



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Danielle Meireles e Silva

**MULHERES LÉSBICAS E BISSEXUAIS: Experiências em serviço de atenção primária
relacionadas à prevenção de Infecção Sexualmente Transmissível**

Rio de Janeiro

2022

Danielle Meireles e Silva

**MULHERES LÉSBICAS E BISSEXUAIS: Experiências em serviço de atenção primária
relacionadas à prevenção de Infecção Sexualmente Transmissível**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública, Sergio Arouca na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestra em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Gisele O'Dwyer.

Rio de Janeiro

2022

Título do trabalho em inglês: Lesbian and bisexual women: experiences in a primary care service related to the prevention of sexually transmitted infections.

S586m Silva, Danielle Meireles e.
Mulheres lésbicas e bissexuais: experiências em serviço de atenção primária relacionadas à prevenção de infecção sexualmente transmissível / Danielle Meireles e Silva. -- 2022.
92 f. : il.

Orientadora: Gisele O'Dwyer.
Dissertação (Mestrado Acadêmico em Direitos Humanos, Justiça e Saúde: Gênero e Sexualidade), Rio de Janeiro, 2022.
Bibliografia: f. 83-91.

1. Acesso aos Serviços de Saúde. 2. Infecções Sexualmente Transmissíveis. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Minorias Sexuais e de Gênero. 5. Mulheres Lésbicas e Bissexuais. I. Título.

CDD 616.951

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Cláudia Menezes Freitas - CRB-7-5348
Biblioteca de Saúde Pública

Danielle Meireles e Silva

**MULHERES LÉSBICAS E BISSEXUAIS: Experiências em serviço de atenção primária
relacionadas à prevenção de Infecção Sexualmente Transmissível**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública, Sergio Arouca na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestra em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde.

Aprovada em: 14 de outubro de 2022

Banca Examinadora

Prof.^a Dra. Adriane das Neves Silva
Instituto Federal do Rio de Janeiro – IFRJ

Prof.^a Dra. Elenice Machado da Cunha
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Prof.^a Dra. Gisele O'Dwyer (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2022

“Foi o tempo que dedicastes à tua rosa que a fez tão importante”.
(SAINT-EXUPÉRY, 1943, p. 56)

Dedico esta dissertação à minha maior saudade.

AGRADECIMENTOS

Cresci sabendo que meu amor pela escrita e curiosidades sobre o mundo me fariam explorar lugares em mim jamais explorados. Sempre acreditei no poder libertador que o conhecimento traz e a maneira como ele transforma nossas vidas. Nunca aceitei verdades absolutas e sempre questioneei tudo ao meu redor, e é óbvio que nunca fui uma aluna exemplar na área de exatas, deixei isso para minha brilhante irmã.

Não poderia iniciar meus agradecimentos sem destacar características minhas que julgo necessitar de muita paciência dos mais próximos. E quanto a isso, minha família nunca me decepcionou. Agradeço a eles pela paciência nos momentos em que não pude estar presente, pelo otimismo que sempre transpareceram em relação às minhas escolhas e, principalmente, pela confiança que depositaram em mim ao longo desses anos. Agradeço à minha mãe que, com seu jeito bastante peculiar, sempre me transferiu calma e tranquilidade nos momentos mais difíceis. Agradeço pela vida das minhas pequenas sobrinhas, as quais representam para mim a esperança de um futuro de igualdade e respeito, e, assim, me inspiram a ajudar a tornar isso possível por meio da pesquisa. Agradeço a cada amigo que perguntava constantemente se eu já havia escrito algo naquele dia, me motivando a concluir o estudo. Agradeço a quem esteve presente comigo desde o momento de seleção para a turma do mestrado até os momentos da temida prova de inglês, e ficou tão feliz quanto eu com a minha aprovação. Pessoas vêm e vão, mas algumas memórias são para sempre. Eu não teria conseguido sem você.

Agradeço o presente que foi a orientação da Prof.^a Dra. Gisele O'Dwyer de Oliveira, que não só acolheu as minhas ideias, mas me acolheu e me mostrou que seria possível. Obrigada, ENSP, por esse presente.

Encerro agradecendo às protagonistas deste trabalho. Gratidão a todas as mulheres que participaram desta pesquisa e tornaram este estudo possível. Obrigada.

“No momento em que escolhemos amar, começamos a nos mover
contra a dominação, contra a opressão. No momento em que
escolhemos amar, começamos a nos mover em direção à liberdade, a
agir de formas que libertam a nós e aos outros”
(HOOKS, 2006, p. 27).

RESUMO

Esta dissertação tem como objetivo analisar as experiências de um grupo de 18 mulheres cisgênero, as quais se denominam lésbicas ou bissexuais, com os serviços de saúde no campo das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). As mulheres foram localizadas e convidadas a partir de suas experiências como participantes no “Grupo de Mulheres na Atenção Básica”, realizado em 2019 no município de Mendes (RJ). A coleta de dados ocorreu por meio de um questionário autoaplicado disponibilizado via *online* e presencial. Após o preenchimento questionário, foi realizada a análise temática proposta por Laurence Bardin (1977), que possibilitou a construção de categorias centrais que compuseram os capítulos desta dissertação, as quais são definidas como: o estigma da sexualidade e os impasses perante a aceitação familiar de mulheres lésbicas e bissexuais; vivendo a sexualidade no serviço de atenção primária à saúde; o comportamento sexual de mulheres lésbicas e bissexuais e o difícil diálogo no campo das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Como resultado, foi possível demonstrar que a maioria das mulheres alegou ter tido dificuldades no início da sua vida sexual em razão de doutrina religiosa e da falta de apoio familiar. A maioria das mulheres reconheceu a importância do profissional de saúde no processo de aceitação de suas sexualidades, porém, elas só conseguiram abordar essas questões anos após o início da prática sexual por meio da psicoterapia. Mulheres bissexuais afirmaram ter seus atendimentos pautados em normas heterossexuais. Falta de capacitação profissional para com as demandas desse público e episódios de constrangimentos apareceram nos relatos como experiência negativa nos serviços de saúde. Observamos um distanciamento no que diz respeito à prevenção e detecção de IST. Há poucos relatos sobre a temática, assim como uma baixa procura voluntária por exames que detectam essas infecções, uma vez que 44,4% das participantes realizaram o teste rápido no período de 2 a 5 anos, e 38,8%, há 1 ano. Observamos neste estudo que parte das experiências negativas em relação aos serviços de saúde está, muitas vezes, relacionada à existência de discriminação nesses serviços, ao despreparo dos profissionais para lidar com as especificidades existentes, e à dificuldade em dialogar sobre suas sexualidades durante um procedimento, dificultando o acesso desse público a Atenção Primária de Saúde.

Palavras-chave: mulheres lésbicas e bissexuais; serviços de saúde; infecção sexualmente transmissível; atenção básica.

ABSTRACT

This dissertation aims to analyze the experiences of a group of 18 cisgender women, who call themselves lesbians or bisexuals, with health services in the field of Sexually Transmitted Infections (STIs). The women were located and invited based on their experiences as participants in the “Group of Women in Primary Care”, held in 2019 in the city of Mendes (RJ). Data collection took place through a self-administered questionnaire available online and in person. After completing the questionnaire, the thematic analysis proposed by Laurence Bardin (1977) was carried out, which enabled the construction of central categories that composed the chapters of this dissertation, which are defined as: the stigma of sexuality and the impasses in the face of family acceptance of lesbian and bisexual women; experiencing sexuality in the primary health care service; the sexual behavior of lesbian and bisexual women and the difficult dialogue in the field of Sexually Transmitted Infections (STIs). As a result, it was possible to demonstrate that most women claimed to have had difficulties in the beginning of their sexual life due to religious doctrine and lack of family support. Most women recognized the importance of the health professional in the process of accepting their sexualities, however, they were only able to address these issues years after the beginning of sexual practice through psychotherapy. Bisexual women claimed to have their services guided by heterosexual norms. Lack of professional training for the demands of this public and episodes of embarrassment appeared in the reports as a negative experience in the health services. We observed a gap with regard to the prevention and detection of STIs. There are few reports on the subject, as well as a low voluntary demand for tests that detect these infections, since 44.4% of the participants performed the rapid test in the period of 2 to 5 years, and 38.8%, 1 year ago. We observed in this study that part of the negative experiences in relation to health services is often related to the existence of discrimination in these services, the professionals' unpreparedness to deal with the existing specificities, and the difficulty in dialoguing about their sexualities during a procedure, making it difficult for this public to access Primary Health Care.

Keywords: lesbian and bisexual women; health services; sexually transmitted infection; primary care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1: Trajetória de ações estatais voltadas para população LGBTQIA+ em âmbito Federal.....	43
Quadro 2: Movimentos sociais relevantes que contribuíram na elaboração de políticas públicas para população LGBTQIA+.	45
Quadro 3: Cronograma Grupo de Mulheres na Atenção Básica.....	54
Quadro 4: Atualizações na regulamentação da Psicologia e da Medicina em relação à população LGBT+.	67
Quadro 5: Opções de Preservativos presentes no mercado para mulheres que se relacionam sexualmente com mulheres.....	76

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
FIL.	Filosofia
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Papiloma Vírus Humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IML	Instituto Médico Legal
INMETRO	Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial
IST	Infeção Sexualmente Transmissível
LGBTQIA+	Lésbica, Gay, Bissexual, Travesti, Transexual, Queer, Intersexo, Assexual e mais
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
PNAIRHA	Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida
PASM	Política de Atenção à Saúde da Mulher
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
SENALE	Seminário Nacional de Lésbicas
SENALESBI	Seminário Nacional de Lésbicas e Mulheres Bissexuais
RJ	Rio de Janeiro
SUS	Sistema Único de Saúde
VB	Vaginose bacteriana
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS.....	15
3	TEORIAS LÉSBICAS: CONTEXTUALIZANDO O TEMA.....	20
3.1	O LESBIANISMO FRENTE À CONCEPÇÃO GERAL MASCULINA DA HOMOSSEXUALIDADE.....	20
3.1.1.	Mulheres Lésbicas ou Homossexuais Femininas?.....	21
3.1.1.1.	<i>Lutas lésbicas: contribuições e questionamentos das lésbicas não-brancas.</i>	23
4	DIALOGANDO SOBRE PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DE SAÚDE DE MULHERES LÉSBICAS E BISSEXUAIS NA ATENÇÃO BÁSICA.....	25
4.1	A INVISIBILIDADE LÉSBICA E OS DESAFIOS DAS POLÍTICAS NACIONAIS DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER FRENTE A DIVERSIDADE SEXUAL FEMININA.....	28
4.1.1	Diversidade Sexual e a Política Nacional de Saúde Integral LGBT.....	35
4.2	DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS DE MULHERES LÉSBICAS E BISSEXUAIS.....	45
5	JUSTIFICATIVA.....	53
6	OBJETIVOS.....	56
6.1	OBJETIVO GERAL.....	56
6.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	56
7	METODOLOGIA.....	57
7.1	TIPO DE ESTUDO.....	57
7.2	LOCAL DA PESQUISA.....	57
7.3	POPULAÇÃO.....	57
7.4	PROCEDIMENTO DE COLETA E ANÁLISE DE DADOS.....	57
7.4.1	Análise de Dados.....	58
7.4.2	Posicionamento Ético da Pesquisadora.....	58
8	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	59
8.1	O ESTIGMA DA SEXUALIDADE E OS IMPASSES PERANTE A ACEITAÇÃO FAMILIAR DE MULHERES LÉSBICAS E BISSEXUAIS.	59

8.2	VIVENDO A SEXUALIDADE NO SERVIÇO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE.....	62
8.3	O COMPORTAMENTO DE MULHERES LÉSBICAS E BISSEXUAIS E O DIFÍCIL DIÁLOGO NO CAMPO DAS IST.....	71
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	81
	REFERÊNCIAS.....	83
	APÊNDICE A.....	92

1. INTRODUÇÃO

A atenção à saúde da mulher no Brasil, entre os anos de 1970 e 1980, era voltada apenas para o ciclo gestacional e puerpério. Somente no início dos anos de 1980 é que movimentos feministas, por meio de mobilizações junto ao Ministério da Saúde (MS), reivindicaram o direito das mulheres a serem atendidas por todo o período de suas vidas, não somente no ciclo gestacional e puerpério (LEÃO; MARINHO, 2002; VILLELA; MONTEIRO, 2005).

O Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM)¹ surgiu em 1983, apoiado por pesquisadores, feministas e sanitaristas na tentativa de garantir acesso à rede de serviços de saúde de forma integral em todos os seus ciclos vitais, tais como: pré-natal; parto; puerpério; da adolescência à terceira idade; na prevenção e no tratamento das doenças sexualmente transmissíveis e diagnóstico do câncer uterino e mamário; planejamento familiar; entre outras políticas.

Entretanto, práticas homoafetivas permaneceram invisíveis às políticas de saúde sexual e reprodutiva. Somente 20 anos depois da fundação do PAISM, em 2003, por meio de participação social, surgiu a necessidade para que o MS incluísse novas políticas e ações voltadas à diversidade feminina de mulheres lésbicas, negras, portadoras de deficiências e habitantes das zonas rurais (CARRARA, 2005; D'OLIVEIRA, 1999; OSIS, 1998; SOUTO, 2008).

Em 2011, como objetivo de instituir mecanismos de gestão para atingir maior equidade no Sistema Único de Saúde (SUS); incluir as especificidades de raça, cor, etnia e território; ampliar o acesso à saúde; qualificar a informação sobre características específicas desta população; oferecer assistência integral no âmbito das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST); garantir o direito sexual e reprodutivo no âmbito do SUS; entre outras propostas, o MS lançou a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT)(BRASIL, 2013).

O termo “Infecção Sexualmente Transmissível” surgiu em 2016, em substituição ao antigo termo “Doença Sexualmente Transmissível” (DST), considerando que muitas pessoas se contaminavam e não manifestavam sintomas visíveis relativos às doenças (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

De acordo com o Ministério da Saúde, as IST mais comuns são herpes genital, cancro mole (cancroide), Papilomavírus Humano (HPV), Vírus da Imunodeficiência

¹ Atualmente chamado de “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher” (PNAISM).

Humana (HIV), doença inflamatória pélvica (DIP), donovanose, gonorreia, clamídia, sífilis, infecção pelo vírus T-linfotrópico humano (HTLV) e tricomoníase. A transmissão ocorre pelo contato direto entre mucosas de forma oral, anal e vaginal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Para o Ministério da Saúde (2020), os meios utilizados como forma de prevenção de IST são a camisinha interna, conhecida como camisinha feminina, e a camisinha externa, conhecida como camisinha masculina. Entende-se que a proteção ocorre, pois elas impedem o contato direto entre as mucosas e secreções.

As camisinhas são oferecidas gratuitamente pelo SUS com o intuito de diminuir as taxas de infecção e os efeitos colaterais destas no sistema público de saúde (SILVA; JESUS, 2022).

Ao longo dos anos, acreditava-se que o contato entre duas mucosas vaginais não era passível de transmissão de IST, pois consideravam que a infecção só ocorreria através de penetração peniana. No entanto, hoje se tem o conhecimento dos riscos do contato sexual entre duas mulheres e a real possibilidade de contaminação. Porém, apesar de estudos comprovarem essas informações, os dados são pouco divulgados, e há pouca ou quase nenhuma forma de prevenção para esse público específico (SILVA; JESUS, 2022).

Recentemente, em 2016, o Ministério da Saúde lançou o Protocolo de Atenção Básica de Saúde da Mulher, destacando a importância das equipes de saúde se mostrarem atentas em relação às identidades lésbicas, por constituir um grupo vulnerável ao câncer do colo de útero, por contatos profissionais de saúde e das próprias mulheres acreditarem que estas estariam isentas da infecção pelo HPV e por outras IST durante a prática sexual entre elas (BRASIL, 2016).

Sendo assim, observa-se que as mulheres que praticam sexo somente com mulheres, bem como mulheres que praticam sexo com homens e mulheres, foram invisibilizadas ao longo dos anos frente às políticas públicas de saúde, visto que as ações voltadas para tal público foram incluídas tardiamente, em 2004, na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2005).

Apesar da elaboração das políticas públicas, o estudo de Valadão e Gomes (2011) apontou que quando essas mulheres buscam serviços de saúde, ao revelarem sua orientação sexual, não se sentem apoiadas ou orientadas corretamente pelos profissionais.

No entanto, o reconhecimento do direito à sexualidade de mulheres lésbicas e bissexuais, bem como às políticas voltadas para este público, necessita de mudanças em uma sociedade na qual o padrão heterossexual está diretamente relacionado à conduta dos

profissionais, cuja prática é heteronormativa e, conseqüentemente, discriminatória (NOBREGA *et al.*, 2013).

Dessa forma, esta pesquisa tem como finalidade conhecer as experiências das mulheres cisgênero, as quais se relacionam sexualmente com mulheres ou com homens e mulheres, nos serviços de saúde no campo das Infecções Sexualmente Transmissíveis, e propor estratégias efetivas de ações no controle e enfrentamento das IST.

2. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Apesar dos avanços científicos, tecnológicos, preventivos e curativos, as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) estão entre os problemas que mais afetam a saúde pública ao redor do mundo. Disseminadas principalmente por meio de contato sexual, elas são capazes de tornar o organismo humano mais vulnerável a outras doenças, bem como apresentam complicações mais graves entre as mulheres, podendo gerar infertilidade, abortamento espontâneo, malformações congênitas e causar morte (FREITAS *et al.*, 2020).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), mais de um milhão de pessoas adquirem uma IST diariamente e a cada ano 500 milhões de pessoas adquirem uma das IST curáveis (gonorreia, clamídia, sífilis e tricomoníase), sendo que a sífilis na gravidez causa aproximadamente 300.000 mortes fetais e neonatais/ano e coloca 215.000 recém-nascidos sob o risco de morte prematura, baixo peso ao nascimento ou sífilis congênita; 530 milhões de pessoas estejam infectadas com o vírus do herpes genital e que mais de 290 milhões de mulheres estejam infectadas pelo Papiloma Vírus Humano (HPV). A infecção pelo HPV causa 530.000 casos de câncer de colo uterino e 275.000 mortes por ano. (FREITAS, 2020).

No Brasil, a real situação epidemiológica das IST e suas complicações encontram grandes lacunas em relação aos dados oficiais do Ministério da Saúde e a real condição de cada localidade. A não notificação compulsória e a escassez de estudos específicos de base populacional são apontados como fatores responsáveis pelas divergências de dados nesse campo (GUTIERREZ *et al.*, 2018).

Um estudo de corte transversal realizado no município de São Paulo (SP), entre os anos de 2013 e 2014, avaliou o conhecimento, as atitudes e as práticas relacionadas ao HIV e às Hepatites virais entre indivíduos de 15 a 64 anos, na tentativa de elucidar fatores associados às IST. Nesse estudo, fatores como o início precoce da atividade sexual, o não uso do preservativo na primeira relação sexual e a frequência de parceiros(as) eventuais aparecem associados às IST (GUTIERREZ *et al.*, 2018).

Entretanto, é evidente que o contexto epidemiológico das IST vem mudando nas últimas décadas ao redor do mundo, e o aumento significativo no número de casos de contaminação entre as mulheres no Brasil “[...] refletem um contexto histórico de obstáculos em virtude do preconceito, dos processos vinculados à dinâmica de gênero e das relações sexuais e reprodutivas” (FREITAS *et al.*, 2020).

A sexualidade das mulheres apareceu pela primeira vez sob uma perspectiva de

gênero e saúde sexual no PAISM na década de 1980, com o olhar direcionado principalmente para a saúde reprodutiva, o que acabou por desvalorizar os demais aspectos voltados à saúde sexual. Com o surgimento do HIV, as políticas relacionadas à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) direcionaram sua atenção para as práticas sexuais entre homossexuais do sexo masculino, pois acreditava-se que mulheres homossexuais não eram vulneráveis à contaminação. Assim, mulheres lésbicas e bissexuais se mantiveram invisíveis nas políticas públicas de saúde no que diz respeito à prevenção de IST e HIV (BRASIL, 2014).

No que se refere à população homossexual, dentre as principais dificuldades enfrentadas, além do preconceito, está o próprio desconhecimento das suas reais necessidades de saúde devido ao modelo heteronormativo pré-estabelecido; conseqüentemente, não sabem os riscos aos quais está exposta (CARVALHO; PHILIPPI, 2013). Muitas vezes, as experiências negativas nos serviços de saúde distanciam mulheres lésbicas e bissexuais do cuidado com esse aspecto da vida (BARBOSA; KOYAMA, 2006).

Uma revisão sistemática da literatura, realizada no período de 2004 a 2014, apontou que ser uma pessoa não heterossexual foi fator determinante nas dificuldades de acesso aos tratamentos de saúde, e que algumas ações são necessárias para garantir o acesso aos serviços e cuidados de saúde para esse público (ALBUQUERQUE *et al.*, 2016).

Um estudo realizado por Andrade *et al.* (2020), com 150 mulheres no município de Botucatu (SP), investigou as dimensões da vulnerabilidade de mulheres que fazem sexo com mulheres associadas às IST, e constatou que: mulheres adultas com idade inferior ou igual a 24 anos; cor de pele não branca; mulheres com união estável; ter conhecimentos básicos sobre IST; sorologia para IST; conhecimento dos riscos relacionados a IST e de HIV; parceria casual; ter tido duas ou mais parceiras nos últimos 12 meses; receber penetração vaginal e anal durante a prática sexual; manter relação sexual no período menstrual; e ter tido relação sexual com homem nos últimos 12 meses são fatores que estão associados ao diagnóstico laboratorial de IST.

Estudos nacionais apontaram que mulheres lésbicas buscam com menor frequência os serviços de saúde devido à discriminação e ao despreparo dos profissionais de saúde, o que contribui para a diminuição da assistência prestada (BARBOSA; FACCHINI, 2009; BENTO, 2012; MELO, 2010).

Ao discutirem sobre a complexidade do conceito de “acesso”, Travassos e Martins (2004) afirmam que, muitas vezes, o termo é empregado de forma imprecisa e pouco claro em relação ao uso de serviços de saúde. Segundo os autores, o termo varia ao longo do

tempo, de acordo com o contexto e quanto à terminologia empregada – acessibilidade e acesso –, uma vez que: “O uso de serviços de saúde pode ser uma medida de acesso, mas não se explica apenas por ele, ao contrário, resulta de uma multiplicidade de fatores” (TRAVASSOS; VIACAVA, 2007, p.2490).

Andersen (1995), ao dialogar sobre a influência do acesso no uso de serviços de saúde, apontou para questões de gênero e valores como fatores individuais que afetam a predisposição dos usuários de acessarem os serviços. Para o autor, o cuidado à saúde só acontece de maneira adequada quando o usuário teve acesso ou acessibilidade aos serviços; dessa forma, acesso e acolhimento representam elementos essenciais para todos os atendimentos em saúde, tornando possível a intervenção satisfatória por parte do Estado para com a saúde da população.

Um estudo realizado por Barbosa e Facchini (2009), no estado de São Paulo, mostrou que apenas metade das mulheres lésbicas faziam consulta ginecológica anualmente; já em relação a citologia oncótica, menos da metade dessas mulheres realizavam o exame.

Outro estudo nacional, realizado em Recife (PE), mostrou que mulheres que performavam masculinidade tiveram menor acesso aos serviços de saúde, baixa frequência ou nunca fizeram o exame de citologia oncótica. O estudo mostrou que profissionais da saúde acreditam que mulheres lésbicas têm menor risco de contrair uma IST, uma vez que somente as mulheres bissexuais estariam vulneráveis por manterem relações sexuais também com homens (MELO, 2010).

Apesar da relação lésbica e bissexual ocorrer entre duas mulheres, observa-se que a hierarquia baseada no binarismo de gênero persiste. Na própria comunidade lésbica, mulheres que se sentem mais confortáveis com estilos, códigos e identidades originalmente masculinos do que com identidades femininas são chamadas de *butch* – termo utilizado pela autora Judith Halberstam (2008) sapatão, caminhoneira, machinho, sapa-bofinho, *tomboy*etc.; já mulheres que se identificam com códigos e estilos femininos são chamadas de *lady*s (CUNHA, 2021).

Considerando essa diferenciação, estigmas são criados com base em estereótipos. Cabe ressaltar que a mulher lésbica é vítima de exclusão por ser mulher e, em seguida, mulher lésbica. Quando nos referimos à mulher lésbica masculinizada, soma-se mais um tipo de exclusão: mulher, mulher lésbica e mulher lésbica masculinizada (CUNHA, 2021).

