

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA – DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

VANESSA AZAMBUJA DE CARVALHO

**AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MULHERES LÉSBICAS SOBRE ATENÇÃO
À SUA SAÚDE**

**PORTO ALEGRE- RS
AGOSTO/2013**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA – DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

VANESSA AZAMBUJA DE CARVALHO

ORIENTADORA: JACQUELINE OLIVEIRA SILVA

**AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MULHERES LÉSBICAS SOBRE ATENÇÃO
À SUA SAÚDE**

**Trabalho de Conclusão de Curso de
Especialização apresentado como
requisito parcial para obtenção do título
de Especialista em Saúde Pública.**

PORTO ALEGRE

2013

RESUMO

Nas últimas duas décadas o país apresentou importantes avanços em termos de Políticas Públicas referentes ao grupo específico de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT). A saúde das mulheres lésbicas é tema de escassa literatura no mundo acadêmico brasileiro. O presente trabalho visa compreender quais são as representações sociais de mulheres lésbicas sobre atenção à sua saúde. Foram entrevistadas cinco mulheres residentes da cidade de Porto Alegre/RS. As entrevistas foram semi-estruturadas pautadas por perguntas referentes às suas especificidades de saúde, relatos de experiências de atendimentos de saúde, dificuldades mais comumente encontradas nos serviços e demandas para o tema da atenção às saúde da população LGBT. Em relação a revelação ou não da orientação sexual há um receio que o profissional da saúde possa ter uma reação de discriminação. Quando não há a revelação o atendimento de saúde é pautado por uma presunção da heterossexualidade da mulher e há uma visão fragmentada da saúde da usuária. Na revelação da orientação sexual, as experiências do atendimento destacam silêncio em relação a temática ou a banalização com mitos e ideias erradas sobre o corpo da mulher lésbica. Em seu cotidiano, a mulher lésbica pode passar pelo processo de sair do armário, vivenciar homofobia internalizada, preconceito e preocupações acerca de família. As mulheres relataram demandas para a saúde de maneira ampla, que se pauta em qualificação das pessoas que trabalham no sistema de saúde e que a temática LGBT seja incluída e vivenciadas em todas as Políticas Públicas de Saúde.

Palavras-chaves: Mulher lésbica; Homossexualidade feminina; Atenção à saúde; Atendimento de Saúde; Representação Social;

SUMÁRIO

1. Introdução/ Justificativa.....	4
1.1 Objetivos.....	13
1.1.1 <i>Objetivo Geral.....</i>	14
1.1.2 <i>Objetivos Específicos.....</i>	14
2. Procedimentos Metodológicos.....	14
2.1 <i>Coleta de dados.....</i>	15
2.2 <i>Universo do Estudo.....</i>	16
2.3 <i>Análise e tratamento dos dados.....</i>	16
3. Desenvolvimento do conteúdo.....	17
3.1 <i>Revelar ou não Revelar a minha orientação sexual?.....</i>	18
3.2 <i>Repercussões se não houver a revelação.....</i>	23
3.3 <i>Repercussões da revelação.....</i>	25
3.4 <i>Do atendimento de saúde para a vida cotidiana.....</i>	30
3.5 <i>Perante os desafios quais são as demandas e os passos a seguir?.....</i>	38
4. Considerações Finais.....	41
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	44
ANEXO 1.....	48

1. Introdução/ Justificativa

Escrever sobre a saúde da mulher lésbica abre portas para um desafio e uma posição. Um desafio porque a literatura sobre o tema é escassa. Se pensarmos na pesquisa sobre diversidade sexual, perceberemos que os textos sobre homens gays são mais numerosos que os sobre mulheres lésbicas (BENTO, 2012). Num estudo em uma base de dados internacionais (MEDLINE), Calderaro (2011) descobriu que, das aproximadamente dezoito mil publicações do total disponível na base, apenas 201 possuíam assunto sobre lésbicas, sendo que, dentre essas, 61% foram publicadas nos últimos treze anos – destacando, assim, um avanço recente na preocupação com esse tema na academia. No Brasil, Bento (2012), ao analisar a produção bibliográfica sobre o tema da saúde da mulher lésbica durante mais de uma década, encontrou apenas 18 artigos de todas as áreas de conhecimento. Podemos afirmar que dentro dos estudos sobre a homossexualidade, “persiste a opressão e a hierarquização de gênero, constatadas por meio das poucas publicações que abordam especificamente a temática de lésbicas” (BENTO, 2012, p. 10).

Além disso, a escrita representa uma posição, pois acreditamos que uma pesquisa que aborda determinado grupo específico, exposto a vulnerabilidades sociais, seja parte de um posicionamento político – uma voz contrária à discriminação, na forma da homofobia ou negação de direitos (entre outras). Essas vulnerabilidades sociais são marcadas pelas consequências e ressonâncias da discriminação ao qual essas mulheres estão submetidas apenas por serem quem são e se relacionarem com quem se relacionam: outras mulheres.

No Brasil, cuidamos da saúde inseridos no Sistema Único de Saúde (SUS), que possui os princípios da universalidade, integralidade, equidade e descentralização. A integralidade assevera que o direito à saúde abrange o conceito amplo de saúde: o cidadão tem direitos habitacionais, civis, educacionais, e de trabalho, dentre tantos outros que garantam a sua qualidade de vida. Já a equidade estabelece o acesso e desfrute de serviços e cuidados de saúde para cada um de acordo com suas necessidades. Outros princípios, como acolhimento e humanização, buscam sensibilizar os trabalhadores de saúde e os cidadãos do país a fim de buscar a universalização dos cuidados em saúde (BRASIL, 2009).

O acolhimento configura-se como o estabelecimento de uma relação de

confiança e solidariedade entre profissionais e usuários. A humanização valoriza as dimensões subjetivas e sociais que estão presentes em todas as práticas de atenção e gestão do SUS. Nesse sentido, destacam-se “os direitos dos grupos minoritários entre eles, o dos grupos de pessoas que tem orientações sexuais diversas da heterossexual” (CERQUEIRA-SANTOS et al., 2010, p. 237).

Portanto, na questão acerca do direito à saúde, o grupo da população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) tem o direito de ter uma atenção à saúde de acordo com o que precisa. Para as mulheres lésbicas, as especificidades de saúde abrangem cuidados além daqueles estabelecidos para mulheres heterossexuais. Destaca-se a preocupação de não associar a atenção à saúde da população LGBT apenas com a saúde sexual – relacionada à AIDS e às DST –, mas também com diversos outros problemas de saúde, buscando assim uma atenção integral à saúde dessas mulheres (BENTO, 2012).

Lionço (2008) compreende que os agravos à saúde desse segmento populacional estão, em grande parte, determinados socialmente. As necessidades em saúde não estão necessariamente relacionadas aos fatores internos desses sujeitos, e sim às “consequências das representações e significações que recaem sobre suas práticas sexuais e modos de vida” (LIONÇO, 2008, p. 13). Essas práticas e modos de vida são considerados como estando fora de um padrão da suposta normalidade 'saudável' da heteronormatividade moralmente vigente. A ideia de estar fora de um padrão de normalidade nos faz pensar em uma expressão sexual ou modo de vida desviante, ou seja, patológico. Frazão e Rosário (2008) estabelecem que, do ponto de vista de diferentes teorias da biologia e da psicologia, construiu-se, no passado recente, a presença de formulações teóricas frequentemente discriminatórias e patologizantes acerca da homossexualidade.

Após iniciativas da Militância Política do Movimento Gay dos Estados Unidos da América e dos estudos do sexólogo Alfred Kinsey, a homossexualidade deixou de ser considerada um transtorno mental pela American Psychiatric Association no ano de 1973, e pela American Psychological Association no ano de 1975 (MIRANDA, 2013). Foi apenas em 1980, com a terceira edição do DSM, que retirou-se oficialmente a homossexualidade da categoria das parafilias. Em 1993, a nova versão da CID-10 (a classificação adotada pela Organização Mundial de Saúde) retirava também a homossexualidade da sua lista de doenças. Sendo assim, destaca-se o trajeto recente de uma abordagem na área da saúde que preza pelo

respeito da liberdade de expressão da orientação sexual. Tal passado dentro do meio científico marcou os discursos e representações sociais da sociedade moderna, e ainda vemos resquícios de um olhar patologizante a respeito da homossexualidade no meio social (FRAZÃO e ROSÁRIO, 2008; LACERDA, PEREIRA e CAMINO, 2002).

No nosso país, o tema da sexualidade está presente, ainda que de forma periférica, há pelo menos três décadas, no campo da saúde coletiva e dos estudos de população, e também nos debates em torno das políticas e dos programas de saúde reprodutiva e planejamento familiar (CALDERARO, 2011). A ideia de sexualidades que não fossem heterossexuais se construiu em torno dos anos de 1980, década em que se criam as condições históricas, políticas e culturais para a sua constituição como campo temático ligado às questões de saúde reprodutiva das mulheres. Nesse período ocorreu a emergência da epidemia de AIDS, observando-se uma crescente preocupação com a sexualidade, particularmente questões referentes à homossexualidade masculina (LIONÇO, 2008). Conforme Barbosa e Koyama (2006, p. 1511), “o tema da homossexualidade feminina e sua relação com a saúde mantiveram-se marginais a todo esse processo”. Situação preocupante, visto que a Constituição Federal estabelece a igualdade de direitos entre todas as populações.

Além disso, no grupo específico LGBT houve um caminho longo e de muitas tensões no campo dos direitos civis. Os discursos que afirmam que os cidadãos LGBT teriam um modo de vida desviante estão presentes em um discurso social que não apoia a garantia de direitos civis. Porém, o sistema judiciário brasileiro abordou a garantia de direitos civis dessa população com grande ênfase na década atual. Em 2011, o Supremo Tribunal de Justiça (STJ) afirmou sua visão sobre o fato da união estável ser possível entre pessoas do mesmo sexo (GABURRI, 2012). Com a abertura do precedente da união estável entre pessoas do mesmo sexo, em maio de 2013 o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) aprovou a Resolução CNJ n. 175, que proibiu cartórios e autoridades competentes de recusarem a celebração de casamentos civis de casais do mesmo sexo. A nova regulamentação foi proposta pelo ministro Joaquim Barbosa e tem o intuito de garantir igualdade de direitos entre casais heterossexuais e homossexuais. Segundo o presidente do CNJ (2013), a proposta segue as transformações da sociedade e busca vencer as dificuldades enfrentadas por casais homossexuais nos cartórios brasileiros para formalizar a

união estável ou convertê-la em casamento civil.

Silva e Nardi (2011, p. 251) abordam a ideia de garantia de Direitos Humanos para a população LGBT como debate central da nossa sociedade, e ainda salientam a necessidade da emergência da “discriminação por orientação sexual como questão social, bem como para a criação de instrumentos jurídicos e sociais de enfrentamento e ações afirmativas pela liberdade de expressão sexual”. A efetivação da união estável e do casamento civil como garantia de direitos civis àqueles que desejam se unir com alguém do mesmo sexo se apresenta como uma dessas ações afirmativas, junto com o chamamento à população para assinar o Estatuto da Diversidade Sexual, que “visa a promover a inclusão de todos, sem distinção, combater a discriminação e a intolerância por orientação sexual ou por identidade de gênero, inclusive pela criminalização da homofobia” (OPPERMANN; DIAS, 2012, p. 1).

Mesmo que ao longo dos últimos três anos tais ações afirmativas tenham ocorrido e proporcionado uma discussão com a sociedade em geral sobre temáticas referentes à garantia de direitos desse grupo populacional específico, ainda há discursos sociais que disseminam a ideia de que a homossexualidade necessita de uma cura, pensamento reacionário e perigoso. O projeto PDC nº 234/2011, referente à Sustação da Resolução do Conselho Federal de Psicologia nº 1/99 de 23 de Março de 1999, que estabelece normas de atuação para os psicólogos em relação à questão da orientação sexual, seria uma dessas ideias reacionárias que mais ganhou espaço na mídia brasileira, importante palco de disseminação de ideários políticos. O projeto é apoiado por políticos que se baseiam no seu próprio credo para discutir diversidade sexual, e traz de volta a discussão sobre o caráter patológico das práticas sexuais e da subjetividade da homossexualidade.

A mensagem oculta desse projeto é a assunção de que a homossexualidade teria cura, recebendo assim o rótulo de doença mental. Em Junho de 2013, a Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados aprovou tal projeto, o qual permite aos psicólogos promover tratamento com o objetivo de curar a homossexualidade (FOLHA DE S. PAULO, 2013). Tal aprovação na Câmara de Direitos Humanos é repudiada pela Secretária de Direitos Humanos ligada à Presidência da República, pelo Conselho Federal de Psicologia e por diversas vozes do movimento civil e dos cidadãos em geral, como pode ser percebido em manifestações populares que exigem a retirada do Presidente Marcos Feliciano da

governança da Câmara (AGÊNCIA BRASIL, 2013a, 2013b). Em Julho desse ano, após reivindicações de derrubada do projeto ele, houve o arquivamento do texto, sendo que só pode voltar para pauta de votação em 2014 (GLOBO, 2013).

