

As Faces da Homofobia no Campo da Saúde¹

Nádia Elisa Meinerz

Doutoranda em Antropologia Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Francis Moraes de Almeida

Doutorando em Sociologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Resumo:

O artigo versa sobre as manifestações de homofobia que perpassam o campo da saúde, especificamente no que diz respeito à compreensão médica da homossexualidade. Propomos uma abordagem compreensiva da homofobia, pautada pela contextualização das transformações históricas ocorridas segunda metade do século XX, nos sentidos atribuídos à sexualidade e à diversidade sexual. Em nossa leitura a homofobia não pode ser pensada sem considerar a construção no imaginário médico de uma associação da homossexualidade com a noção de patologia/doença. Para tanto, analisando a emergência da homossexualidade como categoria médica, sua trajetória até a abolição dos manuais internacionais de diagnóstico. No entanto, consideramos que essa transformação chega ao Brasil num contexto histórico em que homossexualidade volta à cena como “causadora” ou “culpada” epidemia da AIDS. Pautamos ainda a não atualização dos manuais de medicina legal utilizados na formação dos profissionais de saúde brasileiros, que continuam a considerar a homossexualidade como uma espécie perversão sexual. Assinalamos a persistência das iniciativas de terapia restaurativa, de re-conversão da homossexualidade. A partir dessa discussão, fazemos algumas considerações sobre a homofobia como fator que dificulta o acesso ao serviço de saúde das mulheres que se relacionam com mulheres.

Palavras Chave: Sexualidade, Homofobia e Saúde.

1. Introdução

Essa comunicação parte de uma pesquisa mais ampla sobre as manifestações da homofobia no campo da saúde e da sua relação com vulnerabilidade às DST/HIV/AIDS. A pesquisa vem sendo realizada na cidade de Porto Alegre com o apoio do ministério da saúde e em parceria com a Liga Brasileira de Lésbicas da região Sul. Estão sendo investigados os

¹ Trabalho apresentado na 26ª. Reunião Brasileira de Antropologia, realizada entre os dias 01 e 04 de junho, Porto Seguro, Bahia, Brasil.

fatores que influenciam no acesso, abordagem e atendimento dispensado pelos profissionais de saúde às mulheres que fazem sexo com mulheres. O projeto abarca, por um lado o estudo as representações sociais sobre sexualidade entre os diferentes profissionais de saúde que atuam no SUS, nas atenções básica e especializada, e a sua atualização nas práticas de atendimento às populações mencionadas. Ao mesmo tempo, estudo contempla as percepções de usuárias (mulheres que fazem sexo com mulheres) acerca do atendimento básico e especializado do SUS, em relação à homofobia e outras formas de discriminação.

Pretendíamos apresentar os dados preliminares coletados juntos aos profissionais de saúde e explorar a associação, no discurso dos médicos, das questões de sexualidade com as expressões de gênero e os marcadores sociais classe social e raça/etnia. No entanto, ainda não obtivemos a aprovação do comitê de ética a prefeitura municipal de Porto Alegre para a realização das entrevistas com os profissionais de saúde e para a utilização dos dados de observação nos postos de saúde. Em vista disso, centraremos nossa comunicação numa reflexão mais teórica sobre as faces da homofobia que perpassam o campo da saúde.

O termo homofobia vem sendo empregado, ao longo da última década para referir diferentes formas de discriminação relacionadas à sexualidade, ou, mais especificamente à orientação sexual dos sujeitos. Ele é acionado tanto no campo político, no discurso da militância GLBT² organizada, quanto no campo acadêmico, à medida que a própria homossexualidade se torna objeto de interesse para pesquisa. Entretanto não é possível identificar muito esforço teórico no sentido de delimitar a sua definição e abrangência. Em grande medida ele é usado como uma categoria acusatória, num sentido muito próximo ao que o senso comum convencionou chamar de preconceito. Nosso objetivo, ao longo desse artigo é contextualizar a discussão sobre homofobia com as transformações históricas ocorridas segunda metade do século XX, nos sentidos atribuídos à sexualidade. Interessa-nos a articulação entre a sexualidade e o campo da saúde, especificamente no que se refere à associação histórica da homossexualidade à doença.

Na primeira parte do texto abordamos a emergência da homossexualidade como categoria médica, trazemos algumas considerações sobre a trajetória da homossexualidade nos manuais diagnósticos internacionais, em especial na formulação dos DSMs no contexto da psiquiatria norte-americana. Outra questão que nos parece fundamental para compreender a abordagem médica da sexualidade é a persistência da definição da homossexualidade junto a várias outras expressões de diversidade sexual e de gênero como uma patologia nos principais

² Referimo-nos à sigla GLBT (Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transgêneros) seguindo a convenção estabelecida pelo ministério da saúde no se refere a essa população, no edital de financiamento de projetos. Não é de nosso interesse discutir as disputas por espaço político dentro do próprio movimento social em vista das quais tem re-organizado constantemente as diferentes letras que compõe a sigla.

manuais de medicina legal do país, utilizados ainda hoje na formação dos médicos. Soma-se a isso o fato de que, o reconhecimento pelo Conselho Nacional de medicina no Brasil das modificações realizadas no DSM ocorre na metade da década de noventa, num contexto histórico em que homossexualidade volta à cena como “causadora” ou “culpada” epidemia da AIDS. Antes, porém, de adentrarmos a essa nova forma de associação da homossexualidade com a doença, exploramos a persistência das terapias restaurativas, utilizadas para a cura da homossexualidade ou de re-conversão dos homossexuais em heterossexuais.