Quanto mais eficientes forem os serviços para conhecer as demandas das mulheres lésbicas e bissexuais, haverá maior possibilidade de ações de prevenção e promoção de

saúde a essa população, as quais poderão ocorrer de diversas formas, na tentativa de garantir o direito à saúde a todas as pessoas, considerando suas experiências individuais e suas identidades (EGRY; OLIVEIRA, 2008; HINO *et al.*, 2009).

A invisibilidade da mulher cis lésbica foi bastante marcada pelo destaque que a epidemia da AIDS, a partir da década de 1980, atribuiu apenas às práticas sexuais masculinas homoafetivas como alvo de transmissão do vírus HIV (ALMEIDA, 2009).

Para Almeida (2009), o fato contribuiu para o fortalecimento da ideia de uma suposta baixa vulnerabilidade entre as mulheres lésbicas e, assim, surgiu a crença que mulheres lésbicas, por se relacionarem apenas com outras mulheres, desenvolveriam uma proteção à contaminação do vírus da AIDS por atividade sexual. A própria área médica considerava que, por se relacionarem somente com mulheres, as lésbicas desenvolveriam um fator de proteção às IST (LIMA, 2016).

No entanto, a relação entre menor vulnerabilidade e prática sexual entre mulheres lésbicas não tinha nenhuma evidência de fato comprovada. Segundo Carvalho (2013), dentro do que se pode considerar como vulnerabilidade individual, mulheres lésbicas seriam vulneráveis, entre outros fatores, enquanto práticas sexuais desprotegidas por conta do contato com os fluidos umas das outras (como sangue menstrual e o líquido lubrificante vaginal), responsáveis por transportar agentes infecciosos entre as mulheres por meio de acessos à circulação sanguínea, cutículas e à boca. Outro fator de risco está relacionado a práticas sexuais mais intensas, podendo ocasionar esfoladuras genitais, assim como o compartilhamento de acessórios para penetração vaginal ou anal sem a devida higienização destes (ALMEIDA, 2009).

Estudos epidemiológicos presentes na literatura internacional (MARRAZZO, 2004; SHIRLEY *et al.*, 2014) apontam para a possibilidade de transmissão de IST nas relações desprotegidas entre mulheres que praticam sexo com mulheres, e para o crescimento de casos de doenças que ainda não foram classificadas como IST, como a vaginose bacteriana (VB) e a candidíase, as quais têm maior ocorrência nas práticas sexuais entre mulheres (ALMEIDA, 2009).

Outros dados apontam que, contrariando a ideia de baixa vulnerabilidade às IST entre lésbicas, é real a possibilidade de transmissibilidade do HPV entre mulheres lésbicas que relataram não ter tido nenhum contato sexual prévio com homens cis (RODRIGUES, 2011). Ainda no que diz respeito à contaminação de IST entre mulheres lésbicas, Marrazzo (2004) afirma ter sido recorrente o registro da transmissão sexual de *Treponema pallidum* (sífilis), *Trichomonas vaginalis* (tricomoníase) e herpes genital.

Apesar da carência de estudos nacionais específicos sobre a contaminação pelo vírus HIV entre mulheres lésbicas, a literatura internacional destaca que é rara a sua contaminação e transmissão. No Brasil, para fins de registro epidemiológico, ainda não há uma categoria de transmissão de HIV/AIDS com base nos dados de mulheres que praticam sexo com mulheres. Sendo assim, cabe destacar a possibilidade da existência de subnotificações nos casos de possíveis transmissões do HIV nas relações entre mulheres lésbicas, ocorrências que poderiam estar sendo equivocadamente notificadas como ocorrendo a partir de relações heterossexuais (PINTO, 2004).

No entanto, cabe destacar dois estudos que contrariam essa afirmação. O primeiro é datado de 1987 e foi publicado no jornal médico norte-americano *Lancet*; a outra pesquisa é de 2003, publicada nos Estados Unidos. Contudo, em ambos os casos não foi possível haver a confirmação da fonte de transmissão (PINTO, 2004).

Estudo recente do Departamento de Saúde de Houston (EUA), realizado em 2014, notificou um caso de transmissão de HIV provavelmente pelo contato sexual entre duas mulheres lésbicas. Entretanto, há poucos relatos cientificamente comprovados que descrevem a possibilidade de transmissão do HIV entre lésbicas; apesar desta possível baixa transmissão, profissionais de saúde e demais áreas não deveriam afirmar que mulheres que praticam relação sexual com outras mulheres teriam naturalmente baixo risco de contaminação de quaisquer IST (PINTO, 2004).

3. TEORIAS LÉSBICAS: CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA

3.1. O LESBIANISMO FRENTE À CONCEPÇÃO GERAL MASCULINA DA HOMOSSEXUALIDADE

Em diferentes culturas e épocas, há relatos de mulheres que se relacionam sexualmente e/ou afetivamente com outras mulheres das mais variáveis formas. Encontra-se uma extensa lista de poetisas e escritoras que, em primeira pessoa, evidenciaram sua vivência lésbica; entre elas, podemos citar desde Safo, da antiga ilha de Lesbos, até a afro-norte-americana Audre Lorde, falecida em 1993, teórica, militante feminista e relevante escritora (LORDE, 1982; 1984).

A partir de uma discussão profunda sobre a diversidade das formas de articulação entre sexo, gênero e sexualidade, Marthieu (1991) afirma que, ao longo dos anos, cada sociedade constrói e interpreta as práticas sexuais e afetivas entre mulheres, assim como a legitimação e visibilidade delas variam consideravelmente segundo a concepção que cada sociedade articula sobre o significado de ser mulher no mundo.

Há sociedades, por exemplo, que somente projetam a existência de um gênero, sendo este o masculino, o qual, em seguida, se divide em dois sexos, como é o caso da sociedade africana denominada Kung! No que diz respeito à sociedade Inuit, localizada próximo ao Ártico, atribui-se gênero(s) aos recém-nascidos que acreditam serem reencarnados de outras vidas e, dessa forma, uma recém-nascida do sexo biológico feminino pode ser considerada socialmente um homem se nela habitar o espírito do seu avô. Entretanto, ao chegar à idade reprodutiva, sofrem uma ressignificação social em seu sexo biológico com finalidade matrimonial e reprodutiva. Em algumas sociedades africanas, existe matrimônio entre mulheres, e ao contrário do que se imagina em outras culturas, isso não significa que sejam lésbicas de fato. Se trata de uma forma de seguridade financeira para sua descendência, obtendo-a da mulher mais jovem que tomam como esposa, mas mantendo relações sexuais com homens para fins reprodutivos (FALQUET, 2013).

Existe uma complexidade de arranjos culturais em torno do sexo biológico, do gênero e da sexualidade, tornando extremamente difícil a definição de ser mulher, e ainda mais difícil a concepção de heterossexualidade e homossexualidade. No entanto, a maioria das culturas atualmente toma como base o modelo de arranjo matrimonial baseado na heterossexualidade como norma padrão social e obrigatória (FALQUET, 2013).

Nesse contexto, muitas religiões adquirem o papel de condenar absolutamente todas

as práticas que não garantam explicitamente a reprodução; dessa forma, as práticas sexuais e afetivas entre mulheres foram consideradas tabus e condenadas severamente por anos. Como consequência, ocorreu a invisibilização dessas práticas, e poucos estudos específicos foram realizados, os quais foram, por muitas vezes, deformados e tratados sem seriedade científica. Como exemplo, podemos citar o caso das famosas Amazonas que viviam na Grécia Antiga, ou as do imaginário europeu na Amazônia do período colonial; a partir delas, foi criada toda uma classe de ficção e fantasia em torno de seu suposto estilo de vida, o qual articulou esses mitos com o estudo das ferozes guerreiras do rei Dahomey, mas até hoje nenhum estudo histórico científico comprovou a existência das Amazonas ou mesmo de suas práticas sexuais e afetivas, que constituem um dos maiores poderes dos símbolos de lesbianismos. É somente a partir do pensamento ocidental que se começa a atribuir personalidade e identidade sexual específica às pessoas com base em suas práticas sexuais (FALQUET, 2013).

O termo "tribadismo" surgiu no começo do século XVII para nomear as relações sexuais entre mulheres (BONNET, 1995). Já em meados do século XIX, a medicina e, sobretudo, a psiquiatria nascente entrelaçada à psicanálise começaram a dialogar pelo que chamaram de "terceiro sexo", categorizados como "invertidas(os)", produzindo sua patologização e buscando a "cura" (LHOMOND, 1991).

No final do século XIX, surgiu a Sexologia de Havelock Ellis, dando continuidade a essa tendência classificadora e normalizadora. Desenvolveu-se a hipótese de uma origem inata da homossexualidade, com a esperança de subtrair a repressão e as tentativas de cura dos homossexuais. Freud interpretou a homossexualidade feminina como um simples eixo da homossexualidade masculina, pois seria uma prova de "imaturidade" no desenvolvimento psicosssexual das mulheres (FALQUET, 2013).

Na Europa, entre os anos de 1920 e 1930, iniciou-se um movimento lésbico literário bastante visível. Em Paris, o casal norte-americano que uniu Gertrude Stein e Alice Toklas organizou eventos literários no bairro artístico de Montparnasse. Em Berlim, se multiplicaram os lugares de sociabilidade lésbica antes da imposição do fascismo, o qual assassinou ou obrigou lésbicas e homossexuais ao exílio e à clandestinidade (FALQUET, 2013).

3.1.1. Mulheres Lésbicas ou Homossexuais femininas?

Em linhas gerais, o termo "homossexual" se refere à pessoa que se sente atraída

sexual, emocional e/ou afetivamente por pessoas do mesmo sexo/gênero. Dessa forma, o termo homossexual pode se referir a homossexuais femininas (lésbicas) ou a homossexuais masculinos (gays). Tais práticas podem ser evidenciadas publicamente de forma voluntária ou por meio do “*coming out*” (“saída do armário”) e, assim, despejar em “identidades” anteriormente reivindicadas (BRASIL, 2018).

A palavra “homossexual”, assim como o termo “gay”, surgiu como forma de marcar a diferença existente entre a população heterossexual e a homossexual, afirmando que aqueles que se relacionam sexual e/ou amorosamente com pessoas do mesmo sexo possuem vivências e necessidades diferentes daqueles que se enquadram na norma social padrão heterossexual; porém, paralelo a isso, os termos “homossexual” ou “gay” podem ser muito redutores e enganosos (FALQUET, 2013).

O feminismo demonstrou vastamente que o patriarcado e as suas formas de opressão sempre colocaram as mulheres em uma posição social estruturalmente diferente da dos homens em grande parte das culturas existentes. Dessa forma, o direito de viver seus corpos e sua sexualidade sempre se encontraram em condições inferiores ao direito dos homens hétero e homossexuais (FALQUET, 2013).

A utilização e valorização do termo “lésbica”, portanto, permite evitar a confusão dos termos e evidenciar que, embora todas as práticas sejam homossexuais, não possuem em absoluto o mesmo significado, as mesmas condições e sobretudo o mesmo alcance político (BOURCIER, 2015).

Durante um longo período, a lesbianidade foi tratada como um apêndice da homossexualidade gay, um quase sinônimo, o que gerou um apagamento da existência lésbica na academia. Esse fator contribuiu especialmente no processo de invisibilização da lesbianidade e na publicação de trabalhos que trataram dessa experiência de forma enviesada, na medida em que falavam a partir de um olhar masculino que estava presente na maioria das produções sobre homossexualidades, não capturando as especificidades do universo lésbico (BRANDÃO, 2018).

Para Falquet (2013), é fundamental que as produções sobre lesbianidade sejam pensadas não mais a partir de um discurso que constrói e significa o universo masculino, mas que tenha um olhar menos contaminado pela perspectiva gay-masculina-patriarcal, a qual tende a invisibilizar situações específicas da lesbianidade e, por assim dizer, as próprias lésbicas dentro do universo LGBTQIA+²

²Sigla para “Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Travestis, Queer, Intersexo, Assexuais e mais”.

3.1.2. Lutas lésbicas: contribuições e questionamentos das lésbicas não-brancas

Falquet (2013) reflete que a lesbofobia e o racismo atuam como impedimento à liberdade e ao desenvolvimento das sexualidades, subjetividades e construção do respeito à lesbianidade de mulheres negras lésbicas e suas especificidades. Nesse sentido, a construção de conhecimento para e pelas lésbicas negras, bem como uma prática institucional potencializadora que proporcione visibilidade a essas mulheres é fundamental para o enfrentamento e a efetivação de direitos correlatos.

Audre Lorde (1984) feminista lésbica negra, afirmou que contra a invisibilidade, que torna as mulheres negras mais vulneráveis, “[...] é preciso a quebra do silêncio, a aposta no poder da linguagem, ou ainda a transformação do silêncio em linguagem e em ação, compartilhando e difundindo palavras através de um processo de vida criativo”. (FALQUET, 2013, p.18)

Nesse sentido, Clarke (1988), autora pioneira do feminismo lésbico negro, defendeu que é preciso reivindicar visibilidade contra a cultura dominante que mantém as lésbicas invisíveis e sem poder, em especial as mulheres negras. Tal qual Rich (1983) ou Wittig (2001), a autora compreende a existência lésbica para além de gênero e sexualidade, pois se trata de um posicionamento político, e entende o feminismo lésbico como possibilidade de movimentar e transformar o sistema de opressão das mulheres, que é a heterossexualidade compulsória.

Saunders (2017), feminista lésbica negra, partindo de sua experiência no Brasil como professora visitante, identificou que há uma visibilidade lésbica das identidades sapatões, mas que ainda não há uma comunidade lésbica de fato constituída fora da academia ou dos grupos de militância.

No entanto, Bourcier (2001), a partir da perspectiva teórica *queer*, compreende que existe um silêncio cultural na cultura lésbica, o que acaba por manter as experiências e vivências apenas no meio de mulheres lésbicas. Em contrapartida, afirma ser necessário que essas existências sejam visíveis para que essas histórias sejam disseminadas.

Grijalva (2012), feminista lésbica, compreende o lesbianismo a partir de uma perspectiva interseccional que considera o corpo como um lugar político, um instrumento histórico de descolonização patriarcal e machista, e dotado de memória e conhecimento.

Nessa direção, Grijalva (2012) se utiliza do corpo dotado de experiências como forma de visibilidade e resistência lésbica para narrar sua experiência, usando a escrita

dessas vivências como força impulsora ao movimento lésbico.

Falquet (2013, p. 19) torna a ressaltar a importância de se construir uma teoria lésbica brasileira a partir das experiências vivenciadas, para além de pesquisas e atividades de extensão produzidas nas universidades, mas visibilizando as experiências de mulheres que estão fora da academia e do ativismo, como mulheres negras lésbicas em situação de encarceramento ou demais situações de vulnerabilidade, de forma a possibilitar sua participação nessa construção e garantindo que falem sobre as suas existências, “[...] recuperando, assim, a prática utilizada pelo feminismo negro de se construir a partir das experiências cotidianas de mulheres negras que não eram contempladas nas produções de outros feminismos brancos”.

4. DIALOGANDO SOBRE PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DE SAÚDE DE MULHERES LÉSBICAS E BISSEXUAIS NA ATENÇÃO BÁSICA

No Brasil, na década de 1970, o projeto de Saúde Coletiva buscou um novo modelo explicativo do processo saúde-doença-cuidado, sendo necessário experimentar novos projetos de intervenção na área da organização dos serviços. Dessa forma, foi possível expandir a Atenção Primária à Saúde (APS) segundo o paradigma da determinação social da doença. Entretanto, isso implicava em organizar o sistema e os serviços de saúde com base nas necessidades da população, visando tornar a APS uma porta de entrada ao sistema de saúde (MENDONÇA; VASCONCELOS; VIANA, 2008).

Nos anos de 1990, instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal Brasileira (BRASIL, 1988), garantiu-se à população o direito à saúde universal e gratuita. O desafio, então, foi reformular as prioridades do Ministério da Saúde em relação à organização da Atenção Primária à Saúde, ou Atenção Básica à Saúde, como também foi denominada no país (MACHADO *et al.*, 2007). Passou-se, então, a organizá-la com base na integração entre a unidade de saúde e a comunidade, ou entre profissionais de saúde e usuários dentro de determinado território, tomando por referência o Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1994 (MENDONÇA; VASCONCELOS; VIANA, 2008).

O Programa Saúde da Família foi constituído como um modelo de organização das ações e dos serviços de saúde, onde o nível primário da atenção à saúde se inseriu na atenção básica dentro do SUS. Desde o seu surgimento, é possível observar mudanças nas condições de “[...] sustentação econômica e política, indicando o planejamento de sua expansão, induzido pela normatização do processo de descentralização do sistema de saúde” (MENDONÇA; VASCONCELOS; VIANA, 2008, p. S4).

Além dessas propostas organizacionais, a Estratégia Saúde da Família em centros urbanos de grande porte ou mesmo nas áreas metropolitanas encontra outros desafios para a definição de políticas públicas na abordagem de temas complexos como o contexto sócio-ambiental urbano e o cuidado voltado para o núcleo familiar em seu desenvolvimento e processo de adoecimento. A noção de família, sua composição, organização e estratégia de sobrevivência nas classes populares são elementos geralmente desconhecidos dos profissionais de saúde que precisam olhá-la e respeitá-la para além de seu próprio horizonte. (MENDONÇA; VASCONCELOS; VIANA, 2008, p.1).

Inicialmente, o modelo de APS brasileiro teve sua origem de funcionamento através do Programa Saúde da Família (PSF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (VIANA; DAL POZ, 2005). No entanto, com o intuito de atribuir um caráter contínuo ao programa, em 1996, surgiu o modelo assistencial chamado Estratégia de Saúde

da Família (ESF), um sistema constituído pela integração entre PSF e PACS visando a promoção de saúde.

Nessa direção, são considerados os princípios de acolhimento, vínculo, trabalho em equipe multiprofissional, territorialização, ações conjuntas com a finalidade de reorganizar a prática de atenção à saúde, estímulo de uma ideia participativa e fortalecimento das linhas de cuidado em saúde (MELO *et al.*, 2018).

Ao longo dos anos, a saúde pública no Brasil obteve grandes avanços a partir do aumento de investimentos, possibilitando a ampliação do acesso à saúde, bem como um olhar integral garantido pela implementação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2006, que foi posteriormente reformulada em 2012 e mais recentemente em 2017.

A Atenção Primária à Saúde é compreendida em todos os documentos oficiais como sinônimo de Atenção Básica de Saúde (ABS), a qual corresponde ao conjunto de ações individuais e coletivas que estão relacionadas à promoção de saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento, redução de danos e manutenção da saúde, com objetivo de fortalecer a ação integral e com longevidade (SILVA, 2021).

No Brasil, a APS é considerada a porta de entrada dos usuários ao SUS, pois ela visa o acesso universal e contínuo aos demais níveis de complexidade e áreas da saúde garantidos pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade, reiterando a abrangência do sistema. Com o decorrer dos anos posteriores à implementação do SUS, as organizações das APS foram acompanhadas por meio de diferentes iniciativas ministeriais, privilegiando a ESF como recurso prioritário para a sua efetivação (SILVA, 2021).

Contrária a essa ideia, a portaria do Ministério da Saúde de nº 2.436, de 21 de setembro 2017, tornou a ESF parte de um elemento coadjuvante no campo da ABS, passando a aceitar as equipes de atenção básica como estratégia de funcionamento desse sistema e não somente a ESF (BRASIL, 2017).

Na prática, as mudanças que a nova PNAB, de 2017, impuseram foram: a previsão de outros tipos de equipes de saúde, não somente as equipes de saúde da família, dificultando o controle de doenças nas diferentes regiões do Brasil. A ausência de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) poderá levar à extinção das visitas domiciliares, o que afeta diretamente no levantamento de dados epidemiológicos relacionados à saúde, prevenção e instrução da comunidade. Além disso, dificulta os vínculos entre equipe de saúde e paciente, visto que essa reformulação reforça o cuidado superficial a saúde (SILVA, 2021).

Segundo Silva (2021), aceitar a Equipe de Atenção Básica representa um retrocesso

no que se refere aos cuidados em saúde, pois a atenção primária deixa de ser contínua e ofertada por uma equipe multiprofissional, e passa a ser oferecida por diferentes categorias profissionais isoladas, o que difere das propostas da PNAB publicadas em 2011, pois, na ocasião, era obrigatório a presença de todos os profissionais ao longo das 40 horas semanais. Entretanto, está previsto na PNAB que o cumprimento dessa carga horária de 40 horas semanais seja realizado pela equipe como um todo, e não mais a obrigatoriedade desse cumprimento a todos os membros das equipes.

Ferreira e Ladeira (2018) afirmam que com a dedicação parcial por parte das equipes e a mudança da equipe profissional com carga inferior a carga horária prevista na antiga PNAB, a possibilidade de fragmentação do processo de trabalho e o vínculo profissional menor com as equipes de referência têm sido constantemente discutidos.

Nessa direção, existe um risco quanto ao direito à integralidade em saúde, pois a portaria de 2017 flexibilizou a existência de uma Equipe de Saúde Bucal (ESB) nas unidades de atenção básica, deixando a critério de cada órgão a sua necessidade. Assim, a ESB passou a compor a equipe ampliada de saúde não prevista para todas as realidades brasileiras (BRASIL, 2017).

Dessa forma, Silva (2021) discute esse novo cenário como um retrocesso nesse campo no Brasil, pois acredita que as diferentes áreas da saúde são interligadas e devem trabalhar em conjunto visando a integralidade nas suas ações para com o paciente.

No que diz respeito à regionalização, com a nova política de 2017, fica a critério dos usuários buscarem atendimento em qualquer Unidade Básica de Saúde (UBS) do município, não tendo ligação com território definido para seus atendimentos, prevalecendo sua vontade sobre a capacidade do sistema de saúde e a lógica dos encaminhamentos de forma racional e justa (BRASIL, 2017).

Silva (2021) salienta que por mais que a nova proposta da PNAB de 2017 tenha o objetivo de facilitar o acesso do usuário ao sistema de saúde, essa condição prejudica o valioso vínculo entre profissional e paciente, e a longevidade do acompanhamento é excessivamente desfavorecida (SILVA, 2021).

Contudo, a Atenção Primária à Saúde das mulheres no Brasil sempre esteve relacionada, sobretudo, aos aspectos reprodutivos. As ações são, em sua maioria, pensadas para um modelo de mulher adulta, mãe (ou futura mãe) e de orientação heterossexual, desconsiderando outras mulheres que não se enquadram nesse padrão de vida, como mulheres lésbicas e bissexuais (LOURO, 2009; MELLO, 2014).

Assim, contrariamente aos princípios do SUS – a saber: equidade, universalidade e

integralidade (BRASIL, 1988) –, é possível pensar que a atenção à saúde de mulheres lésbicas e bissexuais encontra em situação precária se comparada à de mulheres heterossexuais (HAUER, 2017).

Hauer (2017), ao investigar a realidade dos serviços de saúde no Brasil, argumenta que falta informação profissional e conhecimento da população sobre as políticas públicas de saúde e seus direitos. Para a autora, o investimento para a melhoria do atendimento deve acontecer principalmente no nível da Atenção Primária à Saúde, tendo em vista que este é o primeiro local onde ocorre o contato das usuárias com o sistema de saúde; é também o lugar onde são oferecidas ações de promoção, prevenção e tratamento de diferentes doenças.

Entende-se que se faz de extrema necessidade a captação e a compreensão das singularidades de lésbicas e bissexuais no que diz respeito à atenção integral à sua saúde, ou seja, é preciso fornecer o espaço de acolhimento para ouvi-las sobre suas demandas e desejos. O diálogo, conforme preconizado pelo SUS, facilita a comunicação da comunidade com os serviços de saúde, viabilizando a aproximação entre o que é previsto nas políticas e a prática (HAUER, 2017).

É necessário que o serviço consiga dialogar e prestar orientações pertinentes a todas as mulheres e suas diferentes formas de sexualidade, considerando comportamentos e práticas, identidades de gênero, direitos sexuais e as demais demandas específicas de tal população, além de discutir os riscos quanto à saúde física e mental (BRASIL, 2013).

4.1. A INVISIBILIDADE LÉSBICA E OS DESAFIOS DAS POLÍTICAS NACIONAIS DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER FRENTE À DIVERSIDADE SEXUAL FEMININA

A atenção à saúde da mulher no Brasil, em termos de políticas públicas, até a implementação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), consolidou-se exclusivamente na preocupação com o grupo materno-infantil, o qual, inclusive, sempre permaneceu como o mais enfatizado por essas políticas. O Estado manteve o enfoque central dos vários programas de saúde materno-infantil nas ações de intervenção sobre os corpos das mulheres-mães, com o intuito de assegurar às necessidades da reprodução social (CANESQUI, 1987; OSIS, 1994).