Na esfera governamental, o projeto da “cura gay” demonstra a resistência que sofrem muitas propostas de combate à discriminação, resistência empreendida por parlamentares envolvidos com instituições religiosas, como católicos integristas e evangélicos fundamentalistas que reiteram uma visão preconceituosa da diversidade sexual (SILVA e NARDI, 2011). Admitir que as práticas sexuais e os modos de vida da população LGBT sejam consequências de uma doença mental é uma ação discriminatória. Salienta-se que há agravos da discriminação que podem incentivar problemas de saúde mental, como abuso de álcool e outras drogas. A discriminação também está presente em problemas familiares desses sujeitos, pois muitas vezes a família de origem não compreende a orientação sexual ou identidade de gênero do seu membro. Conforme Soares et al. (2010), a homossexualidade sofre em razão de preconceitos históricos, sociais, políticos e religiosos, o que pode levar uma pessoa homossexual a vivenciar um sofrimento psíquico.

Na situação da população LGBT, o ato do preconceito pautado pela discriminação denomina-se homofobia, a qual não ocorre isoladamente de outras formas de discriminação social. Mott (2000) conceitua homofobia como sendo o medo, a aversão, ou a discriminação contra a homossexualidade ou os homossexuais, bem como o ódio, a hostilidade ou a reprovação dos homossexuais. Para os fins da presente pesquisa, entende-se homofobia como o preconceito ou a discriminação (e demais violências daí decorrentes) contra pessoas em função de sua orientação sexual e/ou identidade de gênero presumidas. Nesse conceito, apesar de não o explicitarmos, para garantir a melhor fluência do texto, estão incluídas a lesbofobia, a homofobia, a transfobia e a bifobia (ou seja, a LGBTfobia em geral). A homofobia ganha palco devido a outras discriminações sociais, como, por exemplo: machismo, racismo e misoginia. A homofobia instiga no viver sentimentos de vergonha, silêncio, repressão, censura, discriminação e preconceito. As violações dos direitos humanos desses cidadãos são alarmantes, e em 2011 a Secretaria de Direitos Humanos produziu o primeiro relatório com dados oficiais sistematizados sobre a Violência Homofóbica do país (BRASIL, 2011).

Segundo a Secretaria, tais violações incluem desde a negação de oportunidades de emprego e educação, discriminações relacionadas ao gozo de

ampla gama de direitos humanos, até estupros, agressões sexuais, tortura e homicídios, e tendem a ser agravadas por outras formas de violência, ódio e exclusão. O relatório salienta que as violações apresentadas não correspondem ao total ocorrido cotidianamente no país naquele ano, correspondendo apenas às reportadas (BRASIL, 2011). Apesar da subnotificação, os números apontam para um desconcertante quadro de violências homofóbicas no Brasil: “no ano de 2011, foram reportadas 18,65 violações de direitos humanos de caráter homofóbico por dia, no mesmo dia 4,69 pessoas foram vítimas de violência homofóbica reportada no país” (BRASIL, 2011, p. 18). O relatório aponta que o Rio Grande do Sul possui taxas de denúncia superior às do Brasil em geral.

O Grupo Gay da Bahia (GGB) divulgou, em um Relatório Anual de Assassinato de LGBT, que em 2012, no Brasil, houve 338 assassinatos de gays, travestis e lésbicas, incluindo duas transexuais brasileiras mortas na Itália. Em destaque alarmante, comprovou-se que o Brasil confirma sua posição de primeiro lugar no ranking mundial de assassinatos homofóbicos, concentrando 44% do total de execuções de todos os países (DIREITO HOMOAFETIVO, 2013). A homofobia no Brasil é estrutural, “operando de forma a desumanizar as expressões de sexualidade divergentes da heterossexual, atingindo a população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais em todos os níveis”, e pode ser vista nos mais diversos espaços, desde os institucionais até o nível familiar (BRASIL, 2011, p. 116). A sociedade brasileira ainda é extremamente sexista, machista e misógina. As consequências violentas e geradoras de sofrimento da homofobia são questões de saúde.

Portanto, o cuidado com a população LGBT para diminuir as suas vulnerabilidades é uma questão de saúde pública. Sendo assim, torna-se imprescindível a contínua produção de conhecimento científico pela academia e pelos movimentos sociais em torno da atenção à saúde integral da população LGBT. No que diz respeito às homossexuais femininas/lésbicas, destacam-se a escassa produção científica abordando a temática da saúde (BENTO, 2012). Salientando-se também a inexistência de políticas de saúde consistentes para o enfrentamento das dificuldades e necessidades desta população – aliadas à persistência de pré-noções e preconceitos –, o que se converte, no âmbito da saúde pública, em desperdício de recursos, em constrangimento durante o atendimento, em assistência inadequada e “em um grande contingente de mulheres com problemas de saúde não

diagnosticados e não tratados” (BARBOSA e FACCHINI, 2009, p.298).

No Brasil, através do movimento político da sociedade civil em parceria com o Estado, configurou-se o Movimento da Reforma Sanitária, que adotou uma compreensão de saúde para o país. Saúde é o resultado do acesso das pessoas e coletividades às políticas, aos bens e aos serviços sociais que promovem a qualidade de vida. A atenção à saúde dos cidadãos brasileiros possui um conceito abrangente e intersetorial. As vias de acesso à saúde, o incentivo ao trabalho, a garantia de educação e moradia de qualidade, entre outros, são garantias de saúde e bem estar aos cidadãos (BRASIL, 2009). Além disso, a atenção à saúde requer olhar para os fatores que se entrecruzam e podem maximizar o sofrimento de grupos específicos. Nessa visão, todas as maneiras de discriminação devem ser consideradas como “situações produtoras de doença e sofrimento” (DEPARTAMENTO DE APOIO À GESTÃO PARTICIPATIVA, 2008, p. 570).

Conforme o Departamento de Apoio à Gestão Participativa (2008), o Ministério da Saúde acumula duas décadas de atenção à população LGBT que partiram do enfrentamento da epidemia da AIDS. Atualmente, considera-se a orientação sexual e a identidade de gênero como situações complexas e que são fatores de vulnerabilidade para a saúde. Esse reconhecimento é construído não apenas pelas práticas sexuais específicas desse grupo, mas porque a população LGBT está exposta a processos de discriminação que violam seus direitos humanos, entre os quais o direito à saúde.

O Brasil constituiu, a partir do ano 2000, um conjunto de compreensões e políticas públicas voltadas para essa população, abrangendo o Ministério da Saúde, o Ministério da Justiça e a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (CALDERARO, 2011). Como o país é composto pela entidade federal e pelas entidades estaduais e municipais, planos de cuidado com metas e ações específicas para esse grupo também surgiram como abordagens oficiais do Estado a esses cidadãos. Valadão e Gomes (2011) destacam que, no campo das políticas de saúde, observam-se alguns avanços que não só asseguram os direitos da homossexualidade, da lesbiandade e da bissexualidade feminina em se expressar no âmbito das relações afetivo-sexuais, como também garantem o atendimento das demandas de saúde advindas das diferentes orientações sexuais.

Calderaro (2011), ao falar sobre a construção das políticas públicas destaca que, no nosso país, os movimentos sociais e a academia estão em articulação direta

com o governo (ou, pelo menos, próximas a ele), constituindo um movimento cíclico na atenção dada aos temas da agenda ou na inclusão/exclusão de outros temas, e os documentos que compõem as políticas públicas do grupo populacional LGBT foram, inclusive, elaborados com a parceria constante desses atores sociais. Destaca-se aqui: o Programa Brasil sem Homofobia (CONSELHO NACIONAL DE COMBATE À DISCRIMINAÇÃO, 2004), o 2º Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (BRASIL, 2008), e a Política Nacional de Saúde Integral de LGBT (BRASIL, 2010)¹. A melhoria contínua da efetivação dessas políticas deve contar com o incentivo das informações analisadas pelos trabalhos científicos acadêmicos e pelas experiências de insucesso ou sucesso dos espaços da sociedade civil que tratam da temática da diversidade sexual.

Esses documentos foram produzidos a partir de debate e ausculta de demandas de representações do movimento social, envolvendo cidadãos, trabalhadores, gestores e políticos, no sentido de promover a inserção das especificidades de saúde desse contingente populacional nas políticas e ações do SUS (CALDERARO, 2011). Há uma preocupação clara do Ministério da Saúde em propor a garantia de direitos à população LGBT. Conforme Santos (2011), esses direitos são definidos pelo Ministério da Saúde como: direito de viver e expressar livremente a sexualidade sem violência, discriminações e imposições; direito de viver plenamente a sexualidade sem medo, vergonha, culpa e falsas crenças; direito de expressar livremente sua orientação sexual: heterossexualidade, homossexualidade, bissexualidade, entre outras; direito a serviços de saúde que garantam privacidade, sigilo e atendimento de qualidade e sem discriminação; e direito à informação e à educação sexual e reprodutiva, segundo transcrito na Cartilha de Direitos Sexuais do Ministério da Saúde (Brasil, 2006).

Sintetizando os escritos desses documentos, destaca-se aqui as que abrangem a saúde de mulheres lésbicas e bissexuais. Para essas mulheres, o Ministério da Saúde estabelece as seguintes ideias (DEPARTAMENTO DE APOIO À GESTÃO PARTICIPATIVA, 2008):

¹ Para maiores informações sobre as políticas públicas que abordam a temática da mulher lésbica, sugere-se a leitura da autora Fernanda Calderaro (2011), que, em sua Tese de Mestrado “Políticas de saúde voltadas às lésbicas: um estudo sobre as possibilidades de reverter um quadro histórico de invisibilidade”, a autora construiu um material com imenso detalhamento e análise de diversos documentos oficiais referentes ao tema.

- a) Sensibilização sobre os efeitos da homofobia, lesbofobia e transfobia como elementos da vulnerabilidade, combatendo a homofobia institucional;
- b) Garantir a participação dos segmentos LGBT nas instâncias dos conselhos e conferências de saúde, para interferir na produção das políticas públicas;
- c) Incluir os conteúdos relacionados à população LGBT na formação dos profissionais da saúde;
- d) Incluir os quesitos étnico-racial, orientação sexual e identidade de gênero nos formulários e sistemas de informação do SUS;
- e) Garantir apoio técnico e institucional aos movimentos sociais LGBT;
- f) Organizar redes integradas de atenção à população LGBT em situação de violência doméstica, sexual e social;
- g) Reconhecer e incluir nos sistemas de informação do SUS todas as configurações familiares, para além da heteronormatividade. Em relação às configurações familiares, garantir a extensão do direito à saúde suplementar ao cônjuge dependente entre os casais LGBT;
- h) Garantir atenção à saúde integral e aos direitos sexuais e reprodutivos, em todas as fases de vida, para as mulheres lésbicas e bissexuais. Nos direitos reprodutivos, destaca-se a promoção do acesso universal e integral de reprodução humana assistida às mulheres lésbicas e bissexuais em idade reprodutiva;
- i) Implementar e aperfeiçoar as ações de enfrentamento da epidemia de AIDS e outras DST (doenças sexualmente transmissíveis) junto à população LGBT;
- j) Qualificar a atenção à saúde mental em todas as fases de vida da população LGBT, prevenindo os agravos decorrentes dos efeitos da discriminação, do uso de álcool e outras drogas e da exclusão social;
- k) Garantir cuidados e garantia dos direitos humanos à população LGBT idosa e carcerária;

A análise dessas ideias provoca o questionamento sobre a coerência dos temas abordados com as demandas das mulheres lésbicas, ou se ainda há um caminho longo a ser percorrido entre as escritas oficiais e a realidade do cotidiano. Para buscar respostas a tal questionamento, esta pesquisa tem como objetivo compreender as representações sociais de mulheres lésbicas sobre a atenção à sua saúde.

Atenção à saúde, aqui, configura-se como: garantia dos direitos à saúde, acesso a serviços, dificuldades que podem surgir na assistência à saúde, experiências em atendimentos de saúde, problemas de saúde, noções de responsabilidade do cidadão sobre sua saúde, quais as necessidades que não estão sendo supridas pelo Sistema de Saúde, entre outros. Portanto, atenção à saúde “é tudo que envolve o cuidado com a saúde do ser humano, incluindo as ações e serviços de promoção, prevenção, reabilitação e tratamento de doenças” (BRASIL, 2009, p. 40).

A garantia do direito à saúde para a população LGBT, superando a violação de seus direitos humanos rumo à promoção da equidade no sistema de saúde, clama para que se avance na perspectiva da democratização dos direitos humanos, mediante o reconhecimento das diversas possibilidades de constituição humana e de exercício da sexualidade (LIONÇO, 2008). Nessa visão, o SUS, por meio da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (Portaria Nº 675/GM, D.O.U 31/03/2006) (Brasil, 2007), deu um passo à frente ao assegurar o atendimento humanizado e livre de preconceito e discriminação por orientação sexual e identidade de gênero.

Em relação a saúde das mulheres lésbicas a mais completa referência da literatura brasileira contemporânea sobre o tema é o Dossiê – Saúde das Mulheres Lésbicas² (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2006). Entre as contribuições desse dossiê está em relacionar o tema do acesso saúde às questões mais gerais envolvendo a homofobia, pautando as questões de discriminação e violência contra gays, lésbicas, travestis, transexuais, bem como a invisibilidade das relações homoeróticas femininas. Dessa forma, insere esse tema que aparentemente diz respeito a uma parcela específica e pouco dimensionável da população (em termos de identidade sexual) num panorama mais amplo de reflexões sobre direitos sexuais e reprodutivos e sobre a promoção da equidade e da integralidade no campo da saúde.