No caso da homossexualidade masculina e das expressões trans-gênero e masculino para feminino, a estreita vinculação entre a sexualidade e Aids pode ser pensada como um propulsor da homofobia. No entanto, como nos mostra Terto Júnior (1996) é essa mesma vinculação que possibilita a construção de estratégias de enfrentamento não apenas da epidemia, mas também na construção do movimento social organizado e na visibilização de suas pautas políticas em relação ao reconhecimento de direitos, como o de livre orientação e expressão sexual.

Em vista disso, consideramos necessário refletir sobre as diferenças que delineiam as manifestações de homofobia no campo da saúde, em relação aos distintos grupos que compõe a população GLBT. A homofobia deve ser pensada como um fenômeno heterogêneo, que se apresenta sob diferentes facetas tanto para os profissionais de saúde quanto para a população usuária. No caso da homossexualidade feminina, por exemplo, a menor vinculação com a epidemia da Aids não isenta os relacionamentos homoeróticos femininos das manifestações de homofobia que influenciam no acesso, na abordagem e no atendimento dispensado pelos profissionais de saúde. Em vista disso, encerramos o artigo identificando na literatura sobre a temática da homossexualidade feminina alguns elementos que incidem sobre o acesso à saúde sexual das mulheres que fazem sexo com mulheres.

2. A homossexualidade como Categoria Médica

Ao longo do século XIX, especialmente no período vitoriano, o comportamento sexual atraiu a atenção do saber médico. Com o desenvolvimento da chamada “teoria da degeneração” desenvolvida por Morel e seus discípulos, uma série de comportamentos humanos até então estranhos à medicina passaram a figurar no quadro das anormalidades de caráter degenerativo, por si só ameaças à própria perpetuação da espécie humana segundo o pensamento científico da época. Desde então comportamentos que pudessem levar a um “enfraquecimento” da herança biológica de um povo, como a prostituição, a pederastia e a

inversão sexual foram objeto de publicações por parte de médicos e moralistas³, permitindo cada vez mais categorizar as práticas sexuais dentro de um espectro de anormalidade.

A partir desta mentalidade científica vitoriana preocupada com as práticas sexuais que poderiam implicar perigo da degeneração biológica, o comportamento sexual das populações passou a ser um objeto legítimo para a preocupação dos governantes, um verdadeiro assunto de saúde pública, como Foucault (1975/2001) ressaltou em seus trabalhos referentes ao contexto francês. Com isto, durante as duas últimas décadas do século XIX multiplicaram-se as classificações médicas as práticas sexuais anormais. Tais classificações compreendiam todas aquelas modalidades eróticas distintas da sexualidade com fins reprodutivos, propiciando o surgimento da “homossexualidade” como uma categoria patológica ao final do século XIX.

Fry e MacRae apontam que entre os primeiros médicos a se preocuparem com as relações sexuais entre pessoas do mesmo sexo, destacam-se o húngaro Karoly Maria Benkert que teria utilizado pela primeira vez o termo homossexual, no ano de 1869. Uma outra designação, a qual seria posteriormente utilizada como sinônimo do primeiro termo, é a de “uranista”, cunhada pelo alemão Karl Heinrich Ulrichs em seus trabalhos que se estenderam da década de 1860 à 1890. Nesse caso, o sentido do termo associa a não correspondência entre os órgãos genitais e o cérebro. Esse autor desenvolveu também uma complexa classificação acerca dos “tipos de homossexuais” que eram: “*mannling*”, totalmente masculino em aparência e personalidade; “*weibling*”, caracteristicamente efeminado; e o “*zwischen-urning*” que consistia em uma espécie de meio-termo. Para Fry e MacRae (1983, p. 63) os dois primeiros termos podem ser considerados equivalentes ao que o senso comum ainda hoje reconhece como homossexual “ativo” e “passivo”.

Segundo Reed (2001), uma das primeiras categorias desenvolvidas para definir a preferência por práticas sexuais com o mesmo sexo é a de “inversão sexual”, cunhada por Chacot e Magnan em 1882. Para estes autores, o invertido sexual era uma espécie aparte dentre os demais degenerados, portador de taras de um tipo particular que constituíam uma “condição mórbida singular” (REED, 2001). A designação de “inversão sexual” perdurará nos estudos posteriores sobre a homossexualidade, perdendo a sua qualificação “degenerativa” através dos trabalhos de Havellock Ellis.