O PAISM surgiu em resposta à forte mobilização dos movimentos sociais e movimentos feministas. O programa teve como base os princípios da integralidade do

corpo, da mente e da sexualidade de cada mulher, visto que, até aquele momento, a atenção maior era com o grupo materno-infantil, e o objetivo principal era intervir sobre os corpos das mulheres-mães e em período gestacional, visando exclusivamente o planejamento familiar (KORNIJEZUK, 2015).

Dessa forma, com o surgimento do PAISM, houve uma abordagem pioneira e diferenciada sobre as mulheres, bem como a discussão de um novo conceito de atenção integral à saúde da mulher que se desvincula da visão tradicional anterior cujo foco eram as questões relativas à reprodução humana (BRASIL, 2013).

Nesse contexto, a atenção à saúde mulher deveria ser integral, ou seja, clínico-ginecológica e educativa, voltada ao aprimoramento do controle pré-natal, do parto e do puerpério. A abordagem deveria ser realizada pensando as questões de saúde pertinentes desde a adolescência até a terceira idade; do controle das doenças transmitidas sexualmente até o câncer cérvico-uterino, mamário e demais doenças decorrentes de IST; e com relação à assistência para concepção e contracepção (BRASIL, 2013).

Segundo Kornijezuk (2015), a implantação do PAISM deveria iniciar partindo de uma total reciclagem de profissionais, desde o pessoal envolvido diretamente na prestação dos serviços até os encarregados da supervisão e da coordenação programática. Para que fosse viável realizar essa reciclagem de forma contínua, propôs-se a criação de centros de referência regionais. Em paralelo a isso, o ministério responsável considerava importante a identificação e o apoio aos centros que realizavam pesquisas operacionais e estudos epidemiológicos na área de atenção à saúde da mulher, com o objetivo de tê-los na condição de fornecedores de recursos técnicos e científicos, o que facilitaria, assim, a implantação do PAISM.

Era previsto também um trabalho de reformulação, adequação e implantação das normas técnicas do Ministério da Saúde e do material instrucional, os quais deveriam ser fornecidos às secretarias de saúde em nível estadual e municipal. Por fim, considerava-se que todas as equipes envolvidas no Programa também deveriam ser preparadas para realizar o acompanhamento, o controle e a avaliação do desempenho dele (KORNIJEZUK, 2015).

O momento em que o PAISM foi lançado era de grande manifestação política no Brasil, com intensa atuação da sociedade civil e movimentos sociais, e, em geral, a luta se concentrava na reestruturação da democracia. Em função disso, e tendo em vista os conteúdos anteriormente abordados pelo Programa, é possível observar que ele reuniu condições para ser considerado um evento socialmente importante, pois era capaz de

mobilizar muitos setores da sociedade afim de discuti-lo, e julgar sua aprovação ou não (ALVAREZ, 1990; CARDOSO, 1984; JACOBI, 1989).

Entretanto, cabe salientar que durante esse período de tentativa de reestruturação da democracia, existiram reações contrárias ou suspeitosas com relação ao lançamento do Programa, as quais estiveram pulverizadas em diversos setores da sociedade, como alguns grupos de mulheres, facções dentro de partidos políticos, e parte do setor acadêmico e da categoria médica, em especial profissionais ligados à Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM) (KORNIJEZUK, 2015).

No geral, essas reações se concentravam em uma possível contradição no conteúdo explícito do Programa com relação à integralidade e universalidade, princípios nos quais supostamente se embasaria, e destacavam a preocupação de que o PAISM, na verdade, funcionaria de maneira disfarçada no sentido de controlar a natalidade da população por parte do Governo (OSIS, 1994).

Foi somente por meio da articulação entre representantes dos movimentos sociais, movimentos de mulheres, profissionais da área da saúde – sobretudo os profissionais ligados ao grupo da UNICAMP –, além de sanitaristas, sociólogas e psicólogas, que finalmente foi consolidada a ideia de atenção integral à saúde da mulher e, assim, entrou em vigor o PAISM (OSIS, 1994; SOBRINHO, 1993).

A partir dessa interlocução, mulheres argumentaram que o conceito integral de saúde deveria contemplar não somente a integração do colo do útero e das mamas, mas também demais aspectos físicos e não físicos do cotidiano delas. Defendeu-se a ideia de que o integral deveria considerar também o contexto social, psicológico e emocional de todas as mulheres atendidas (KORNIJEZUK, 2015).

Em termos pragmáticos, propunha-se que o médico, ao prestar assistência à mulher, a observasse como um ser em sua total completude, não a reduzindo a mera portadora de um corpo reprodutivo, mas que ela fosse reconhecida como um indivíduo que vivencia um momento emocional específico, e que está inserida em um determinado contexto socioeconômico (OSIS, 1994).

Além disso, os movimentos feministas persistiram com a proposta de que o PAISM inserisse ações bem definidas de educação sexual e em saúde, na tentativa de afastar qualquer possibilidade de o programa ser usado para o controle populacional coercitivo (ALVAREZ, 1990).

Em consequência disso, apesar da implementação do programa ter tido um amplo significado social e político – e, com isso, ter sido muito importante no momento histórico

de redemocratização da sociedade brasileira –, é evidente que o ponto crucial da proposta do PAISM foi a inclusão da anticoncepção como uma das ações de assistência integral à saúde da mulher (KORNIJEZUK, 2015).

O conceito de atenção integral à saúde da mulher ressignifica o corpo feminino no contexto social, bem como expressa importante mudança de posição das mulheres, situando a reprodução no contexto mais amplo de atenção à saúde da mulher vista em sua totalidade. Sendo assim, o PAISM rompe com a lógica que, até o momento, norteava as intervenções sobre o corpo das mulheres. Nesse contexto de saúde integral, as mulheres deixam de ser vistas como parideiras e reprodutoras, e passam a ser vistas para além da atenção pré-natal, parto e puerpério (KORNIJEZUK, 2015).

Dessa forma, o PAISM – ao propor atendimento integral, e não somente ações voltadas à saúde reprodutiva e ações isoladas em planejamento familiar –foi pioneiro inclusive no cenário mundial (RAVINDRAN, 1995). Apesar de a proposta original do PAISM não citar a expressão “saúde sexual e reprodutiva”, conhecida internacionalmente apenas no final da década de 1980 (BARZELATTO; HEMPEL, 1990), sua definição de atenção integral à saúde inclui completamente a definição de saúde reprodutiva adotada posteriormente pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1988, e, em seguida, foi ampliada e consolidada nas Conferências de Saúde do Cairo em 1994, e em Beijing em 1995 (ALCALÁ, 1995).

Em função disso, sem dúvidas, a adoção do PAISM representou um passo importantíssimo em direção ao reconhecimento e validação dos direitos reprodutivos das mulheres, até mesmo antes da expressão estar presente nos diversos foros internacionais de luta (KORNIJEZUK, 2015).

Posterior ao PAISM, com o objetivo de ampliar a representação de mulheres que historicamente haviam tido seus direitos negados – entre elas, as mulheres negras, indígenas, trabalhadoras rurais, portadoras de necessidades especiais, presidiárias e lésbicas –, surge então, em 2004, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) (BRASIL, 2013).

Fundada em 2003, a Secretaria Especial de Políticas para Mulheres (SPM) – responsável pela articulação, coordenação, elaboração e execução das políticas para as mulheres em todo Brasil –teve como primeiro objetivo construir um Plano Nacional de Políticas Públicas Direcionadas às Mulheres Brasileiras (I PNPM), criado a partir da disposição da 1ª Conferência Nacional de Políticas para Mulheres (I CNPM) (BRASIL, 2013).

O plano teve sete grandes campos de atuação: autonomia; igualdade no mundo do trabalho; cidadania; educação inclusiva e não sexista; saúde das mulheres; direitos sexuais e reprodutivos; e enfrentamento à violência contra as mulheres. Nessas áreas, foram criadas políticas e ações pensadas para diminuir as desigualdades de gênero (KORNIJEZUK, 2015).

Os objetivos, metas e prioridades políticas do Plano Nacional de Políticas Públicas Direcionadas a Mulheres Brasileiras são:

- I. Promover a melhoria da saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, em todo território brasileiro
- II. Garantir os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres
- III. Contribuir para a redução de morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos da vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie.
- IV. Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2014, p.63).

O plano era constituído por referências a doenças que atingiam, de maneiras diferentes, mulheres negras, indígenas e brancas; portadoras de necessidades especiais com diferentes orientações sexuais; aquelas em estado de liberdade condicional; e as que moravam em zonas urbanas e rurais. A construção dessa distinção marca uma das principais diferenças entre PAISM e PNAISM no que diz respeito a sua abrangência e expansão (KORNIJEZUK, 2015).

O “Primeiro Plano Nacional de Políticas para Mulheres” discutiu a saúde sexual e reprodutiva da mulher e o excesso de intervenções cirúrgicas. Discutiu também a prevalência destas ações em regiões onde as mulheres tinham condições socioeconômicas precárias e menor nível de escolaridade. Da mesma forma, foi debatido que o acesso a anticoncepção, apesar de ser um direito garantido constitucionalmente, não era compreendido por uma parte das mulheres nessas condições (KORNIJEZUK, 2015).

Segundo Kornijezuk (2015), o plano se preocupava também com a incidência de HIV/AIDS, pouco exploradas anteriormente pelo PAISM, e que havia se tornado um grande problema mundial. No PAISM, em 1986, apenas 0,5% dos casos de AIDS notificados eram do sexo feminino. Foi somente após os anos 2000 que a participação das mulheres no conjunto de casos alcançou os 30%.

Coube também ao Plano Nacional de Políticas para Mulheres estabelecer metas a serem alcançadas, fazendo referências mais detalhadas aos sujeitos envolvidos na

elaboração das políticas.

- A. Implantar em um município de cada região do país, com equipes de Saúde da Família (SF), a atenção qualificada às mulheres com queixas clínico-ginecológicas; no climatério, adolescentes, na terceira idade, com especial atenção à raça e etnia.
- B. Implantar projetos pilotos de um modelo de atenção à saúde mental das mulheres na perspectiva de gênero, em 10 municípios com Centros de Atenção Psicossocial (CAPs)
- C. Implementar em um município de cada região do país, com o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, ações voltadas aos agravos à saúde das trabalhadoras do campo e da cidade.
- D. Implantar a atenção integral à saúde da mulher índia em 10% dos polos básicos
- E. Habilitar 35% dos estados que tem presídios femininos, para a Atenção Integral à Saúde das presidiárias.
- F. Ampliar as ações de Planejamento Familiar, garantindo a oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis para 60% da população de mulheres em idade fértil, usuárias do SUS, em todos os municípios com equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) ou aderidos ao Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN).
- G. Reduzir em 5% o número de complicações de aborto atendidas pelo SUS.
- H. Reduzir em 15% a razão de Mortalidade Materna no Brasil, considerando a meta estabelecida no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal lançado em março de 2004.
- I. Reduzir em 3% a incidência de Aids em mulheres
- J. Eliminar a sífilis congênita como problema de saúde pública
- K. Aumentar em 30% a cobertura de Papanicolau na população de risco (35 a 49 anos)
- L. Aumentar em 30% o número de mamografias realizadas. (BRASIL, 2004, p.65).

Nessa direção, as outras prioridades nas políticas de saúde da mulher eram apresentadas da seguinte forma:

- [...] 3.1 Estimular a implantação, na Atenção Integral à Saúde da Mulher, de ações que atendam às necessidades específicas das mulheres nas diferentes fases do ciclo vital, abrangendo as mulheres negras; com deficiências; índias; presidiárias; trabalhadoras rurais e urbanas; e com diferentes orientações sexuais; contemplando questões ligadas às relações de gênero.
- 3.2 Estimular a implantação e implementação da assistência em planejamento familiar, para homens e mulheres, adultos e adolescentes, na perspectiva da atenção integral à saúde.
- 3.3 Promover a atenção obstétrica, qualificadas e humanizadas, inclusive a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes, visando reduzir a mortalidade materna, especialmente as mulheres negras.
- 3.4 Promover a prevenção e controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/Aids na população feminina.
- 3.5 Reduzir a morbimortalidade por câncer cérvico-uterino e de mamas na população feminina.
- 3.6 Revisar legislação punitiva que trata a interrupção voluntária da gravidez. (BRASIL, 2004, p.65)

Sendo assim, o Plano Nacional foi uma nova diretriz que estabeleceu uma

perspectiva de saúde integral da mulher, respeitadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos sociais de mulheres, reconhecendo novas sujeitas de direito (KORNIJEZUK, 2015).

Vimos que o enfoque de gênero é um dos diferenciais da referida política. A partir dessa perspectiva, torna-se evidente os impactos que a desigualdade de poder entre mulheres e homens exerce na saúde, visto que as mulheres estão em maior número vivendo em situação de pobreza, são as que trabalham mais horas e as que gastam mais tempo em atividades não remuneradas. Assim, a aproximação aos bens sociais, principalmente às políticas públicas de saúde, é comprometida (GARCIA, 2018).

Nesse sentido, no que se refere à formulação de políticas públicas, a PNAISM valorizou a dimensão de gênero como um dos determinantes da saúde, compreendendo que da mesma forma que diferentes populações estão expostas a diferentes tipos e graus de risco, mulheres e homens – em função dos seus papéis e da organização social com base nas relações de gênero – também expressam padrões distintos de adoecimento, sofrimento e morte. No entanto, partindo desse pressuposto, a PNAISM teve um papel importante no campo das políticas públicas ao incorporar a perspectiva de gênero na análise do perfil epidemiológico, bem como no planejamento de ações de saúde que objetivavam promover melhorias nas condições de vida, igualdade e garantia de direitos de cidadania da mulher (BRASIL, 2004, p.13).

Cabe ressaltar que, para além da perspectiva de gênero, houve também o resgate da pluralidade, da multiplicidade populacional e da diversidade dos sujeitos. De fato, houve um avanço político e social, visto que a PNAISM rompeu com a noção universalizante de mulher compreendida no PAISM, de 1983. A menção aos “padrões distintos de sofrimento, adoecimento e morte” remete aos determinantes sociais de saúde já citados, ou seja, os diversos fatores sociais, culturais e econômicos são vistos como agentes influenciadores no processo de saúde-doença (GARCIA, 2018).

Apesar dos grandes avanços para a saúde da mulher garantidas na PNAISM – e considerando classe social, raça, etnia, idade e orientação sexual como fatores que aprofundam a situação de desigualdade social das mulheres –, a discussão sobre a saúde de mulheres lésbicas não ocupa ao menos uma página inteira no documento da PNAISM. Há referência direta às demandas apresentadas no V Seminário Nacional de Mulheres Lésbicas (SENALE), de 2003, porém, elas são apresentadas de maneira vaga e introdutória (GARCIA, 2018).

Em relação à identidade lésbica, a política ressalta que: “[...] há entendimento de

que as mulheres lésbicas também são mulheres e, portanto, devem ser contempladas no conjunto das ações de atenção à saúde da mulher” (BRASIL, 2004, p.15)

No que diz respeito às necessidades que são predominantes à saúde das lésbicas, o texto se refere a questões ginecológicas como: alerta ao câncer de colo de útero e de mama; a vulnerabilidade das lésbicas profissionais do sexo pela exposição às DST e AIDS; e o acesso à inseminação assistida pelo SUS. Pontua casos de violência intrafamiliar contra adolescentes lésbicas e a incompetência dos profissionais de saúde que, repetidamente, possuem a percepção de que a vida sexual das mulheres segue exclusivamente o modelo heterossexual (BRASIL, 2004).

Entretanto, apesar de considerado tímido e tardio o debate da saúde de mulheres lésbicas na PNAISM, cabe enfatizar que por menor que seja este espaço, ele representa uma conquista importante para o movimento de mulheres lésbicas, pois demonstra o reconhecimento da identidade lésbica, da validade das suas reivindicações, e da subsistência do diálogo entre o movimento social e o Estado (GARCIA, 2018).

Contudo, embora esteja previsto nessas diretrizes o reconhecimento das especificidades de saúde de mulheres lésbicas, elas não são identificadas nos “Objetivos Específicos e Estratégias” da PNAISM, parte importante do documento onde estão descritas as ações a serem executadas. Nesse item, estão inclusos os objetivos específicos para a promoção da saúde de mulheres no climatério, idosas, negras, trabalhadoras do campo e da cidade, indígenas e mulheres em situação de prisão, e apenas a situação de mulheres lésbicas não é pontuada. Diante disso, cabe o questionamento do real sentido de visibilidade conquistada pelos movimentos de mulheres lésbicas (GARCIA, 2018).

4.1.1. Diversidade sexual e a Política Nacional de Saúde Integral LGBT

Estudos teóricos sobre gênero e sexualidade demonstram que a saúde é umas das principais necessidades da população LGBT. No campo das políticas públicas, as primeiras intervenções do Estado foram realizadas frente ao surgimento da epidemia de HIV/AIDS no Brasil. No final da década de 1980, foi criado o Programa Nacional de DST e AIDS ligado ao Ministério da Saúde. Em decorrência disso, é importante ressaltar a atuação de algumas Organizações Não Governamentais (ONGs) que, naquela ocasião, foram consideradas referências na luta pelos direitos das pessoas soropositivas; são elas: o Grupo de Apoio e Prevenção à AIDS (GAPA); a Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA); e o Grupo Pela Vida (Valorização, Integração e Dignidade do Doente de AIDS).

Houve, ainda, a criação de programas de prevenção e controle da AIDS em vários estados brasileiros que se anteciparam ao Governo Federal, se articulando com grupos organizados e movimentos sociais (SIMÕES; FACCHINI, 2009).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, marcou o importante processo de redemocratização e a conquista da Constituição Cidadã, que foram essenciais para a garantia dos parâmetros de saúde deliberados. A nova compreensão de saúde aparece no art. 196 como “[...] direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, n.p.). Nessa direção, outro trecho que merece destaque é o art. 1º, inciso V, que trata da dignidade humana, da igualdade perante a lei e da inviolabilidade dos direitos à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade (BRASIL, 1988).

A partir do lançamento do Programa Brasil Sem Homofobia, em 2004, que tinha como objetivo pensar ações para viabilizar o direito à saúde de Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transgêneros (GLBT) – como era chamado o movimento naquele período –, formalizou-se um Comitê Técnico sobre a “Saúde da População de Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais” vinculado ao Ministério da Saúde. O Comitê teve como principal meta elaborar uma Política Nacional de Saúde para essa população e, por meio da Portaria nº 2.227, de 14 de outubro de 2004, o Comitê foi criado (BRASIL, 2004).

Posteriormente, alguns eventos importantes ocorreram de forma a contribuir para os processos de construção da Política de Saúde LGBT, como a realização do “Seminário Nacional de Saúde da População LGBT na Construção do SUS”, ocorrido em agosto de 2007; a representação oficial do Ministério da Saúde na I Conferência Nacional “GLBT” em 2008; e a instauração da Comissão Intersetorial de Saúde da População LGBT, no âmbito do Conselho Nacional de Saúde em 2009 (SENA; SOUTO, 2017).

Para Garcia (2018), a publicação da “Carta dos Direitos dos Usuários de Saúde” representou outro passo importante do SUS, tendo em vista o que preconiza em seu art. 4º, o direito de todos ao atendimento humanizado e acolhedor em saúde:

É direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência [...]. (BRASIL, 2012, p.13).

A Carta dos Direitos da Saúde inclui a questão de que tanto a orientação sexual

como a identidade de gênero não devem ser motivos de discriminação, restrição ou negação nos atendimentos e serviços de saúde.

Sendo assim, perante a aprovação da “Carta dos Direitos dos Usuários de Saúde”, em 2009, pelo Conselho Nacional de Saúde, a Política Nacional de Saúde Integral a Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais foi publicada em 2011 por meio da Portaria nº 2.836, de 01 de dezembro de 2011, durante a 14ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

A elaboração dessa política contou com intensa participação de diversas lideranças, movimentos sociais, técnicos e pesquisadores, passando por consulta pública para finalmente ser aprovada (BRASIL, 2012).

A Política Nacional de Saúde Integral LGBT é considerada, então, uma iniciativa com o intuito de garantir maior equidade no SUS, reconhecendo os efeitos da discriminação e da exclusão no processo de saúde-doença da população LGBT (BRASIL, 2012, p. 8).

Uma das mais importantes contribuições da política está relacionada à constatação de que as formas de discriminação e preconceito provenientes das homofobias – entre elas: lesbofobia, gayfobia, bifobia, travestifobia e transfobia – devam ser consideradas determinantes sociais de sofrimento e doença. O documento ressalta ainda que os sofrimentos mais profundos são aqueles decorrentes de discriminação e preconceito, os quais, por sua vez, constituem o maior desafio a ser superado, pois exigem mudanças profundas de valores e resgate do respeito por parte da sociedade (GARCIA, 2018).

Dessa forma, são objetivos específicos da Política de Saúde LGBT, que contemplam as mulheres e outros sujeitos:

Prevenir novos casos de cânceres ginecológicos (cérvico-uterino e de mamas) entre mulheres lésbicas e bissexuais e ampliar o acesso ao tratamento qualificado; garantir os direitos sexuais e reprodutivos da população de LGBT no âmbito do SUS; atuar na eliminação do preconceito e da discriminação da população de LGBT nos serviços de saúde; fortalecer a participação de representações da população de LGBT nos conselhos e conferências de saúde; promover o respeito à população de LGBT em todos os serviços do SUS; reduzir os problemas relacionados à saúde mental, drogadição, alcoolismo, depressão e suicídio entre lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, atuando na prevenção, promoção e recuperação da saúde; incluir ações educativas nas rotinas dos serviços de saúde voltadas à promoção da autoestima entre lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais e à eliminação do preconceito por orientação sexual, identidade de gênero, raça, cor e território para a sociedade em geral; incluir o tema do enfrentamento às discriminações de gênero, orientação sexual, raça, cor e território nos processos de educação permanente dos gestores, trabalhadores da saúde e integrantes dos conselhos de saúde (BRASIL, 2013, p.21).

No que diz respeito à saúde das mulheres lésbicas, a política apresenta dados importantes sobre a desigualdade do acesso aos serviços de saúde por mulheres lésbicas e bissexuais, bem como pontua a omissão da orientação sexual no atendimento médico e o baixo nível de realização de exames preventivos de câncer cérvico, partindo do resgate do “Dossiê Saúde das Mulheres Lésbicas – Promoção da Equidade e da Integralidade”, publicado pela Rede Feminista de Saúde em 2006 (GARCIA, 2018).

Cabe ressaltar que, assim como no PAISM e na PNAISM, o aspecto ginecológico e reprodutivo da saúde está presente, porém, sob uma nova perspectiva, a qual considera as especificidades de mulheres lésbicas como uma forma de romper os mitos sobre os exames serem dispensáveis, e sobre uma suposta “imunidade” das lésbicas às doenças sexualmente transmissíveis. A ideia é que lésbicas possuem o direito aos referidos exames e que precisam de tratamento qualificado (BRASIL, 2013).

Além disso, podemos enfatizar que a atenção é direcionada a outras questões relacionadas à saúde como um todo, como saúde mental, drogadição, alcoolismo, depressão, suicídio e até mesmo promoção da autoestima. Estes elementos, pensados para a saúde da população LGBT no geral, merecem destaque, pois foram pensados como potencial para trabalhar não só o sofrimento, mas também o fortalecimento desses sujeitos (BRASIL, 2013).

Outro avanço da Política é a criação do termo lesbofobia e as menções a ele. Nomear esse termo é uma importante forma de reconhecer as discriminações especificamente contra lésbicas e a diversidade desses fenômenos, que trazem os traços do patriarcado associados ao machismo e ao heterossexismo (GARCIA, 2018).

Apesar dos inúmeros progressos conquistados pela Política Nacional de Saúde Integral LGBT, o plano é insuficiente no que diz respeito à sua operacionalização quanto às necessidades específicas de saúde das mulheres lésbicas. O objetivo do Plano consistiu em apresentar estratégias no âmbito federal, estadual e municipal de gestões, para que se tornasse possível o enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde da população LGBT, consolidando, assim, o SUS como sistema universal, integral e equitativo (BRASIL, 2012).