Portanto, essa pesquisa visa entender o cotidiano das mulheres lésbicas, ouvi-las acerca do que elas consideram importante na sua saúde e o que demandam sobre um cuidado possivelmente ainda insuficiente, quiçá inexistente.

1.1 Objetivos

² Elaborado por Regina Barbosa e Regina Facchini.

1.1.1 Objetivo Geral:

Compreender quais são as representações sociais de mulheres lésbicas sobre atenção à sua saúde.

1.1.2 Objetivos Específicos:

- Identificar as experiências de acesso ao atendimento à saúde de mulheres lésbicas;
- Identificar possíveis dificuldades enfrentadas pelas mulheres no atendimento à saúde;
- Desvendar as demandas que as mulheres lésbicas possuem sobre a atenção à saúde;

2. Procedimentos metodológicos

As análises desse trabalho se configuram como um recorte de realidades amplas e composta por diversos sistemas. Nessa pesquisa de caráter qualitativo busca-se desvendar algumas possíveis representações que as mulheres lésbicas possuem sobre a atenção à sua saúde. Como já exposto trabalha-se aqui com a suposição de saúde no seu conceito holístico. Tais concepções serão apresentadas em trechos de falas das mulheres entrevistadas, as falas por sua vez serão escritas em conjunto com as referências da bibliografia estudada, transformando a leitura de falas e trechos científicos como um espaço de discussão e questionamento. No contexto da metodologia qualitativa aplicada à saúde, emprega-se a concepção trazida das Ciências Humanas, segundo as quais não se busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas.

Esta pesquisa tem caráter qualitativo e fundamenta-se no referencial teórico das Representações Sociais (GUARESCHI e JOVCHELOVITCH, 1994; JOVCHELOVITCH, 2008). Essa teoria é uma entre muitas outras, das quais se destacou como base para a pesquisa social em saúde e se desenvolveu sob

influência da fenomenologia. Guareschi (2007), em sua reflexão sobre a imprescindibilidade do ato de representar, atenta para o fato de que nós todos, seres humanos, representamos. Isto é, somos capazes de prescindir do objeto material ao pensar nele, ao falar dele e ao nos relacionarmos com ele. No entanto, jamais podemos perder a consciência de sua existência e, mais do que isso, da relação existente entre sujeito-objeto. Ainda segundo o autor, nem todo fenômeno é uma representação social. A teoria das Representações Sociais se constitui em uma teoria sobre os saberes sociais. Em busca do estudo dos fenômenos do cotidiano, dirige-se à construção e transformação dos saberes sociais em relação a diferentes contextos sociais (JOVCHELOVITCH, 2008).

Ouvir a fala das pessoas é um ato de conexão, de busca por ideias que podem estar excluídas do dito discurso social hegemônico. Dar a voz não é tarefa simples, e essa pesquisa não abrange todas as possibilidades de narrativas presentes na vida diária das mulheres lésbicas aqui entrevistadas. O contexto em que elas vivem as determina socialmente, assim como o ir e vir delas determina o contexto, e precisa ser escutado na construção de políticas. A construção da representação social está constantemente mediada por diversos meios, como, por exemplo, os dizeres do Estado sobre o cotidiano dos seus cidadãos. Portanto, contrapor as mensagens estabelecidas oficialmente sobre alguém com o dizer desse(s) alguém configura um desafio complexo. Conforme Jovchelovitch (2008, p. 95), o cotidiano é uma fonte poderosa de conhecimento, “pode ser um tipo de conhecimento diferente do conhecimento científico e tecnológico, mas não é menos sábio nas práticas e questionamentos que ele contém”.

2.1 Coleta de dados

Foram entrevistadas cinco mulheres lésbicas de diferentes idades, que não são ativistas políticas, escolhidas por critério de conveniência. Inicialmente, entramos em contato com o Núcleo de Pesquisa em Sexualidade e Relações de Gênero da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e com a ONG SOMOS - Comunicação, Saúde e Sexualidade, solicitando parceria nesta pesquisa, porém ambas as instituições não retornaram a solicitação e, assim, adotou-se o critério de conveniência. As entrevistas foram semi-estruturadas, com um roteiro de perguntas abertas. Nessa forma de organização, “o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada”

(MINAYO, 2010, p. 261). As entrevistas foram gravadas e, depois transcritas na íntegra, e em seguida realizada a Análise de Conteúdo (MINAYO, 2010) Comissão de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio grande do Sul, em parecer opinou pela aprovação do Projeto dessa Pesquisa, cadastrado com o número 24327. Como orientado, a pesquisa foi anexada à Plataforma Brasil, do Ministério da Saúde, conforme resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido encontra-se no Anexo I. As perguntas utilizadas nas entrevistas foram as seguintes:

1. Em sua opinião, quais seriam as especificidades de saúde do grupo populacional de mulheres lésbicas?
2. Quais são as suas experiências de acesso ao atendimento à saúde?
3. Quais seriam as dificuldades enfrentadas no atendimento à saúde?
4. Quais são as demandas que você possui sobre a atenção à saúde de maneira ampla?

2.2 Universo do estudo

Foram entrevistadas cinco mulheres na faixa etária de 24 a 48 anos. As entrevistas foram nas casas das mulheres, ou em local público acordado com a pesquisadora. Todas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Ocorreram três entrevistas no total, sendo uma individual com usuária do serviço público de saúde – Alice, 29 anos, doméstica -; uma com casal de mulheres usuárias de serviço de saúde suplementar, mas funcionárias de diferentes serviços de saúde pública do município de Porto Alegre-RS – Bete, 48 anos e Carolina, 44 anos, ambas enfermeiras-; e a última entrevista com casal de estudantes de universidades particulares usuárias de serviço de saúde suplementar – Diana, estudante de Psicologia e Helena, estudante de Química, ambas com 24 anos de idade.

2.3 Análise e tratamento dos dados

Os dados para a análise foram obtidos por meio de transcrição das falas gravadas durante cada entrevista. A transcrição se baseou nas ordens da fala, com a descrição de qual fala pertencia a qual entrevistada no caso das entrevistas com o casal. As perguntas da entrevistadora também estão expostas na transcrição da

íntegra das entrevistas. No corpo do presente texto, escolheram-se algumas falas, não sendo exposto aqui a totalidade das entrevistas. Foram usados nomes fictícios, mas inseridas a ocupação e as idades reais das mulheres participantes. A Análise de Conteúdo utilizada para divisão e averiguação das entrevistas pode ser entendida como sendo uma técnica de pesquisa que trabalha com a palavra, permitindo, de forma prática e objetiva, produzir inferências do conteúdo da comunicação de um texto replicáveis ao seu contexto social; articula os textos com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural, contexto e processos de produção da mensagem (MINAYO,2006).

Após a leitura das entrevistas, em conjunto com a reflexão sobre os dados da literatura, construíram-se categorias de análise, as quais podem ser uma série de enunciados de um mesmo indivíduo ou um diálogo sobre ideias semelhantes. Os trechos das entrevistas foram divididos em cinco categorias de análise. As quais são apresentadas no decorrer do texto na seguinte ordem: *Revelar ou não Revelar a minha orientação sexual?*; *Repercussões se não houver a revelação*; *Repercussões da revelação*; *Do atendimento de saúde para a vida cotidiana*; *Perante os desafios quais são as demandas e os passos a seguir*.

A identificação e caracterização do discurso acadêmico científico da saúde pública sobre o tema foram realizadas através da revisão de documentos disponíveis na bibliografia. Finalmente, foi elaborado um caminho de significados a partir das falas, como forma de sistematizar o texto produzido e dinamizar a apresentação textual da pesquisa. Assim, a narrativa presente abaixo foi construída como um diálogo escrito entre as teorias (e achados encontrados nos textos científicos) e as falas das entrevistadas.

3. Desenvolvimento do conteúdo

Em um assunto tão amplo e cheio de interconexões com outros setores do Estado, da sociedade civil e da vida cotidiana, é importante destacar alguns conceitos, para criar um campo compreensível de diálogo com qualquer leitor. A orientação sexual refere-se a preferência sexual por pessoas do mesmo sexo biológico, compreendendo aspectos como a atração sexual, comportamentos, fantasias e preferências emocionais ou sociais. A “orientação sexual é considerada como parte da identidade individual que é composta por dimensões tais como: sexo

biológico, identidade de gênero, papel social e orientação do desejo sexual” (CEARÁ e DALGALARRONDO, 2010, p. 118). Lésbicas seriam “mulheres que mantêm relacionamentos afetivos e sexuais com outras mulheres” (CARDOSO e FERRO, 2012, p. 557).

A categoria lésbica usada neste trabalho não tem a pretensão de limitar o conceito de sexualidade. Entende-se aqui a sexualidade como um espectro amplo de possibilidades, no qual a pessoa pode se identificar em um ponto ou não. Há pessoas que se auto identificam como lésbicas, gays, bissexuais, baseadas na sua identidade sexual, e por diversas outras razões. E também há pessoas que preferem não se identificar em algum termo específico que defina sua orientação afetivo-sexual. É importante que seja respeitada a visão que cada pessoa possui de si em seu processo de conscientização sobre sua vida afetivo-sexual.

No momento da realização desta pesquisa, as mulheres entrevistadas se auto-identificam como lésbicas. Porém, a referência à homossexualidade feminina neste trabalho não pretende remeter à ideia de uma população homogênea. Considera-se que a disjunção entre desejos, práticas e identidades, abundantemente registrada na literatura sobre sexualidade, e o entrecruzamento entre gênero, sexualidade e outros marcadores sociais de diferença (como raça, classe e geração) demandam atenção para a diversidade interna da população constituída por essa categoria (BARBOSA e FACCHINI, 2009).

3.1 Revelar ou não Revelar a minha orientação sexual?

A atenção à saúde das mulheres lésbicas compõe nuances que falam do dia-a-dia dessas cidadãs, e também reflexões cruciais para toda a sociedade, seja sobre o desconhecimento do próprio corpo e autocuidado em saúde, seja sobre a dura realidade de andar no mundo preocupadas com o olhar discriminatório dos outros. O processo de identificação com a identidade lésbica está pautado de questionamentos, e um deles fala de preservação e qualidade da vida: sendo quem eu sou, vou receber o cuidado necessário nos serviços de saúde?

Tal pergunta pode parecer simples, mas fala de toda uma ideia dessas mulheres como sujeitos se relacionando com outros sujeitos. E como cidadãs usufruindo de seus direitos. As relações pautam a saúde integral de qualquer cidadão, e dessas mulheres a dúvida sobre seu acolhimento nos atendimentos de

saúde gera ressonâncias muitas vezes agravantes do processo saúde/doença. Um dos primeiros pontos chave na reflexão sobre atenção de saúde das mulheres lésbicas seria: revelar ou não a orientação sexual?

A saúde da mulher lésbica, vista de maneira integral, possui especificidades próprias desse grupo, as quais estão conectadas com o olhar dado à saúde e com o atendimento recebido. Assim, a especificidade que se destaca seria a maneira com que o atendimento de saúde se desenrola, mediada pela escolha entre a revelação ou não da orientação sexual/identidade sexual (SANTOS, 2011).

Acho que nessa parte de atendimento, fazer um check up ou uma revisão, de tratar acho que seria normal. Se a pessoa não soubesse (...) se soubesse aí eu não sei a reação da pessoa, poderia ser normal ou não, daí vai de cada pessoa, não posso julgar todos os médicos que vão me atender diferente, ou vão me atender normal (Alice, 29 anos, doméstica).

Há uma dúvida sobre a posição do médico ou do profissional da saúde perante o conhecimento da orientação sexual da usuária. Essa dúvida se agrava com a compreensão de que muitas mulheres lésbicas não chegam no atendimento de saúde, ou não o fazem de maneira regular, preocupando-se com a prevenção. A identidade individual dessas mulheres por vezes se baseia em uma estética visual que a sociedade associa com características ditas masculinas. Mulheres com cortes de cabelo, postura, roupas ou andar “masculinizados” recebem ainda um olhar preconceituoso. Nessas mulheres, estaria mais “evidente” a homossexualidade. Esse aspecto está relacionado com a frequência aos serviços ginecológicos, por exemplo (BARBOSA e FACCHINI, 2009).

Segundo Barbosa e Facchini (2009) em pesquisa com mulheres lésbicas, independentemente de suas inserções sócio econômicas, todas aquelas que se referiram como “mais masculinizadas” ou “mais masculina” estavam entre aquelas que tiveram frequência baixa e irregular de realização de exames ginecológicos e de Papanicolau, ou nunca os realizaram. Portanto, o menor acesso/frequência aos cuidados ginecológicos em relação às lésbicas não tem a ver com as suas trajetórias sexuais marcadas por pouco ou nenhum contato sexual com homens, e sim com seus atributos e posturas corporais “mais masculinizadas” (CALDERARO, 2011).

