



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CÂMPUS UNIVERSITÁRIO DE MIRACEMA DO TOCANTINS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

GYSELLY PEREIRA DE OLIVEIRA

**MULHERES LÉSBICAS E DIFICULDADES DE ACESSO À SAÚDE: IMPACTOS
NA SAÚDE MENTAL**

MIRACEMA DO TOCANTINS, TO

2023

Gyselly Pereira de Oliveira

Mulheres lésbicas e dificuldades de acesso à saúde: impactos na saúde mental

Monografia apresentada à UFT - Universidade Federal do Tocantins, Câmpus Universitário de Miracema, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Psicologia, sob orientação da Prof.^a Dr.^a. Juliana Biazze Feitosa.

Miracema do Tocantins, TO

2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins

- O48m Oliveira, Gyselly Pereira de.
Mulheres lésbicas e dificuldades de acesso à saúde: impactos na saúde mental. / Gyselly Pereira de Oliveira. – Miracema, TO, 2023.
46 f.

Monografia Graduação - Universidade Federal do Tocantins – Câmpus Universitário de Miracema - Curso de Psicologia, 2023.
Orientador: Juliana Biazze Feitosa

1. Lésbicas. Saúde de mulheres. saúde mental. 2. Saúde sexual e reprodutiva. 3. Visibilidade. 4. Prevenção. I. Título

CDD 150

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

GYSELLY PEREIRA DE OLIVEIRA

MULHERES LÉSBICAS E DIFICULDADES DE ACESSO À SAÚDE:
IMPACTOS NA SAÚDE MENTAL

Monografia foi avaliada e apresentada à UFT – Universidade Federal do Tocantins – Câmpus Universitário de Miracema, Curso de Psicologia, para obtenção do título de Psicóloga e aprovada em sua forma final pelo Orientador e pela Banca Examinadora.

Data de aprovação: 05/07/2023

Banca Examinadora:


Prof. Me. Cauê Rodrigues

Documento assinado digitalmente
 CAROLINA SOUZA PEDREIRA
Data: 07/07/2023 12:42:39-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Profª. Dra. Carolina Souza Pedreira

Documento assinado digitalmente
 JULIANA BIAZZE FEITOSA
Data: 05/07/2023 16:53:20-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Profª. Dra. Juliana Biazze Feitosa
Professor Orientador
Presidente da Banca

AGRADECIMENTOS

Como estudante de Psicologia, que teve que se deslocar para Miracema, minha trajetória até aqui sempre foi carregada por várias sensações e sentimentos, choro, alegria por vezes desespero, mas um sentimento de pertencimento ao lugar que tive que me adaptar, mas que se tornou o meu lar por todo esse período e, sobretudo as pessoas incríveis que tive o privilégio de conhecer e que durante esse percurso me atravessaram de alguma forma, me acolheram em determinadas situações e foi minha rede de apoio.

Agradeço aos meus pais, minha mãe Gilvana que foi meu apoio presente mesmo distante, e me incentivou e enxergou capacidades em mim, e meu Pai Luis Carlos, que é também minha rede de apoio e meu alicerce.

A minha vózinha Emiliana que é minha referência de força, coragem e motivação. A minha Namorada Kássia Mariana, minha rede de apoio, que deixou essa caminhada mais leve, sempre me encorajando e acreditando em mim. Obrigada pelo companheirismo.

A minha amiga Socorrinha, que foi minha família fora de casa, me acolheu, é minha rede de apoio desde sempre e meu ombro em momentos difíceis. Agradeço também aos amigos que a psicologia me proporcionou e que foram minha rede de apoio na universidade, George Arão, Sibelle Couto, William Lira e Tales. Obrigada por todos os momentos de aprendizado e companheirismo.

Agradeço a todos os professores que perpassaram durante essa caminhada, somando, compartilhando conhecimentos, corrigindo e planejando ações para que a caminhada pela universidade fosse mais leve, aprender e ouvi-los e ouvi-las foi essencial para a minha formação como futura psicóloga. Nunca me esquecerei dos ensinamentos e das orientações, debates em salas riquíssimas que tivemos durante o curso.

A Cristina Vianna que me orientou na construção da pesquisa em TCC 1 e as professoras que fizeram parte da minha banca de qualificação Elizangela Mattos e Bruna Irineu, que contribuíram para construção do mesmo.