Robinson (1977) refere que o termo homossexualismo teria aparecido pela primeira vez nos escritos de Richard von Krafft-Ebing, com o sentido de inversão sexual. Por mais que

³ Como exemplo pode ser citado o livro *Les Deux Prostitutions* (1887) de Carlier, publicado na série *Études de Pathologie Social*, no qual o autor procura descrever as práticas de prostituição feminina entre 1855 e 1870, bem como as formas de “prostituição anti-física”, as diversas modalidades de “pederastia”, que segundo ele constituíam uma das formas mais danosas de degeneração sexual da juventude parisiense de então.

os trabalhos de Krafft-Ebing ainda se baseassem na premissa da degenerescência, este autor procurava dar-lhe um “sentido neutro evolucionário de rebeldia da espécie” (apud ROBINSON, 1977, p.17). Apenas posteriormente, Krafft-Ebing desenvolve a argumentação lançada em *Psicopatia Sexualis* (1886) e diferencia os “uranistas”, entre os quais a homossexualidade é uma patologia congênita, daqueles que praticavam sexo com pessoas do mesmo sexo porque eram meramente “pervertidos” (apud FRY; MACRAE, 1983).

Mais tarde, no livro *A Inversão Sexual* (1897/1933), Havelock Ellis rompe explicitamente com a concepção estritamente patológica da homossexualidade e com a associação da inversão sexual ao conceito de degeneração. Para ele a “homossexualidade”, ao lado da “cegueira para cores”, da “audição colorida” (sinestesia) é uma “anormalidade”, ou seja, implica uma alteração da sensibilidade normal que é acompanhada por ausência de capacidades normais tanto quanto pelo desenvolvimento de outras incomuns⁴.

No Brasil a discussão sobre a homossexualidade do ponto de vista médico tem sua porta de entrada pela via da medicina legal, inicialmente através dos escritos de Afrânio Peixoto⁵. Em seu *Elementos de Medicina Legal*, publicado inicialmente em 1911⁶, o autor dedica um capítulo às doenças mentais, dentre as quais figura a “degeneração”. Segundo ele, dentre os vários sintomas ou estigmas psíquicos da degeneração estariam as diversas perversões sexuais, a saber: frigidez, erotismo (satiríase e ninfomania), exibicionismo, feiticismo, sadismo, masoquismo, bestialidade, necrofilia e, finalmente, as inversões sexuais, por ele distinguidas em: homossexualismo masculino, homossexualismo feminino, topoinversões sexuais (práticas sexuais não reprodutivas) e as cronoinversões (preferência por práticas sexuais com velhos – gerontofilia - ou crianças – pedofilia ou pederastia) (PEIXOTO, 1911, 78-79). Em obra posterior (PEIXOTO, 1938), o autor continua considerando a homossexualidade como um tipo de perversão sexual, apenas ampliando o número de subclassificações. Segundo ele o homossexualismo masculino devia ser designado “uranismo” e o feminino “safismo” ou “tribadismo”⁷.

⁴ Segundo o próprio Havelock Ellis: “Todas estas variações orgânicas, mencionadas aqui a propósito da inversão sexual, são anormalidades. Mas convém ter uma idéia precisa do que é mister entender por essa palavra. Muitos imaginam que anormal significa necessariamente doente. Tal não é o caso, a não ser que se dê à palavra ‘doente’ um sentido muitíssimo lato. É inexato dizer, tratando da cegueira de cores, da audição colorida e do gênio, que são moléstias tal qual como o são a escarlatina, a tuberculose, a paralisia geral” (1897/1933, p. 195).

⁵ Segundo Venâncio e Carvalhal (2001), a primeira classificação psicopatológica brasileira é elaborada por Juliano Moreira e Afrânio Peixoto em 1906, contudo não dedica uma categoria específica para a categoria de homossexual.

⁶ Segundo Leonídio Ribeiro, discípulo e biógrafo de Afrânio Peixoto, o livro *Elementos de Medicina Legal* vendeu mais de 23.000 exemplares até a sua sétima edição, em 1946 (RIBEIRO, 1950).

⁷ Nesta obra Peixoto cita abundantemente Havelock Ellis, sem levar em consideração as indicações deste autor que, 40 anos antes, já advertia quanto a pouca utilidade clínica da categoria de degeneração e não classificava a inversão sexual como uma patologia.

A partir da década de 30, constitui-se considerável consenso no meio médico brasileiro quanto à etiologia biológica da homossexualidade. Leonídio Ribeiro dá subsídios a esta tese analisando “homossexuais detidos pela polícia do Rio de Janeiro” em seu Laboratório de Anthropologia Criminal do Instituto de Identificação do RJ. A posição deste autor, considerada avançada por seus pares na época, consistia em defender que os homossexuais não deveriam ser presos, como previa o Código Penal de 1890, então vigente, mas sim tratados (RIBEIRO, 1935). Pode-se afirmar que, nas décadas seguintes, a concepção de que a homossexualidade possui uma determinação biológica (de base endocrinológica) foi hegemônica no meio médico brasileiro, sendo endossada pelos psiquiatras que vinham a se ocupar desta temática e reiterada a necessidade de “tratamento” dos desequilíbrios hormonais que condicionariam o comportamento homossexual (RIBEIRO, 1967).