Para essas mulheres, a consulta adquire um significado de explicitar os trejeitos fora da suposta normalidade do gênero feminino, que, somado às

representações de que o envolvimento lésbico não oferece riscos nem requer ações específicas com a saúde, tornam a busca por cuidados ginecológicos um processo complexo (RODRIGUES e SCHOR, 2010). Além disso, pesquisas brasileiras mostram que, entre mulheres homossexuais, “3 e 7% nunca acessaram os serviços ginecológicos, e de 13 a 70% não acessam os serviços ginecológicos anualmente, sendo que a metade, aproximadamente, não revela sua orientação sexual” (CALDERARO, 2011, p. 65).

Para se trabalhar devidamente com os aspectos da sexualidade, faz-se imprescindível estabelecer o vínculo e uma relação de confiança entre o profissional de saúde e as usuárias dos serviços, visando um atendimento que conheça o sujeito em sua saúde integral e o deixe à vontade para falar de sua vida. Porém, a prática dos profissionais pode ser marcada por preconceitos e tabus, ainda mais fortes quando o assunto está relacionado a sexo ou sexualidade e, de modo especial, quando se trata de homossexualidade feminina (ARAÚJO et al., 2006; CALDERARO, 2011). A decisão de relatar ou não ao ginecologista as preferências ou práticas sexuais é uma escolha. A “tomada de decisão a esse respeito implica sempre uma reflexão anterior e uma avaliação do risco de passar por discriminação” (BARBOSA e FACCHINI, 2009, p.296).

Acho que é bem difícil de expor, chegar no ginecologista e expor a orientação sexual, pode ser algo receoso, de até pela questão do preconceito ao expor não receber a orientação que deveria (Diana, 24 anos, estudante de Psicologia)

Existe uma avaliação da possível reação do profissional de saúde, reação essa que pode pautar a qualidade do atendimento. Tendo em vista que existe preconceito e violência homofóbica na sociedade brasileira, e que as lésbicas podem já ter sofrido outras situações de discriminação, pode-se criar uma opinião de que o profissional reagirá de maneira preconceituosa. Em pesquisa sobre preconceito contra homossexuais entre estudantes universitários - incluindo de Medicina - Lacerda, Pereira e Camino (2002) constataram que, do total de estudantes analisados, mais de três quartos deles foram classificados como preconceituosos.

Conforme os autores, os alunos de medicina são contrários a posicionamentos explicitamente preconceituosos, porém as teorias adotadas e

divulgadas por eles podem contribuir com práticas discriminatórias, pois colaboram com “a manutenção de uma representação social do homossexual como portador de alguma doença que precisa ser curada, seja ela biológica ou psicológica” (LACERDA, PEREIRA e CAMINO, 2002, p. 175). Tal resultado colabora com a validade do receio dessas mulheres de passarem por experiências de desrespeito se revelarem a sua orientação sexual. Talvez o médico não tenha uma posição pessoal homofóbica, entretanto sua formação e sua práxis proliferam visões errôneas e simplistas da saúde das mulheres lésbicas.

Um atendimento humanizado necessita de tempo e espaço de confiança para que temas tabus como a sexualidade possam ser investigados. Ele busca minimizar possíveis “constrangimentos inerentes ao serviço e baseia-se numa anamnese cuidadosa, considerando o contexto onde a mulher está inserida, ao mesmo tempo em que trace um perfil individual” (SANTOS, 2011, p. 20). Será que esse atendimento é possível nos serviços de saúde?

Agora pensei de onde eu trabalho. A pessoa é triada em uma sala onde tem duas pessoas sentadas, com o computador na frente, e se senta em uma cadeira, a outra pessoa senta, e ficam 4 pessoas em uma sala. Então a pessoa pergunta “tu tá hipertensa, tu brigou em casa? Está estressada com algo?” Então, como se vai dizer com mais 3 pessoas que tu brigou com a companheira, fica uma situação mais constrangedora, fica mais difícil (Carolina, 44 anos, enfermeira em serviço de saúde municipalizado).

De quem seria a responsabilidade de abordar o tema da sexualidade? Dos dois. Porém precisamos considerar a situação de poder existente em um atendimento que estabelece uma distância entre o profissional e a usuária. A relação estabelecida entre profissional da saúde e usuário constitui-se a partir de uma relação assimétrica de poder, na qual o profissional da saúde é percebido como o possuidor do conhecimento e o usuário como receptor destas verdades (CERQUEIRA-SANTOS et al., 2010). Mesmo com a construção da ideia de garantia de saúde como um direito do usuário e não um “favor” do governo, a mulher que busca atendimento pode viver em um contexto que dissemine o ideário do saber vertical, uma hierarquia de saber: o médico sabe, o cidadão não. Nesse contexto, destaca-se o posicionamento ético do profissional de ser co-responsável pela atenção a saúde, urgindo que ele colabore com todas as ferramentas possíveis para a construção de um atendimento acolhedor de todas as questões relacionadas a

saúde do sujeito.

Valadão e Gomes (2011), ao estudarem a literatura sobre o tema da saúde da mulher lésbica, concluem que lésbicas e mulheres bissexuais não são apoiadas, por parte dos profissionais, no campo da atenção integral à saúde da mulher, a verbalizar suas orientações sexuais quando buscam assistência. Infelizmente, “tal situação escamoteia um atendimento seguro, produzindo exclusão e violência simbólica, apesar de programas governamentais preconizarem o contrário” (VALADÃO e GOMES, 2011, p.1464). Não abordar o tema da sexualidade viola o direito à saúde dessas mulheres. Além do sujeito individualmente não se sentir confortável em revelar a sua orientação sexual, pode existir discriminação em todas as áreas do serviço de saúde.

Eu trabalho em um serviço público com demanda enorme de pessoas, e há preconceito, a mulher muito masculinizada é atendida e depois ao sair há as risadas, o falatório. Se é o homem gay velho, eles falam “a bicha velha”, se é jovem eles dizem “que bonito, que desperdício”, se é a menina, a sapatinha, se diz “parece um menino”, então existe preconceito. A pessoa fica naquele canto, a pessoa parece que quer entrar para dentro dela mesma. Tem preconceito pelo médico, 50% dos profissionais tem preconceito, os outros não (Carolina, 44 anos, Enfermeira em serviço de saúde municipalizado).

Sendo assim, há uma emergência do treinamento dos profissionais em técnicas e habilidades de abordagem da sexualidade. A partir daí, e com autorização da mulher, cabe-lhes questioná-las acerca desse tema em cada atendimento. Segundo Araújo (2006, p.326), “no caso da homossexualidade feminina, se estas perguntas não são feitas, as mulheres preferem omitir tal informação”. No contexto de responsabilidade que o SUS divulga e incentiva, a usuária tem parte na qualidade do seu atendimento, assim também cabe a ela a revelação da homossexualidade. A revelação por parte de um questionamento ou de iniciativa do usuário faz-se presente também nos argumentos utilizados pelos movimentos sociais lésbicos, que destacam a importância da revelação da orientação sexual para receber atendimento médico adequado e para que se façam presentes nos dados estatísticos de forma a proporcionar o desenvolvimento de outras ações estratégicas que atendam às reais necessidades do grupo em questão no campo da saúde (CALDERARO, 2011).

3.2 Repercussões se não houver a revelação

Ao pensar o atendimento em saúde no sistema universal de saúde do nosso país, pode-se imaginar diversas situações: situações acolhedoras, que veem o ser humano como um ser integral e a saúde em uma concepção holística; e situações em que o ser humano é visto como partes (não conectadas) do corpo, catalogado em sintomatologia e pré concepções sobre quem ele é, em uma concepção biomédica e fragmentada de saúde. Essas inúmeras possibilidades falam de atendimentos e de visões de nós como sociedade, do ser humano e da sua saúde. Essa pesquisa, ao pensar o atendimento de saúde das mulheres lésbicas, pensa qual visão de saúde está propagada pelos profissionais de saúde, e qual atenção nós queremos. Ao não ser revelada a orientação sexual de alguém, pode-se excluir orientações, conversas, acolhidas necessárias para o cuidado daquela pessoa. Quando a mulher não revela sua orientação, por motivos diversos, ela pode se deparar com uma pressuposição de sua heterossexualidade e uma visão fragmentada de sua saúde. Atender uma mulher lésbica como se ela fosse heterossexual gera um cuidado sem qualidade.

Uma relação sexual entre duas mulheres é bem diferente do que com um homem (...) Não é mesma coisa do que atender uma mulher que já teve 500 filhos do que uma mulher que só teve relação sexual com outra. É tudo diferente. (...) A pessoa que é lésbica é diferente de alguém que não é, (...) No meu caso seria diferente de ir em um médico e ser tratado igual às outras, eu sei que meu relacionamento com outra pessoa não é igual da irmã da E. que é casada com um homem há anos (Alice, 29 anos, doméstica).

Sem a revelação, os profissionais acabam ignorando a informação referente à orientação sexual, e seguem com a consulta clássica para heterossexuais, colocando as mulheres em situação de vulnerabilidade (SANTOS, 2011). Uma vez que as usuárias do serviço não se sintam à vontade para declarar sua sexualidade e falar sobre suas vivências, e o profissional ignore a possibilidade de mulheres terem relacionamentos afetivos e práticas sexuais que não sejam com homens, há uma falta de ambiente propício à especificidade lésbica na assistência, podendo fazer com que o atendimento seja camuflado e as informações sejam negligenciadas

bilateralmente (ALMEIDA, 2009).

(O ginecologista) perguntava sobre se tinha relação sexual, se sim ou não, “vou te dar um anticoncepcional” e acabou aí, não tinha outros questionamentos. (...) Acho difícil vir do profissional se o parceiro sexual é homem ou mulher, pode falar horas sobre sexo mas como pessoa, sem fazer a pergunta direta. Acho que é problema tratar como uma pessoa genérica sem dar o gênero do parceiro, pois a prevenção é toda diferente, mas acho que tem como dar dicas de prevenção geral. E dizer para usar camisinha e a pessoa dizer que sim. Mas deixa quieto, não vai usar (Helena, 24 anos, estudante de Química).

A desconsideração sobre os modos de vivência da sexualidade da população LGBT põe a modalidade heterossexual de sexualidade como padrão, o que implica nas práticas preventivas, no atendimento e no tratamento de usuários LGBT. Bourdieu (1999 apud (VALADÃO e SANTOS, 2011) compreende a ordem heteronormativa como uma ficção coletiva que se construiu, em parte, para se opor à homossexualidade. A “heteronormatividade age aliada a outras formas de violência estrutural gerando um ambiente hostil e desacolhedor” (CERQUEIRA-SANTOS et al., 2010, p. 241).

Acho que a maioria dos médicos não pergunta se é com homem ou com mulher. Perguntam direto “tem namorado?”. (...) Acho que nem passa pela cabeça deles de ser com uma mulher... está tão automático (Diana, 24 anos, estudante de Psicologia).

Quando uma mulher vai consultar no ginecologista isso fica como uma questão secundária, o normal, o comum, nós somos tratadas como mulheres comuns. Existe pouca preocupação com a DST, “ela transa com mulher então não vai contrair o vírus HIV, por exemplo” (Bete, 48 anos, enfermeira em serviço de saúde público).

Quando se pensa na perspectiva do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), as dificuldades não cessaram. Nesse programa existe uma inadequação da atenção dispensada às lésbicas, porque a preocupação do dele é referente a saúde reprodutiva em detrimento da saúde sexual, as mulheres sendo absorvidas apenas enquanto mães (ALMEIDA, 2009). Como já salientado nessa pesquisa, percebe-se a inadequação dos questionamentos nos atendimentos de saúde, em especial a consulta médica. Na qual o sujeito não é visto em sua saúde

integral, a anamnese precisa ser construída pensando na pessoa como além de seus sintomas. A maioria dos ginecologistas teria dificuldade de proporcionar um ambiente adequado à revelação dos comportamentos sexuais, bem como uma escuta capaz de proporcionar o resgate da história pessoal de suas pacientes, sobretudo sem a manifestação de julgamentos morais (ALMEIDA, 2009). A proposta seria a criação de uma anamnese que excluísse perguntas fechadas, há a importância do “reconhecimento de com quem está lidando, através do uso de perguntas abertas, permitiria ao médico perceber as diferenças e adaptar tratamentos e discurso às especificidades do sujeito” (ALMEIDA, 2009, p. 322).

Como já referido, a necessidade de revelar as práticas sexuais ou a identidade sexual é importante para os movimentos sociais lésbicos, pois gera a imprescindibilidade de atendimento adequado, que leve em consideração suas especificidades. De acordo com as demandas expressas pelos movimentos sociais e pelo governo, todos os documentos, fichas e prontuários em saúde devem possuir campos que identifiquem as usuárias de acordo com sua orientação sexual e/ou de identidade de gênero (CALDERARO, 2011, p. 61). Portanto, uma visibilidade da mulher lésbica e um ambiente acolhedor, poderiam proporcionar para essas mulheres um olhar além de apenas sua saúde sexual, pensando, por exemplo, no seu cotidiano e sua vida afetiva. Como com qualquer cidadã, os profissionais de saúde devem procurar conhecer as mulheres lésbicas em sua totalidade.

