gosto por fazer sexo exclusivamente com homens, ou seja, à fêmea deve corresponder uma identidade de gênero feminina e uma identidade sexual de orientação hetero.

Em nosso meio é muito comum que as mesmas tarefas possam ser consideradas nobres, quando realizadas por homens, ou insignificantes quando realizadas por uma mulher⁵. Em contrapartida, as mulheres que ocupam posições hierarquicamente superiores se atribuem nitidamente mais traços masculinos do que as outras¹⁰.

Também existe certo consenso social para atribuir traços masculinos aos indivíduos que ocupam os escalões mais altos e traços femininos aos indivíduos que ocupam posições subordinadas. O reconhecimento de um pertencimento a um grupo, masculino ou

feminino, hetero ou homossexual, refere-se à integração dos agentes num espaço social, mas ao mesmo tempo, esses agentes tentam encontrar um lugar específico neste mesmo espaço social, eles buscam diferenciar-se, singularizar-se¹⁰.

Portanto, a identidade social refere-se a um sentimento de semelhança com alguns outros, enquanto a identidade pessoal se refere a um sentimento de diferença em relação a esses mesmos outros. A identidade pessoal corresponde ao que é percebido como que exclusivamente seu e, portanto, distinto do grupo¹⁰.

Reconhecer-se numa identidade supõe responder afirmativamente a uma interpelação e estabelecer um sentido de pertencimento a um grupo social de referência e todos nós pertencemos a distintos grupos simultaneamente. Nada há de simples ou de estável nisso tudo, pois essas múltiplas identidades e pertencimentos podem cobrar, ao mesmo tempo, lealdades distintas, divergentes ou até contraditórias. Somos sujeitos de muitas identidades, transitórias e contingentes⁹.

A identidade de gênero diz respeito à percepção subjetiva de ser masculino ou feminino, ao senso de pertencimento a um ou outro gênero, conforme os atributos, os comportamentos e os papéis convencionalmente estabelecidos para homens e mulheres. Diz respeito à maneira como alguém se sente, se identifica, se apresenta e como é percebida, como masculino ou feminino, ou ainda, uma mescla de ambos, independentemente tanto do sexo quanto da orientação sexual.

Já a identidade sexual refere-se a duas questões diferenciadas: por um lado, é o modo como a pessoa se percebe em termos de sua orientação sexual, ao sexo das pessoas que elege como objetos de desejo e afeto; por outro lado, é o modo como ela torna pública, ou não, essa percepção de si em determinados ambientes e situações¹¹.

A orientação sexual não é uma escolha livre e voluntária; porém, sua publicização o é. *Assumir-se* como gay, lésbica ou bissexual, seja perante amigos e familiares, seja em contextos mais públicos, representa uma afirmação de pertencimento e uma tomada de posição crítica diante das normas sociais¹¹.

A identidade sexual corresponde ao modo como a pessoa se percebe e se expressa em termos de sua orientação sexual, como homossexual, heterossexual ou bissexual, e aos contextos em que essa orientação pode ser assumida pela pessoa e/ou reconhecida em seu entorno. Diz respeito aos focos de sentimentos, atração, desejo e fantasias, apegos emocionais, vínculos interpessoais, relacionamentos fundamentais¹¹. A identidade sexual é uma construção instável, mutável, volátil, uma relação social contraditória e não finalizada.

As identidades sexuais e de gênero produzem-se em meio a arranjos dinâmicos de relações sociais e significados culturais. Elas podem ser mais ou menos durá-

veis, variando de caso a caso, e certamente estão sujeitas a uma variedade de contingências e influências¹¹.

No entanto, os corpos não são tão evidentes como usualmente pensamos. Nem as identidades são uma decorrência direta das evidências dos corpos⁷. De qualquer maneira, investimos muito nos corpos. Aprendemos a classificar os sujeitos pelas formas como eles se apresentam corporalmente.

Os corpos são significados pela cultura e, continuamente por ela alterados. Talvez devêssemos perguntar, antes de tudo, como determinada característica passou a ser reconhecida como uma marca definidora da identidade; quais os significados que, nesse momento e nessa cultura, estão sendo atribuídos a tal marca ou aparência. Pode ocorrer que os desejos e as necessidades que alguém experimenta estejam em discordância com a aparência do seu corpo^{7,8}.