O Plano Operativo possui 4 eixos:

Eixo 1 – Acesso da população LGBT à atenção integral à saúde; Eixo 2: Ações de promoção e vigilância em saúde para a população LGBT; Eixo 3 - Educação permanente e educação popular em saúde com foco na população LGBT; Eixo 4 - Monitoramento e avaliação das ações de saúde para a população LGBT. Dentre

todas as estratégias e ações propostas nos 4 eixos, não existe nenhuma que trate propriamente das necessidades de mulheres lésbicas. (GARCIA, 2018, p. 45).

De fato, a política representa um marco histórico para as políticas públicas de saúde brasileiras, pois se tornou possível sua elaboração por meio de uma contribuição intensa da sociedade civil, o que caracterizou um processo importante de participação social. Entretanto, críticas e questionamentos são partes fundamentais na elaboração e aperfeiçoamento das políticas, tendo em vista a histórica invisibilidade de mulheres lésbicas no campo da saúde. Tal cenário de invisibilidade vem sendo evidenciado e criticado por movimentos brasileiros de lésbicas. Ainda existem diversos discursos e ações em saúde a serem problematizados e desconstruídos (GARCIA, 2018).

A escassez de resultados provenientes de estudos científicos evidencia que a invisibilidade também perpassa a produção acadêmica sobre a saúde de mulheres lésbicas. No entanto, nesse lugar escasso de estudos, a temática da saúde representa uma das mais trabalhadas desde o seu surgimento na PNAISM, com o advento da categoria de orientação sexual no programa. Os estudos eram voltados a ações incipientes, majoritariamente focados na saúde e realizados principalmente pela sociedade civil de forma desarticulada e descentralizada (BACCI, 2016).

Ainda Segundo Bacci (2016), a partir da criação do já referido Programa Nacional de DST/AIDS, foi criado o Grupo Matricial, e neste espaço foram realizadas as primeiras discussões de saúde de lésbicas, produção de pesquisas e capacitação de lideranças. Também foram realizadas ações educativas na área de prevenção às doenças sexualmente transmissíveis, como a elaboração de folhetos, cartilhas e vídeos sobre sexo seguro (ALMEIDA, 2010).

Para Silva (2015), a visibilidade de lésbicas no cenário nacional aconteceu de forma lenta e tímida. As primeiras políticas públicas foram formuladas sem consideraras especificidades em saúde dessa população. Embora o direito à saúde seja uma reivindicação antiga de parte fundamental da agenda do movimento lésbico, tais avanços foram pouco significativos.

Exemplo disso são os inúmeros casos de usuárias dos serviços de saúde que têm seus direitos de atendimento integral à saúde negados em virtude de preconceito, discriminação e principalmente pelo despreparo dos profissionais de saúde frente às necessidades das mulheres lésbicas (SILVA, 2015).

Corrêa-Ribeiro, Iglesias e Camargos (2018) apontam o despreparo dos profissionais como uma das principais queixas de mulheres lésbicas em relação à atenção à saúde. Os

autores dialogaram sobre os resultados encontrados na pesquisa e, posteriormente, os publicaram no artigo “O que médicos sabem sobre a homossexualidade?”; nele, quase metade dos médicos entrevistados disseram acreditar que a homossexualidade é uma mera escolha dos indivíduos. Além disso, quase 40% dos médicos responderam não ter conhecimento se a homossexualidade é ainda considerada doença. Uma outra questão importante apontada foi o desconhecimento quanto à diferenciação entre orientação sexual e identidade de gênero.

O artigo evidencia que, infelizmente, não há estudos que avaliem o conhecimento de médicos em relação aos homossexuais no Brasil, e nem a utilização de inventários específicos para esse fim, acarretando uma grande lacuna na literatura brasileira. Dessa forma, a escassez de conhecimento dificulta a elaboração de políticas de saúde e treinamento de profissionais (CORRÊA-RIBEIRO; IGLESIAS; CAMARGOS, 2018).

Nessa direção, Melo (2010), em sua dissertação de mestrado em Saúde Coletiva, apontou que o desconhecimento por parte dos profissionais é decorrente da ausência de uma formação em sexualidade e diversidade sexual. Na pesquisa, realizada com 16 profissionais de saúde que atuavam no Programa de Saúde da Família de Recife (PE), a pesquisadora destacou os aspectos que aproximam e afastam as mulheres lésbicas dos serviços de saúde. A autora constatou que quando a sexualidade não hegemônica ou o modelo não tradicional de família é exposto nos consultórios, provoca o surgimento de “[...] valores morais que influenciam o atendimento, fazendo com que esse tipo de informação seja ignorada (ou, quando não, que se explicita o despreparo do profissional para lidar com ela)” (MELO, 2010, p. 94).

Melo (2010) identificou também comportamentos como rejeição, tolerância e aceitação por parte dos profissionais frente à homossexualidade, bem como constatou que os profissionais não perguntam às usuárias do sistema de saúde sobre orientação sexual, pois partem do pressuposto de que essas mulheres mantêm exclusivamente relações heterossexuais. Parte da equipe de saúde entrevistada (médicos, enfermeiras e ACS) consideram irrelevante esse questionamento às usuárias, pois acreditam se tratar de uma questão íntima que pode ocasionar constrangimento caso seja abordada. No que diz respeito à prevenção, a noção comum entre os entrevistados é a de que sua importância e real necessidade são apenas para mulheres que se relacionam sexualmente com homens.

Com isso, Silva (2013) destacou que mulheres lésbicas estão vulneráveis a diversas doenças da mesma maneira que outras mulheres, e estão sujeitas a doenças específicas à sua invisibilidade histórica, pois seu comportamento relacionado ao processo saúde-doença

ainda é pouco discutido e estudado. Por diversas vezes, recebem diagnósticos médicos e orientações de saúde vagas. Não visibilizando as mulheres lésbicas, o sistema cria uma enorme barreira na detecção e prevenção de todas as formas de adoecimento.

Outros problemas estão ligados ao despreparo de profissionais da área de saúde e à precariedade dos atendimentos, os quais foram pontuados na oficina intitulada “Atenção à Saúde Integral de Mulheres Lésbicas e Bissexuais”, realizada em Brasília em 2014:

O acolhimento a lésbicas não tem funcionado adequadamente [...] a base para que as coisas aconteçam estão dadas em diversos documentos, mas mulheres não dizem que são lésbicas e profissionais não perguntam. Não há materialização do que está na teoria. (BRASIL, 2014, p.26).

Segundo Carvalho (2013), a preocupação quanto à omissão em relação a esse grupo surge em decorrência da ausência de um olhar crítico por parte do Governo, bem como do déficit de atendimento adequado. Dessa forma, diversas mulheres lésbicas e bissexuais não possuem o tratamento ideal ou não conseguem acesso ao SUS (CARVALHO, 2013).

Sendo assim, apesar de todo aparato legal e diretrizes referentes aos direitos sociais assegurados constitucionalmente, observa-se uma série considerável de discrepâncias entre os atendimentos rotineiros e as usuárias do serviço de saúde (GARCIA, 2018).

Nessa direção, Melo (2010) reafirma a importância de problematizar as concepções e valores pessoais dos profissionais – cessando com a ideia institucionalizada de gênero, sexualidade e família – como tática para superação dos preconceitos, discriminações e violências vivenciadas nos atendimentos em saúde. A autora propõe uma reivindicação de uma formação curricular acadêmica que ampare as necessidades específicas de mulheres lésbicas e demais diversidades sexuais, contribuindo com o rompimento de estigmas sobre as diferentes formas de sexualidade, e com a estruturação de uma formação profissional mais convicta. Para além disso, é fundamental se posicionar frente aos Conselhos de profissionais, principalmente dos de saúde, para que eles se posicionem oficialmente em defesa dos direitos sexuais dessa comunidade.

Outro dado importante relacionado ao processo de saúde-doença de mulheres lésbicas é a problemática de se reduzir a saúde apenas ao contexto de saúde sexual. Almeida (2010) argumenta que essa redução atrapalha na compreensão mais ampla dos processos de adoecimento. O autor chama a atenção para mais de 40 aspectos ligados ao processo de saúde-doença de mulheres lésbicas, entre eles estão: poder aquisitivo associado à subordinação econômica das mulheres; conflitos familiares decorrentes da

orientação sexual; e, conforme citado no SENALE, em 2014, a necessidade, no âmbito da saúde, de haver uma maior interação entre os impactos da lesbofobia e bifobia – como estupros corretivos e outras formas de violência – com o uso abusivo de álcool e outras drogas.

Nessa direção, Almeida (2009) afirma que, comparadas às mulheres heterossexuais, as mulheres lésbicas vivenciam níveis mais elevados de violência física e psicológica em ambientes privados e lugares públicos, se tornando mais vulneráveis ao adoecimento psíquico. O medo de serem alvos de violência pode levá-las ao silêncio sobre suas práticas e desejos sexuais. Isso tudo contribui para o reforço da invisibilidade ou para a negação da existência da homossexualidade feminina. Disso resulta a dificuldade de compreender o perfil dessas mulheres, suas especificidades e motivos que prejudicam seu acesso aos serviços de saúde.

Contudo, para Lionço (2008), é necessário o avanço em termos democráticos de direitos humanos, bem como o reconhecimento das inúmeras formas de exercício das sexualidades e da diversidade humana. É importante o questionamento da naturalização da família heterossexual como padrão social e dos direitos sexuais de reprodução estreitamente ligados a mulheres heterossexuais.

Silva (2013) destaca que a “normatização” do modelo heterossexual como padrão de comportamento contribuiu ainda mais para silenciar a comunidade LGBTQIA+. Assim, a imperceptibilidade em relação a esse grupo resultou nas fragilidades do Estado quanto às questões de saúde e suas vulnerabilidades (SILVA, 2013).

Ainda no que diz respeito à importância da capacitação de profissionais de saúde no campo de gênero e diversidade sexual, Garcia (2018) enfatiza a necessidade de incluir na grade curricular as discussões sobre orientação sexual e identidade de gênero, bem como o investimento contínuo nesses profissionais por meio de capacitações e articulação com o Ministério da Educação, sobretudo acerca de uma educação para além do sexo biológico e que consideração e sexualidade, conforme preconizado pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, a qual trata das temáticas de gênero e raça.

Facchini (2004) ressalta a importância da integração de atores presentes nos movimentos feministas e lésbicos com pesquisadores e profissionais da saúde; propõe a inclusão do quesito “orientação sexual” em fichas médicas, o financiamento de pesquisas rápidas e a divulgação dos resultados para subsidiar a prática clínica dos profissionais. Recomenda ainda a organização de seminários para divulgação de estudos, e a avaliação de experiências em serviços de saúde.

Marques (2016) destaca a atenção básica como um ambiente coletivo que é parte da instância primária de acesso à saúde no Brasil. Para o autor, as tentativas de inclusão da identificação de gênero e orientação sexual nesse setor resultariam em uma maior visibilidade dessas diferenças, tornando possível identificar a quantidade de mulheres que necessitam de atendimentos de acordo com sua identidade de gênero e orientação sexual. Com isso, é possível propor ações e cuidados que visem ampliar o olhar às especificidades dessas mulheres.

Considerando ainda o silenciamento da diversidade sexual e a falta de recurso indicativo em grande parte das UBS no Brasil, Marques (2016) relata que muitas mulheres passam despercebidas pelos serviços ou, muitas vezes, apenas aquelas que performam masculinidade são vistas como lésbicas por esses serviços.

Outros dados apresentados por Corrêa-Ribeiro, Iglesias e Camargos (2018) sobre as principais problemáticas enfrentadas por LGBTs no campo do sistema de saúde são:

Presença de barreiras e práticas preconceituosas institucionalizadas; demandas dessas minorias não atendidas, aumentando o risco de adoecimento mental, suicídio, câncer e maior suscetibilidade a doenças sexualmente transmissíveis; aumento da homofobia internalizada pela percepção da rejeição por profissionais que deveriam tratar e acolher; medo de acessar os serviços, levando a evitação ou atraso no atendimento; ocultamento da orientação sexual; aumento da automedicação ou busca de informações sobre tratamentos em farmácias, revistas, amigos e internet; procura de serviços médicos apenas tardiamente, em casos extremos, ou situações de emergência; vivência de discursos homofóbicos, humilhações, ridicularizações e quebra de confidencialidade. (CORRÊA-RIBEIRO; IGLESIAS; CAMARGOS, 2018, p.2).

Vimos que para o alcance de uma existência livre de preconceitos e de violação de direitos vivenciada por mulheres lésbicas, a invisibilidade é uma das inúmeras dificuldades que precisam ser superadas. A luta permanece até os dias atuais e se torna importante reconhecer os seus principais avanços para o fortalecimento e surgimento de novas políticas públicas nessa área. O Quadro 1 apresenta os principais marcos da legislação em prol da população LGBTQIA+ no Brasil.

Quadro 1: Trajetória de ações estatais voltadas para população LGBTQIA+ em âmbito Federal

Ação	Natureza da ação	Ano
Programa Nacional de AIDS – Ministério da Saúde	Apoiou o Movimento LGBT financiando projetos, eventos e paradas do orgulho a partir do início da década de 90.	1988
Programa Nacional de Direitos Humanos I	Breve menção dos homossexuais como detentores de direitos humanos.	1996
Criação da	A partir desse período que a agenda LGBT começa a ser	

Secretaria Nacional de Direitos Humanos	gestada na política de direitos humanos.	1997
Programa Nacional de Direitos Humanos II	Contendo 10 metas específicas para GLTTB (sigla à época), avançou no reconhecimento da diversidade sexual no campo da cidadania	2002
Programa Brasil Sem Homofobia	Gestado no período Lula, prevê um conjunto de ações que visam combater a homofobia	2004
Portaria nº 170718/08/2008	Instituiu o Processo Transexualizador, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)	2008
I Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais Travestis e Transexuais	Marco na elaboração e construção de políticas públicas fortalecendo a participação social. A partir deste evento a sigla GLBT passa a ser LGBT (maior visibilidade à pauta lésbica)	2008
Programa Nacional de Direitos Humanos III	O PNDH-3 avança na agenda da população LGBT, construído com mais participação popular que os Programas anteriores	2009
I Plano Nacional de Promoção da Cidadania e DH de LGBT e Transexuais	Fruto da I Conferência, contém 51 diretrizes e 180 ações, demonstrando diversas demandas da população LGBT	2009
Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009	Direitos e deveres dos usuários da saúde, permitindo o uso do nome social nos serviços de saúde	2009
Conselho Nacional de Combate à Discriminação de LGBT e Transexuais	Composto por 30 membros/as, representantes do governo e da sociedade civil, tem por finalidade primordial formular e propor diretrizes para a ação governamental.	2010
Instituição do Dia Nacional de Combate à Homofobia	Decreto do presidente Lula que instituiu o dia 17 de maio como o Dia Nacional de Combate à Homofobia.	2010
Lançamento da Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT	Prevê ações em distintas áreas da saúde como: produção de conhecimentos, participação social, transversalidade, promoção, atenção e cuidado. Amplia o foco de atenção do Estado dos problemas relativos ao HIV/Aids para necessidades mais abrangentes da saúde LGBT	2011
II Conferência Nacional de LGBT e Transexuais	Teve como objetivo central avaliar a execução do I Plano Nacional LGBT	2011
Criação do Comitê Técnico de Cultura LGBT	A Portaria nº 19 de 17 de maio de 2012, publicada no DOU, cria o Comitê Técnico de Cultura	2012
Lançamento do Relatório de Violência Homofóbica no Brasil – 2011 e 2012	O Governo Federal lança, no ano de 2012, o balanço da violência contra LGBT em 2011 e no ano seguinte, em 2013, publica os dados de 2012	2012 e 2013
Lançamento do Sistema Nacional de Enfrentamento à Violência LGBT	Tem por objetivo a criação de Conselhos e Coordenadorias estaduais e municipais, afim de construir e fortalecer uma rede de políticas públicas LGBT no país inteiro	2013
Portaria No 2.803, De 19 De Novembro De 2013	Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS)	2013
Lei nº 12.852, de 5 de agosto, 2013 CC/PR	Instituiu o Estatuto da Juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens, princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude (Sinajuve)	2013
Instalação do Comitê Nacional de Políticas Públicas LGBT	Buscou atribuir responsabilidades e funções ao Governo Federal, governos estaduais e municipais	2014

II Conferência Nacional de Lésbicas, Gays, Bissexuais Travestis e Transexuais	Tema: “Por um Brasil que Criminalize a Violência contra Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais”	2016
--	--	------

Fonte: Carvalho e Simão (2022).

Observamos no Quadro 2 a importante contribuição de movimentos sociais na elaboração de políticas públicas para a população LGBTQIA+ no Brasil.

Quadro 2: Movimentos sociais relevantes que contribuíram na elaboração de políticas públicas para população LGBTQIA+.

Ação	Descrição	Ano
Grupo SOMOS	Fundação	1978
Jornal Lampião da Esquina	Fundação	1978
Grupo Gay da Bahia	Fundação	1980
Associação Brasileira de Gays Lésbicas e Travestis (ABGLT)	Fundação	1995
Parada do Orgulho Gay	1ª. Realização	1997
Grupo Gay da Bahia	Lançou o Livro União Estável Homossexual	2002
I Caminhada de Lésbicas e Simpatizantes	1ª. realização. Em 2013 teve seu nome alterado para Caminhada de Mulheres Lésbicas e Bissexuais	2003

Fonte: Carvalho e Simão (2022).

4.2. DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS DE MULHERES LÉSBICAS E BISSEXUAIS

De acordo com a Constituição Federal de 1988 e, mais especificamente, com os objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil, toda pessoa humana deve ter garantido o direito à cidadania, dignidade e promoção de bem-estar sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação (BRASIL, 1988).

Sendo assim, tornou-se responsabilidade do Estado assegurar o acesso aos serviços de saúde sem que haja qualquer tipo de discriminação ao cidadão. Dessa forma, a sexualidade da pessoa não deve ser motivo de exclusão social por parte das políticas públicas de saúde, mas servir de objeto de estudo para a criação de especificidades que atendam às suas demandas (ATENA, 2020).

Conforme discutido anteriormente, as Políticas Públicas de Atenção à Saúde da Mulher surgiram em torno de sua capacidade de procriação, ou seja, se ocupavam

apenas da saúde reprodutiva, o que era justificado pelo olhar heteronormativo no qual a mulher possuía competências que serviam apenas para exercer o papel de reprodutora e pessoa responsável pelas atividades domésticas (TEODORO *et al.*, 2014).

Os direitos reprodutivos se referem à escolha de ter ou não filhos; aos métodos, meios e técnicas disponíveis; bem como à forma de expressar e praticar a sexualidade sem nenhuma forma de violência ou discriminação.

No entanto, os direitos sexuais também se referem à liberdade de externalizar sua sexualidade com informações educativas acerca de práticas sexuais reprodutivas seguras, ou seja, expressar sua sexualidade livre de medo, culpa, vergonha, entre outros fatores (BRASIL, 2010).

O Seminário Nacional de Lésbicas e Mulheres Bissexuais (SENALESBI) – termo aprovado em 2014 no VIII SENALE em substituição à sigla anterior, pois foi reivindicado pelo movimento de mulheres bissexuais que compunham o evento – ficou “[...] reconhecido nacionalmente como o maior fórum político e de instância máxima de deliberação das pautas lésbicas” (GIONCO, 2018, p. 30).

O evento propôs questionamentos sobre os padrões socioculturais ao partir da discussão guiada por três importantes eixos: racismo; capitalismo; e heteronormatividade e sexismo, visando a proposição de ações e estratégias que intervissem nas políticas públicas, e ampliando a garantia de direitos a essas mulheres.

Em uma carta coletiva escrita por mulheres lésbicas e bissexuais no X SENALESBI – realizado em Salvador (BA) em 2018 –, essas mulheres reafirmaram os princípios de combate às opressões estruturais, investigaram a conjuntura política nacional realizada durante o encontro e legitimaram suas bandeiras de luta no que tange à gestação e à maternidade (GIONCO, 2018).

Nós, lésbicas e mulheres bissexuais, de diversos estados do Brasil, reunidas em Salvador – Bahia, entre os dias 09 a 12 de agosto de 2018, no 10º SENALESBI – Seminário Nacional de Lésbicas e Mulheres Bissexuais, reafirmamos a importância e o compromisso deste espaço, enquanto espaço político de visibilidade, que se constitui a partir de um esforço coletivo, participativo e colaborativo de discussão de diferentes questões referentes às lesbianidades [...] tendo como diretrizes orientadoras os princípios feministas de enfrentamento ao racismo, ao capitalismo, à heteronormatividade, ao machismo e de superação da Lesbofobia [...] Perpassou todo o Seminário a análise da conjuntura política que aponta o avanço do conservadorismo no Brasil e no mundo, representando um ataque aos direitos conquistados pelos movimentos de lésbicas e bissexuais nas últimas décadas, em busca de nossa plena cidadania. [...] A conjuntura vivenciada pela população de lésbicas e de mulheres bissexuais tem sido de grandes desafios sobretudo no que se refere a possibilidade da maternidade. Exigimos, desse modo, atenção aos nossos direitos sexuais e reprodutivos, com

atendimento integral pelo SUS; legitimidade da dupla maternidade, intensificando o combate ao conservadorismo na concessão da adoção para lésbicas e bissexuais [...] Questões sobre direitos reprodutivos, especificamente sobre a legalização do aborto e reprodução assistida, ambas pelo SUS, bem como a resistência em relação ao desmonte do SUS, também são mencionadas como pautas imediatas e inegociáveis. [...] Não existimos isoladas dentro do capitalismo. Nossas vidas e nossa autonomia importam! Não ao machismo, ao racismo e à LGBT fobia! (Carta Coletiva, SENALEBI, SALVADOR, BA, 2018).

O texto faz referência aos princípios e à defesa do SUS, e ressalta a reivindicação do direito de mulheres lésbicas à Reprodução Assistida, também instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde. No entanto, essa exigência por parte do movimento de mulheres lésbicas encontra diversas barreiras em sua concretização.

[...] de alguma forma, as nossas leis tendem a institucionalizar o heterossexismo, na medida em que não tematizam a livre orientação sexual, podendo ser a opressão sutil, onde “não – heterossexuais” têm seus direitos suprimidos por meio da negligência, omissão ou até mesmo da supressão, pois ao categorizar as pessoas como “normalmente” heterossexuais, a tendência é normatizar e suprimir os direitos de LGBT. (FROEMMING; IRINEU; NAVAS, 2010. p. 169).

Em relação ao planejamento familiar como direito universal, a Lei nº 9.263/1996, que regulamenta o art. 226, § 7º, da Constituição, o compreende como um “[...] conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal” (BRASIL, 1996, n.p.).

Dessa forma, conforme compreendido por Gionco (2018), o planejamento familiar é visto como um conjunto de ações que auxilia indivíduos e casais a planejarem e/ou prevenirem a gravidez da mulher.

São considerados pontos importantes para reflexão no que diz respeito à Política Nacional de Planejamento Familiar:

Art. 4º O planejamento familiar orienta-se por ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade. Parágrafo único - O Sistema Único de Saúde promoverá o treinamento de recursos humanos, com ênfase na capacitação do pessoal técnico, visando a promoção de ações de atendimento à saúde reprodutiva. Art. 5º - É dever do Estado, através do Sistema Único de Saúde, em associação, no que couber, às instâncias componentes do sistema educacional, promover condições e recursos informativos, educacionais, técnicos e científicos que assegurem o livre exercício do planejamento familiar. [...] Art. 9º Para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção.

Uma cartilha elaborada pelo Ministério da Saúde em 2005 denominada “Direitos

Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do Governo” apresenta a gestores, profissionais da saúde e sociedade civil as diretrizes que garantem direitos em relação à saúde sexual e reprodutiva, tendo como principal objetivo o planejamento familiar (CARVALHO; CALDERARO; SOUZA, 2013).

O Governo brasileiro pauta-se pelo respeito e garantia aos direitos humanos, entre os quais se incluem os direitos sexuais e os direitos reprodutivos, para a formulação e a implementação de políticas em relação ao planejamento familiar e a toda e qualquer questão referente à população e ao desenvolvimento. (BRASIL, 2005, p.6).

Contudo, segundo consta na apresentação do documento – e embora a proposta contenha diretrizes visando a garantia e a ampliação de direitos sexuais e reprodutivos –, a garantia desses direitos não é estendida às mulheres lésbicas, pois elas não são citadas em nenhum trecho.