3. 3 Repercussões da revelação

A presente pesquisa colabora com os achados nos textos científicos em relação à revelação da orientação sexual quando trata dos temas do silêncio e da não orientação. O silêncio dos profissionais da saúde perante a informação de que a mulher é lésbica, ou de que mantém relações sexuais com outras mulheres, está imerso em mitos sobre a saúde sexual dela, acreditando que a mulher não corre riscos de adquirir Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs). A não orientação sobre sexo seguro ou exames preventivos é reflexo desse mesmo mito: o corpo da mulher lésbica seria invulnerável às principais questões de saúde sexual.

Relacionada ao relato da orientação sexual há a possibilidade de tratamentos inadequados. Pode haver uma mudança de atitude por parte do profissional, comentários preconceituosos, ausência de oferta de exames clínicos, de mamas, ou

do preventivo do câncer de colo de útero. O silêncio constitui-se quando, após o relato, o profissional age como se não tivesse recebido a informação ou como se não tivesse nada a comentar ou orientar a respeito (BARBOSA e FACCHINI, 2009). Ou seja, uma atitude de desconsideração da informação como algo relevante à consulta ginecológica. A “consequência seria a desatenção aos riscos e queixas da usuária, por total desinformação sobre o que dizer nestes momentos” (ALMEIDA, 2009, p. 323).

Fui na ginecologista e ela não deu bola, eu falei para ela e ela simplesmente seguiu com as perguntas sem me orientar ou falar algo a mais (Carolina, 44 anos, enfermeira em serviço de saúde público).

Daí tem a reação “então não tem problema, é casada com mulher não tem problema” (...) No momento que tu recebe uma mulher homossexual e vai do princípio que não tem nada, não tem problema, e banaliza, tu não pergunta questões importantes, como DST, o HPV, que é muito comum entre mulheres. Eu só transei com mulheres e tive HPV, com vinte e poucos anos. Algo tem, né. Eu só transei com mulheres e tive contato com o vírus da hepatite B, não tenho o vírus, mas tive contato (Bete, 48 anos, enfermeira em serviço de saúde público).

Existe uma visão incorreta sobre o corpo lésbico ser invulnerável que leva à não orientação sobre prevenção. A grande maioria dos artigos, campanhas e estudos no Brasil relacionados às DSTs e a AIDS pensam e falam do universo homossexual masculino, sendo raríssimo encontrar algo a respeito de lésbicas e bissexuais (MORARES e ESTEVES, 2011). Isso é algo preocupante, visto que há vulnerabilidades individuais em relação as DSTs e a AIDS: a vulnerabilidade de gênero, por serem mulheres – um grupo não tão visto nas medidas de prevenção; e as vulnerabilidades individuais de supostas práticas sexuais de risco. Há desconhecimento sobre maneiras de prevenção por parte dos profissionais da saúde e das próprias mulheres.

Tem a questão do HIV, né. Pois quando o HIV começou era uma doença gay, no início dos anos 90. Isso se modificou, mas ficou esse imaginário. Que gays podem contrair o HIV. Às vezes isso é subestimado em relação aos demais héteros e homossexuais femininos (Bete, 48 anos, enfermeira em serviço de saúde público).

Sabe-se que a possibilidade de transmissões é

infinitamente menor do que em heterossexuais e homossexual masculino, mas existe! Então, tem coisas que sei como profissional da saúde e muitas mulheres homossexuais não sabem... de que uma prevenção é a mulher usar no sexo oral o papel filme, em geral as mulheres não sabem disso, então acho que falta um pouco disso. Colocar essa orientação, levar em consideração. Qual é a primeira orientação quando chega casal hétero ou homossexual masculino? "Tu usa camisinha?" É sempre assim. E com duas mulheres não (Bete, 48 anos, enfermeira em serviço de saúde público).

Na lógica das vulnerabilidades individuais, as mulheres lésbicas seriam vulneráveis porque entrariam em contato com os fluídos uma da outra, tais como o sangue menstrual e o lubrificante vaginal, potencialmente capazes de transportar agentes infecciosos de um corpo a outro, através de pequenos e ocultos acessos à circulação sanguínea, como as cutículas e a boca. O sangue é particularmente destacado pela preocupação com as hepatites. Dada a imprevisibilidade desses acessos à corrente sanguínea, que também podem ser produzidos durante o ato sexual (como as esfoladuras), adviria a necessidade de evitar a partilha de acessórios na penetração vaginal ou anal e a recomendação do uso de preservativos masculinos diferentes em cada vagina ou ânus (ALMEIDA, 2009).

Conforme Almeida (2009), a questão do uso compartilhado de acessórios é fundamental na lógica da prevenção, visto que, nos poucos casos em que se comprovou infecção por vírus HIV entre lésbicas que mantinham relações monogâmicas (em estudos no contexto internacional), esta teria sido a via de infecção. Talvez seja pelo desconhecimento dessas vulnerabilidades que ainda sejam "poucas as mulheres que ao realizarem sexo com mulheres utilizam-se de barreira/proteção e/ou sinalizem a prevenção às DST como algo central em suas práticas afetivas" (MORAES e ESTEVES, 2011, p. 2). Portanto, as mulheres homossexuais não se percebem em risco de contrair o HIV, têm pouca familiaridade com estratégias de prevenção e apresentam práticas inconsistentes de sexo seguro (ARAÚJO, 2006).

Pois é, isso foi sempre algo que me preocupe. Quais são os métodos de prevenção para lésbicas? Papel filme? Não rola...assim não tem o que fazer, é um tiro no escuro, não se sabe se vai se relacionar com alguém e tem a possibilidade de pegar uma DST, não sabe o que fazer. Ou é "Oi tudo bem? Posso ver teus exames?" (Diana, 24 anos, estudante de Psicologia).

A literatura internacional salienta que as homossexuais femininas nem sempre

procuram cuidados quando necessários, ou só o fazem quando surgem sérios problemas e em períodos de maiores agravos à sua saúde. Além disso, os profissionais de saúde solicitam menos a realização desses exames a essas mulheres (BARBOSA e FACCHINI, 2009).

Olha, não vou muito em médico ou atendimento de saúde não (...) nunca fui...nunca me preocupo isso de ter que ir a médico, de procurar de saber alguma coisa, se eu tenho ou não tenho, vou mesmo só se for necessário, se tiver dor, ou se tiver acontecido alguma coisa mais séria. Ao contrário... eu não gosto de ir, acho que não procura assim sabe, só vou...aquela coisa, só vou ao médico quando precisa. Não vou só por ir, porque a questão não é só por ir né, tu vai saber se tem alguma coisa (Alice, 29 anos, doméstica).

O não acompanhamento preventivo de questões de saúde se configura em uma problemática de todo o sistema de saúde. Segundo Almeida (2009), a possível ausência do comportamento de sexo seguro combinada com a infrequência (ou inexistência) de exames cria uma vulnerabilidade de saúde nas mulheres lésbicas. A literatura internacional fala da possibilidade de infecção das lésbicas por vaginose bacteriana (VB), que, assim como a candidíase, não foi considerada uma DST, mas seria de grande ocorrência entre as lésbicas em vários estudos médicos (ALMEIDA, 2009). O Papilomavírus humano (HPV) se configura também como preocupante, visto que há pouca divulgação (e adesão) de práticas que podem impedir a infecção.

Existe uma baixa frequência ao ginecologista ou a não-solicitação de exames como o Papanicolau, que consiste na retirada de células do colo do útero para análise laboratorial e é tido como principal estratégia de prevenção do câncer de colo uterino – para isso, é utilizado um espécuro, introduzido no canal da vagina, que permite a visualização do colo e a inserção da espátula que colherá o material. Os cuidados se justificariam em função de o HPV ter períodos de latência longos (até dez anos).

Além do risco ao câncer de colo de útero há os cuidados necessários em torno do câncer de mama. Em relação à não-detecção do câncer da mama, a justificativa recai sobre o fato de que as lésbicas não possuem conhecimento sobre seu corpo, aliado à dificuldade em tocá-lo (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2006; FACCHINI e BARBOSA, 2009; CALDERARO, 2011). A relação entre lésbicas e as DSTs está fortemente ligada a fatores como: "a invisibilidade da vivência de uma

relação lésbica, a invisibilidade do corpo feminino, a homofobia, preconceito e discriminação existente na sociedade" (MORAES e ESTEVES, 2011, p. 8).

A não-orientação do ginecologista sobre métodos preventivos em relação ao sexo seguro beira a negligência, mesmo que pessoalmente eles não desejem prejudicar a usuária. A relação profissional-usuário precisa ser pautada pela confiança, para que, mesmo que o profissional tenha informações e conhecimento sobre prevenção nas relações sexuais de duas mulheres, a usuária se sinta à vontade para falar de seus comportamentos sexuais. O tema de práticas eróticas nos serviços de saúde pode estar perpassado por constrangimento ou receio de que a informação não fique como dado sigiloso e seja proliferada para outras pessoas. Tal dúvida pode aparecer para usuárias que o profissional atenda em uma mesma comunidade, ou quando ele for o referente para diversas mulheres de uma mesma família, por exemplo. Com o receio da quebra do sigilo, as informações sobre comportamentos sexuais podem ser omitidas ou mascaradas.

Ela (a ginecologista) perguntou se eu era virgem, e eu disse que sim. Até porque a minha ginecologista é ginecologista de toda a família, e então fico com medo de falar. Mas já aconteceu sim de eu ter questões que precisavam de tratamento, e estava tendo relações sexuais com uma mulher e eu não disse que era com mulher. (...) Mesmo sendo assumida, é algo que não gostaria de virar fofoca na família, sobre a minha relação sexual, quantas são, com que frequência, ou se tive algum problema. É para preservar minha intimidade. (...) Mas não confiava muito nela, (confiava) como profissional mas não como pessoa (Diana, 24 anos, estudante de Psicologia).

No meu caso a ginecologista que eu vou ela atende minha mãe, minha irmã, é amiga íntima da minha mãe, fazem academia juntas, então fico receosa de falar algo (Helena, 24 anos, estudante de Química).

Outro possível silêncio ou, pelo menos, garantia de direitos incompleta, seria no caso das mulheres lésbicas que tenham uma namorada, companheira ou esposa, de poderem ser acompanhantes nos atendimentos e procedimentos de saúde.

Fui no postão segunda-feira com ela (a companheira), (...) e não liberou de eu entrar e ficar na sala de acompanhamento com ela, só porque ele viu que chegamos juntas, tava vestida... ele viu né que a gente era casal..., e daí acho que lá dentro eles não

liberaram pra eu ficar lá dentro e daí foi isso que eu vi diferença (...) Depois de 2 horas que eu perguntei pra ele como ela tava e me explicou só (Alice, 29 anos, doméstica).

Mesmo havendo esse relato, o casal de enfermeiras entrevistadas salientou que nessa questão não havia violação de direitos, sendo que receberam as informações sobre a esposa quando desejaram. Será que o tratamento com elas foi diferenciado por serem profissionais da saúde e estarem entre colegas? Ou será a abertura para acompanhamento e visita um assunto menos tabu que a sexualidade nas consultas ginecológicas?

Na maioria das vezes, ou sempre, fui atendida independente da minha orientação sexual, e minha companheira Carolina também, sempre recebi privilégio, de ela estar internada e eu dizer que sou companheira e então “vai entrar nos intervalos, ela é a companheira” (Bete, 48 anos, enfermeira em serviço de saúde público).

Eu fiz uma intervenção e teve uma intercorrência, um problema, e eu pedi para chamar a Bete, e eles ligaram para a nossa casa, chamaram ela e ela teve acesso, com horários diferenciados para poder me ver. Sem problema nenhum (Carolina, 44 anos, enfermeira em serviço de saúde público).

Sendo assim, os comportamentos dos profissionais de saúde, em especial nas consultas ginecológicas, perante a orientação homossexual das mulheres estão cobertos de negligências, desinformação e banalização. O relacionamento assim não se constitui como humanizado e acolhedor, e informações importantes podem ser omitidas ou mascaradas. Esses exemplos de dificuldades no atendimento à saúde vão contra a ideia de uma visão de saúde integral do sujeito, que o vê em todos os seus aspectos e conhece sua vida para além do sintoma da doença.

3.4 Do atendimento de saúde para a vida cotidiana

As ausências de conversas abertas sobre a orientação sexual das usuárias e suas necessidades de saúde sexual, apresentadas acima, sugerem ainda outras ausências, como, por exemplo, situações de agravos à saúde determinados socialmente. Ampliando a visão dos atendimentos de saúde como narrativas que falam da nossa sociedade, podemos pensar que esse processo da não-revelação da orientação por parte das mulheres está coberto de receio, constrangimento e dúvida se haverá discriminação ou não. Se esses sentimentos ocorrem na sala de um

serviço, eles podem ocorrer no dia a dia dessas mulheres.

Questões sobre a revelação da orientação sexual para a família, amigos, e local de trabalho são momentos cruciais na vida de qualquer sujeito que se auto identifique como homossexual. Os agravos de saúde estão associados a esse processo de “sair do armário”. O preconceito disseminado socialmente pode produzir agravos à saúde, na medida em que tanto a manutenção de estratégias de ocultação social de suas práticas e desejos quanto o constante enfrentamento social pela estratégia de “sair do armário” podem estar associados ao estresse e ao isolamento. O encobrimento de desejos e práticas privaria essas mulheres de suportes sociais importantes, como de familiares, amigos e de serviços de saúde (BARBOSA e FACCHINI, 2009; RODRIGUES e SCHOR, 2010).