O corpo não é um dado da natureza, pronto e acabado. Ele é inconstante e dinâmico. Suas necessidades e seus desejos alteram-se com a passagem do tempo, com a mudança dos hábitos alimentares e de vida, com as doenças, com diversos cuidados e com as novas formas de intervenção médica e cirúrgica¹¹.

Em nosso meio social, homens *normais* devem se sentir e se expressar como masculinos e mulheres *normais* como femininas. Tudo aquilo que foge a esse parâmetro de normalidade, imposto pela ordem social, tende a ser considerado desvio, transtorno, perturbação. Assim, homens afeminados, mulheres masculinizadas, travestis, transexuais e intersexuais são exemplos de desviantes à norma de gênero. Fora isto, há algumas pessoas que se identificam como *gays* e participam da comunidade *gay*, mas podem não ter qualquer atividade homossexual. Em contrapartida, outras pessoas podem ser homossexualmente ativas e recusarem este rótulo^{12,13}.

Portanto, no campo da saúde, os sistemas de classificação que envolvem sexo, gênero e orientação sexual, utilizados com frequência para categorizar as pessoas, podem equivocar-se, pois as identidades de gênero e sexual podem relacionar-se de maneiras distintas em função das experiências pessoais e construções culturais estabelecidas em torno delas. É fato de que nenhuma forma de violência deva ser aceita, inclusive aquela que se manifesta desde o plano simbólico, por meio da discriminação, imposição de papéis sociais e sexuais.

SEXUALIDADE, ESTEREÓTIPOS E VIOLÊNCIA NO CAMPO DA SAÚDE

A sexualidade refere-se às elaborações culturais sobre os prazeres e os intercâmbios sociais e corporais. Trata-se, portanto, de um conceito dinâmico, que está sujeito a diversos usos, múltiplas e contraditórias interpretações e que se encontra sujeito a debates e disputas políticas.

A sexualidade é, sobretudo, uma construção de corpos, desejos, comportamentos e identidades. A sexualidade envolve um processo contínuo, e não linear, de aprendizado e reflexão por meio do qual elaboramos a percepção de quem somos¹¹.

Uma forma de sexualidade é então generalizada, naturalizada e funciona como referência para todos os sujeitos. Assim, a heterossexualidade é concebida como natural e também como universal e normal. Portanto, as sociedades constroem os contornos demarcadores das fronteiras entre aqueles que representam a norma e aqueles que ficam fora dela^{7,8}.

Aqueles e aquelas que se percebem com interesses ou desejos distintos da norma heterossexual, frequentemente são negativamente estereotipados, restando poucas alternativas senão o silêncio, a dissimulação ou a segregação. A produção da heterossexualidade é acompanhada pela rejeição da homossexualidade, que se expressa, muitas vezes, por declarada homofobia⁷.

Os estereótipos são os traços comuns que os indivíduos tendem a perceber entre pessoas pertencentes a uma mesma categoria. Classicamente os estereótipos são definidos como conjunto de crenças relativas às características de um grupo. Eles permitem definir e caracterizar um grupo, descrever seus membros de forma rápida e econômica no plano cognitivo, são simplificações¹⁰.

Frequentemente as pessoas tendem a estereotipar mais os membros dos grupos de não pertença do que os membros dos grupos aos quais pertencem. Observa-se a tendência dos indivíduos de perceber seus grupos de pertença como mais heterogêneos ou mais diferenciados¹⁰.

É muito comum que os traços constitutivos de um estereótipo tenham conotações negativas, como é o caso das mulheres lésbicas. Assim, esses traços podem levar os profissionais a fazer um julgamento negativo sobre uma mulher, não em razão de suas especificidades ou de sua conduta, mas simplesmente em razão de sua pertença a um grupo que é o objeto de um estereótipo negativo. Esse fenômeno corresponde ao preconceito que designa o julgamento a priori e geralmente negativo de que são vítimas os membros de certos grupos, como no caso das mulheres cuja identidade de gênero e ou sexual não corresponde ao esperado para o seu sexo biológico. Os estereótipos são o substrato cognitivo dos preconceitos e geram discriminação¹⁰.

A discriminação é o comportamento negativo em relação aos indivíduos membros de um exogrupo. Na maioria das vezes, incluem comportamentos perniciosos que seus autores disfarçam ou tentam mascarar¹⁰.

A discriminação, motivada pelas identidades de gênero e/ ou sexual, constitui-se em uma violência, que é ao mesmo tempo simbólica, de gênero e homofóbica.