Nessa direção, Carvalho, Calderaro e Souza (2013) refletem que embora o direito à sexualidade já tenha sido reconhecido pelo Governo – principalmente com a implementação do Programa “Brasil sem Homofobia” e com a participação das Secretarias Especiais de Direitos Humanos e de Políticas para as Mulheres –, a invisibilidade das demandas lésbicas no campo dos direitos reprodutivos ainda é perpetuada. “Não há no documento dessas políticas menção alguma à lesbianidade e às possibilidades dessas mulheres estarem inseridas nas „prioridades do governo”” (GIONCO, 2018. p.34).

Conforme já visto, com a ampliação do olhar para as especificidades da saúde da mulher a partir da PNAISM e, posteriormente, por meio da Política Nacional de Saúde Integral LGBT, há uma tentativa explícita por parte do Governo de conectar essas duas políticas. Assim, surgiu a cartilha “Mulheres Lésbicas e Bissexuais: Direitos, Saúde e Participação Social”, formulada em 2013, documento que enfatiza a importância da participação de mulheres lésbicas nos espaços de controle social no SUS. A cartilha trouxe diversos depoimentos de mulheres lésbicas que tiveram e ainda têm constante participação política na defesa da ampliação de direitos. Foi apresentado um breve contexto histórico de lutas e reivindicações dos movimentos de mulheres por direitos sociais, principalmente na área da saúde, reforçando a importância do atendimento humanizado e livre de preconceitos, bem como foi evidenciada a demanda de mulheres lésbicas quanto à reprodução assistida (GIONCO, 2018).

A reprodução assistida, entre outras reivindicações das mulheres lésbicas, compreende um conjunto de técnicas utilizadas para viabilizar a gestação em

mulheres com dificuldade em engravidar. Entre elas há a inseminação artificial que é a introdução de forma artificial dos espermatozoides no aparelho genital feminino e a fecundação in vitro que é a extração do óvulo da mulher e sua fecundação externa, repondo cirurgicamente o óvulo fecundado no útero. O uso deste procedimento é aceito por mulheres lésbicas que não querem manter relações sexuais com homens. Os serviços de saúde devem ter equipes de profissionais capacitados para o atendimento à população de LGBT em geral, garantindo o acesso com qualidade, sem discriminação ou preconceito. (BRASIL, 2013b, p.29).

Outro documento importante que apresenta marcos legais em relação aos direitos sexuais e reprodutivos é o “Caderno de Atenção Básica: saúde sexual e reprodutiva”, elaborado em 2013 pelo Ministério da Saúde e destinado, principalmente, às equipes de Saúde da Família que constituem a atenção básica. O objetivo é orientar os profissionais para a promoção de direitos humanos, incluindo os direitos sexuais e reprodutivos (BRASIL, 2013).

Gionco (2018), considerando os marcos legais do cenário mundial em relação aos direitos sexuais e reprodutivos, diferencia gênero e sexo, evidencia a necessidade de equidade entre homens e mulheres, e descreve a sexualidade como importante extensão da vida. O texto manifesta atenção para a violação de direitos da população LGBT e destaca as seguintes políticas como marcos referenciais nacionais sobre saúde sexual e reprodutiva:

- Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM (1984);
 - Constituição Federal de 1988;
 - Lei nº 9.263/1996, que regulamenta o planejamento familiar;
 - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004);
 - Política Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos (2005).
- (BRASIL, 2013c, p. 18).

O Caderno cita princípios como: respeito à liberdade de decisão das pessoas sobre seus corpos; beneficência; não maleficência das ações; e justiça e equidade no tratamento a todas as pessoas para além de sua situação socioeconômica, cultural, étnica, orientação sexual, religião, profissão, entre outras condições ou características (BRASIL, 2013).

Em relação às especificidades da população LGBT, o “Caderno de Atenção Básica: saúde sexual e reprodutiva” vincula o surgimento da AIDS e a inclusão desses aspectos na pauta da política governamental. Reconhece a não patologização das demandas LGBT, bem como pontua a lesbo-homo-transfobia como determinantes de doenças e sofrimentos. Destaca, ainda, o “[...] resultado da luta da população LGBT, além de prever a Política Nacional de Saúde Integral de LGBT (2013) como parte complementar das ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS” (GIONCO, 2018, p.31).

[...] para a promoção dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos na perspectiva da saúde integral, é necessário entender as especificidades desse grupo populacional, para que o cuidado seja compatível com as suas reais necessidades. (BRASIL, 2013c, p.82).

O caderno destaca ainda que entre as ações preventivas disponíveis para mulheres lésbicas, estão as ações de higiene e uso de protetores “caseiros”, como luvas de borracha e adaptações aos preservativos masculinos (BRASIL, 2013). Nessa direção, Gionco (2018) aponta para a precariedade que contorna os cuidados com a saúde de mulheres lésbicas e a preocupação em torno de suas vidas. Para a autora, a preocupação e o surgimento do debate sobre essas vivências estão atrelados, em sua maioria, a riscos de contaminação; ainda assim, não são considerados fatores para discussões mais amplas e incentivos às pesquisas.

O livreto “Chegou a hora de cuidar da saúde: um livreto especial para lésbicas e mulheres bissexuais”, elaborado pelo Ministério da Saúde em 2007, demonstrou uma tentativa do governo de aproximar mulheres lésbicas e bissexuais de informações sobre o direito fundamental à livre orientação sexual e à não patologização da sexualidade. O texto cita o art. 3º da Constituição Federal, onde é prevista a responsabilização do Estado quanto ao “[...] bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação” (BRASIL, 1988, n.p.).

O texto contido no livreto descreve a sexualidade como forma de “[...] expressão que envolve o corpo, a linguagem, os costumes, a saúde física e mental, e permite compreender a cultura de cada pessoa, com seus limites e possibilidades”, bem como aconselha mulheres lésbicas a serem sinceras sobre a sua orientação sexual durante os atendimentos de saúde (GIONCO, 2018 *apud* BRASIL, 2007, p.8).

O documento traz dicas sobre alimentação saudável, prática de exercícios físicos, visitas frequente a ginecologistas, e ressalta a importância do livre diálogo acerca da orientação sexual no período do atendimento. Aponta, ainda, questões como gravidez; uso de anticoncepção emergencial; prevenção do câncer de mama e colo do útero; menopausa; IST; drogas e medidas de redução de danos; e violências física, psicológica e sexual. Sobre questões relacionadas à gravidez:

A gravidez pode acontecer com qualquer mulher que transar com homem sem o uso de algum método contraceptivo, como a pílula, o DIU, a tabelinha ou a camisinha. Algumas lésbicas desejam ter seus próprios bebês sem uma relação com um homem. Atualmente, isso já é possível mediante a fertilização assistida. Há, também, a possibilidade de adoção para as mulheres que desejam ser mães. (BRASIL, 2007, n.p.).

No entanto, Gionco (2018) afirma que apesar da tentativa de informar a mulheres lésbicas sobre seus direitos reprodutivos, o documento tende às vias de frustração, pois apresenta informações básicas pouco relevantes quanto às especificidades das mulheres lésbicas. Para a autora, alimentação saudável e exercícios físicos são naturalmente recomendados à população em geral, assim como consultas e exames regulares visando a promoção e prevenção da saúde. No que diz respeito aos direitos reprodutivos e proteção sexual, o texto apresenta uma brecha que pode ser justificada pela negligência sobre as práticas lésbicas.

Dessa forma, o texto supõe que desejos e demandas lésbicas possam ser atendidos superficialmente de acordo com a normativa. O documento sinaliza inicialmente a possibilidade de gravidez por métodos naturais para, em seguida, cogitar a possibilidade de reprodução assistida, massem mostrar direcionamento algum para a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, demonstrando descaso para o acesso de mulheres lésbicas e deslegitimação dessas relações (GIONCO, 2018).

Foinotória a inserção da população lésbica na agenda governamental, principalmente entre os anos de 2003 e 2016, com a implementação da PNAISM e da Política Nacional de Atenção Integral à População. É inegável o grande avanço em direção aos direitos humanos e à cidadania que essas políticas representam.

Entretanto, “[...] as pesquisas sobre a homossexualidade feminina no Brasil ainda são escassas e a maioria do material produzido sobre o movimento LGBT não destaca o protagonismo e as especificidades das lésbicas”, conforme apontado por Campos (2004, p. 59). Assim, embora haja um grande volume de publicações a respeito da saúde LGBT, as especificidades de mulheres lésbicas permanecem invisíveis em grande parte dessas produções, as quais, na ocasião, reconhecem seu apagamento durante o percurso de reivindicações e conquistas da população LGBT (CARVALHO; CALDERARO; SOUZA, 2013).

Dessa forma, a garantia dos direitos à constituição familiar e reprodução assistida entre mulheres lésbicas necessita de um enfrentamento de algumas longas etapas. Envolve questões jurídicas, sociais, econômicas e tecnológicas, também aplicadas à reprodução assistida decorrente da inseminação, barriga de aluguel e fertilização *in vitro* (MARQUES, 2016).

Para Corrêa (2012), as opiniões acerca da maternidade entre mulheres lésbicas são diversas e, em sua maioria, impulsionadas pela ignorância e preconceito. Existe a crença de

que a criança, durante o seu desenvolvimento, necessite do papel masculino como referência ou que filhos de casais homossexuais tendem a ser homossexuais.

Dessa forma, Piovesan (2012) afirma que embora as questões conceituais acerca dos direitos sexuais e reprodutivos sejam distintas, existem similaridades e ambos os conceitos são de suma importância para a homossexualidade feminina.

De um lado, aponta a um campo de liberdade e da autodeterminação individual, o que compreende o livre exercício da sexualidade e da reprodução humana, sem discriminação, coerção e violência. Eis um terreno em que é fundamental o poder de decisão no controle da fecundidade. Consagra-se direito de mulheres e homens tomar decisões no campo da reprodução (o que compreende o direito de decidir livre e responsabilmente acerca da reprodução, do número de filhos, e do intervalo entre seus nascimentos). Trata-se de direito de autodeterminação, privacidade, intimidade, liberdade e autonomia individual, em que se clama pela não-interferência do Estado. (PIOVESAN, 2002, p.5).

Nesse contexto, a liberdade e o uso adequado desses direitos dependem de políticas públicas, as quais transcendam as teorias e coloquem em prática as conquistas obtidas nas últimas décadas a favor da efetivação dos direitos humanos no campo da saúde (MARQUES, 2016).

5. JUSTIFICATIVA

O “Grupo de Mulheres na Atenção Básica” surgiu em 2019 e foi elaborado pela equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB), no município de Mendes (RJ), durante um encontro matricial a todas as equipes de saúde da atenção básica. Nesse encontro, foram abordadas questões relacionadas à saúde das mulheres de maneira geral, e identificada a necessidade de contato periódico com essas pacientes, pois o contato rotineiro (apenas para tratar de demandas específicas no processo saúde/doença) deixava lacunas no que diz respeito à prevenção e abordagem de outros temas, os quais contribuam para o processo de adoecimento dessas mulheres.

O grupo foi construído a partir dos relatos de mulheres cis de orientação bissexual, heterossexual e lésbicas; e de dúvidas recorrentes em relação à transmissão de IST e uso de preservativos feminino, principalmente entre mulheres cis de orientação sexual lésbica e bissexual.

Sendo assim, a presente pesquisa tem como finalidade conhecer as experiências de mulheres cisgênero lésbicas e bissexuais com os serviços de saúde no campo das Infecções Sexualmente Transmissíveis, assim como discutir as políticas públicas de saúde da mulher e as de saúde integral à população LGBTQIA+(mais especificamente a população lésbica e bissexual), com o intuito de propor estratégias efetivas de ações no enfrentamento e cuidado das IST.

Segundo dados da última Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) em 2019, as análises preliminares corroboraram os resultados observados ao longo dos anos sobre a diferença de gênero no acesso aos serviços de saúde. De acordo com o resultado da pesquisa, 83,3% das mulheres consultaram um médico no período de 12 meses anteriores à pesquisa, enquanto 69,4% dos homens realizaram o mesmo procedimento (IBGE, 2019).

No entanto, é preciso compreender esses dados considerando gênero e raça, visto que brancos e pretos/pardos apresentam comportamentos diferenciados acerca dos cuidados com a saúde. Nesse caso, em 2019, mulheres brancas consultaram algum médico no último ano em proporção maior que as pretas ou pardas (86,4% para 82,8%), e situação semelhante foi encontrada entre homens brancos (75,8%) e pretos ou pardos (68,3%) (COBO; CRUZ; DICK, 2021).

Dessa forma, na tentativa de investigar esse grupo majoritário na atenção primária de saúde, o “Grupo de Mulheres na Atenção Básica” foi implementado em metade das Unidades Básicas de Saúde do município de Mendes (RJ) na forma de teste, visando

aperfeiçoar a prática para implementação futura nas demais UBS.

O grupo tinha como principais objetivos: olhar para a saúde da mulher de forma ampla; compreender suas especificidades para além do campo da saúde; acolher essas demandas; fortalecer o vínculo; e propor estratégias que atendessem de forma eficaz suas reais necessidades.

Os encontros ocorriam de forma mensal, e eram ministrados pela profissional de psicologia da equipe NASF e um agente comunitário de saúde (ACS). Foi estabelecido junto às UBS participantes o seguinte cronograma:

Quadro 3: Cronograma Grupo de Mulheres na Atenção Básica

CRONOGRAMA GRUPO DE MULHERES	
1º encontro:	<ul style="list-style-type: none"> • Ser mulher no mundo (história, avanços e retrocessos) • Características de gênero • Feminismo • Sororidade
2º encontro:	<ul style="list-style-type: none"> • Sexualidade • IST e relações de gênero • Preservativo feminino • Autoestima e autocuidado
3º encontro:	<ul style="list-style-type: none"> • Diversidade: mulheres negras, mulheres bissexuais, mulheres lésbicas e mulheres transexuais • Raça e etnia (lugar de fala, representatividade e privilégios. • Política Nacional de Saúde Integral a População Negra • Política Nacional de Saúde Integral a População LGBT
4º Encontro:	<ul style="list-style-type: none"> • Lei Maria da Penha • Política Nacional de Saúde Integral a Saúde da mulher • Click 180 (aplicativo de denúncia) • Femicídio

Fonte: Elaboração da Autora

O grupo não possuía número fixo de participantes e oscilava quanto ao número de mulheres presentes a cada encontro. O único critério exigido era ter idade igual ou superior

a 18 anos. Ao longo das semanas, cada tema era debatido dinamicamente em forma de roda de conversa. Os materiais utilizados eram, geralmente, folhetos explicativos elaborados pela própria equipe e vídeos que tratavam do tema (disponibilizados nas plataformas digitais).

A cada encontro, eram sanadas dúvidas sobre determinado tema e surgiam diversos exemplos de experiências vinculadas à problemática de cada assunto. Os encontros passaram a ser considerados parte da dinâmica da UBS, e as mulheres eram encaminhadas ao grupo por meio de outros profissionais após algum procedimento de saúde.

Contudo, durante o tema abordado no 2º encontro – definido como “Sexualidade da mulher” –, a proporção de dúvidas comparada aos outros encontros foi consideravelmente superior. Notou-se que muitas mulheres apresentavam dúvidas quanto às práticas sexuais e diversidade sexual, assim como o uso adequado de preservativo e prevenção de IST.

Durante o encontro, foi apresentado o preservativo feminino a essas mulheres que, em alguns casos, tiveram seu primeiro contato com esse tipo de prevenção naquele momento, alegando não ser algo acessível comparado ao preservativo masculino. Na ocasião, a UBS afirmou que caso houvesse a necessidade do preservativo feminino, este deveria ser solicitado com antecedência para que pudesse ser realizada a entrega em um segundo momento. A maioria das mulheres do grupo desconheciam a informação até aquele momento.

Os encontros foram tomando maior proporção e outros grupos de mulheres foram alcançados, como mulheres lésbicas e bissexuais, que se sentiram à vontade para tratar questões pertinentes à sua sexualidade de forma segura e acolhedora na atenção básica de saúde. Foram discutidas as Políticas de saúde da mulher e da população LGBT de maneira didática afim de esclarecer os direitos à saúde dessas populações.

Após o esgotamento dos temas do grupo no final de 2019, foi proposto à coordenação de atenção básica do município a inclusão do “Mês da Diversidade” no planejamento anual de saúde, para que, assim como o mês do “outubro rosa” e do “novembro azul”, os temas pertinentes à saúde da população LGBT ganhassem visibilidade, facilitando o acesso dessa população via atenção primária. Entretanto, com o início da pandemia do Coronavírus no início de 2020, o grupo foi extinto devido a mudanças na atenção à saúde no Brasil. Assim, foi sugerido às mulheres lésbicas e bissexuais oriundas daquele grupo que criassem uma rede de apoio de forma privada afim de trocarem informações sobre suas vivências e especificidades.

Portanto, a pesquisa se justifica pelo relato vivido e pela importância do tema

conforme a revisão bibliográfica.

6. OBJETIVOS

6.1. OBJETIVO GERAL

Analisar as experiências de mulheres cisgênero lésbicas e bissexuais com os serviços de saúde no campo das infecções Sexualmente Transmissíveis no município de Mendes (RJ).

6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Investigar quais fatores estão relacionados às vulnerabilidades entre mulheres cis lésbicas e bissexuais em relação à transmissão de IST.

Pesquisar as formas de distribuição e acesso ao preservativo a essas mulheres.

Conhecer se há métodos utilizados por elas como forma de prevenção das IST.

Descrever o acesso aos serviços de saúde das mulheres lésbicas e bissexuais, em especial à saúde sexual e reprodutiva.

Propor estratégias efetivas de ação no cuidado e no acesso à saúde sexual de mulheres lésbicas e bissexuais.

7. METODOLOGIA

7.1. TIPO DE ESTUDO

Estudo qualitativo descritivo.

7.2. LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no município de Mendes, estado do Rio de Janeiro. A cidade está localizada na Região Centro-sul Fluminense, e apresenta densidade demográfica de 184,83 hab/km² e área territorial de 95,324 km². Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), o município possui 17.935 moradores e estima-se 18.681 em 2021.

Segundo informações disponibilizadas no endereço eletrônico da Secretaria Municipal de Saúde, o Município de Mendes é composto por 11 Estratégias de Saúde da Família e um Centro de Especialidades Médicas Maria Eliza Malheiros denominado “Casa da mulher”. As demandas relacionadas a saúde sexual e reprodutiva das mulheres são acolhidas e atendidas nas ESF e havendo necessidade ou interesse da paciente, direcionadas a Casa da Mulher, no geral, para acompanhamento de pré-natal na fase final da gestação, acompanhamento de gestação considerada de risco e demais consultas ginecológicas – eventualmente com coleta de exame preventivo.

7.3. POPULAÇÃO

A população-alvo do estudo foi constituída por mulheres cisgênero do sexo feminino que utilizam o SUS, são maiores de 18 anos e se declararam lésbicas ou bissexuais, em decorrência do Grupo de Mulheres na Atenção Básica criado em 2019 pelo Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB) do município de Mendes (RJ).

O grupo perdurou por aproximadamente um ano e sua extinção ocorreu durante o período de pandemia. A partir desses encontros, mulheres lésbicas e bissexuais criaram um grupo privado e mantiveram seus encontros com a finalidade de discutir objetivos em comum.

7.4. PROCEDIMENTO DE COLETA E ANÁLISE DE DADOS

Ao iniciarmos o projeto de pesquisa desta dissertação, localizamos essas mulheres e as convidamos para contribuírem com suas experiências em saúde na atenção básica, mais especificamente no campo das Infecções Sexualmente Transmissíveis, por meio de um

questionário auto aplicado, o qual abordou questões de acesso à saúde, acolhimento e cuidado inerentes aos aspectos de gênero e sexualidade.

Para o recrutamento das participantes, foi realizado um convite do projeto de pesquisa nas redes de sociabilidade (grupos do *Facebook* e *WhatsApp*).

A coleta de dados ocorreu por meio de questionário auto aplicado repassado às informantes. A ordem das perguntas foi elaborada de acordo com o possível grau de desconforto das participantes. Dessa forma, as perguntas consideradas mais amenas estão entrelaçadas às perguntas consideradas mais desconfortáveis, na tentativa de garantir menos incômodo às participantes.

O questionário foi aplicado a 18 mulheres, 11 mulheres se declararam bissexuais e 7 se declararam lésbicas. O critério de saturação foi utilizado na análise dos questionários.

7.4.1. Análise dos dados

Foi realizada a análise temática proposta por Laurence Bardin (1977), a qual possibilitou a construção de categorias centrais que compuseram os capítulos desta dissertação.

As categorias foram pensadas anterior a elaboração do questionário auto aplicado, e construídas a partir de uma perspectiva biopsicossocial.

7.4.2. Posicionamento ético da pesquisadora

Com base na Resolução 466/12 – documento que trata de pesquisa com seres humanos – do Conselho Nacional de Saúde (CNS), órgão atrelado ao Ministério da Saúde, esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz.

8. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, abordaremos os resultados e discussões em três categorias: (i) o estigma da sexualidade e os impasses perante a aceitação familiar de mulheres lésbicas e bissexuais; (ii) vivendo a sexualidade no serviço de atenção primária a saúde; e (iii) o comportamento sexual de mulheres lésbicas e bissexuais e o difícil diálogo no campo das Infecções Sexualmente Transmissíveis.

8.1. O ESTIGMA DA SEXUALIDADE E OS IMPASSES PERANTE A ACEITAÇÃO FAMILIAR DE MULHERES LÉSBICAS E BISSEXUAIS

Compreender a heteronormatividade como ferramenta estruturante na área da saúde pública no Brasil, sobretudo para as mulheres, possibilitou questionamentos a partir das políticas públicas de saúde, localizando inconsistências e descontinuidades que dificultam a inclusão da população lésbica e bissexual aos cuidados de saúde ofertados a mulheres heterossexuais.

“Tive muita dificuldade no início da minha sexualidade, devido as diversas formas preconceituosas que sempre fui chamada. Falta de representatividade, o que me fazia acreditar que o que eu sentia era errado. Medo da opinião da família e dos amigos”³.(Participante 11).

Contudo, observamos a predominância de mulheres que afirmaram ter tido dificuldades no início da sua vida sexual em razão da doutrina religiosa e da falta de apoio familiar, e, assim, alegaram ter dificuldades para esclarecer as suas demandas e aceitação da sexualidade: *“Venho de uma família religiosa. Nascida e criada em igreja evangélica (protestante). Essas doutrinas se referem a homossexualidade como inadmissível. Não sabia o que fazer e como fazer para me proteger sexualmente”* (Participante 12).

O preconceito direcionado às pessoas que vivenciam desejos e práticas estigmatizados pela sociedade tem sido alvo de discussão em diversos espaços sociais e objeto de políticas públicas. Em relação às homossexualidades e transexualidades, existem efeitos que incidem sobre a subjetividade dessas pessoas a partir do contexto sociocultural e dada situação social.

De acordo com Louro (2000), a partir da concepção de norma e regra atribuída à heterossexualidade, as demais formas de expressão da sexualidade humana supostamente seguiriam na direção oposta à natureza divina. Há um controle da maneira das expressões

³ As falas são a reprodução *ipsis litteris* dos questionários autoaplicados.

corporais, e elas são reguladas desde o nascimento do indivíduo. Os preceitos que definem como homens e mulheres irão ser, agir, vestir, brincar e se comportar em sociedade são impostos antes do nascimento.

É importante considerar que a família surge como primeiro local de imposição de regras de comportamento em torno de gênero e sexualidade, e onde, via de regra, é validada a norma heterossexual que limita e define essas condutas.

Butler (2000) afirma que a partir das expectativas criadas por meio da definição de um sexo biológico, impõe-se um mecanismo de medidas e estratégias de controle constante para com os corpos, determinando comportamentos, condutas, desejos e valores específicos em coerência entre sexo, gênero e sexualidade.

Segundo Barbosa e Silva (2016), o binarismo de gênero é imposto como expressão divina da criação do ser humano a partir da ideia de perfeição natural dos sexos e complementaridade única. A realização desta ideia se concretiza com a procriação e a origem de um outro ser que, por sua vez, também deverá ser adequado a um dos dois gêneros. Assim, a diferença mais marcante da infância para a adolescência na nossa cultura se dá pelo início da prática sexual e da capacidade de reprodução (BARBOSA; SILVA, 2016).

Contudo, a partir do sexo biológico e da biologia de concepções religiosas, a figura da mulher foi direcionada para uma ordem hierárquica inferior à do homem. Para a mulher, ficou estabelecido o âmbito doméstico e os atributos que a sociedade considera “normais” para ela, que seriam padrões de comportamento relacionados à fragilidade, ao cuidado e à maternidade: *“Quando me exerguei bissexual sim, tive muitas dificuldades de aceitação pelo fato de ter tido uma vida heterossexual até aquele momento, com casamento, filho e amigos heterossexuais”* (Participante 1).