Portanto, a invisibilidade nos serviços de saúde é reflexo da invisibilidade na vida social, a qual pode ocorrer desde a adolescência, nas escolas. Valadão e Gomes (2011, p.1457) apontam para as seguintes implicações dessa invisibilidade: “alto grau de estresse; desconforto por causa do não acolhimento das especificidades de suas demandas de saúde e baixa efetividade em tratamentos”. O olhar social que não abarca a homossexualidade feminina dissemina uma mensagem de que os desejos e sonhos precisam ser silenciados. Silenciar algo que é intrínseco ao sujeito tem consequências negativas em sua saúde. Pode ocorrer um esforço em não se revelar, como expressão de uma crise de identidade perante a orientação sexual, o qual, estendendo-se ao longo da vida até fases adultas mais avançadas e velhice, pode proporcionar altos níveis de estresse psicológico (CEARÁ e DALGALARRONDO, 2010). Tais receios da homofobia no meio social e as divulgações de mensagens negativas sobre a diversidade sexual possibilitam uma longa e sofrida trajetória de autoaceitação para algumas mulheres.

Minha melhor amiga que tem vergonha dela mesma, é isso muito visto, ela é muito masculinizada e ela se veste toda de rosa, se tu diz que ela é masculina ela fica braba, te xinga. A mãe dela teve a atitude de dizer que a ama de qualquer jeito, e mesmo assim ela não consegue se soltar. Ela tem muita vergonha dela mesmo (Helena, 24 anos, estudante de Química).

As dificuldades de aceitação de seus desejos internos e do interesse por pessoas do mesmo sexo estão presentes na homofobia internalizada, questão importante na saúde mental da pessoa. A homofobia internalizada são pensamentos negativos sobre a sua orientação sexual, os quais resultam dos mecanismos de

opressão social a que a pessoa foi exposta, e não de uma sexualidade patológica. Esse fenômeno se constitui na exposição contínua à homofobia social e cultural, de forma direta ou indireta. A homofobia social e cultural está perpetuada nas relações humanas desde a infância de alguém se seu ambiente de convivência difunde críticas sobre a homossexualidade. A criança que apresenta alguma variação no padrão de gênero cultural (masculino/feminino), seja nas atitudes ou preferências, está sujeita a sanções e diferenciações. Portanto, à medida que a pessoa for tendo consciência mais clara da sua natureza afetivo-sexual, seus sentimentos podem ser de que há algo errado com ela, provocando medo, vergonha e culpa (BORGES, 2009). São esses sentimentos que constituem o núcleo da homofobia internalizada.

Portanto, em muitos casos, é significativa a relação entre a presença de transtornos mentais e a experimentação de sentimentos de vergonha quanto à homossexualidade. Esse dado “reforça a compreensão de que a homofobia internalizada, existente nos processos de crise diante da homossexualidade, relaciona-se positivamente com a presença de transtornos mentais” (CEARÁ e DALGALARRONDO, 2010, p. 122). Assim, possíveis experiências de não aceitação e de discriminação vistas/sentidas no meio social são determinantes para um processo de adoecimento. Sujeitos que vivenciam a homofobia internalizada podem apresentar: confusão emocional, baixa autoestima, atitude hipercrítica em relação a si mesmo e aos outros, isolamento social, depressão, auto abuso – por meio de uso recorrente de álcool ou substâncias ilícitas, automutilação, exposição a situações de risco e tentativas de suicídio –, dentre outras questões importantes de saúde mental e emocional (BORGES, 2009).

Para mim era algo novo, parecia que era só eu (...) tu achar que é a única da face da terra de achar que gosta de mulher. No começo, no começo que comecei a sair mais, conviver com o pessoal do futebol. (...) eu pensava que eu era diferente. Daí comecei a jogar futebol e vi que tinha muitas pessoas. Daí comecei a levar mais tranquilo. (...) Antes era mais difícil. Tu vive em uma casa que é só homem, tu é a última das filhas mulheres. Tu vive aquela vida assim, sabendo que a tua mãe quer que tu case. Quando conhece mais gente abre as portas, tu vê que tu não é diferente. Não ser diferente é melhor, ser diferente não é legal (Alice, 29 anos, doméstica).

Mesmo que vivências de homofobia internalizada não sejam a regra, e mesmo que não buscamos aqui estabelecer que toda a população LGBT passa por

esses sentimentos e agravos de saúde, há ainda um número vasto de pessoas com esses sofrimentos. Salientam-se essas experiências por compreendermos que existem muitas comunidades nas quais a visão negativa de homossexuais é proliferada em discursos sociais, políticos e religiosos. Além disso, percebe-se a experiência inicial da conscientização da identidade sexual e da orientação sexual como etapa mais preocupante de monitorar o surgimento desses sentimentos negativos de si próprio.

Destaca-se a experiência de adolescentes, que afastados de serviços de saúde, podem não achar apoio em seus questionamentos e dificuldades. A população LGBT jovem merece uma atenção em especial, pois, no processo de conscientização e de “se assumir gay”, ou seja, “sair do armário”, a pessoa pode estar em risco real de rejeição ou abandono por parte da família e amigos. Não apenas, mas em específico no caso de comunidades com mentalidades sexistas e machistas, a população LGBT possui grandes desafios no seu processo de conscientização da sua identidade sexual e aceitação dela por parte do meio social.

No caso do interior tem a questão de se assumir. Então, ao mesmo tempo que querem, têm muito receio da reação dos outros (...) Então, se estamos em um bar, não se conversa nada que seja assunto gay, sobre a festa ou algo assim, pois a pessoa da mesa do lado pode ouvir. Até a questão da roupa que se veste dependendo da roupa vai chamar atenção e “mostrar que é gay”, daí Deus me livre de ter uma blusa por exemplo que indique isso...(Diana, 24 anos, estudante de Psicologia).

Há a sugestão de que as investigações nos atendimentos de saúde questionem o impacto da estigmatização vivida por algumas lésbicas na saúde mental, o que tem sido apontado com bastante ênfase nos SENALEs (Seminário Nacional de Lésbicas) e outros encontros do movimento como um campo fértil para pesquisas (ALMEIDA, 2009). Portanto, não se busca aqui somar para uma estigmatização. Porém, ao falarmos em saúde, precisamos salientar questões da saúde integral da mulher lésbica expressadas nas entrevistas. O dia a dia é marcado pela “ansiedade, pelo medo e pela expectativa de rejeição decorrente da homofobia”, que são motivos citados pela Rede Feminista de Saúde (2006, p. 21) como desencadeantes do uso abusivo de drogas, o que pode explicar o alto índice de doenças crônicas desse grupo populacional.

Não sou da área da Psicologia como a Diana, mas acredito que há uma predisposição, se a pessoa tem problemas nas relações, até a não-aceitação da sexualidade em casa é uma maneira de fugir disso, uma válvula de escape. Fugir dos problemas pelo menos por algumas horas.(...) Tem pessoas que passam por situações muito difíceis, e não conseguem aguentar, então usam essa fuga. Ou da pessoa ser quem é, pois em casa não pode, por exemplo a menina ser tão masculina quanto quiser, e aquelas poucas horas (da festa) é o momento que tem para se soltar. Aproveita para fazer tudo. Beber, se acabar (Helena, 24 anos, estudante de Química).

Mas saúde no geral eu vejo o pessoal gay muito alcoolista, dependente químico de alguma substância, alguns de cocaína, mas o alcoolismo está presente em muitas pessoas. Não sei porcentagem, mas uns 90%, bebem. (...) Bebem muito, muito mesmo, eu não bebo então vejo a festa toda, e as gurias bebendo muito, caindo no chão, coma alcoólico. Como adolescente tu até entende, mas com 25 anos continuam o que faziam há 10 anos atrás, não saíram disso (Diana, 24 anos, estudante de Psicologia).

Esses sentimentos são apontados pelas entrevistadas como atitudes de se colocar em risco. Uma delas hipotetiza o abuso de álcool como uma válvula de escape para problemas que o sujeito pode estar enfrentando nas suas relações afetivas, como, por exemplo, a não compreensão da sua orientação sexual entre os familiares. Uma pesquisa nacional encontrou que as vivências familiares seriam as principais responsáveis pela pouca auto-estima das mulheres lésbicas, que teriam em suas famílias de origem experiências de rejeição, maus-tratos ou sujeição a exploração econômica, a fim de assegurarem aceitação.

Pesquisas mostram que o constante menosprezo social acarretaria um sentimento de desprezo por si mesmas mais frequentemente nas lésbicas do que nas mulheres em geral, este último sentimento podendo ser um reflexo da ausência de práticas de auto-cuidado (ALMEIDA, 2009). Portanto, o sentimento que o sujeito possui de si como alguém de valor ou não ressoa no seu potencial de dar atenção à sua saúde. O processo de conscientização de sua orientação sexual ou identidade de gênero é muito para qualquer sujeito da população LGBT.

É uma questão de aceitação interna. No momento que tu se aceita tu aguenta qualquer coisa, uma questão de saber que é quem tu é, aceitar a sua sexualidade e tentar se feliz da melhor maneira possível. Acho que é um processo da pessoa consigo mesma (Helena, 24 anos, estudante de Química).

A discriminação de mulheres lésbicas acontece em ambientes íntimos e como uma violência simbólica – também há a existência da violência física –, com mensagens no ambiente familiar e de trabalho da não aceitação da identidade delas. Essas relatam mais frequentemente experiências de discriminação por familiares ou por amigos/vizinhos, apontando para dinâmicas mais silenciosas de discriminação feminina, portanto ocorrendo na esfera privada, que é menos visível. As mulheres lésbicas estariam mais sujeitas à violência psicológica e seu efeito mais sensível seria um constante sentimento de débito em relação às expectativas sociais em torno do gênero feminino (ALMEIDA, 2009; RODRIGUES e SCHOR, 2010; CALDERARO, 2011).

Eu enfrento bastante preconceito, (no meu trabalho) algum tempo atrás me perguntaram se meu filho morava com o pai dele. Como se eu não pudesse cuidar do meu filho porque moro com uma mulher, como se ele tivesse que morar com o pai dele para ter uma vida mais saudável. Meu filho devia ter uns 6/7 anos. Estava entrando no colégio, e me questionaram isso. Respondi que não, sempre morou comigo, não era pelo fato de morar com uma mulher que iria abrir mão dele. No começo algumas colegas ficaram espantadas, mas depois eu coloquei um limite bem grande, minha vida no serviço é profissional e minha vida pessoal ninguém precisa se meter. (...) Uma pessoa veio me dar os parabéns pela educação dele, ele chega, abraça, ele conversa, aperta a mão, ele faz vôlei, fala do esporte, não sei, faziam uma imagem dele que nem sei o que que era, nem consigo imaginar a imagem que faziam dele (Carolina, 44 anos, enfermeira em serviço de saúde público).

Já ouvi no meu trabalho quando falo do meu filho, ele biologicamente não é meu filho, mas eu crio ele como filho desde os 4 anos. E eu já ouvi “ele não é teu filho”, e eu acho que se eu fosse um homem as pessoas não iriam questionar (Bete, 48 anos, enfermeira em serviço de saúde público).

As entrevistadas atuam em serviços públicos de saúde, administrados pelo município de Porto Alegre/RS, são profissionais da saúde com anos de experiência. Há o questionamento por seus colegas, outros trabalhadores da saúde. O que coloca a pergunta: será esse mesmo olhar que vê a homossexualidade e suas relações afetivas como não normal direcionado aos usuários? A existência de situações de discriminação nos serviços de saúde denuncia que ainda há a necessidade de uma evolução na área de atenção a população LGBT. Uma atitude discriminatória afeta a “relação profissional da saúde e usuário, obstaculiza políticas

de educação e prevenção, afeta a credibilidade do sistema de saúde e impede que os usuários solicitem exames de saúde voluntários e atentam contra o direito a saúde” (CERQUEIRA-SANTOS et al., 2010, p. 244).

A discriminação no serviço de saúde é uma parcela de experiências de possíveis constrangimentos. Em uma visão da nossa sociedade essas mulheres podem receber um olhar crítico quando decidem formar uma família. Assim, potencialmente, não é apenas a mulher que recebe o julgamento e sim toda a família constituída por um casal homoafetivo e seus filhos. A temática família surge nas entrevistas como fonte de crescimento pessoal, apoio, sonhos futuros e também preocupação. No SUS, as diretrizes acerca da atenção integral à saúde da população LGBT destaca o incentivo a garantia de reprodução assistida para mulheres lésbicas, essa proposta pode não ser conhecida pelas mulheres, visto que existe a hipótese de um desconhecimento sobre as Políticas Públicas LGBT pelas usuárias.

Acho que (a ideia de ter filhos) passa na vida de todo mundo uma hora. Tu estás bem no relacionamento, está com a pessoa há muito tempo. Não só no casal de gay ou lésbica se também casal hétero, tem uma hora no relacionamento que querem partir em um relacionamento mais forte. (Sobre a garantia do direito de reprodução assistida que o Ministério da Saúde propõe) Acho que não. Poderiam orientar a pessoa se procura, vou querer saber como fazer, ter um profissional que saiba orientar, do contrário não acho que é obrigação deles não. (...) Acho que não é obrigação do SUS fazer gratuitamente, dar um filho de graça (Alice, 29 anos, doméstica).