A minha orientadora Profa. Dra. Juliana Biazze Feitosa, obrigada por ter aceitado ser minha orientadora no TCC 2, por suas orientações e correções, pela paciência e compreensão e por às vezes me tranquilizar com muita sabedoria e empatia e me guiar neste percurso. Aos componentes da banca Professor Cauê Rodrigues e Professora Carolina Pedreira; desde já agradeço à disposição e as contribuições.

“Ser grato é saber reconhecer a importância de todas as fases da sua vida” (Bruna Andreoli).

E era a gaiola e era a vida era a gaiola e era o muro a cerca e o preconceito e era o filho a família e a aliança e era a grade a fila e era o conceito e era o relógio o horário o apontamento e era o estatuto a lei e o mandamento e a tabuleta dizendo é proibido.

E era a vida era o mundo e era a gaiola e era a casa o nome a vestimenta e era o imposto o aluguel a ferramenta e era o orgulho e o coração fechado e o sentimento trancado a cadeado.

E era o amor e o desamor e o medo de magoar e eram os laços e o sinal de não passar. E era a vida era a vida o mundo e a gaiola e era a vida e a vida era a gaiola.

A Gaiola – (CAMPELLO, Maria do Carmo B.C. de).

RESUMO

A presente pesquisa tem como objetivo entender como a saúde mental de mulheres lésbicas é impactada pela falta de informações sobre saúde sexual e reprodutiva e pela qualidade dos serviços de saúde prestados e se o preconceito e a discriminação interferem na qualidade do atendimento de saúde sexual e reprodutiva dessas mulheres. O caminho metodológico que adotamos foi a revisão bibliográfica do tipo exploratória, descritiva e qualitativa. Para tanto, buscamos a produção de artigos científicos, em língua portuguesa, sobre a saúde das mulheres lésbicas indexados nas plataformas digitais, no período compreendido entre 2006 e 2023, uma vez que a produção está concentrada nessa temporalidade, considerando que 2006 foi o ano da publicação do Dossiê Saúde das Mulheres Lésbicas - Promoção da Equidade e da Integralidade, publicado pela Rede Feminista de Saúde. Nossa análise se sustentou nas diretrizes do Ministério da Saúde e em autores que abordam o tema em estudo na perspectiva do feminismo. A partir do desenvolvimento de nossa pesquisa constatamos que os estudos sobre a temática das mulheres lésbicas totalizam um número muito inexpressivo, se comparado aos estudos sobre a homossexualidade masculina, o que indica um duplo preconceito. Além da invisibilidade nas pesquisas científicas, também a identificamos no que se refere às políticas públicas e tecnologias de prevenção às ISTs/AIDS direcionadas a esse segmento social. Verificamos que a saúde mental de mulheres lésbicas é afetada negativamente pela falta de informações sobre saúde sexual e reprodutiva e de acolhimento e orientação sexual divergente da norma estabelecida, especialmente se analisada a partir dos determinantes sociais de saúde. Ao contrário do que preveem as diretrizes da política de saúde, os serviços de saúde protagonizam episódios de discriminação, invisibilidades e violência institucional, apesar desse fenômeno ocorrer nos mais diversos espaços de interação do cotidiano dessas mulheres: como no trabalho e demais círculos sociais que convivem. O receio de falar sobre sua sexualidade dentro dos serviços e a violência psicológica/emocional devido à orientação sexual que apresentam, também foram colocados como determinantes para uma falta de acesso aos serviços de saúde, informações preventivas, acolhimento e cuidado. Por fim, destacamos que a singularidade da mulher lésbica precisa ser respeitada e o cuidado em saúde deve ser inclusivo, integral e humanizado.

Palavras-chave: Lésbicas. Saúde de mulheres. Saúde mental.

ABSTRACT

This research aims to understand how the mental health of lesbian women is impacted by the lack of information about sexual and reproductive health and the quality of health services provided and whether prejudice and discrimination interfere with the quality of sexual and reproductive health care of these women. The methodological path we adopted was an exploratory, descriptive and qualitative bibliographic review. To this end, we sought the production of scientific articles, in Portuguese, on the health of lesbian women indexed on digital platforms, in the period between 2006 and 2023, since the production is concentrated in this temporality, considering that 2006 was the year of publication of the Lesbian Women's Health Dossier - Promotion of Equity and Integrality, published by the Feminist Health Network. Our analysis was based on the guidelines of the Ministry of Health and on authors who approach the subject under study from a feminist perspective. From the development of our research, we found that studies on the subject of lesbian women total a very insignificant number, if compared to studies on male homosexuality, which indicates a double prejudice. In addition to the invisibility in scientific research, we also identified it with regard to public policies and technologies to prevent STIs/AIDS directed at this social segment. We verified that the mental health of lesbian women is negatively affected by the lack of information about sexual and reproductive health and reception and sexual orientation that deviates from the established norm, especially if analyzed from the perspective of social determinants of health. Contrary to what the health policy guidelines predict, health services are the protagonists of episodes of discrimination, invisibilities and institutional violence, despite this phenomenon occurring in the most diverse spaces of interaction in the daily lives of these women: such as at work and other social circles that coexist. The fear of talking about their sexuality within the services and the psychological/emotional violence due to their sexual orientation were also identified as determinants for a lack of access to health services, preventive information, reception and care. Finally, we emphasize that the uniqueness of the lesbian woman needs to be respected and health care must be inclusive, integral and humanized.