Medo de julgamentos, falta de informação no período da adolescência, e dúvidas sobre a forma mais segura de se relacionar sexualmente com outras mulheres também apareceram como fatores de dificuldade durante o início da vida sexual dessas mulheres.

Em decorrência das adversidades apresentadas nesse processo de aceitação da sexualidade, observamos o relato de uma das participantes que escreveu sobre a necessidade de iniciar a prática sexual em um prostíbulo: *“Foi muito difícil me aceitar no início e por causa disso o início da minha vida sexual ocorreu num prostíbulo”* (Participante 16).

Observamos outras falas relacionadas à sensação de estar errada, assim como a prevalência de sentimentos de culpa, raiva e medo:

“Me assumi aos 16 anos, sempre conversei abertamente com a minha mãe sobre desejos, com ela não tive resistência, porém, com os demais integrantes da família sim. Contudo, obtive traumas por isso”. (Participante 7).

“Tive muitas dificuldades na adolescência principalmente por falta de apoio familiar”. (Participante 6).

“Não tinha informações no ambiente familiar e nem no ambiente escolar”.(Participante 3).

Nascimento e Garcia (2018) apontam que a temática da relação entre sexualidade e família não tem tido forte presença nos estudos acadêmicos brasileiros, pois, no geral, os estudos encontrados nessa área são voltados principalmente para as famílias homoparentais.

Uma pesquisa realizada pela Universidade Federal de São Carlos, campus de Sorocaba (SP), em 2018, com um grupo de pais de pessoas homossexuais analisou as falas dos participantes e evidenciou alguns fatores, como o sentimento de culpa pela homo/transsexualidade dos(as) filhos(as) e vergonha por suas expressões de gênero, o que invisibilizou seus comportamentos na infância. Observou-se que a maior preocupação desse grupo de pais de pessoas homo/transsexuais está relacionada à violência homo/transfóbica e a possibilidade de suposta promiscuidade sexual (NASCIMENTO; GARCIA, 2018).

A partir das concepções morais e religiosas, a sociedade se desenvolveu estabelecendo o que considera “certo” e “errado”. A sexualidade humana sofreu com os impactos desse controle e das concepções avaliadas a partir de dogmas religiosos, como aqueles que dizem respeito à procriação e à criação divina. Assim, as pessoas que destoam dessa norma são consideradas pecadoras. A partir dessas construções, então, a heteronormatividade foi constituída como norma inquestionável.

Os indivíduos que se desviam da norma imposta são considerados pecadores e suscetíveis à cura. Assim, a estratégia utilizada para contornar essa perseguição é, por muitas vezes, a inviabilização de sua sexualidade resguardada pelo “armário” (MUSSOKOPF, 2012).

Para as pessoas que convivem nesta sociedade heteronormativa a partir de uma perspectiva religiosa, o sistema heterossexual seria perfeito, pois foi criado por Deus. As pessoas que não estão de acordo não são consideradas filhas do Deus criador, mas, sim, pessoas que foram corrompidas por um dos mais graves pecados: a homossexualidade (BARBOSA; SILVA, 2016).

Na tentativa de se protegerem das formas punitivas cujo alvo é a expressão de suas sexualidades, muitas pessoas optam por não as vivenciar plenamente, preferindo manter sigilo sobre si; aprisionar seus desejos em “armários”; e até mesmo controlar suas falas, maneiras de se vestir e trejeitos para que as pessoas ao seu redor não percebam e apontem sua sexualidade (BARBOSA; SILVA, 2016).

Diante da necessidade de acolhimento dessas pessoas, a resposta dos serviços de saúde é fundamental. Um dos esforços nesse sentido se deu em 2008, com a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) pelo Ministério da Saúde. Estabelecido com a portaria nº 154/2008 (BRASIL, 2008, p.1), a saúde no Brasil avançou com o propósito de apoiar a consolidação da Atenção Básica e ampliar ofertas de serviços de saúde, assim como “[...] aumentar o potencial resolutivo e abrangências das ações realizadas no nível primário ampliando as ofertas de serviços de saúde, o potencial resolutivo e a abrangência das ações realizadas no nível primário de atenção”.

Dessa forma, o NASF passou a desempenhar um papel importante, trabalhando em função de apoio matricial às equipes de Saúde da Família, e assessorando na resolutividade das ações na atenção básica por meio da atuação multidisciplinar.

A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais, instituída em 2011, definiu que a porta de entrada para os atendimentos em saúde da população LGBT deve acontecer através da atenção primária, que inclui a Estratégia em Saúde da Família (ESF) e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF-AB).

Um dos principais objetivos do documento é a capacitação de profissionais de saúde para que seja possível uma abordagem acolhedora e dinâmica a essa população. A pessoa LGBT encontra uma série de discriminações ao longo de sua história, inclusive por parte de profissionais de saúde, os quais, em linhas gerais, demonstram desconhecimento e realizam atendimentos inadequados às demandas dessa população, podendo acarretar o afastamento desse grupo da saúde pública.

O tema “diversidade sexual” se encontra enviesado no discurso dos sujeitos; não sendo, portanto, uma doença, pois está especificamente ligado às suas necessidades, tornando impossível dissociá-lo de sua vivência.

8.2. VIVENDO A SEXUALIDADE NO SERVIÇO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Nesta pesquisa, na tentativa de compreender as experiências das mulheres lésbicas

e bissexuais, sobretudo aquelas relacionadas à possibilidade de abordar questões voltadas à identidade de gênero e sexualidade frente a um profissional de saúde, observamos os seguintes discursos:

“Tive a oportunidade de abordar essas questões com a minha psicóloga, mas muitos anos depois. Com outros médicos, como por exemplo ginecologista, não senti muita abertura, normalmente não sabem como aconselhar/cuidar de mulheres que se relacionam com outras mulheres ou com homem trans”.
(Participante 4).

Parte das mulheres reconhecem que o profissional de saúde possui um papel importante para ajudar no processo de aceitação e enfrentamento de suas demandas. Entretanto, a maioria das mulheres pontuou que só conseguiu abordar questões relacionadas à identidade de gênero e à sexualidade muitos anos após o início da prática sexual.

Embora o contato com o(a) médico(a) ginecologista e demais profissionais de saúde tenha iniciado ainda no período da adolescência, há relatos de que essas consultas ocorriam na presença do responsável familiar, o que dificultava qualquer possibilidade de esclarecimento de dúvidas sobre sexualidade, visto que os pais acreditavam que essas mulheres não haviam iniciado a atividade sexual e/ou, se tivessem iniciado, essa relação ocorria com um homem cis: *“Minha família não sabia sobre a minha sexualidade, e como iniciei a vida sexual antes dos 18 anos as consultas deveriam ser acompanhada por um adulto”* (Participante 2).

Dúvidas sobre o início da menstruação e métodos contraceptivos apareceram nos relatos como as primeiras orientações recebidas por parte de profissionais de saúde em relação a prática sexual:

“Meu primeiro contato com o profissional de saúde foi a partir da primeira menstruação, apenas para dúvidas sobre esse assunto e com a presença da minha mãe, o que tornou a situação menos confortável”. (Participante 3).

“Nunca perguntaram sobre minha sexualidade em nenhuma consulta”.
(Participante 14).

Em relação à procura dos serviços de saúde, Facchini (2016) parte do pressuposto de que a resistência da população LGBTQIA+ demonstra a discriminação que ocorre devido ao contexto heterossexual dominante, a falta de qualificação e o preconceito dos profissionais de saúde frente a essas demandas. E reconhece que a violência e o estigma social sofrido pela sexualidade e identidade de gênero contribuem para o processo de adoecimento e sofrimento, assim como dificultam o acesso à saúde, educação, trabalho, lazer e outros.

É importante pensar a formação dos profissionais de saúde como um trabalho vivo, capaz de estar frequentemente acionando novos métodos e técnicas de cuidado, os quais acompanhem e reconheçam as mudanças decorrentes da contemporaneidade (ABRAHÃO; MERHY, 2014).

A consequência mais significativa da existência da Política Nacional de Saúde Integral LGBT está na “[...] transformação do imaginário social, superação dos preconceitos que permeiam a vida e as relações sociais e que se abatem marcadamente sobre esse público” (SANTOS *et al.*, 2015, p.401)

Todo profissional de saúde é um sujeito que pertence a uma história e uma cultura. Assim, o trabalhador da saúde é um sujeito detentor de uma história pertencente a um determinado contexto sociocultural, e não está alheio ao imaginário social, pois age de acordo com as concepções aprendidas onde quer que ele esteja, inclusive, no ambiente de trabalho.

Para Aragão e Nogueira (2019), o exercício profissional se sobrepõe aos valores morais individuais, e as atitudes variam de acordo com os valores que cada profissional possui. Esses valores interferem no vínculo da relação profissional/usuário, visto que essa relação se mostra fundamentalmente importante para a produção de saúde. Percebe-se que o juízo de valor provoca distanciamento e impede que ocorra o acolhimento no cuidado a essa pessoa. Assim, “[...] qualquer forma de discriminação é fator limitante da saúde e promotor do adoecimento, inclusive a própria homofobia” (SANTOS *et al.*, 2015, p.407).

Nogueira e Aragão (2019) ressaltam a importância da criação de estratégias no SUS para ofertar e acolher a população LGBTQIA+, pois a maior dificuldade no acesso aos serviços acontece pelo fato dessas pessoas não se sentirem reconhecidas como sujeitos de direito e detentores de desejos, aspirações e eventualidades que lhes são próprios.

Mulheres bissexuais que declararam ter suas dúvidas sanadas durante uma consulta médica, afirmaram que as orientações eram pautadas apenas no modelo heterossexual, não se estendendo às relações sexuais com outra mulher:

“As informações foram bem construtivas, tive apoio e uma demonstração de visão ampla pelo profissional. Vi que não era um bicho de sete cabeças. A orientação era sobre relação heterossexual”.(Participante 1).

“Sempre acham que eu sou hétero, as vezes eu sinto vontade de falar que não e as vezes não falo. É cansativo”.(Participante 9).

Na ocasião, essas mulheres, por performarem feminilidade, eram vistas como mulheres heterossexuais e, assim, orientadas a partir dessa perspectiva.

Melo (2010), ao analisar o afastamento de mulheres lésbicas dos serviços de saúde, aponta para a predominância de uma atenção voltada à saúde sexual e reprodutiva que utiliza o modelo heterossexual como parâmetro. Assim, com a estruturação desse modelo, os serviços estariam “mais abertos” para o atendimento às mulheres que mantêm relações heterossexuais e que possuem características dentro dos padrões de feminilidade. Desse modo, mulheres consideradas “mais masculinizadas” não conseguem se observar como potenciais usuárias dos serviços, considerando o local inadequado a elas. Com isso, tendem a procurar os serviços quando as demandas se tornam mais agudas ou emergenciais, e acabam por não se inserirem nas propostas de prevenção ofertados na atenção básica.

As mulheres que afirmam ter tido uma experiência satisfatória no que diz respeito à possibilidade de abordar questões de gênero e sexualidade de forma acolhedora por um profissional de saúde, vivenciaram um atendimento acolhedora partir de suas demandas; parte das mulheres afirmaram ter vivenciado essa experiência apenas ao longo dos anos e, no geral, por meio da psicoterapia.

Assim, o profissional de Psicologia aparece como um agente importante no processo de compreensão, enfrentamento e aceitação de suas identidades e sexualidade:

“Tive a oportunidade somente com minha psicóloga. Foi muito boa a experiência”. (Participante 16).

“A psicoterapia fez eu me aceitar e ter mais confiança”.(Participante 5).

“Fiz acompanhamento no Caps da minha cidade com uma psicóloga que me ajudou a entender e aceitar minha sexualidade, durante 3 anos fiz terapia toda semana”.(Participante 11).

“O apoio profissional foi importante para que eu pudesse entender e lidar melhor com os meus sentimentos e experiências. Tive a oportunidade de encontrar profissionais maravilhosos e faço terapia com a mesma pessoa há 5 anos”. (Participante 6).

“Consegui me abri com a minha psicóloga mas muitos anos depois. Outros médicos, como por exemplo, ginecologista, não senti muita abertura normalmente não sabem como aconselhar/cuidar de mulheres que se relacionam com outras mulheres ou homens trans”. (Participante 4).

De acordo com esses relatos, foi somente em psicoterapia e muitos anos após o início da prática sexual que algumas mulheres relataram se sentir confortáveis para compartilhar suas experiências carregadas de eventos traumáticos, angústias, culpa e medo perante as suas sexualidades.

Contudo, o campo da Psicologia segue sofrendo ataques e ameaças de retrocesso nos últimos anos, efetivados por meio de projetos de lei e ações judiciais com o intuito de

contestar a expressa proibição de práticas de intervenção sobre a orientação sexual e identidade de gênero a partir do viés da patologização (BICALHO, 2020).

Em razão disso, em 2017, um grupo de profissionais de psicologia entrou com um pedido liminar, por meio de ação popular, para a suspensão dos resultados da resolução 001/99 (CFP, 1999) considerada por um juiz federal. Estabeleceu-se, então, que o Conselho Federal de Psicologia (CFP) deveria interpretar a resolução de modo a não proibir que profissionais de psicologia promovessem pesquisas e atendimentos clínicos com o objetivo de reorientação sexual (BICALHO, 2020).

Observamos no Quadro 4 as regulamentações no campo da Psicologia e da Medicina em prol da população LGBTQIA+.

Quadro 4: Atualizações na regulamentação da Psicologia e da Medicina em relação à população LGBT+.

Ação	Descrição	Ano
Conselho Federal de Medicina	Despatologização da homossexualidade pelo CFM	1984
Resolução CFP N° 001/1999	Estabelece normas de atuação para os psicólogos em relação à questão da Orientação Sexual	1999
Resolução CFP n. 014/2011	Dispõe sobre a inclusão do nome social no campo “observação” da Carteira de Identidade Profissional do Psicólogo e dá outras providências	2011
Resolução CFP n. 001/2018	Estabelece normas de atuação para as psicólogas e os psicólogos em relação às pessoas transexuais e travestis.	2018

Fonte: Carvalho e Simão (2022).

Carvalho e Simão (2022) mencionam que, naquele período, a Associação Brasileira de Psicoterapia e Medicina Comportamental (ABPMC) publicou uma moção em repúdio à decisão do juiz, alegando a ausência de dados que comprovem a efetividade das terapias de reversão, entre outros pontos. O magistrado afirmou que uma pessoa que busca tratamento por estar em sofrimento pela sua condição sexual, procura necessariamente a possibilidade de reversão ou reorientação da sua sexualidade. A seguir, um trecho da moção que discorda da decisão do juiz:

É ponto pacífico que a pessoa que busca psicoterapia está em sofrimento psicológico e é dever do profissional de psicologia acolher e validar esse sofrimento. Mesmo quando o sofrimento diz respeito a uma experiência egodistônica com relação ao seu desejo sexual, é dever do profissional acolher essa queixa e compreendê-la de modo amplo e despido de preconceitos. Entretanto, é necessário acolher essa demanda considerando o status da homossexualidade enquanto característica, orientação da sexualidade, e não enquanto patologia. (ZAMIGNANI, 2017, p. 1).

A psicologia no Brasil vem aderindo às mudanças que ocorrem no mundo, bem como tem ajustado suas normas para o exercício da profissão em direção ao combate à homotransfobia, buscando a despatologização das orientações sexuais não heteronormativas e das identidades de gênero não cisnormativas.

É importante lembrar que a psicologia segue representando um papel fundamental no que se refere à luta pela despatologização das sexualidades e identidades de gênero, e resiste diante das ameaças de retrocessos em virtude das tentativas recorrentes de invalidação das resoluções do CFP em relação ao tema.

Contudo, a psicologia passa de um saber que legitimava as normas cis-

heterossexistas para uma possibilidade de saber comprometida com as mudanças socioculturais no campo das sexualidades.

Neste estudo, as participantes que afirmaram não ter tido a oportunidade de abordar questões de gênero e sexualidade, ou que não tiveram suas queixas atendidas, citaram a falta de capacitação do profissional como um empecilho para atender satisfatoriamente suas demandas. Em alguns casos, a abordagem ocorreu de forma prejudicial, acarretando experiências traumáticas e afastamento dos serviços de saúde: “*A primeira ginecologista que me atendeu não deu atenção a queixa, dizia ser falta de lubrificação, o que eu tinha certeza que não era*”(Participante 10). Nenhuma outra hipótese para o seu problema foi levantada, e a participante afirmou não ter sido questionada sobre sua sexualidade em nenhum momento: “*Eu tive que aceitar a opinião dela. Ela não perguntou nada sobre minha sexualidade*” (Participante 10). A paciente continua:

“O início da minha vida sexual foi com homens e eu sentia dores durante a penetração e só obtive resposta sobre isso anos depois, ao ser examinada por outra ginecologista, que me informou que eu ainda permanecia com o hímem, o que justificava as dores durante a penetração”. (Participante 10).

Em outro relato, uma mulher declarada lésbica contou que ao informar o médico sobre sua orientação sexual, foi ignorada e não recebeu nenhuma orientação sobre suas especificidades. O fato fez com que ela se ausentasse das consultas médicas na saúde pública por alguns anos: “*Durante uma consulta comentei sobre minha orientação sexual mas não recebi nenhum questionamento sobre a tal*” (Participante 14).

Uma pesquisa qualitativa, realizada em 2019, com profissionais de saúde de uma unidade hospitalar na cidade de Parnaíba (PI) – cujo intuito era reparar a desassistência à Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – constatou que os profissionais de saúde demonstraram certo distanciamento entre eles e os(as) usuários(as) LGBT.

Nos relatos/falas de todos os trabalhadores entrevistados, constatou-se a pouca importância dada às necessidades de saúde específicas do grupo quando esses prestadores de assistência diziam tratar a todos os pacientes da instituição sem qualquer distinção e entender que a política fora criada com esse intuito. (NOGUEIRA; ARAGÃO, 2019, p.466).

Nessa direção, Andrade *et al.* (2020), ao pesquisar sobre as vulnerabilidades de mulheres que se relacionam sexualmente com outras mulheres, constataram que 58% das mulheres investigadas haviam vivenciado situações de preconceito, e 47,3% não revelavam sua sexualidade aos profissionais durante um procedimento de saúde.

Albuquerque *et al.* (2020) apontam, então, para a fragilidade na comunicação entre profissional/usuário, pois é na ausência de comunicação que alguma informação importante, muitas vezes, não ocorre por conta do estigma da sexualidade, o que acarreta a perda de oportunidades para a promoção da saúde.

Quanto aos profissionais de saúde participantes da pesquisa na unidade hospitalar da Parnaíba (PI), eles relataram ter pouco tempo para conhecer as políticas existentes e para produzir novos modos de cuidado: “[...] percebe-se que a rotina e os plantões cansativos engessam esses trabalhadores e que o processo de formação na saúde deixa a desejar” (NOGUEIRA; ARAGÃO, 2019, p. 466).

Abrahão e Merhy (2014) afirmam que enquanto a formação de saúde é centralizada unicamente no saber científico, a especificidade que o usuário traz para unidade de saúde é desconsiderada, pois trata-se de um olhar reduzido apenas à doença. A consequência dessa aprendizagem reflete nos cuidados de saúde e serviços por conta da existência de barreiras ao acesso e do distanciamento entre profissionais e usuárias. “Dessa forma, a PNSILGBT não existe e não é efetiva na realidade pesquisada, refletindo negativamente na qualidade da assistência destinada a esse público, distanciando-o dos serviços de saúde”. (NOGUEIRA; ARAGÃO, 2019. p. 467).

Ao serem perguntadas sobre já terem tido suas sexualidades questionadas durante um procedimento de saúde, 83,33% de nossas interlocutoras afirmaram nunca terem vivenciado essa experiência: “*Nunca perguntaram minha sexualidade, geralmente acham que sou hétero*”(Participante 9).

Ou seja, parte considerável dessas mulheres responderam nunca terem tido sua sexualidade e identidade de gênero questionadas. 11% delas afirmaram terem sido questionadas durante a triagem para um procedimento de doação de sangue; e as outras 11% informaram que tiveram sua sexualidade questionada por um profissional de saúde apenas durante uma consulta médica ou outro procedimento de saúde.

Em outro relato, uma mulher bissexual afirmou que o fato de performar feminilidade a coloca no lugar de mulher heterossexual cisgênero e suas demandas são frequentemente reduzidas a essa categoria.

Assim, podemos considerar que se durante uma consulta médica ou qualquer outro procedimento de saúde a sexualidade ou identidade de gênero da pessoa atendida não é questionada, pressupõe-se a heteronormatividade e suas demandas são atendidas partindo desse pressuposto.

Entretanto, apesar de 83,33% do total que compõe esse universo de mulheres

afirmarem que sua sexualidade e identidade de gênero jamais foram questionadas durante um procedimento de saúde, 83% alegaram não terem vivenciado nenhum episódio pautado nas normas heterossexuais durante quaisquer procedimentos de saúde, sobretudo quando necessitaram de orientações específicas à sua sexualidade e identidade de gênero.

Porém, quando questionadas sobre terem vivenciado experiências constrangedoras durante uma consulta ginecológica, as falas mais comuns entre esse grupo de mulheres é a respeito de terem que interromper a fala do profissional durante o procedimento: *“Tive que interromper a consulta e falar que era lésbica para a ginecologista não me intitular como mulher hétero”*, na tentativa de reafirmar sua sexualidade (Participante 9).

De acordo com os relatos, sempre são atendidas dentro dos protocolos heterossexuais, o que dificulta qualquer tentativa de esclarecimento das suas reais demandas.

“Recentemente passei por uma situação super chata onde a profissional não sabia nem como funcionava a relação sexual entre mulheres e homem transexual, eu tive que explicar e a profissional não teve ética alguma na conduta. A ginecologista perguntou se eu tinha um relacionamento, eu respondi que era com um homem transexual e ela respondeu então que eu era virgem. A ginecologista se negou a chamar meu namorado (um homem trans) pelo nome social dele, segundo ela, as mulheres da recepção iam ficar constrangidas se o chamassem pelo nome masculino. Ela não teve tato ao tratar uma IST minha que acontecia sempre que minha imunidade diminuía, eu pedi para a médica passar o tratamento para meu namorado trans, e ela respondeu: „como ele não é homem então não precisa não“. A ginecologista tentava explicar sobre IST da seguinte forma: „ai tem que levar as mãozinhas“, e eu falei: „é apenas isso? Só preciso fazer isso?“ Enfim, foi horrível essa experiência”. (Participante 4).

“Minhas experiências com o serviço de saúde sempre foram pautadas em relações heterossexuais, prevenção de gravidez e doenças através desse viés, nunca me senti verdadeiramente confortável em abordar essa parte. Fiz isso apenas durante a psicoterapia”. (Participante 3).

“O serviço de saúde deveria oferecer mais suporte, ou uma abordagem mais acolhedora, para que a conversa seja mais leve, para nos sentirmos seguras para tratar de qualquer assunto. E rever os assuntos sobre identificação de gênero, procurar perguntar como a pessoa gostaria de ser chamada”. (Participante 8).

“Tive muitas dificuldades no início da minha vida para tirar dúvidas a maioria dos profissionais não sabem responder”. (Participante 11).

Em outro relato de constrangimento durante um procedimento de saúde, uma interlocutora que se declara bissexual alega ter vivenciado outra situação traumática: *“Uma ginecologista, ao realizar o exame de toque vaginal, disse ser „apertadinha””*. (Participante 10).

Ao narrar uma situação de constrangimento durante uma consulta ginecológica, outra participante declarada lésbica afirma que *“[...] uma vez ao dizer que não tinha*

vontade de engravidar a médica disse que isso não era normal para uma mulher de verdade, ela disse isso na frente de outras pessoas”. (Participante 11).

Outro exemplo de falta de acolhimento e empatia por parte de um profissional de saúde que ocasionou constrangimento, esteve presente na fala de uma entrevista da que se define como uma mulher bissexual. Segundo ela, ao informar à médica ginecologista que se relacionava com homens trans, a médica demonstrou total desconhecimento e não soube explicar sobre prevenção de doenças, tampouco prestar informações pertinentes: *“Eu tive que explicar para ela como funcionava e a profissional e a médica é ela [...] Além de ser uma mulher bissexual, sou gorda e quase sempre sou resumida a isso e as informações que eu levo ao consultório são minimizadas, ignoradas ou até mesmo mal interpretadas”*(Participante 4).