Portanto, percebe-se que existe uma dúvida acerca de quais seriam os direitos dos cidadãos em relação a saúde, visto que a garantia pelo SUS de acesso, atendimento e procedimentos não se configura como algo “que seria um favor do Governo” e sim um dever do Estado. As mulheres lésbicas podem desconhecer a visão da sociedade de proporcionar serviços e incentivar a não violação dos direitos. Esse olhar se insere dentro de um ponto de vista que compreende todas as possibilidades de constituição de família, e quer assegurar a liberdade de seus cidadãos de viver como quiserem e com quem quiserem. Porém, o processo de garantia do direito de reprodução assistida não é muito difundido e não é prioridade nas agendas dos serviços. Tal pesquisa desconhece os passos exatos de se como conseguir para um casal ou uma mulher lésbica solteira tal procedimento.

Nós planejamos ter um filho da seguinte maneira: haver inseminação artificial e cada uma gerar o óvulo da outra, ter filho de três pessoas. Mas é complexo, precisamos entrar com um processo, fazer um pedido, provar a duração da nossa relação, ter toda uma segurança para ter a criança, para ter o direito de ter filhos. Enquanto alguém hétero pode transar em uma festa e ter um filho aos 13 anos. (...) Ou eu transar com um cara aleatório e ter um filho, mas não é algo que quero. É toda uma e burocracia para ter o filho (Diana, 24 anos, estudante de Psicologia).

A ideia da reprodução assistida para uma mulher lésbica solteira ou um casal seria uma das possibilidades da mulher constituir uma família, há a possibilidade de uma das mulheres já terem um filho quando decidem se relacionar ou a adoção. No casal Bete e Carolina, a última já era mãe quando conheceu a companheira, assim Bete se tornou uma “dinda” que faz um papel parental e constituiu a dupla de funções executivas da família.

Ele era pequeno conseguimos pegar no colo. Ele tem a referência da Bete como cuidadora dele, ele tem todas as exigências que teria com o pai dele com ela, ele briga, ele cobra. Reclama, vai na terapia reclama, manda recado para ela, questões próximas que com o pai dele ele não faz. (...) Sempre (chamou a Bete) de dinda pois ela tem 2 sobrinhos e ele pequeno seguiu chamando de dinda. Quando conheci ela eu queria alguém pra cuidar dele também, queria viver junto, dividir a minha vida, estava separada do pai dele. Quando nos conhecemos começamos a namorar de forma mais séria, em seguida ele venho participar junto (do filho), fazendo mamadeira, saindo, me ajudando com ele (Carolina, 44 anos, Enfermeira em serviço de saúde público).

A temática das relações familiares deveria ser abordada dentro dos atendimentos de saúde, visto abrange a saúde integral do sujeito. A mulher lésbica está em constante relacionamento com familiares, amigos, colegas e a sociedade em geral, como qualquer outro cidadão, assim o silêncio sobre a orientação sexual ou ignorar tal informação não traz consequências desastrosas apenas para a saúde sexual da mulher e sim para toda sua saúde, não havendo interesse sobre sua vida relacional a atenção à sua saúde está sendo negligenciada.

Duas mulheres que são casadas tem os mesmos problemas ou mais que os outros casais, pois precisamos enfrentar o pré conceito. Ele é um problema, próprio estresse que pode causar como por exemplo o filho que vai enfrentar na escola, ser criado por duas mulheres. Nós mesmo precisamos ter uma

força maior para poder se bancar na escola ou em outros ambientes (Bete, 48 anos, Enfermeira em serviço de saúde público).

Logo, a discriminação se instala na ausência de diálogo. Se uma consulta é construída com informações omitidas ela se torna uma consulta inadequada, não proporcionando o conhecimento da vida da usuária. Uma conversa entre profissional da saúde e usuária sem as informações verdadeiras é uma metáfora para um olhar social que não se interessa pelo sujeito e ainda possui preconceitos e pré-concepções sobre quem ele é. Tais pré-concepções podem incentivar práticas que são homofóbicas em sua origem, mesmo que o profissional não expresse claramente comentários verbais preconceituosos.

Há uma real necessidade do combate à homofobia no SUS, tendo como base o conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), que entende que a proteção do direito à livre orientação sexual e identidade de gênero não é apenas uma questão de segurança pública, mas envolve, também, como já explicitado, questões pertinentes à saúde mental e a atenção a outras vulnerabilidades de maneira significativa. O “combate à homofobia é uma estratégia fundamental e estruturante para a garantia do acesso aos serviços e da qualidade da atenção” (DEPARTAMENTO DE APOIO À GESTÃO PARTICIPATIVA, 2008, p. 572).

3.5 Perante os desafios quais são as demandas e os passos a seguir?

Dentro desse sistema complexo de vivências, sejam elas no meio social ou nos atendimentos de saúde, quais seriam as alternativas? Quais seriam as respostas para a constante melhoria e adequação dos serviços na atenção à população LGBT? O combate à discriminação, a qualificação dos profissionais da saúde para ocorrer escutas humanizadas e acolhedoras e - em geral - a garantia dos direitos já escritos nas Políticas Públicas referentes ao grupo específico LGBT.

A luta para transformar espaços que excluem essas mulheres em espaços que as incluem na área da saúde exige maior parceria com o campo científico, que pode melhor consolidar a aliança entre o campo das políticas e o dos movimentos sociais. O caminho a ser percorrido já foi iniciado, ainda que seja representado por uma escassa produção científica nacional (VALADÃO e GOMES, 2011). A questão hoje, não se trata mais de afirmar se as mulheres lésbicas correm ou não o risco de se infectarem pelo HIV através da relação sexual, ou se possuem ou não uma

prevalência maior de câncer do colo do útero e de câncer de mama, e sim de ter lugar garantido nos programas de saúde. Serem incluídas nos programas de saúde da mulher para que possam ser olhadas como o “ser integral” que são com necessidades de cuidados como qualquer outra mulher, mais com especificidades que devem ser conhecidas e respeitadas, conhecidas por elas e pelos profissionais (SANTOS, 2011, p. 19).

(É necessário qualificação) e pensarmos saúde mental, saúde como um todo. Justamente por tudo que já falamos, alguém com olhar específico para acolher isso, então ou tu capacita os profissionais, e talvez alguns não vão conseguir acolher, ou se monta uma política pública voltada para isso. E a política pública tu tem protocolo, capacita os profissionais (...) Na prática isso não existe, na prática não existe (Bete, 48 anos, Enfermeira em serviço de saúde público).

Esse respeito incentiva uma proliferação dos conhecimentos acerca da saúde da mulher lésbica as lésbicas. A conscientização sobre o tema se configura como “uma forma de reverter o quadro de exclusão ao qual estas mulheres foram submetidas historicamente, promovendo o direito à cidadania plena” (CALDERARO, 2011, p.39). Há a necessidade da capacitação e a sensibilização dos profissionais da saúde para as questões de orientação sexual e identidade de gênero. Mas não só os profissionais da saúde, “também existe a necessidade de estender esta capacitação a todos profissionais que trabalham na assistência à saúde, desde a segurança (muitas vezes terceirizada)” (CERQUEIRA-SANTOS et al., 2010, p. 243).

Teria que ter pessoas não digo qualificadas mas que soubessem mais da vida tanto homossexual quanto héterossexual. Seria fácil chegar em um médico, fazer a ida todo o mês, se saber que a mulher é, e tem outro relacionamento, fazer outro tipo de atendimento, ser mais atencioso. Acho que a mulher lésbica tem mais atenção nessa saúde do que no resto, não tem nada ver mas acho que sim. (...) Ter médicos que saibam tratar a pessoa lésbica, sem deixar constrangida. (...) Que tenham uma atenção maior, não só no tratamento, mas procurar saber como é a relação sexual com mulheres ou com homens, mesmo que eles não sejam. Só para na hora que chegar te dar uma luz, dizendo “é melhor fazer assim, precisa se cuidar desse jeito...” (Alice, 29 anos, doméstica).

Se o profissional estiver, acolhedor, receptivo, é diferente. Porque o usuário está numa posição vulnerável enquanto paciente, o profissional não, ele

pode tomar a iniciativa. Se tu é uma pessoa tímida, mais reservada, se tu tem um profissional mais acolhedor tu tem um ambiente mais propício para falar (Bete, 48 anos, Enfermeira em serviço de saúde público).

Pensando que principal ferramenta de acesso ao sistema de saúde, na Atenção Básica, consiste na estratégia de Saúde da Família, não só médicos, e outros profissionais de saúde precisam de “ampla conscientização das diferentes modalidades de constituição de redes familiares distintas do padrão heterossexual”, mas também os agentes comunitários de saúde (LIONÇO, 2008, p.19). Nesses outros profissionais inclui-se psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e os diversos agentes da saúde, os devem estar atentos à reação em cadeia que implica o processo de vulnerabilidade que leva ao adoecimento dessa população, bem como às políticas públicas que facilitam o acesso ao sistema de saúde (CARDOSO e FERRO, 2012).

As dificuldades nos atendimentos de saúde no SUS também se encontram nas questões de estrutura do sistema, que atinge qualquer cidadão, ou seja, vão além os aspectos específicos relacionados à orientação sexual. Percebem-se aspectos negativos como: a curta duração das consultas, agendamento e marcação, e estrutura física e condições de trabalho precárias. Em relação às mulheres lésbicas e os cuidados ginecológicos salienta-se a dificuldade de agendar e conseguir consultas ginecológicas regulares na rede de atendimento primário. Num contexto em que a escassez (de profissionais e consultas) é básica, considerar a possível homossexualidade das mulheres seria um luxo (ALMEIDA, 2009, SANTOS, et al., 2010).

Na saúde pública é bem difícil ter um profissional acolhedor. Pois é muita correria, muita demanda, muita gente, o profissional de saúde também está estressado, ele quer triar a pessoa em dois, três minutos, é o padrão, a pessoa só consegue dizer que está hipertensa, não tem uma diferença. (...) tenho a visão da emergência, mas mesmo na emergência tem profissionais bons. Fica metade/metade, metade boa e a outra metade estressada (Carolina, 44 anos, Enfermeira em serviço de saúde público)

Portanto os desafios que as mulheres lésbicas falam são processos do cotidiano. Esses desafios, contudo, só podem ser enfrentados caso a gestão rompa com processos de discriminação institucionalizados. A orientação sexual e identidade e gênero já são fatores incluídos em variadas políticas e ações

estratégicas em saúde, dentre as quais a Política de Atenção Integral à Saúde do Jovem e Adolescente, a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, a Política Nacional de Humanização, bem como nos Planos de Enfrentamento à Epidemia de HIV/Aids entre Gays, HSH e Travestis e o de Feminização da Epidemia, para citar algumas. Isso reflete que a orientação sexual e a identidade de gênero, mais do que demandar uma política específica, devem ser pauta para diversas políticas enquanto determinantes associados a outros determinantes na saúde das pessoas (LIONÇO, 2008).

4. Considerações finais

As mulheres lésbicas são diferentes das mulheres heterossexuais, ou daquelas que mantém relação exclusiva com homens. Porém, são diferentes porque ninguém é igual a ninguém. O universo do grupo populacional LGBT não é homogêneo, é diverso, dinâmico, em constantes mudanças. Salientamos que entre essas mulheres as experiências de vida, o cotidiano, as possíveis vivências de discriminação, as questões de saúde mental, as questões de saúde, as práticas sexuais e os relacionamentos afetivos são múltiplos. E em momento algum qualquer recorte de pesquisa poderá abarcar tantas nuances e especificidades. Entretanto, percebemos que a principal diferença entre mulheres que fazem sexo com mulheres de outras com orientação sexual e identidade sexual diversa seria a relação profissional da saúde e usuária. Expande-se isso para a relação dessas mulheres com a sociedade.

Em relação as experiências nos atendimentos de saúde, as entrevistadas relatam que o atendimento pode ser marcado por apreensões, quando essas mulheres temem uma reação discriminatória caso escolham revelar sua orientação sexual. Esse receio está embebido em possíveis experiências de preconceito anteriores e em um conhecimento que existem inúmeros discursos sociais contrários à liberdade de expressão da sexualidade diferente da heterossexualidade. Portanto, mensagens e ações discriminatórias potencializam a violação dos direitos humanos dessas cidadãs. Violações que podem ir desde mensagens sutis de preconceito e desrespeito até violência física.

As experiências das entrevistadas nos atendimento de saúde focam reações inadequadas por parte dos profissionais. Seja quando não questionam a orientação

sexual da mulher, e a atenção à saúde é fragmentada e reducionistas. Ou quando ao serem informados sobre a orientação desconsideram a informação permanecendo em silêncio ou banalizando o tema. Tal atitude prolifera ideias errôneas sobre a saúde da mulher, como se essa não tivesse risco de saúde, e facilita a não prescrições de exames comumente necessários para a prevenção e a promoção de saúde de uma mulher.