Atualmente a medicina legal mantém o seu interesse pela homossexualidade, considerando-a uma das formas anormais da sexualidade. As classificações da homossexualidade indicadas em 1938 por Afrânio Peixoto podem ser encontradas sem alteração em manuais recentes (ALCÂNTARA, 1982), sendo classificada entre as “formas de sexualidade anômala” em um dos mais conhecidos manuais de medicina legal no país (FÁVERO, 1991).

3. A trajetória da Homossexualidade no DSM

A partir de uma iniciativa da *American Psychiatric Association* (APA), em 1952 foi publicada a primeira versão do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, conhecida como DSM. O principal objetivo do DSM foi permitir uma classificação mais uniforme dos distúrbios mentais nos EUA, permitindo o uso de designações equivalentes apesar das numerosas classificações psiquiátricas concorrentes de então. A DSM-I contava com 106 categorias diagnósticas, dentre as quais figurava a de homossexualidade, descrita sob a categoria de “personalidade psicopática com sexualidade patológica” (ROBERTSON, 2004).

Na DSM-II, publicada em 1968, embora a orientação geral da classificação tenha sofrido sido fortemente influenciada pela psicanálise, foi mantida a categoria de “homossexualidade” entre as doenças mentais, sendo ampliado para 182 o número total de diagnósticos de doenças mentais. Entre 1970 e 1973 as conferências da APA foram objetos de protestos de ativistas do movimento gay. Motivado por estas manifestações, aliadas aos

resultados da então recente pesquisa de Evelyn Hooker⁸, o psiquiatra Robert Spitzer, membro do comitê de desenvolvimento da DSM-II, defendeu a proposta da retirada da categoria de “homossexualidade” da DSM-II, aprovada pelo comitê da APA em 1973. A partir de então a “homossexualidade” em si deixou de ser considerada oficialmente um diagnóstico psiquiátrico nos EUA, sendo substituída na DSM-II pela categoria de "distúrbio da orientação sexual", que visava auxiliar o paciente a aceitar e conviver com sua orientação homossexual ou, caso fosse desejo dele, ajuda-lo a modificar esta orientação (APA, 1973).

Juntamente com as inovações classificatórias trazidas com a DSM-III⁹ veio a categoria de “homossexualidade ego-distônica”, imediato objeto de crítica por vários setores da saúde mental. O motivo era o fato de que, mesmo que de modo restrito, ela reintroduzia a categoria de homossexualidade como uma patologia mental, situando-a entre as neuroses, uma vez que implicava a percepção ego-distônica (ou seja, não voluntária, estranha a si mesmo) do comportamento sexual por parte do(a) paciente. A principal implicação da “homossexualidade ego-distônica” era reabrir a perspectiva para um “tratamento” e eventual “cura” da homossexualidade, desconsiderando variáveis culturais e sociais que pudessem condicionar a própria percepção ego-distônica da sua sexualidade pelo(a) paciente. Como resultado destas críticas, em 1987 esta categoria foi abolida na DSM-III-R.

Por fim, a DSM-IV de 1995 e a sua versão revisada, atualmente vigente contam apenas com a categoria de “transtorno sexual sem outra especificação”, que eventualmente pode ser aplicada a pessoas que mantêm relações sexuais com pessoas do mesmo sexo, mas não possui qualquer vinculação necessária à homossexualidade. Ou seja, segundo o modelo classificatório vigente na DSM, a homossexualidade não possui qualquer relação com quaisquer outras categorias psicopatológicas ou ao menos não mais do que qualquer outra orientação sexual.

As classificações psicopatológicas da psiquiatria brasileira não sofrem influência direta do DSM-I e DSM-II. As classificações empregadas até o final da década de 70 nas

⁸ Evelyn Hooker desenvolveu pesquisas pioneiras nas décadas de 50 e 60 visando investigar a suposta relação entre homossexualidade e patologia mental. Empregando o teste Rorschach entre heterossexuais e homossexuais que nunca tinham procurado serviços de saúde mental, Hooker pôde demonstrar que, ao contrário da crença predominante na psiquiatria norte-americana dos anos 50, não havia qualquer evidência estatística da maior prevalência de doenças mentais entre homossexuais (MARMOR, 1997).