Portanto, a faceta simbólica da violência homofóbica está fortemente articulada à violência de gênero⁶, pois é motivada pela intolerância ao que se entende ou reconhece como descumprimento da ordem homem/ masculino, mulher/ feminino.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O mundo social através de sua ordem impõe um esquema de percepção que faz reconhecer como natural a categorização das pessoas entre dois grupos, delimitados por uma rígida fronteira imposta pelo paradigma binário. Este modelo recusa a existência legítima e pública de uma multiplicidade de expressões de gênero e sexualidade. Aos homossexuais alega-se, então, a discricção ou a dissimulação que é ordinariamente obrigado a se impor. Assim, o homossexual aplica a si mesmo as categorias de percepção do dominador, o que o faz sentir-se ora envergonhado e amedrontado ante a possibilidade de ser desmascarado, e ora, desejoso de ser reconhecido pelos pares.

A aplicação deste paradigma no campo da saúde da mulher poderá contribuir para que a construção cognitiva acerca das lésbicas entre seus agentes, enfermeiras e médicos, tenha conotações negativas e assim, estarão propensos ao desenvolvimento de práticas correlatas. É reconhecido que neste campo, a posição ocupada por estes agentes, lhes assegura possibilidades de exercício do poder de imposição e mesmo inculcação, em função do reconhecimento tácito de uma competência técnica específica.

Os processos discriminatórios precisam ser analisados à luz dos direitos humanos, com vistas à proteção da saúde e das escolhas sexuais e reprodutivas das pessoas. A saúde sexual não pode ser concebida, pelos profissionais de saúde, a partir de princípios pessoais de ordem moral, religiosa ou outros, que reconhecem um modelo único de sexualidade considerado saudável, normal. Para melhorar a qualidade da atenção à saúde, ao contrário, é indispensável desenvolver ações afirmativas pela liberdade de expressão sexual.

Não bastarão leis ou políticas se não houver a transformação de mentalidades e práticas, daí o papel estruturante que adquirem as ações que promovam discussão desses temas, motivem a reflexão individual e coletiva e contribuam para a superação e eliminação de qualquer tratamento preconceituoso.

REFERÊNCIAS

1. Facchini R, Barbos, RM. Dossiê saúde das mulheres lésbicas: promoção da equidade e da integralidade. Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Belo Horizonte (MG): Rede Feminista de Saúde; 2006.
2. Almeida G. Da invisibilidade à vulnerabilidade: percor-

- sos do corpo lésbico na cena brasileira face à possibilidade de infecção por DST e AIDS [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2005.
3. Almeida G. Argumentos em torno da possibilidade de infecção por DST e AIDS entre mulheres que se autodefinem como lésbicas. *Physis-Revista de Saúde Coletiva*. 2009; 19: 301-11.
 4. Bourdieu P. Novas reflexões sobre a dominação masculina. In: Lopes MJM, Meyer DE, Waldow VR, organizadores. *Gênero & saúde*. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1996. p.28-40.
 5. Bourdieu P. A dominação masculina. 6ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2009.
 6. Araujo LM, Progianti JM, Vargens OMC. A consulta de enfermagem ginecológica e a redução da violência de gênero. *Rev enferm UERJ*. 2004; 12: 328-31.
 7. Louro GL. Pedagogias da sexualidade. In: Louro GL, organizador. *O corpo educado*. Belo Horizonte (MG): Autêntica; 1999. p. 83-111
 8. Uziel AP, Rios LF, Parker RG, organizadores. *Construções da sexualidade: gênero, identidade e comportamento em tempos de AIDS*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 2004.
 9. Barbosa RM, Facchini R. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. *Saúde Pública*. 2009; 25: S291-S300.
 10. Deschamps J, Moliner P. A identidade em psicologia social: dos processos identitários às representações sociais. Tradução de Lucia M Endlich Orth. Petrópolis (RJ): Vozes; 2009.
 11. Ministério da Educação (Br). *Gênero e diversidade na escola: formação de professoras/es em gênero, sexualidade, orientação sexual e relações étnico-raciais*. Brasília (DF): SECAD/MEC; 2009.
 12. Weeks J. *Invented moralities: sexual values in an age of uncertainty*. Nova York: Columbia University Press; 1995.
 13. Weeks J. O corpo e a sexualidade. In: Louro GL, organizador. *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. Tradução de Tomaz da Silva Tadeu. 2ª ed. Belo Horizonte (MG): Autêntica; 2000. p.35-82.