Essas seriam as principais dificuldades nos atendimentos. A não orientação constitui de ideários preconceituosos em relação a homossexualidade ou ao problemático desconhecimento referente as práticas sexuais dessa população e as maneiras de incentivar a prevenção, como por exemplo instruções acerca de relações sexuais seguras, referentes ao risco de DSTs/HIV/AIDS. O desconhecimento recai em desinteresse dos profissionais de conhecerem as políticas que existem para esse grupo específico e na inadequação do tema da sexualidade ao ser tratado nas formações acadêmicas e profissionalizantes.

O desinteresse sobre aspecto tão importante da vida da cidadã, suas relações afetivas-sexuais, aponta para uma atenção à saúde contrária ao conceito de saúde integral do sujeito. Visto que não se interessa pelo cotidiano daquela mulher, suas idas e vindas, seus conflitos e desafios. Olha a mulher como um corpo isolado do contexto social não abordando questões como sua inserção na comunidade, no trabalho e na família. Sendo assim, desconsidera os agravos à saúde mais comuns nessas mulheres que estão ligados com as ressonâncias das vivências discriminatórias e de não aceitação no estado de saúde. Essas situações sejam no atendimento de saúde ou na vida social constroem uma mulher lésbica com aspectos de si invisível para a atenção a saúde.

Tal invisibilidade está presente nos espaços de serviço de saúde, tanto público quanto privado - como no caso das entrevistadas que utilizam sistema de saúde suplementar – e nos meios sociais da população LGBT. As participantes da pesquisa sentem no seu dia a dia os questionamentos e receios de não estar evidente parte de sua vida. Elas presenciam isso em seus relacionamentos, com as parcerias, com os filhos, com os amigos e no com os colegas.

Por entenderem que a revelação da orientação sexual é importante nos atendimentos de saúde, mas por terem receios quando a reação do profissional, elas sugerem a mudança das atitudes do profissional. Essa exigência de mudança de atitude parte das demandas que as entrevistadas possuem para a sua saúde de

maneira ampla. A qualificação dos profissionais da saúde, para além do médico, e incluindo os agentes comunitários de saúde e os colaboradores administrativos dos serviços são necessários e urgentes.

A literatura científica aqui apresentada salienta a qualificação dos trabalhadores da saúde desde a base nas graduações, e clama o conhecimento das Políticas Públicas referente a população LGBT para um olhar aberto perante o usuário. Olhar que defende a liberdade da expressão sexual e qualquer composição de família. As Políticas específicas não podem ficar isoladas dentro de departamentos e secretarias fechadas. Tal noção de garantia de direitos à essa população precisa estar impregnada em todas as políticas públicas, e em todos os fóruns de discussão e de decisão da sociedade.

A consulta é um micro-sistema da rede sistêmica que compõe a nossa sociedade, a busca de melhorias precisa ser um esforço conjunto de cada ponto dessa conexão. Os pontos são constituídos pelos governos; Federal, Estaduais e Municipais; pelas instituições, de Justiça, Educação, Saúde e Assistência; pelas famílias e outros grupos sociais, de todas as possíveis composições; e pelas pessoas, exercendo seus deveres e tendo seus direitos garantidos como cidadãos. Não há lugar para a discriminação em um país no qual a solidariedade e a garantia de direitos é o caminho que queremos percorrer.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA BRASIL. **Ministra de Direitos Humanos diz que vai trabalhar contra projeto da “cura gay”**. 2013a. Disponível em:

<<http://agenciabrasil.ebc.com.br/noticia/2013-06-18/ministra-de-direitos-humanos-diz-que-vai-trabalhar-contra-projeto-da-%E2%80%9Ccura-gay%E2%80%9D>>.

Acessado em: 18 Jun 2013.

AGÊNCIA BRASIL. **Psicólogos e movimentos sociais protestam contra projeto da “cura gay”**. 2013b. Disponível em:

<<http://agenciabrasil.ebc.com.br/noticia/2013-06-21/psicologos-e-movimentos-sociais-protestam-contra-projeto-da-%E2%80%9Ccura-gay%E2%80%9D>>. Acessado em: 22 Jun 2013.

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**, v.19. n.2, p. 301-331, 2009.

ARAÚJO, M. A. L. de et al. Relação usuária-profissional de saúde: experiência de uma mulher homossexual em uma unidade de saúde de referência de Fortaleza. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 10, n. 2, p. 323 -327, 2006.

BARBOSA, R. M.; FACCHINI, R. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Sup 2, p. S291-S300, 2009.

BARBOSA, R. M.; KOYAMA, M. A. H. Mulheres que fazem sexo com mulheres: algumas estimativas para o Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 7, p. 1511-4, 2006.

BENTO, A. P. **Saúde das mulheres lésbicas**: uma pesquisa bibliográfica. Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em saúde Pública. Porto Alegre, UFRGS: 2012. Disponível em:<<http://hdl.handle.net/10183/56831>> Acesso em: 15 dez 2012.

BORGES, K. **Terapia afirmativa uma introdução à psicologia e à psicoterapia dirigida gays, lésbicas e bissexuais**. São Paulo: GLS, 2009.

BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais**. Brasília : Ministério da Saúde, 2006

_____. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde – 2. ed. –** Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. **O SUS de A a Z** : garantindo saúde nos municípios. Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. **Política Nacional da Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Politica_LGBT.pdf>. Acesso em: 15 dez 2012.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**, 2008. Disponível em: <http://200.130.7.5/spmu/docs/Livreto_Mulher.pdf>. Acesso em: 17 dez 2012.

CALDERARO, F. **Políticas de saúde voltadas às lésbicas**: um estudo sobre as possibilidades de reverter um quadro histórico de invisibilidade. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo: São Paulo, 2011.

CARDOSO, M. R.; FERRO, L. F.. Saúde e População LGBT: Demandas e Especificidades em Questão. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 32, n 3, p. 552-563, 2012.

CEARÁ, A. T.; DALGALARRONDO, P. Transtornos mentais, qualidade de vida e identidade em homossexuais na maturidade e velhice. **Revista Psiquiatria Clínica**, v. 37, n. 3, p. 118-23, 2010.

CERQUEIRA-SANTOS, E. et al. Percepção de Usuários Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transgêneros, Transexuais e Travestis do Sistema Único de Saúde. **Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology**, v. 44, n. 2, p. 235-245, 2010.

CONSELHO NACIONAL DE COMBATE À DISCRIMINAÇÃO. **Brasil Sem Homofobia**: Programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Programas do CNJ garantem proteção aos direitos humanos**. 2013. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/25114-programas-do-cnj-garantem-protecao-aos-direitos-humanos>>. Acessado em: 15 Jun 2013.

DIREITO HOMOAFETIVO. **Assassinato de homossexuais (LGBT) no Brasil**: Relatórios 2012. 2013. Disponível em: <<http://www.direitohomoafetivo.com.br/ver-noticia.php?noticia=474#t>>. Acesso em: 12 Jan 2013.

FOLHA DE S. PAULO. **Proposta sobre 'cura gay' é aprovada em comissão**

presidida por Feliciano. 2013. Disponível em:
<<http://www1.folha.uol.com.br/poder/2013/06/1297075-proposta-sobre-cura-gay-e-aprovada-em-comissao-presidida-por-feliciano.shtml>>. Acesso em: 18 Jun 2013.

FRAZÃO, P.; ROSÁRIO, R. O coming out de gays e lésbicas e as relações familiares. **Análise Psicológica**, v. 1, n. XXVI, p. 25-45, 2008.

GABURRI, F. **Aspectos Jurídicos da União Homoafetiva no Direito de Família e das Sucessões:** Análise à luz do princípio da Operabilidade. Direito Homoafetivo: 2012. Disponível em
<http://www.direitohomoafetivo.com.br/anexos/artigo/aspectos_jur%C3%A9dicos_da_uni%C3%A3o_homoafetiva_no_direito_de_fam%C3%ADlia_e_das_sucess%C3%B5es.pdf>. Acesso em: 17 dez 2012.

GLOBO. **Câmara decide arquivar projeto que autoriza 'cura gay'.** 2013. Disponível em: < <http://g1.globo.com/politica/noticia/2013/07/camara-decide-arquivar-projeto-que-autoriza-cura-gay.html> >. Acesso em: 10 Ago 2013.

GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (Orgs.). **Textos em representações sociais.** Petrópolis: Vozes, 1994.

GUARESCHI, P. Psicologia Social e Representações Sociais: avanços e novas articulações. In: VERONESE, M.V.; GUARESCHI, P. (Orgs.) **Psicologia do Cotidiano:** representações sociais em ação. Rio de Janeiro: Vozes; 2007. p 17-40.

JOVCHELOVITCH, S.. **Os Contextos do Saber:** Representações, Comunidade e Cultura. Petrópolis: Vozes, 2008.

LACERDA, M; PEREIRA, C.; CAMINO, L. Um Estudo sobre as Formas de Preconceito contra Homossexuais na Perspectiva das Representações Sociais. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.15, n.1, p. 165-178, 2002.

LIONÇO, T.. Que direitos à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. **Saúde e Sociedade**, v. 17, n. 2, p. 11-21, 2008.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 12ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MIRANDA, A. B. S.de. **Homossexualidade:** Desmistificando e Garantindo um Espaço para Subjetividade. 2013. Disponível em:
<<http://artigos.psicologado.com/psicologia-geral/sexualidade/homossexualidade-desmistificando-e-garantido-um-espaco-para-subjetividade>> Acesso em: 12 Jan 2013.

MORAES, L.; ESTEVES, M. C. **Práticas Sexuais de Mulheres Lésbicas e Bissexuais e a Relação com a Prevenção das DST/HIV/AIDS**. Seminário Internacional Enlaçando Sexualidades. Salvador: Universidade do Estado da Bahia, 2011.

MOTT, L. **Manual de Coleta de informações, sistematização e mobilização política contra crimes homofóbicos**. Salvador: GGB, 2000.

OPPERMANN, M. C.; DIAS, M. B. **Estatuto da Diversidade Sexual: a promessa de um Brasil sem preconceito**. Direito Homoafetivo: 2012. Disponível em:<http://www.direitohomoafetivo.com.br/anexos/artigo/71__99e75b61ac7e0abfac2a73f1c07f86de.pdf> . Acesso em: 17 dez 2012.

REDE FEMINISTA DE SAÚDE. **Dossiê Saúde das Mulheres Lésbicas: promoção da equidade e da integralidade**. 2006. Disponível em:<http://www.cfess.org.br/arquivos/dossie_da_saude_da_mulher_lesbica.pdf> Acesso em: 13 Mai 2013.

RODRIGUES, J. L.; SCHOR, N. **Saúde Sexual e Reprodutiva de Mulheres Lésbicas e Bissexuais**. Fazendo Gênero 9 - Diásporas, Diversidades, Deslocamentos. Florianópolis: UFSC, 2010.

SANTOS, C. do R. **A invisibilidade das mulheres que fazem sexo com mulheres (MSM), lésbicas e bissexuais dentro dos serviços de saúde**. [Monografia] São Paulo: Faculdade de Medicina, 2011.

SILVA, F. R.; NARDI, H. C. A construção social e política pela não-discriminação por orientação sexual. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 21 n.1, p.251-265, 2011.

SOARES, A.F.B.; MASSARO, C.M.; COMPANINI, K.S.M. O papel do Psicólogo junto ao movimento LGBTTT. **Anais do I Simpósio sobre Estudos de Gênero e Políticas Públicas**. Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 2010.

VALADÃO, R. de C.; GOMES, R. A homossexualidade feminina no campo da saúde: da invisibilidade à violência. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 4, p.1451-1467, 2011.

ANEXO 1**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Resolução nº 196/96 – Conselho Nacional de Saúde

A Sra. foi selecionada e está sendo convidada para participar da pesquisa intitulada “Representações Sociais de Mulheres Lésbicas sobre Atenção à sua Saúde”, que tem como objetivos gerais: identificar quais seriam as especificidades de saúde desse grupo, pontuar os problemas de saúde desse grupo mais relatados na Bibliografia Científica, identificar as experiências de acesso ao atendimento a saúde de mulheres lésbicas; identificar possíveis dificuldades enfrentadas pelas mulheres no atendimento à saúde e desvendar as demandas que as mulheres lésbicas possuem sobre a atenção à saúde.

Este estudo é uma pesquisa qualitativa do tipo exploratória. A pesquisa terá duração de quinze meses, com o término previsto para Agosto de 2013. As entrevistas serão realizadas no mês de março e abril de 2013.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Os resultados obtidos servirão para o desenvolvimento do trabalho de conclusão do curso de especialização em saúde Pública da UFRGS, para a obtenção do título de especialista em Saúde Pública. Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de entrevista semi-estruturada. A entrevista será gravada para posterior transcrição – que será guardada por cinco (05) anos e incinerada após esse período.

A Sra. receberá uma cópia deste termo onde consta o contato/e-mail do pesquisador responsável, e demais membros da equipe, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Orientadora: Jacqueline Oliveira Silva **Contato:** 51 9955-9198 **Email:** queline_oliveira@hotmail.com

Orientanda: Vanessa Azambuja de Carvalho **Contato:** 51 9112-5116 **Email:** azambujadecarvalho@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) **Contato:** 51 3308-5698

Porto Alegre, _____, _____ de 2013.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Sujeito da Pesquisa: _____

(assinatura)