Keywords: Lesbians. Women's health. Mental health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Papilomavírus Humano
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CFL	Coletivo de Feministas Lésbicas
SUS	Sistema Único de saúde
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher.
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNPM	Plano Nacional de Políticas para as Mulheres
PSF	Programa Saúde da Família (PSF)
SUS	Sistema Único de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
LGBTQIA+	Gays, Bissexuais, Transexuais, Travestis e Transgêneros, Intersexuais, Assexuais e o símbolo + simboliza as demais orientações sexuais e identidades de gênero.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	09
1.1	Percurso metodológico	14
2	SAÚDE DE MULHERES LÉSBICAS, INVISIBILIDADE E ACESSO	20
3	MULHERES LÉSBICAS E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE MENTAL	29
4	PREVENÇÃO SEXUAL E REPRODUTIVA; PROFISSIONAIS DE SAÚDE E A QUALIDADE NO ATENDIMENTO DE MULHERES LÉSBICAS	33
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
	REFERÊNCIAS.....	42

1. INTRODUÇÃO

A escolha do tema a ser pesquisado nunca é uma escolha aleatória. Acredito que, portanto, antes de qualquer coisa, é importante demarcar o local de onde falo e minha relação para com o tema a ser estudado. O interesse pela temática surgiu de alguns relatos de mulheres lésbicas dentro de grupos de minha convivência, que fortalecem a invisibilidade que a falta de informação e qualidade no atendimento produzem no que se refere à saúde integral dessas mulheres. Além disso, a preocupação com a conjuntura atual dos serviços de saúde, com posturas de atendimento desigual, com discriminações, invisibilidades e silenciamento, me motivou a realizar a pesquisa. Desse modo, se faz necessário a quebra dos estigmas que perpassam o sistema de saúde em relação a essa população e que elas se sintam acolhidas, informadas e que possam ter qualidade de vida sexual, segura e ativa.

Neste trabalho debatemos sobre saúde sexual reprodutiva e mental de mulheres lésbicas, procurando entender como a saúde mental de mulheres lésbicas é impactada pela falta de informações sobre saúde sexual e reprodutiva e pela qualidade dos serviços de saúde prestados e se o preconceito e a discriminação interferem na qualidade do atendimento de saúde sexual e reprodutiva dessas mulheres. O direito à saúde no Brasil é fruto da luta do Movimento da Reforma Sanitária e está garantido na Constituição de 1988. No texto constitucional a saúde é entendida de maneira ampliada e não apenas como assistência médico sanitária. Nesta concepção, saúde é decorrente do acesso das pessoas e coletividades aos bens e serviços públicos oferecidos pelas políticas sociais universais. A Saúde, Previdência e Assistência Social integram o Sistema de Seguridade Social e esta conquista representa o compromisso e a responsabilidade do Estado com o bem-estar da população (BRASIL, 1988, art. 194).

A identidade lésbica nasce com o movimento homoerótico feminino e ela tem estreita relação com a ideologia da visibilidade. Esta identidade foi constituída sob condições adversas de rejeição e exclusão, tanto no âmbito privado – rejeição da rede familiar, exclusão de grupos de amigos, adiamento de projetos de carreira profissional – como também na esfera pública – exclusão de políticas públicas, discriminação social. Portanto, a subjetividade lésbica é interseccionada pelos sentimentos de rejeição e inconformismo, o que fez com que suas lutas vocalizassem a favor da sua aceitação. A população lésbica tem assumido maior visibilidade realizando inúmeras ações político-culturais de resistência para romper com a imposição da invisibilidade, a negação de direitos e a impunidade nos casos de homofobia/lesbofobia com atuante presença nos organismos de controle social e militância. O fortalecimento das lésbicas enquanto sujeitos políticos, materializado no processo de elaboração, implementação e controle

de políticas públicas, mobilizam essas mulheres para propor mudanças efetivas para o reconhecimento de suas especificidades (ALMEIDA; HEIBORN, 2008).