⁹ Durante a década de 70 a DSM passou a ter uma influência mais ampla na psiquiatria e a ser adotada mais amplamente fora dos EUA e Spitzer foi designado diretor da força tarefa responsável pela criação da DSM-III. A Organização Mundial da Saúde demonstrou interesse em tornar a nomenclatura da DSM consistente com a *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (CID) e para tanto convidou Spitzer para coordenar o processo de revisão da CID (COOPER, 2004). O resultado destes esforços foi a publicação da DSM-III em 1980, duas vezes mais extensa do que as versões anteriores, desprovida da perspectiva psicodinâmica da segunda versão e dotada de 265 categorias psicopatológicas. A sua rápida expansão e o seu sucesso em promover uma uniformização internacional nas categorias de psicodiagnóstico levam muitos de seus defensores a considerarem-na uma versão “revolucionária” para a psiquiatria (MAYES e HORWITZ, 2005).

publicações brasileiras são, em sua maioria, oriundas de diferentes correntes psicanalíticas ou dos sucessores de Emil Kraepelin, como Kretschmer. Desta maneira, até o início da década de 80; coexistem nos manuais e na prática clínica psiquiátrica as concepções de que a homossexualidade “corresponde a um desenvolvimento incompleto da sexualidade”, segundo as concepções de orientação psicanalítica, ou que ela constitui uma “perversão e configura um sintoma do diagnóstico de personalidade psicopática”, para aqueles de orientação pós-kraepeliniana.

A partir disto, constata-se que a psiquiatria brasileira manteve-se à parte dos debates sobre a despatologização da homossexualidade ao longo da década de 70. A influência da psiquiatria norte-americana só será sentida durante a década de 80, quando o DSM-III passa a ser incorporado na medicina brasileira (OLIVEIRA, 2003) e o Conselho Federal de Medicina, em 1985, determina que “a homossexualidade não constitui doença, distúrbio ou perversão” (MOTT, 2002).

Contudo, considerando-se que tanto a despatologização da homossexualidade quanto a construção do movimento gay no Brasil são mais recentes do que no EUA, que os manuais de medicina legal atualmente utilizados na formação dos médicos brasileiros continuam definindo homossexualidade como doença, nos parece pertinente sugerir que persiste no imaginário social, e especificamente nas representações de profissionais da classe médica uma associação entre “homossexualidade” e “patologia”.

4. A Persistência da terapêutica da homossexualidade

Em paralelo às discussões dos últimos 30 anos, observa-se uma persistente tendência de alguns grupos sociais, que por convicções morais ou religiosas consideram a homossexualidade anômala ou francamente patológica, a promoverem esforços no sentido de uma terapêutica da homossexualidade. Embora a idéia de uma reconversão ou conversão de homossexuais em heterossexuais seja tão antiga quanto o próprio interesse da medicina pelas relações sexuais entre pessoas do mesmo sexo, há iniciativas recentes de “terapêuticas restaurativas” com base em técnicas “científicas” e desprovidas de uma referência religiosa explícita.

A mais atuante organização promotora das terapêuticas restaurativas para homossexuais é a NARTH (*National Association for Research & Therapy of Homosexuality*), sediada nos EUA e integrada por numerosos psiquiatras, psicólogos, conselheiros pastorais e assistentes sociais que publicam sistematicamente obras conjuntas e artigos individuais sobre a terapia da homossexualidade. A organização define-se com uma “organização não lucrativa

e educacional dedicada à afirmação do modelo homem-mulher de gênero e sexualidade” (NARTH, 2007).

Os integrantes desta organização desconsideram as resoluções da APA e a despatologização da homossexualidade por considerarem que a retirada da categoria do DSM deveu-se exclusivamente à pressão política para tanto, desconsiderando a existência de evidências clínicas e experimentais que subsidiaram tal decisão (HALDEMAN, 1999). A partir da atuação da NARTH constitui-se espaço para a legitimação de práticas restaurativas em franca contraposição à APA e surgem novas terapêuticas para a “cura da homossexualidade”, como a controversa técnica proposta por Richard Cohen (2001).

Para amparar sua proposta clínica, dado que a DSM-IV e a CID-10 não apresentam categorias que possam subsidiar a sua proposta, a NARTH e os seus colaboradores constituíram o sucedâneo de diagnóstico chamado “same sex attraction disorder” (SSAD). Apesar dos livros dedicados inteiramente à explicação da SSAD, descrição de tratamentos bem sucedidos, etc., nenhum dos autores vinculados à NARTH tem seus artigos ou livros sustentados por evidências clínicas consistentes nem goza de reconhecimento científico, embora costumem utilizar suas titulações como atestado de cientificidade de seus escritos. Apesar da contrariedade oficial da APA à atuação e às publicações da NARTH, muitos médicos contribuem com esta organização, atestando que a prática clínica não segue estritamente as definições oficiais da categoria mesmo 30 anos após da homossexualidade ter sido despatologizada nos EUA.