Apesar de vivenciarem situações constrangedoras em decorrência da ausência de qualidade no atendimento de profissionais de saúde, sobretudo acerca de suas especificidades de mulheres lésbicas e bissexuais, a maioria das participantes desta pesquisa alegaram nunca terem mentido sobre a sexualidade quando raramente solicitadas. A pequena parcela de mulheres que alegaram ter mentido afirmou que essa situação ocorreu no início de sua atividade sexual, ainda na adolescência, antes de se assumirem para a família e para a sociedade.

A respeito de terem sofrido discriminação na área de saúde pública no campo da sexualidade e identidade de gênero, 95% das participantes afirmaram nunca terem sido discriminadas por nenhum profissional de saúde em razão da sua sexualidade e/ou identidade de gênero.

Uma das participantes acredita que em seu relato anterior, onde foi considerada “anormal” por não ter desejo de engravidar, configurou-se discriminação em função da sua sexualidade.

Outra participante afirmou nunca ter sofrido discriminação de forma consciente e direta, mas não descarta que isso tenha ocorrido sem que ela percebesse: *“Nunca sofri discriminação, pelo menos não que eu tenha percebido”*.(Participante 9).

8.3. O COMPORTAMENTO SEXUAL DE MULHERES LÉSBICAS E BISSEXUAIS E O DIFÍCIL DIÁLOGO NO CAMPO DAS IST

Conforme discutimos, a relação entre a homossexualidade e bissexualidade feminina no campo da saúde perpassa por uma série de fatores que envolvem a

invisibilidade da homossexualidade feminina e da própria sexualidade feminina, sendo que os níveis de preconceito estão presentes ainda hoje em relação à prática sexual entre mulheres. Além de questões pertinentes a formas de atendimento e o despreparo de profissionais de saúde, outros fatores contribuem para a vulnerabilidade no acesso à saúde por esse grupo, como o reconhecimento sociocultural e individual dessas mulheres.

No presente estudo, observamos um considerável distanciamento entre as interlocutoras e as questões relacionadas à prevenção e detecção de IST. Em linhas gerais, há poucas falas sobre a experiência no campo das IST, assim como há uma baixa procura voluntária por exames que detectam essas infecções.

Quanto à frequência com que realizam exames para detecção de IST, como testes rápidos e outros, 44,44% das participantes que constituem o universo desta pesquisa afirmaram ter realizado o exame há mais de 2 ou 5 anos; 38,88% das participantes alegaram terem realizado o procedimento há aproximadamente 1 ano; uma participante declarou nunca ter realizado nenhum exame específico para detecção de IST; uma entrevistada informou não lembrar a data do último procedimento que realizou; uma outra participante afirmou ter realizado o procedimento há aproximadamente 7 anos no ato de uma doação de sangue.

Sobre o acesso aos preservativos (camisinha masculina e feminina) por meio do SUS, a maioria das mulheres afirmaram saber da disponibilidade da camisinha masculina nas Unidades Básicas de Saúde. Em relação ao preservativo feminino, há relatos sobre ser mais difícil o acesso comparado ao preservativo masculino, sendo necessário em algumas localidades o pedido com antecedência.

“Tenho acesso a camisinha feminina quando o SUS disponibiliza. A camisinha masculina vejo que não existe essa escassez”. (Participante 1).

“O preservativo masculino é deixado na unidade de saúde e a pessoa pega quando e quantos quiser.”(Participante 12).

Outras mulheres alegaram nunca terem solicitado preservativos ao SUS:

“Nunca solicitei preservativos no SUS. Acho que por medo de julgamentos”. (Participante 12).

“Sei que o SUS disponibiliza preservativos nas unidades básicas de saúde mas prefiro comprar na farmácia”.(Participante 10).

Uma participante afirmou que: *“Não me identifico com nenhum dos [dois] preservativos”*(masculino e feminino) disponibilizados pelo SUS(Participante 2). Outras

interlocutoras também fizeram seus relatos sobre preservativos:

“Normalmente só vejo preservativo para pessoas com pênis, pessoas que tenham qualquer outro tipo de relação que não envolva um pênis precisam ficar usando gambiarras porque não existe uma abordagem preventiva que parta do SUS, pelo menos eu nunca vi”. (Participante 4).

“Para minha orientação sexual não existe nenhum tipo de preservativo”. (Participante 2).

“A assistência que recebo na unidade de saúde próxima a mim que considero eficaz são os preservativos. Não há o que reclamar. Recebo assistência e orientação quando necessário. Mas só para relação com homens”.(Participante 3).

Quando questionadas sobre já terem sido diagnosticadas com uma IST, apenas duas mulheres afirmaram que sim. A primeira informou que teve muita dificuldade na comunicação com a ginecologista por ser tratar de um relacionamento com um homem trans, e a profissional não demonstrou nenhuma afinidade com a temática, conforme explicamos anteriormente. A participante complementa: *“Sempre que minha imunidade abaixa e doença se manifesta, pedi para a médica passar o tratamento para meu companheiro transexual e ela informou que não precisava porque não era homem”*(Participante 4).

Em outro relato sobre diagnóstico de uma IST, uma participante afirmou ter vivenciado uma experiência tranquila. Segundo ela, o tratamento ocorreu bem; porém, a profissional não quis atendê-la junto à esposa: *“Ela não deixou minha esposa entrar na sala, fiquei bastante insegura”.* (Participante 13).

Um estudo bibliográfico do tipo revisão integrativa acerca da saúde sexual das mulheres que fazem sexo com mulheres (MSM), realizado por Lúcio *et al.* (2019), constatou a necessidade de se investir em políticas de saúde pública, bem como na qualificação de profissionais em educação sexual, de modo a viabilizar informações e orientações focadas em estratégias específicas de prevenção às IST e HIV/AIDS.

Corroborando com a urgente necessidade de viabilizar orientações específicas de prevenção de IST entre mulheres que se relacionam sexualmente com mulheres, Andrade (2020) mostrou que 83,3% das mulheres lésbicas investigadas nunca receberam informações sobre IST nos serviços de saúde, e pouco mais da metade delas apontaram dificuldades no acesso a esses serviços.

Nessa direção, a análise dos textos de Mora e Monteiro (2013); Silberman, Buedo e Burgos (2016); e Muzny *et al.* (2013) apontaram que existe uma lógica equivocada

presente nesse grupo de mulheres que fazem sexo com mulheres, no qual elas consideram que o relacionamento afetivo-sexual monogâmico e a prática homossexual entre mulheres são seguras às IST e HIV/AIDS. Tais crenças aumentam o risco de contágio durante o sexo entre as mulheres pela falta de proteção adequada (LÚCIO *et al.*, 2019).

Os estudos de Ripley (2011) e Rowen (2013), analisados por Lúcio *et al.* (2019), demonstraram que os maiores riscos à IST entre mulheres que praticam relações sexuais com outras mulheres estão na prática de sexo oral sem proteção, bem como na transferência de líquido vaginal, em especial nos casos de múltiplas parceiras. O risco se torna acentuado quando a mulher se envolve em práticas heterossexuais.

Gorgos e Marrazo (2011) demonstram que as transmissões de herpes genital, HPV, tricomoníase, gonorreia e clamídia na relação sexual entre mulheres ocorrem de formas mais raras e, normalmente, estão relacionadas às mulheres com histórico de relações heterossexuais. A atividade sexual que envolve contato digital-vaginal ou digital-anal, especificamente com compartilhamento de objetos para utilização no ato de penetração, emite um potencial risco de contaminação por meio de secreção cervico vaginal infectada e de secreções anais, bem como pela falta de higienização das mãos e objetos durante a prática sexual.

Como estratégia eficaz para redução do risco de contágio de IST entre mulheres, Lúcio *et al.* (2019) analisaram os estudos de Ripley (2011) e Cox e McNair (2009), os quais destacam a necessidade de higienização com álcool dos “brinquedos sexuais” e a utilização de preservativo nesses utensílios, assim como enfatizam o uso de proteção em toda prática sexual para garantir um sexo seguro.

Um estudo transversal realizado por Andrade *et al.* (2019), desenvolvido no município de Botucatu (SP) com 150 mulheres entre 2015 e 2017, teve como objetivo identificar as dimensões da vulnerabilidade de mulheres que fazem sexo com mulheres associadas às IST. A pesquisa mostrou o diagnóstico de alguma IST em 71 mulheres participantes (47,3%). Quanto à prevalência, o resultado de infecções pelo HPV foi de 45,3%; por *Chlamydia trachomatis*, foi de 2%; pelo HIV e *Neisseria gonorrhoea*, o resultado foi de 0,7%; já tricomoníase e sífilis foram detectadas em 1,3% das mulheres lésbicas e bissexuais investigadas (ANDRADE, *et al.*, 2020).

Considerando a dimensão individual da vulnerabilidade das participantes, a maioria das mulheres estudadas não tinha união estável (73,3%); não se percebia com potencial risco à IST e infecção pelo HIV (56,7% e 67,3%, respectivamente); e/ou tinha relação sexual após utilizar drogas ilícitas e/ou álcool (71,3%). Algumas delas realizavam prática

sexual com penetração vaginal (88%); não faziam uso de preservativos (82%); e tinham histórico de prática sexual com homens cis ao longo da vida (74,7%) (ANDRADE *et al.*, 2020).

Andrade *et al.* (2020) concluíram que as mulheres participantes da pesquisa apresentaram vulnerabilidade às IST, com destaque para a vulnerabilidade individual. Os autores sugeriram a necessidade de atenção individualizada e qualificada com o intuito de reduzir esses riscos. Sinalizaram também a necessidade de um enfoque especial àquelas que nunca realizaram sorologia para IST, àquelas que possuem histórico de IST e às que tiveram relação sexual com homens nos últimos 12 meses.

Os autores também sugeriram a realização de outros estudos a partir do viés das intersubjetividades, os quais investigassem cada variável identificada na referida pesquisa como indicativo de vulnerabilidade a mulheres que se relacionam sexualmente com outras mulheres (ANDRADE *et al.*, 2020).

Outras perspectivas condizentes às questões de vulnerabilidade social e programática, sobretudo relacionadas à capacitação de profissionais e instituições de saúde também merecem ser investigadas (ANDRADE *et al.*, 2020).

Nessa direção, Lúcio *et al.* (2019) apontam para a pequena quantidade de publicações encontradas sobre esses assuntos, assim como a necessidade de um número maior de produções acadêmicas nacionais e latino-americanas. O fato limita o alcance dos resultados e discussões acerca do tema. No entanto, os autores destacam que essa realidade não anula a validade e a relevância do tema; pelo contrário, salienta que se trata de um assunto ainda pouco discutido na literatura especializada, o que sinaliza a importância de mais estudos e discussões a serem desenvolvidos em diferentes contextos e territórios, sobretudo com o objetivo de abranger nossos horizontes fixados nos princípios de integralização do cuidado e atenção à sexualidade.

Simão (2021), ao analisar a importância do sexo seguro na saúde da mulher lésbica, afirma que os estudos relacionados à IST no mundo são voltados às características sociais cotidianas que envolvem quase totalmente os padrões de heterossexualidade. É possível encontrar inúmeras informações sobre diversos tipos de doenças que podem ser contraídas a partir de uma relação sexual desprotegida, mas nenhuma delas são válidas quando envolvem o público homossexual feminino.

A autora afirma que é possível notar certo benefício da população de homossexuais masculinos diante dessas informações, pois, pelo simples fato de serem homens cis, as principais pesquisas viabilizam a proteção do pênis em si. Com isso, é possível discutir o

machismo enraizado nesse contexto associado ao patriarcado heteronormativo que é priorizado pela sociedade na saúde da população (SIMÃO, 2021).

Desse modo, Lima e Saldanha (2020), ao analisarem a invisibilidade lésbica e fatores de vulnerabilidade nos cuidados em saúde, afirmam que é possível compreender a ideia de maior vulnerabilidade relacionada à presença masculina nas relações sexuais, pois fica implícito nos discursos que a relação sexual entre mulheres apresenta maior grau de proteção se comparada à relação heterossexual. Isso acontece em decorrência da existência da crença de gênero socialmente construída em que a figura da mulher apresenta um modelo de cuidado e responsabilidade com a saúde superior a do homem.

É recorrente na literatura a ausência de esclarecimentos a mulheres lésbicas a respeito da existência de métodos de prevenção de IST. Quando essas mulheres tomam conhecimento de algum método, elas costumam tratá-los com desconfiança e estranheza por não os considerar adequados ou específicos para a prática sexual entre mulheres, ou por não sentirem interesse em utilizá-los, uma vez que são considerados adaptações de outra prática sexual. Implícito aos relatos das entrevistadas, é possível perceber a ausência de informações claras e a falta de ampla discussão nos setores de saúde acerca de possíveis métodos para a prevenção de IST e eficácia desses materiais, assim como a maneira correta de utilização e meios para aquisição (LIMA; SALDANHA, 2020).

Portanto, considerando a prática do sexo seguro entre mulheres homossexuais, o dado mais significativo da análise resulta da falta de orientação relacionada ao sexo homoafetivo feminino seguro, pois não existem dados fidedignos de métodos de prevenção que sejam pensados exclusivamente para esse público, tampouco pesquisas relevantes nessa área. Contudo, apesar das barreiras para um sexo seguro entre mulheres não serem comprovadas cientificamente, existem algumas informações que podem ser repassadas às mulheres para a prática sexual mais segura, conforme mostra o Quadro 5, em que Simão (2021) demonstra as opções de preservativo disponíveis para esse público.

Quadro 5: Opções de Preservativos presentes no mercado para mulheres que se relacionam sexualmente com mulheres.

Método utilizado como preservativo	Função
Preservativos de língua	São anatômicos para língua, aromatizados, lubrificados e embalados de forma segura, a meu ver não são tão eficientes, pois protegem só a língua e por isso há trocas de fluidos entre os corpos, é uma

	alternativa para quem possui piercing na língua ou está com ferimentos, mas acho necessário complementado com mais uma alternativa, como a membrana ou calcinha apresentada a seguir.
Membrana de látex	A membrana de látex é para ser usada sobre a região a ser protegida, possui sabor e são superfinas para que não impacte na sensibilidade da região, é pouco vendida porque não há informação e por isso não há procura. Para usar é simples é só colocar sobre a região (vulva ou anus), porém tem que segurar a membrana para que fique sobre a região.
Calcinha de látex	A calcinha de látex é feita da mesma membrana acima, mas possui o formato de calcinha, o bom dela é que a pessoa não precisa ficar segurando-a enquanto estimula a parceira.
Preservativo feminino	Embora esse tipo de preservativo foi desenvolvido pensado pela contracepção podemos recorrer em uma falta de outros métodos, inclusive, é um dispositivo conhecido entre os ginecologistas e com comprovação científica, mas que mesmo assim não se é orientado o uso.
Preservativo masculino	Para quem usa próteses e vibradores é necessário o uso de camisinha e se há troca de uso do mesmo, deve ter também a troca de camisinha, há materiais de próteses que são porosos e há acúmulo de sujeira, mesmo lavando os vibradores quem pode assegurar que saiu tudo de lá, além de fazer com que o produto dure mais também, então use camisinha no vibrador, seja lá qual o formato dele haverá uma camisinha que poderá ser usada

Fonte: Simão (2021).

Os dados sobre o quantitativo de mulheres lésbicas no Brasil são imprecisos. Isso se deve, em grande parte, à heteronormatividade de autoclassificação e ao medo resultante da expectativa de discriminação relacionada à declaração da homossexualidade, o que pode ocasionar a escassez de pesquisas brasileiras relacionadas a esse grupo específico de mulheres.

Na presente dissertação acerca da construção do referencial teórico no campo das IST entre mulheres lésbicas e bissexuais, observamos poucas pesquisas direcionadas à temática (conforme citado anteriormente) por demais autores que exploraram o tema.

Sobre o universo de mulheres investigadas neste estudo, observamos que a maior parte das falas relevantes se concentrou em questões relacionadas ao estigma da sexualidade e em dificuldades no núcleo familiar decorrentes disso, assim como na precariedade da vivência de suas sexualidades nos serviços de saúde de atenção primária.

Das participantes que se sentiram à vontade para narrar suas experiências de forma livre, conforme sugerido no último item do questionário aplicado, apenas 11% afirmaram nunca terem vivenciado nenhuma situação que dificultassem no acesso e/ou na realização de procedimentos de saúde no SUS em razão de suas sexualidades. No geral, as queixas trazidas por essas mulheres giraram em torno da demora da marcação de exames e consultas médicas.

Em linhas gerais, as demais mulheres que compunham esse universo apontaram diversos pontos negativos relacionados à abordagem e ao acolhimento por parte dos profissionais de saúde do SUS. Relatos de aflição pré-consulta médica e ginecológica, e de ter seus atendimentos baseados no estereótipo e nas normas heterossexuais se tornaram evidentes neste estudo.

Acerca da frequência com que realizam o exame preventivo de câncer de colo de útero (“Papanicolau”), 50% das participantes afirmaram realizar o exame com a frequência média de dois em dois anos; 44% das mulheres alegaram realizar o exame raramente ou apenas quando solicitado por algum profissional de saúde.

Apesar do exame citológico de colo de útero (preventivo) não ter relação direta com as Infecções Sexualmente Transmissíveis, pois sua finalidade não é a detecção dessas doenças, nos propusemos a investigar esse campo na tentativa de obter relatos associados às IST, tendo em vista que frequentemente o exame preventivo é erroneamente utilizado para diagnóstico associado às referidas infecções. Contudo, em relação às mulheres lésbicas e bissexuais desta pesquisa, não obtivemos muitos relatos sobre a temática.

Apenas duas mulheres não responderam à questão que abordava a frequência com que realizavam o exame, e outras duas relataram: *“Uma vez uma médica me disse que o fato de eu não me relacionar com homem não tinha necessidade de fazer o preventivo”* (Participante 16); *“Só realizei uma vez na vida por não acreditar fazer parte do grupo de risco para cancer no útero”* (Participante 15). As falas demonstram desinformação sobre o exame citológico do colo de útero por parte do profissional em relação à real necessidade de mulheres que se relacionam sexualmente com outras mulheres realizarem o exame.

O método mais utilizado, eficaz e disponível para a detecção precoce do câncer do colo de útero é o exame citológico, também conhecido como “Papanicolau”. Por meio dele, é possível a detecção precoce em mulheres com nenhum sintoma aparente, pois contribui para a identificação de lesões precursoras, e a identificação da própria doença em estágio inicial. A orientação é que todas as mulheres devem ser submetidas ao exame na faixa etária de 25 a 69 anos e que já tiveram início da atividade sexual, visto que essa faixa etária

representa maior incidência de câncer de colo uterino (GOMES *et al.*, 2017).

O exame preventivo deve ser repetido a cada três anos, após o resultado de dois exames consecutivos dentro da normalidade, no intervalo de um ano (BORGES *et al.*, 2012).

O estudo de Gomes *et al.* (2017), por meio de uma revisão integrativa, analisou o conhecimento de algumas mulheres sobre a importância da prevenção do câncer de colo de útero, e evidenciou que uma parcela significativa delas ainda desconhece a importância e a finalidade do exame preventivo. Essa condição reforça os altos índices de mortalidade por essa neoplasia no Brasil, pois, em muitos casos, são detectados em estágios avançados.

A origem do câncer do colo do útero está associada a diferentes fatores como: hábitos de vida, fatores ambientais e condições sociais precárias. Os fatores de risco que podem ocasionar o câncer são diversos, dentre eles estão: o tabagismo; a multiparidade; a diversidade de parceiros sexuais; o uso de anticoncepcionais orais; o início da prática sexual precoce; e a baixa ingestão de vitaminas. No entanto, o principal agente causador dessa doença está associado ao HPV (LEITE *et al.*, 2014).

Fredrich e Renner (2019), ao demonstrarem em números a dificuldade no acesso à saúde da população lésbica, citam os estudos realizados por Pinto *et al.* (2005) e Barbosa e Facchini (2009), e chamam a atenção para o fato de que mais da metade das mulheres lésbicas investigadas não estavam seguindo uma rotina de consultas anuais com um ginecologista, e 3,3% delas nunca haviam visitado um médico dessa especialidade. O estudo mostrou também que 17,9% desse público nunca realizou o exame citológico do colo uterino.

Um outro estudo realizado por Fernandes *et al.* (2019) investigou o acesso ao exame citológico de colo de útero por mulheres consideradas invisíveis às políticas de saúde, como as mulheres com deficiência e as mulheres lésbicas. Em relação à orientação sexual, a equipe de enfermagem informou que, de modo geral, não percebiam a existência de mulheres que fazem sexo com mulheres, ou não questionavam a sexualidade delas, e/ou elas não verbalizavam sua sexualidade durante um procedimento (FERNANDES *et al.*, 2019).

Os autores afirmam que, além disso, quando ocorria a procura dos serviços de saúde por mulheres lésbicas, os profissionais alegavam não haver diferença no cuidado. Com um atendimento fragmentado e descontextualizado da orientação sexual, o procedimento era o mesmo para todas desde o preenchimento da ficha do Sistema de Informação do Câncer (Siscan) até a realização do exame citopatológico.

A educação em saúde representa um meio de extrema importância para a ampliação do conhecimento, e constitui um elo de saberes e práticas direcionados para a prevenção de doenças e promoção de saúde. Nesse caso, deve ser incluída a partir de orientações centradas na pessoa com vida sexual ativa e em seus costumes, com o objetivo de ajudá-la a reconhecer e diminuir seus riscos.

Dessa forma, é importante que o profissional das diferentes esferas da saúde desenvolva o hábito de perguntar a todas as pessoas sobre aspectos da sexualidade, contribuindo para diminuir o estigma relacionado ao diálogo sobre sexo e para desconstruir mitos comuns, como o de que mulheres lésbicas não correm riscos de desenvolver câncer de colo uterino, não necessitando de exames regulares de citologia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A literatura especializada demonstrou que a baixa procura pelos serviços de saúde para o grupo em estudo está, muitas vezes, relacionada à existência de discriminação na prestação desses serviços; ao despreparo por parte dos profissionais de saúde para lidar com as especificidades existentes; e às dificuldades das mulheres em dialogar sobre suas sexualidades durante um procedimento de saúde. Outro fator alarmante está relacionado à vulnerabilidade às IST e a práticas preventivas utilizadas por mulheres lésbicas e bissexuais.

Observamos que a produção acadêmica nas últimas décadas, sobretudo em função da epidemia do Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV), motivou pesquisas relacionadas à sexualidade com foco na população homossexual masculina. Porém, no Brasil, a produção acadêmica acerca da vulnerabilidade de mulheres lésbicas e bissexuais às IST e à AIDS ainda é inexpressiva.

A homossexualidade feminina, de forma ainda mais evidente que a heterossexualidade feminina, se manteve invisível no discurso médico-ginecológico; com o surgimento do vírus da AIDS, essa invisibilidade se manteve presente ao longo dos anos sob a perspectiva de que a prática sexual de mulheres lésbicas era imune à contaminação.

Apesar dos avanços em políticas públicas no campo da saúde LGBT – sobretudo porque as mulheres lésbicas estão adquirindo aceitação continuamente na sociedade –, muitas seguem expostas às desigualdades e, por isso, expostas a determinados riscos para suas condições de saúde.

A respeito do comportamento profissional/paciente, pré-determinar que a usuária do sistema de saúde seja heterossexual demonstra ser um fator de distanciamento entre as usuárias lésbicas/bissexuais e a assistência de saúde.

A desinformação quanto à sexualidade das mulheres atendidas na Atenção Primária de Saúde contribui para que o profissional não obtenha o histórico sexual completo da pessoa atendida. Procedimentos como o simples fato de perguntar à usuária informações sobre o sexo de seus/suas parceiros(as) sexuais (sem demonstrar nenhum tipo de discriminação) deveriam acontecer durante a anamnese, com intuito de diminuir o padrão heteronormativo nas entrevistas.

A escuta qualificada e a promoção de um ambiente acolhedor – que favoreça o diálogo voltado para a sexualidade das mulheres – devem estar presentes na rotina da

Atenção Primária de Saúde, pois somente por meio de uma abordagem acolhedora, é possível estreitar vínculos e, assim, facilitar a adesão das usuárias ao SUS.