Apesar do exposto, as questões sobre a saúde da mulher são classificadas em relação à saúde de mulheres heterossexuais e excluem algumas preocupações específicas de mulheres lésbicas. Levam, dessa forma, à falta de conhecimento tanto das lésbicas quanto dos profissionais de saúde em relação às prevenções de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), uma vez que mulheres que fazem sexo com mulheres são menos propensas a receber procedimentos preventivos para câncer de mama e de colo do útero. O despreparo dos profissionais de saúde sobre práticas sexuais entre mulheres limita as orientações e programas preventivos que são ofertados a essas usuárias. Talvez por conta dessas situações, algumas “mulheres que fazem sexo com mulheres” não queiram ser vistas como lésbicas. Os temores de se tornarem alvos de atos violentos, podem levar “ao silêncio sobre as práticas e/ou desejos homoeróticos e a restrições que podem impactar negativamente as vivências amorosas” (BARBOSA; FACCHINI, 2006).

Ademais, de acordo com Almeida (2009) e Barbosa e Facchini (2006) as mulheres lésbicas apresentam níveis elevados de sofrimentos psíquicos pelas diversas violências enfrentadas nos âmbitos social, de trabalho e familiar, quando comparados à população heterossexual.

Lionço (2008) ressalta que a orientação sexual e a identidade de gênero, mais do que demandas para políticas públicas específicas, devem ser consideradas como determinantes associados à saúde. A mesma autora ainda salienta que os profissionais de saúde devem ter em seus currículos conteúdos a respeito do enfrentamento do preconceito relacionado à orientação sexual e à identidade de gênero, a fim de que não caiam em naturalizações ou preconceitos. Comparadas às mulheres heterossexuais, as lésbicas expressam níveis elevados de violências físicas e psicológicas, tanto nos espaços privados quanto nos lugares públicos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Como destaca Fernandes (2018), o Movimento de Lésbicas Feministas teve início no Brasil em fevereiro de 1979, quando as lésbicas denunciavam o apagamento das suas existências, as violências e discriminações sofridas pelo fato de serem mulheres e lésbicas e a mais completa ausência de políticas públicas e legislações que atendessem à essa população. O movimento feminista no Brasil e no mundo tem como pauta primeira as questões da sexualidade e suas interfaces com a saúde, porém as discussões com relação à lesbianidade ainda são incipientes. Embora tenham estado presentes desde as primeiras iniciativas do movimento homossexual no Brasil (finais dos anos de 1970), os primeiros grupos exclusivamente lésbicos

foram formados a partir de 1980, e o termo "lésbicas" foi incluído no nome do movimento apenas a partir de 1993, com o VII Encontro Brasileiro de Lésbicas e Homossexuais (FACCHINI; BARBOSA, 2006).

A sexualidade feminina foi abordada no Brasil sob a perspectiva de gênero e de saúde sexual no Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), na década de 1980, já que antes da criação do referido programa, as ações eram direcionadas à reprodução e à contracepção. Neste período, as reivindicações dos movimentos sociais, em especial o movimento feminista, nas questões como a sexualidade passam a ter centralidade na pauta política do movimento, sendo consideradas nas ações de prevenção das infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). Entretanto, essas ações direcionadas às mulheres permanecem restritas à saúde reprodutiva, desvalorizando a saúde sexual (BRASIL, 1984).

Almeida (2009) relata que, em 1994, uma publicação do Coletivo de Feministas Lésbicas (CFL) afirmou que, com relação à AIDS e ao HIV, existia “uma lacuna, completa ausência de serviços de educação e prevenção adequada às lésbicas, no combate não só da AIDS, mas das DSTs”. A publicação afirmou a importância da temática argumentando que o vírus e a Aids estavam se espalhando de forma incontrolável na população brasileira, “sem distinção de orientação sexual, idade, cor, classe social” e que entre as mulheres a incidência vinha aumentando mais rapidamente que entre os homens, sendo, portanto, errôneo acreditar que lésbicas são grupo de risco zero.