Além das publicações vinculadas à NARTH e ao diagnóstico SSAD, existem ainda artigos sobre casos clínicos que continuam operando com a antiga categoria da homossexualidade ego-distônica. Como foi descrito anteriormente, essa categoria utilizada para descrever a percepção por parte do indivíduo da homossexualidade como um comportamento não voluntário, que resulta em estranhamento do indivíduo em relação ao seu próprio comportamento sexual. Ela categoria foi retirada do DSM III em 1987 depois de ser crítica por re-colocar a homossexualidade no rol das patologias mentais e re-abrir a perspectiva terapêutica medicamentosa. Um exemplo de artigo que pode ser tomado como exemplar em relação ao uso dessa categoria é a publicação de James L. Elmore (2002) na revista *Sexuality and Disability*. Ele analisa a atuação de um medicamento anti-depressivo, a Fluxotina também conhecida como Prosac na cura ou pelo menos na redução do comportamento homossexual. Segundo o autor, o medicamento que já vinha sendo utilizado pelo paciente no tratamento da depressão passou a ser percebido pelo próprio paciente como redutor de seu impulso homossexual, o qual o mesmo considerava inadequado. Na descrição

de Elmore, o paciente não queria adotar um estilo de vida gay e o uso do medicamento o ajudou a evitar o recurso às práticas homossexuais para satisfação do desejo sexual.

Elmore sugere que o tratamento a base de Fluxotina deve ser utilizado apenas naqueles pacientes que manifestarem um interesse prévio na modificação de sua orientação sexual. A categoria de homossexualidade ego-distônica, do modo como é utilizada pelo autor, se converte em transtorno do funcionamento sexual. Deixando de ser considerada um desejo sexual, ela passa a ser entendida como uma espécie de des-regulação do impulso sexual (Elmore, 2002).

No Brasil não há nenhuma organização com pretensões científicas de cura da homossexualidade como a NARTH. Todas as terapêuticas promovidas para a “cura da homossexualidade” são sustentadas por grupos religiosos, representados por organizações como o Movimento pela Sexualidade Sadia (MOSES), o Corpo de Psicólogos e Psiquiatras Cristãos (CPPC) e a Associação Brasileira de Apoio a Pessoas que Voluntariamente Desejam Deixar a Homossexualidade (ABRACEH), conforme descreve Natividade (2006).

5. Com a Epidemia da Aids: a homossexualidade como patologia social

Como já foi ressaltando anteriormente, é apenas na metade da década de oitenta que o Conselho Nacional de Medicina no Brasil reconhece as modificações realizadas no DSM. Isto ocorre justamente no num momento histórico em que a associação entre homossexualidade e doença começa a ser pautada no campo da epidemiologia, em virtude da Epidemia da Aids. Conforme Terto Junior (1996) o surgimento da Aids era tão fortemente associado homossexualidade que ela chegou a ser concebida pelos primeiros pesquisadores como Imunodeficiência relacionada à homossexualidade (GRID – *Gay Related Immunodeficiency*). Não apenas os homossexuais eram responsabilizados pela disseminação do HIV, do ponto de vista médico como a divulgação dessas informações imprecisas reforçou vários preconceitos antigos em relação á homossexualidade.

A representação da doença como castigo pelas práticas homossexuais se proliferou de tal modo no imaginário social, que persistiu mesmo depois de esclarecidas às formas de contágio. Conforme descreve Knauth (1997) os homossexuais assim como as prostitutas e os usuários de drogas eram em grande medida considerados culpados pela própria doença, diferentemente das mulheres casadas e das crianças que eram percebidas como vítimas da AIDS. Nesse sistema classificatório popular, diferenciavam-se dois tipos de vírus da aids, o procurado e o adquirido. Do ponto de vista epidemiológico, os homossexuais também figuram

entre os principais responsáveis pela proliferação do vírus, à medida que foram definidos durante muito tempo como principal “grupo de risco”, tendo suas práticas posteriormente associadas ao principal “comportamento de risco” para o HIV-AIDS.

Vale retomar aqui, uma reflexão proposta por Carrara (1994) num texto sobre a Aids e as doenças venéreas no Brasil. O autor propõe uma comparação entre a antiga luta contra as doenças venéreas e o enfrentamento atual da epidemia da Aids. Segundo o autor a luta contra a sífilis era pautada por uma espécie “bactério-lógica” na qual a doença que acomete um grupo populacional é pensada como uma invasão de um micro-organismo estranho que precisa ser identificado e neutralizado. Tudo se passa, segundo o autor, como se “o doente estivesse para a sociedade assim como o germe estava para o organismo individual” (Carrara, 1994:105). A intervenção adotada pela política pública em ambos os casos consistia em separar a parte sadia da sociedade da parte infectada, para que ela deixasse de representar um perigo. Essa mesma lógica, segundo o autor continuou a orientar as propostas de diversos grupos sociais para o enfrentamento da epidemia, bem como as campanhas de prevenção à Aids promovidas pelo governo brasileiro nos anos noventa.