O profissional deve sempre questionar a paciente ao invés de se orientar por protocolos heterossexuais que, muitas vezes, são baseados no estereótipo da mulher atendida. Desse modo, o profissional pode tornar explícitas as reais demandas desse público e, assim, contribuir para que mulheres lésbicas e bissexuais se sintam à vontade para não omitir sua sexualidade. Com isso, elas podem receber orientação correta e o acolhimento adequado.

Através do Grupo de Mulheres na Atenção Básica implementado por meio Núcleo Ampliado de Saúde da Família no Município de Mendes tornou-se possível a capacitação de profissionais que atuam diretamente nos serviços de atenção primária do município, e assim, a abordagem a essas mulheres ocorreu de forma acolhedora e com objetivo de atender suas reais demandas visando promoção de saúde de acordo com suas especificidades.

Este estudo propõe a ampliação e criação de mais espaços de acolhimento a mulheres lésbicas, bissexuais e demais pessoas LGBTQIA+ no âmbito de Atenção Primária de Saúde.

A APS é o local do vínculo, do primeiro contato com o serviço de saúde, de resolução da maioria dos problemas da população adscrita. É nesse espaço que as individualidades devem ganhar visibilidade e ser acolhidas. Esperamos que, com este trabalho, possamos sensibilizar profissionais, pesquisadores e gestores, visando uma melhor abordagem ao grupo de mulheres lésbicas e bissexuais.

REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, A.L.; MERHY.E.E. **Formação em Saúde e Micropolítica**: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18n49/1807-5762-icse-18-49-0313.pdf>10. Acesso em: 12 jun. 2022.
- ALBUQUERQUE, G.A. GARCIA, C.L. ALVES, M.J.H. QUEIROZ, C.M.H.T. ADAMI, F. Homossexualidade e o Direito à Saúde: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil. **Saúde Debate**. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n98/a15v37n98.pdf>. Acesso em: 8 mai. 2022.
- ALCALÁ, M. J., 1995. **Compromisos para la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos de Todos**. New York: Family Care International.
- ALMEIDA, G. S. 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. 301-311, 2009.
- ALVES, V. I. R; ALVES, R. E. B.; FERNANDES, M. B. F. Teorias feministas e lesbianidades: Uma breve análise do curso de extensão da UFBA. **Diversidade sexual, étnico-racial e de gênero: saberes plurais e resistências** – v. 1, n.1133, p. 978-65-86901-34-4, 2021.
- ANDRADE, J. IGNÁCIO, O. A. M.; FREITAS, F. P. A. ;PARADA, L. G. M. C.; DUARTE, C. T. M. Vulnerabilidade de mulheres que fazem sexo com mulheres às infecções sexualmente transmissíveis. **Ciênc. saúde coletiv**v. 25, n.10, Out. 2020.
- ALVAREZ, Sonia E. **Engendering democracy in Brazil**: Women's movements in transition politics. Princeton University Press, 1990.
- BACCI, Irina Karla. **Vozes Lésbicas no Brasil**: a busca e os sentidos da cidadania LGBT no Brasil. 2016. Dissertação (Mestrado em Direitos Humanos) - Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos e Cidadania, Universidade de Brasília, Brasília, 2016.
- BARBOSA, R.M. FACCHINI. R. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública**. v.25, n 2, p. 291-300. 2009.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa/Portugal. Presses Universitaire de France, 1977.
- BARZELATTO, J. & HEMPEL, M., 1990. **Reproductive Health**: a Strategy for the 1990's. New York: Ford Foundation.
- BONNET, M. J. 1995. **Les relations amoureuses entre femmes du XVIe au XXe siècle**. Paris : Odile Jacob. 416 p. (Primera edición bajo el título : Un choix sans équivoque, Paris : Denoël Gonthier, 1981).
- BORGES, M.F et al. Prevalência do exame preventivo de câncer do colo do útero em Rio

Branco, Acre, Brasil, e fatores associados à não-realização do exame. **Cad.Saúde Pública**.v.28, n. 6, p. 1156-116, 2012.

BOUCIER, M. H. 2001. *Queer Zone*. Paris : Balland. 248 p. Bulkin, Elly. 1988. **Yours in struggle : three feminist perspectives on anti- semitism and racism**. Paperback.

BRANDÃO, S. Teorias lésbicas contemporâneas e a arte como ativismo e potência de resistência e visibilidade. **Universidade Federal de Recôncovo da Bahia**, v. 04, n. 02, Abr. - Jun., 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL,Ministério da Saúde. **Chegou a hora de cuidar da saúde: um livreto especial para lésbicas e mulheres bissexuais**. Brasília; Ministério da Saúde, 2007, fev. [8] p.

BRASIL, Portaria N°154, de 24 de Janeiro de 2008. **Cria os Núcleos de Apoio a Saúde da Família – NASF**. Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2436 de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde** / Ministério da Saúde. – 1. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da atenção básica: saúde das mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa; 2016c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização (PNH)**. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Mulheres lésbicas e bissexuais: direitos, saúde e participação social** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. 120 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mulheres lésbicas e bissexuais: direitos, saúde e participação social**. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 8.901, de 11 de novembro de 2016**. Diário Oficial da União, Brasília, DF. Seção I, páginas 03 a 17.

BRASIL. Ministério Da Saúde, **todos os direitos reservados**. 2013/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 300 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26).

BRASIL.CONSTITUIÇÃO (1988). (2012). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Biblioteca Digital da Câmara dos Deputados. Centro de Documentação e Informação Coordenação de Biblioteca. 35°. ed. Brasília.

BERSEN.B.C; NETTO.S.M; ROS.D.A.M; SILVA.W.F; SILVA.G.C; PIRES.F.M A **Estratégia Saúde da Família como Objeto de Educação em Saúde**. Saúde e Sociedade v.16, n.1, p.57-68, jan-abr., 2007.

BUTLER, J. Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do sexo. In: LOURO, G. L. (Org.). **O corpo educado**. Belo Horizonte: Autentica, 2000. p. 151-172.

CANESQUI, A. M., 1987. **Assistência Médica e à Saúde e Reprodução Humana**. Textos NEPO, 13. Campinas: NEPO, Universidade Estadual de Campinas.

CARDOSO, I., O programa de saúde que remete à questão do poder. **Folha de São Paulo**, 19 de setembro, p.10., 1984.

CARRARA. S.; RAMOS. S.; SIMÕES. J.A.; FACCHINI. R. **Política, direitos, violência e homossexualidade pesquisa 9a parada do orgulho GLBT**. São Paulo: Centro Latino Americano de Sexualidade e Direitos Humanos; 2005.

CARVALHO. LS, PHILLIPI. M.M. Percepção de lésbicas, gays e bissexuais em relação aos serviços de saúde. **Universitas: Cienc Saude**. v.11, n. 2, p.83-92, 2013.

CARVALHO. R.L; SIMÃO.S .R. E. **Psicologia e as Políticas Públicas LGBT+ no Brasil**. Paradigma – Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento [2] Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – SP, 2022.

CLARKE, C. "El lesbianismo : un acto de resistencia". In : MORAGA, Cherrie; CASTILLO, Ana. (org)**Este puente, mi espalda**. Voces de mujeres tercermundistas en Estados Unidos. San Francisco.ISM Press, 1988.p. 99-107.

COBO,B.; CRUZ,C. ; DICK.C.P. Desigualdades de gênero e racial no acesso e uso dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n.9, p. 4021-4032,2021.

CORRÊA, M.E.C. **Duas mães? Mulheres Lésbicas e maternidade**. 2012. 213p. Tese (do tatorado em Saúde). Faculdade de Saúde Pública – Universidade de São Paulo – São Paulo, 2012.

CORRÊA. R.R, IGLESIAS. F, CAMARGOS. E.F. **O que médicos sabem sobre a homossexualidade?** Tradução e adaptação do Knowledge about Homosexuality Questionnaire. einstein (São Paulo). 2018.

CUNHA, M.A **Sapatão, Lésbica, Caminhoneira, Lady, Butch: O que você Queer?** Uma análise da (Des)Construção do Ethos da Mulher Lésbica em canais do youtube. Dissertação de PósGraduação em Letras da Universidade Federal de Sergipe, 2021.

DA SILVA, *et al.* Desafios da Política Nacional de Atenção Básica à Saúde. **Revista Pró-UniversUS**. 2021 Jan./Jun.; v. 12, n. 1, p. 60-65, Jan-Jun. 2021.

DE NOJOSA SOMBRA, Isabelle Cordeiro. **Diário da Teoria e Prática na Enfermagem**, 2020.

EGRY, E. Y. ; OLIVEIRA, M. A. C. Marcos teóricos e conceituais de necessidades. In: Engry EY. **Necessidades de saúde na perspectiva da atenção básica: guia para pesquisadores**. São Paulo: Dedone; 2008. p. 33-40.

FACCHINI, R. **Dossiê saúde das mulheres lésbicas: promoção da equidade e da integralidade**. Belo Horizonte; s.n; 2006. 43 p. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-736790>. Acesso em: 4 mai. 2022.

FACCHINI. R. FACCHINI, Regina. Mulheres, diversidade sexual, saúde e visibilidade social. **Homossexualidade: produção cultural, cidadania e saúde**, p. 34-43, 2004.

FALQUET, J. Breve Resenha de Algumas Teorias Lésbicas. **Herética edições lésbicas e feministas. inde-pendentes**. México, 2013.

FERREIRA. J. S.; LADEIA. L. E.G. As Implicações da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) na Dinâmica dos Serviços de Saúde. **Rev. Mult. Psic.** v. 12, n. 42. p.681-695, 2018.

FERREIRA. M. C. L. **Análise do Discurso e suas interfaces: o lugar do sujeito na trama do discurso**. Organon. 2010. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/organon/article/view/28636/17316>. Acesso em: 04 jun. 2022.

FREITAS. C.; MOREIRA, Andréa; MOURA, Samy; PINHEIRO, Ana; SILVA Maria. Percepção de mulheres quanto à sua vulnerabilidade às Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Esc. Anna Nery**, v. 25, n.1, Rio de Janeiro, 2021.

GALLO. A. J.; LACERDA, A.; BIGLIARDI, M. A Política Nacional de Saúde Integral LGBT Aplicada no NASF-AB. **Revista Contraponto** v. 8, n. 1, 2021.

GARCIA, R.P.N.A **(IN)visibilidade das Políticas Públicas de Saúde para mulheres lésbicas**. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito para obtenção do grau de bacharel em Serviço Social, na Universidade de Brasília, 2018.

GIONCO, C.C. **Mulheres Lésbicas e Reprodução Assistida: entre o direito de acesso e o desejo**. Departamento de Graduação em Serviço Social. Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina, 2018.

GRIJALVA, G. D. Dorotea. *Mi Cuerpo Es Un Territorio Político*. **Brecha Lesbica**, 2012.

GOMES, S. C. L *et al.* Conhecimento de mulheres sobre prevenção do câncer de colo de útero: Uma revisão integrativa. **Revista UNINGÁ Review** v.30, n.2, p.44-51, Piauí, 2017.

GORGOS, L. M; MARRAZZO, J. M. Sexually Transmitted Infections Among Women Who Have Sex With Women. **Clinical Infectious Diseases.**, Oxford, v. 53, n.3, p. 84-91, 2011.

GUTIERREZ. E, BARROS. C. BASSO, C. PINTO. V. Fatores associados às infecções sexualmente transmissíveis: inquérito populacional no município de São Paulo, Brasil. **Ciência e Saúde coletiva**, v. 23, n. 7, Rio de Janeiro, Jul. 2018.

HAUER. M. Saúde de mulheres lésbicas na atenção primária: Expectativas de usuárias do sistema único de saúde. Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th **Women's Worlds Congress (Anais Eletrônicos)** Florianópolis, 2017.

JACOBI, P. **Movimentos Sociais e Políticas Públicas: Demandas por Saneamento Básico e Saúde**, p. 1974-1984. São Paulo: Cortez, 1989.

KORNIJEZUK. P. N. **Do programa ao plano: A política de atenção integral à saúde da mulher (PAISM – PNAISM)**, contexto histórico, atores políticos, e a questão da menopausa. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-graduação em Sociologia, Porto Alegre, BR-RS, 2015.

LEÃO. E. M.; MARINHO, L. F. B. Saúde das mulheres no Brasil: subsídios para as políticas públicas de saúde. **Rev. Promoc. Saúde**. v. 3, n. 6, p.31-6, 2002.

LEITE, M.F. *et al.* Conhecimentos e Prática das Mulheres Sobre Câncer de Colo do Útero de uma Unidade Básica de Saúde. **Rev. bras. Crescimento desenvolv. hum.** v. 24, n. 2, p. 208-213, 2014.

LIONÇO. T. Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 17, n. 2, p.11-21, junho 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902008000200003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 jun. 2022.

LIMA, M. A. S., SALDANHA, A. A. W. (In)visibilidade Lésbica na Saúde: Análise de Fatores de Vulnerabilidade no Cuidado em Saúde Sexual de Lésbicas. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 40, n.1, 2020.

LORDE, A. 1982 b. "Interview by Susan Leigh Star", en Robin Ruth Linden et al. (compiladoras). *Against sadomasochism. A radical feminist analysis*. Palo Alto, California : Frog in the well. Lorde, Audre. 1984. *Sister Outsider: Essays and speeches*. New York: Crossing Press.

LORDE, Audre. **Sister outsider**. Berkeley. 1984.

LOURO, G. L. Heteronormatividade e homofobia. In: JUNQUEIRA, R. D. (org.). Diversidade sexual na educação. Brasília: MEC, Unesco, 2009. MARQUES, A. M. et al. A população lésbica em estudos da saúde: contributos para uma reflexão crítica. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 18, n.7, p. 2037-2047, 2013.

LÚCIO, S.P.F ZERBINATI, P.J. BRUNS, T.A.M. LEITE, S.V.R.C. Saúde sexual da mulher lésbica e/ou bissexual: Especificidades para o cuidado a saúde e educação sexual. **Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação**, Araraquara, v. 14, n. 2, p. 1465-1479, jul., 2019.

MASQUES, M. C. M. **Saúde da Mulher Lésbica na Atenção Básica de Cajazeiras**. Paraíba: Cajazeiras, 2016.

MATHIEU, Nicole-Claude. **L'anatomie politique: catégorisations et idéologies du sexe**. Editions Indigo & Côté-femmes, 1991.

MELO, A.P.L. "„Mulher mulher“ e „outras mulheres“: gênero e homossexualidade(s) no Programa de Saúde da Família [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2010.

MELO, A. P. L.; SANTOS, M. A.; BARBOSA, R.; LEMOS, A. C. S. **Cartilha de atenção à Saúde Integral das Lésbicas**. Recife, PE: COMLÉS-PE, 2017.

MELO, A. P. L. **Panorama da saúde das mulheres lésbicas e bissexuais no país**: apresentação de dados existentes e indicadores da saúde. In: Relatório da Oficina Atenção à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais realizada em Brasília de 23 a 25 de abril de 2014. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Brasil, 2014.

MELO. A. P. L. De “Mulher Mulher” e “Outras Mulheres”: gênero e homossexualidade(s) no Programa de Saúde da Família. 2010. 150f.

MELO. E.A.; Mendonça M. H. M.; Oliveira JR, Andrade G. C. L. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde Debate**. v. 42, n.1, p.38-51, 2018.

MORA, C. M.; MONTEIRO, S. Homoerotismo feminino, juventude e vulnerabilidade às DST/Aids. **Revista Estudos Feministas**, v. 21, n. 3, p. 905-22, 2013.

MENDONÇA, M. H. M.; Vasconcelos, M. M.; VIANA, D. L. A. Atenção Primária a Saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 82 p.: il. – (C. Projetos, Programas e Relatórios).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)** [S. l.], p. 1, 20 nov. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/i/infeccoes>

sexualmente-transmissíveis-1. Acesso em: 18 jun. 2022.

MUSSOKOPF, A. **Via(da)gens teológicas: Itinerários para uma teologia queer no Brasil.** São Paulo: Ponte Editorial, 2012.

MUZNY, C. A. Sexual behaviors, perception of sexually transmitted infection risk, and practice of safe sex among Southern Africa American women who have sex with women. **Sexually Transmitted Diseases**, Philadelphia, v. 40, n. 5, p. 395-400, 2013.

NASCIMENTO, R. F.; GARCIA, M. R.V. Homo/Transexualidade e Família: Análise de um grupo voltado a pais e mães de LGBTs. **Laplage em Revista** (Sorocaba), vol.4, n.3, set.- dez, p.209-224, 2018.

NASCIMENTO, V.B, Martins NVN, Ciosak SI, Nichiata LYI, Oliveira JSS, Bezerra LO et al. Vulnerabilidades de mulheres quilombolas no interior da Amazônia às infecções sexualmente transmissíveis: um relato de experiência. **IJHE-Interdisciplinary Journal of Health Education**. v. 2, n.1, p. 68-73, 2017.

NÓBREGA, B.S.M, OLIVEIRA.J.L, ALMEIDA. R.O, Abdalla FTM, Nichiata LYI, Carvalho PMG. Prevention of sexually transmitted diseases by homosexual and bisexual women: a descriptive study. **Online Braz J Nurs**. v.12, n. 4, p. 931-41, 2013.

NOGUEIRA, S. J. F. **A saga da beleza: um estudo das transformações corporais na „experiência travesti“** [dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2009. 135 p.12.

NOGUEIRA, S. J.F.; ARAGÃO, P. A. T. Política Nacional de Saúde Integral LGBT: O que ocorre na prática sob o prisma de usuários (as) e profissionais de saúde. **Saúde e Pesquisa**, Maringá (PR) 2019.

OSIS, M. J. D., 1994. **Atenção Integral à Saúde da Mulher, o Conceito e o Programa: História de uma Intervenção.** Dissertação de Mestrado, Campinas: Departamento de Antropologia Social, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas.

PIOVESAN, F. **Os direitos reprodutivos como direitos humanos.** Buglione S, organizadora. Reprodução e Sexualidade: Uma questão de Justiça. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Editor e Themis-Assessoria Jurídica e Estudos de Gênero, 2002.

PINTO, V. M. **Aspectos epidemiológicos das doenças sexualmente transmissíveis em mulheres que fazem sexo com mulheres** (Dissertação de mestrado). Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2004.

RAVINDRAN, T. K. , Women's health policies: organising for change. **Reproductive Health Matters**. v. 6 p. 7-11, 1995.

REIS T., org. **Manual de Comunicação LGBTI+.** Curitiba: Aliança Nacional LGBTI / GayLatino, 2018.

RICH, A. 1983. **Sobre mentiras, secretos y silencios.** Barcelona : Icaria Antrazyt. 358 p.

RIPLEY, V. *et al.* Promoting sexual health in women who have sex with women (WSW). **Nursing Standard**, Reino Unido, v. 25, n. 51, p. 41-6, 2011.

RODRIGUES, B.C. *et al.* Educação em Saúde para a Prevenção do Câncer Cérvico-uterino. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v.36, n.1. p. 149-154, 2012.

ROWEN, T. S. *et al.* Use of barrier protection for sexual activity among women who have sex with women. **International Journal of Gynecology and Obstetrics, Massachusetts**, v. 120,n. 1, p. 42-5, 2013.

SANTOS, A.R. *et al.* **Implicações bioéticas no atendimento de saúde ao público LGBTT**. Ver Bioét [Internet]. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.r/pdf/bioet/v23n2/1983-8034-bioet-23-2-0400.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2022.

SAUNDERS, T. L. Epistemologia negra sapatão como vetor de uma práxis humana libertária. **Revista Periódicus**, v.1, n.7, p. 102–116, 2017.

SENA, A. G. N. ; SOUTO, K. M. B. Avanços e desafios da implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT. **Tempus, actas de saúde colet, Brasília**, v.11, n.1, p. 09-28, mar, 2017.

SILBERMAN, P.; BUEDO, P.; BURGOS, L. Barreras en la atención de la salud sexual en Argentina: percepción de las mujeres que tienen sexo con mujeres. **Revista de Salud Pública**, v. 18, n. 1, 2016.

SILVA, M. J. M.S. **Saúde das mulheres lésbicas no Brasil**. [2015?] . Disponível em: <https://seminario2015.ccsa.ufrn.br/assets/upload/papers/ccf0695946978f0c9782201fe4de0dae.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2022.

SILVA, M.L.; SILVA, S.S. **Imagens em comunicação e saúde: lésbicas e bissexuais no Sistema Único de Saúde no Brasil**. olhares freirianos, 2013. 15p.

SILVA, M. J. M. Saúde das Mulheres Lésbicas no Brasil. In: XX Seminário de pesquisa do CCSA. Rio Grande do Norte. **Anais CCSA**. (2015).

SILVA, T. B. A; JESUS, S. J. **Prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis entre mulheres bissexuais e lésbicas**. Universidade de Anhembi Morumbi. Projeto de pesquisa apresentado como exigência para a disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso I, do curso de Biomedicina, São Paulo, 2022.

SILVA, V.L; BARBOSA, N. S. R. B. Sobrevivência no armário: dores do silêncio LGBT em uma sociedade de religiosidade heteronormativa. **Estudos de Religião**, v. 30, n. 3, p. 129-154, set.-dez. 2016.

SIMÃO, C.L. **A importância do sexo seguro na saúde da mulher lésbica: Uma análise sobre a perspectiva das mulheres no atendimento dos(as) profissionais ginecologistas**. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Educação Sexual da Faculdade de Ciências e Letras – UNESP Araraquara, 2021.

SIMÕES, J.A; FACCHINI, R. **Na trilha do arco-íris: Do movimento homossexual ao LGBT** / Júlio Assis Simões, Regina Facchini. – São Paulo: Editora Fundasenação Perseu Abramo, 2009. 196 p. – (Coleção História do Povo Brasileiro).

SOBRINHO, D. F., **Estado e População: uma História do Planejamento Familiar no Brasil**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos/FNUAP, 1993.

TEIXEIRA, A. M; MORAIS, J. S. N.; TEIXEIRA, M. P. M. **Transexualidade e travestilidade na saúde**. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. p. 83-98.11.

TEODORO, I. P. P.; FELIPE, N. K. S.; TEODORO, L. P. (2014). Percepção das Mulheres Homoafetivas Frente a Assistência de Enfermagem na Saúde da Mulher. **Revista de Psicologia**. v. 22. n.8. p.130-144, 2018.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. 190-198, 2004.

TRAVASSOS, C.; VIACAVAL, F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. **Cad Saude Publica**. v. 23, n. 10, p. 2490-502, 2007.

VALADÃO. R.C; GOMES, R. A homossexualidade feminina no campo da saúde: da invisibilidade à violência. **Physis**. v. 21, n. 4, p. 1451-6, 2011.

VIANA. A. L. D.; DAL POZ. M. R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Rev. Saúde Coletiva**, v.15, p. 225- 264, 2005.

ZAMIGNANI, D. R. **Moção de repúdio à decisão proferida pelo Juiz Waldemar Cláudio de Carvalho, referente à interpretação da Resolução 001/1999. 23 de setembro de 2017**. Disponível em: <https://abpmc.org.br/>. Acesso em: 20 jun. 2022.

APÊNDICE A

Questionário Mulheres Lésbicas e Bissexuais

Idade _____

Identidade de gênero: _____

Orientação Sexual: _____

Cor/raça: _____

Data: _____

Entrevistador: _____

1. Você teve dificuldades no início da sua vida sexual? Gostaria de Falar sobre isso?
2. Você teve a oportunidade de abordar essas questões com algum profissional de saúde? Se sim, como foi essa experiência? Se não, porquê?
3. Você faz uso do Sistema Único de Saúde (SUS)?
4. Você recebeu alguma orientação no serviço de saúde sobre IST?
5. Você já foi diagnosticado com alguma Infecção Sexualmente Transmissível? Caso sim, como foi sua experiência com o serviço de saúde?
6. Você já foi questionada sobre sua sexualidade e/ou identidade de gênero no ato de uma consulta médica ou qualquer outro procedimento de saúde?
7. Você necessitou de algum atendimento específico a sua sexualidade e/ou identidade de gênero, e teve um atendimento baseado nas normas heterossexuais?
8. Você já foi a uma consulta ginecológica? Caso sim, vivenciou alguma situação que lhe causou constrangimento?
9. Você já mentiu sobre sua sexualidade durante uma consulta por medo de julgamentos?
10. Você já sofreu alguma discriminação por sua identidade de gênero e/ou Sexualidade por parte de algum profissional de saúde?
11. Você tem acesso a quais preservativos através do Sistema Único de Saúde?
12. Você realiza exames preventivos? Caso sim, com que frequência?
13. Conte um pouco mais sobre outras experiências com os serviços de saúde.
14. Faltou perguntar algo que você gostaria de comentar?