Desse modo, Melo (2010) observou, claramente, que a ideia de “prevenção é apenas para quem faz sexo com homens” não está apenas no imaginário das usuárias. Alguns profissionais de saúde reproduzem essa concepção denotando a qualidade de “não sexo” às práticas entre mulheres, dispensando-as da necessidade do exame de “prevenção”. O autor retoma que é importante que esses enfoques sejam ampliados, considerando, por exemplo, aspectos relacionados aos contextos de violência (física, social, institucional e psíquica) que, muitas vezes, estão interligados a outros agravos relacionados à saúde mental, uso de álcool e outras substâncias ou outros problemas orgânicos e psicossomáticos, favorecendo um conhecimento e direcionamento da atenção dessa população de maneira mais integral.

Conforme Barbosa e Koyama (2006), “a homossexualidade feminina e sua relação com a saúde, do ponto de vista da saúde pública, deve ser uma maior preocupação se comparada à homossexualidade masculina”. Barbosa e Facchini (2009) apontam que parte das dificuldades de acesso à saúde deve ser discutida no âmbito das fragilidades das políticas públicas de saúde no Brasil e, no caso das mulheres, de uma atenção à saúde quase restrita às suas dimensões

reprodutivas, apesar de duas décadas já terem passado desde a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM).

Desse modo, as questões referentes à saúde sexual desta parcela da população são preocupantes pela existência de poucas informações disponíveis sobre este assunto no Brasil, e por haver maior vulnerabilidade entre mulheres que fazem sexo com mulheres por conta da menor frequência de realização de exames preventivos, menos solicitação de exames pelos profissionais da área da saúde e por essas mulheres nem sempre realizarem os tratamentos, ou realizarem apenas quando surgem complicações com maiores agravos à sua saúde (BARBOSA e FACCHINI, 2009).

Almeida (2009) afirma que a falta de ambiente propício à especificidade lésbica na assistência à saúde pode fazer com que o atendimento seja superficial e as informações sejam negligenciadas bilateralmente, uma vez que as usuárias do serviço não se sentem à vontade para declarar sua sexualidade e falarem sobre suas vivências. Isso tanto pode acirrar as vulnerabilidades, inclusive no quesito saúde mental, assim como fazer com que os profissionais de saúde não prestem a essas usuárias uma assistência qualificada.

Para Valadão e Gomes (2010) pesquisar sobre saúde de mulheres lésbicas é um desafio. Sua invisibilidade social, atravessada por opressões de ordens diversas, revela-se em múltiplos cenários, inclusive o da saúde. Alguns trabalhos trazem à tona essa realidade e apontam falhas que vão desde a prática do atendimento, até várias práticas de violência, invisibilidade, preconceito e discriminação. Isto fortalece a importância das discussões sobre gênero, sexualidade, saúde das mulheres, em todos os âmbitos desde a universidade aos serviços de saúde, torna-se importante também para trazer reflexão e visibilidade ao que permeia a saúde da mulher lésbica. Debates sobre esse tema podem possibilitar as buscas de estratégias para o enfrentamento dessa problemática, e o tema deve ser discutido nos diversos contextos, dentre esses no ambiente universitário.

Barbosa e Facchini (2009), Facchini (2009), Melo (2010) Barbosa e Koyama (2006), Lionço (2008), Almeida (2009), e Bertolin et al. (2010) chamam a atenção para a necessidade de ampliação do debate político e do conhecimento relativo aos problemas que essa população tem para acessar cuidados adequados às suas necessidades de saúde. Apontam também para a necessidade de refinar a abordagem da questão do acesso a cuidados ginecológicos entre mulheres que fazem sexo com mulheres, levando em conta a diversidade dessas mulheres, de suas experiências e as diferentes representações que têm sobre o próprio corpo, o risco de adoecimento e o papel da busca por cuidados ginecológicos, de modo a produzir ações mais efetivas no sentido de reduzir as dificuldades ao acesso.

Portanto esses debates reforçam a importância de políticas públicas efetivas, que assegurem um atendimento de qualidade e tratamento digno. Através da deficiência de atendimento se coloca em risco à saúde física e psicológica dessa mulher, pois são atendimentos que se baseiam em um discurso heteronormativo, com a ideia de que essas mulheres não necessitam de exames, que poderiam diagnosticar precocemente doenças, ou até mesmo evitadas com a solicitação de exames preventivos e as devidas orientações de um sexo seguro.