No que diz respeito à relação da medicina com a homossexualidade no início da epidemia da Aids, é Pollack (1990) que vai assinalar a coexistência de uma percepção risco médico e de um risco social/político nas estratégias de prevenção pautadas nos grupos e comportamentos de risco. Mesmo que esse conceito tenha sido duramente questionado por consistir numa medida discriminatória e pautar-se muito mais numa verificação de frequência do que efetivamente no cálculo estatístico de risco, segundo o autor ele continua sendo acionado pela medicina, juntamente com a percepção de co-fatores, tais como o estilo de vida. Nesse sentido, a atuação de determinados estilos de vida como co-fatores da Aids estaria relacionada não apenas à maior exposição à contaminação, mas também como desencadeador do desenvolvimento da doença após o contágio.

Como nos mostra Terto Júnior (1996), o impacto da equação AIDS = homossexualidade é muito maior no Brasil pela inexistência, na década de 80, de um movimento gay estruturado, com visibilidade política e organizado para o enfrentamento da epidemia, como se observa no Eua. Pelo contrário, no Brasil é a epidemia da AIDS que vai influenciar decisivamente a construção do movimento gay, constituindo-se durante muitos anos como a principal agenda dos ativistas políticos.

6. Homofobia, Saúde e Homossexualidade Feminina

Nesta sessão procuramos discutir sobre a heterogeneidade das manifestações da homofobia entre os diferentes grupos que compõe o campo GLBT. Um elemento que pode ser tomado como marcador de diferenciações são os interesses e a forma de articulação política de cada um desses grupos enquanto movimento social. Como já foi acima, a organização política do movimento gay no Brasil se pautou pela construção de estratégias para o enfrentamento da epidemia da Aids, tendo para tanto uma mobilização mais efetiva de recursos tanto para pesquisa e prevenção de Aids. Frente a essa urgência social, grande parte das iniciativas de construção de pautas e agendas políticas para o movimento GLBT e mesmo de pesquisas sobre sexualidade, acabaram em segundo plano.

Cáceres (2003) faz um balanço das políticas de saúde voltadas às populações GLBT e destaca que durante as últimas duas décadas a questão da saúde tem sido sinônimo de HIV/AIDS. As mulheres que fazem sexo com mulheres geralmente ficam de fora da política de saúde por serem considerados não suscetíveis à contaminação pelo vírus HIV/AIDS. Nesse sentido, Fachini (2005) mostra como as mulheres que fazem sexo com mulheres também buscam menos o sistema de saúde por não se identificarem como grupo de risco para Aids.

A percepção de uma menor suscetibilidade à Aids está relacionada à consideração das mulheres que fazem sexo com mulheres como um grupo homogêneo com características sexuais fixas. Como nos mostra Barbosa (2005) não é possível pensar a homossexualidade feminina como uma experiência estanque e estável, a não ser em grupos muito específicos, num contexto histórico mais recente. Na maior parte dos casos, as mulheres transitam por diferentes experiências sexuais e afetivas, de tal forma que práticas sexuais eventuais com homens que podem coexistir harmoniosamente com uma identidade lésbica. Outro exemplo são as relações percebidas como lésbicas que se estabelecem entre mulheres e travestis de masculino para feminino. Em ambas as práticas as mulheres que fazem sexo com mulheres podem contrair o vírus HIV.

No que diz respeito à literatura sobre a saúde das mulheres que fazem sexo com mulheres, destacamos uma forte incidência de câncer de colo uterino e câncer de mama, geralmente detectados em estágio avançado, em virtude de uma menor frequência ao atendimento e aos exames ginecológicos. De uma maneira geral a análise desses dados aponta para a pressuposição da heterossexualidade como uma espécie de *script* incorporado às consultas ginecológicas, no qual a revelação das relações com mulheres figura como um momento de tensão. (Fachinni, 2006; Carreaga, 2006, Haynes, 1994, Dibble, 1997). Os autores ainda apontam que fatores como o elevado índice de uso de drogas ilícitas e álcool e tabaco e a incidência de obesidade, a violência doméstica são fatores que associados a menor

freqüência ginecologista resultam numa maior vulnerabilidade dessas mulheres a essas doenças.

Além disso, há que se considerar que grande parte das mulheres que se consideram lésbicas não buscam ou tem dificuldade em buscar sistema de saúde. Muitas, quando chegam até o serviço de saúde não se sentem confortáveis para falar com o médico sobre sua orientação sexual. Entre estas, como nos mostra Fachinni (2006) grande parte não declara suas relações sexuais com mulheres, já que essas escapam do foco das práticas clínicas centradas na prevenção do HIV e nos métodos pré-contraceptivos. Também Meinerz (2006) numa pesquisa entre mulheres de camadas médias chama atenção para compreensão do sexo entre mulheres como *cem por cento seguro*, percepção esta que resulta na banalização das práticas preventivas frente às outras DSTs, tais como a sífilis, a candidíase, a herpes genital, entre outros. A inexistência de pesquisas médicas que investiguem as possibilidades de transmissão das DSTs nas relações entre mulheres indica que essa banalização também perpassa também o campo científico.

7. Referências

ALCÂNTARA, Hermes Rodrigues de. **Perícia Médica Judicial**. Rio de Janeiro: Guanabara Dois, 1982.

AMERICAN PSYCHIATRICAL ASSOCIATION. **Homosexuality and Sexual Orientation Disturbance: Proposed Change in DSM-II**. 6th Printing, page 44 POSITION STATEMENT (RETIRED). Arlington: APA, 1973.

BARBOSA, Regina Maria e KOYAMA, Mitti Ayako Hara. **Mulheres que fazem sexo com mulheres: algumas estimativas para o Brasil**. *Cad. Saúde Pública*, jul. 2006, vol.22, no.7, p.1511-1514.

CARRARA, Sergio. Aids e Doenças Venéreas no Brasil. In: LOYOLA, Maria Andrea. **Aids e Sexualidade**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

COHEN, Richard. **Coming Out Straight: Understanding and Healing Homosexuality**. New York: Oakhill Press, 2001.

COOPER, Rachel. **What is wrong with the DSM?** *History of Psychiatry*, 15(1): 005–025, 2004.

ELMORE, James. Fluoxetine-Associated Remission of Ego-Dystonic Male Homosexuality. In: ***Sexuality and Disability***, vol. 20, nº 2, 2000. p. 149-151

FÁVERO, Flaminio. **Medicina Legal**. Belo Horizonte: Vila Rica, 1991.

FRY, P; MACRAE, E. **O que é homossexualismo**. São Paulo: Brasiliense, 1983.

HALDEMAN, Douglas C. **The Pseudo-science of Sexual Orientation Conversion Therapy**, ANGLES - The Policy Journal of the Institute for Gay and Lesbian Strategic Studies, vol. 4, n. 1, 1999.

KNAUTH, D. R. O vírus procurado o vírus adquirido. Revista Estudos Feministas, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, 1997.

LOYOLA, Maria Andréa. **A Sexualidade nas Ciências Humanas** Rio de Janeiro: Eduerj, 1998.

MARMOR, Judd. **Evelyn Hooker – in memoriam**. Archives of Sexual Behavior. Vol. 26, No. 5, 1997.

MAYES, R. & HORWITZ, A.V. **DSM-III and the revolution in the classification of mental illness**. Journal History of the Behavioral Sciences, 41(3):249-67, 2005.

MOSCOVICI, Serge. **As representações Sociais: investigações em psicologia social**. Petrópolis: Vozes, 2003.

MOTT, Luis. **Homo-afetividade e direitos humanos**. Estudos Feministas, Florianópolis, 14(2): 509-521, maio-agosto/2006

NATIVIDADE, Marcelo. **Homossexualidade, Gênero e Cura em perspectivas pastorais evangélicas**. Revista Brasileira de Ciências Sociais, vol. 21, nº. 61, junho/2006.

NICOLOSI, Joseph. **The Meaning of Same Sex Attraction**. Disponível em: <http://www.narth.com/docs/niconew.html>

OLIVEIRA, Carlos Francisco Almeida de. **Evolução das classificações psiquiátricas no Brasil: um esboço histórico**. Dissertação (Mestrado), Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas, 2003.

POLLAK, Michael. **Os Homossexuais e a Aids**. São Paulo: Estação Liberdade, 1990.

RIBEIRO, Leonídio. Endocrinologia e Homossexualismo. **Revista de Direito Penal**, vol. IX - junho de 1935, p. 138-151.

_____. **Afrânio Peixoto**. Rio de Janeiro: Conde, 1950.

_____. Homossexualismo. In: **De Médico a Criminalista** (depoimentos e reminiscências). Rio de Janeiro: Livraria São José, 1967.

RICH, Adrienne. La heterosexualidad obrigatoria y la existência lesbiana. Navarro, M e Stimposn, C. **Sexualidade, gênero y roles sexuales** Buenos Aires: Editora Foundo de Cultura Económica, 1999. p.159-211.

ROBERTSON, Phyllis K. The historical effects of depathologizing homosexuality the historical effects of depathologizing homosexuality on the practice of counseling. **The Family Journal**, 12; 163, 2004.

ROBINSON, P. **A modernização do sexo**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1977.

TERTO Jr. Veriano. Homossexuais Soropositivos e Soropositivos homossexuais: questões da homossexualidade masculina em tempos de AIDS. In: PARKER, Richard; BARBOSA, Regina Maria. **Sexualidades Brasileiras**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1996.

VANCE, C. A Antropologia redescobre a sexualidade. Um comentário Teórico. In: **Phisis-Revista de Saúde Coletiva**. v. 5, n. 1, p. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1995.

VENÂNCIO, Ana Tereza A. e CARVALHAL, Lázara. A classificação psiquiátrica de 1910: ciência e civilização para a sociedade brasileira. In: Jacó-Vilela et alli (Org), **Clio-Psyché Ontem: Fazeres e Dizeres Psi Na História do Brasil**. Rio de Janeiro. Relume-Dumará, 2001. pgs. 151-160.