Mulheres lésbicas tendem a reportar menor saúde mental e física, apesar disso, são menos propensas ou mesmo demoram mais a buscar cuidados básicos de saúde quando necessário, em comparação a mulheres heterossexuais (PIERRE, 2017; VAN DAM, KOH; DIBBLE, 2001). Mesmo quando buscam estes cuidados, frequentemente vivenciam empecilhos, tais como situações de discriminação, homofobia e/ou heterossexismo. Este costuma ser um dentre os motivos que levam mulheres pertencentes a minorias sexuais que procuram atendimento em saúde a omitir sua orientação sexual dos agentes de saúde. A discriminação e outras tantas formas de violências e violações dos direitos humanos vivenciados geram sofrimento psíquico e fazem com que as lésbicas não se reconheçam como sujeitos de direitos, perdendo o direito ao exercício da cidadania plena (BRASIL, 2009).

De acordo com Andrade (2010), as mulheres são as que mais recorrem ao serviço de atendimento de saúde mental. Trata-se de um fato reconhecido, porém pouco discutido, uma vez que a ideia de que o sofrimento faz parte da “natureza” feminina é algo que se encontra enraizado em nossa sociedade. A saúde mental das lésbicas é comprometida por vários fatores, resultantes da lesbofobia. É muito alta a quantidade de lésbicas em depressão e isolamento, mas pouco é falado sobre o adoecimento mental dessas mulheres, se comparado com a abordagem da saúde sexual e ginecológica.

O fator de saúde mental com o qual o acesso de mulheres lésbicas na saúde parece se relacionar é a homofobia internalizada (PIERRE, 2017). A internalização por mulheres lésbicas do estigma social homofóbico, juntamente com a ausência de acesso, são partes componentes do modelo de estresse de minoria. Indivíduos pertencentes às minorias sexuais são mais suscetíveis ao acúmulo de estresse devido à exposição em longo prazo à situações de discriminação e preconceito, o que por conseguinte reflete em prejuízos para a sua saúde mental (MEYER, 2003). Assim, a homofobia internalizada é apontada como preditora de menores indicadores de saúde psicológica em mulheres lésbicas e explica a menor busca por acesso aos serviços de saúde por esse grupo (BERGERON, 1999; WHICKER; AUBIN; SKERVEN, 2017).

Face ao exposto, a questão que pretendemos responder nesse estudo é: Como a falta de informações sobre saúde sexual e reprodutiva e a falta de acolhimento podem impactar a saúde mental de mulheres lésbicas?

A seguir apresentamos o caminho metodológico percorrido nesse estudo.

1.1 Percurso Metodológico

Trata-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica do tipo exploratória, descritiva e qualitativa. Boccato (2006) destaca que a pesquisa bibliográfica busca o levantamento e análise crítica dos documentos publicados sobre o tema a ser pesquisado, com intuito de atualizar, desenvolver o conhecimento e contribuir com a realização da pesquisa. Gomes e Santos (2013) assinalam que o levantamento bibliográfico pode produzir uma visão panorâmica acerca de um objeto de estudo, mantendo diálogo entre estudos culturais, identitários e históricos.

Amparadas em Selltiz *et al.* (1987) e Trivinos (1987), a presente pesquisa se configura como descritiva e exploratória por respectivamente se conduzir de forma a apresentar os dados exatamente da forma em que se encontram e encontrar os elementos necessários que permitem, em contato com determinada população, obter os resultados desejados.

A pesquisa qualitativa proporciona compreensão em profundidade do contexto do problema. É um método indutivo por excelência para entender o porquê o indivíduo age como age, pensa como pensa ou sente como sente, pois, respostas em profundidade são geradas apenas pela abordagem qualitativa (MINAYO, 2004). Ainda conforme a autora, na pesquisa qualitativa trabalha-se com uma realidade que dificilmente será quantificada, portanto, ela estuda dados através da análise de motivos, valores e atitudes de fenômenos da humanidade, a partir de uma realidade social que não se resume apenas a estatísticas, mas trabalha com descrição de símbolos e pensamentos teóricos (MINAYO, 2007). Dessa forma, a proposta de pesquisa visa proporcionar diálogos que poderão auxiliar no entendimento das especificidades de saúde da população lésbica, podendo também contribuir na manutenção de modelos de atenção à saúde.

Na pesquisa bibliográfica utilizamos fontes primárias, tais como: dados dos sistemas de informação das políticas públicas, especialmente da saúde, recortes de manifestações no instagram e depoimentos contidos em artigos científicos e revistas técnicas do Ministério da Saúde. Nossas fontes bibliográficas secundárias foram livros e artigos científicos, sendo o último buscado nas seguintes plataformas: Periódicos Eletrônicos de Psicologia (PePSIC), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em

Ciências da Saúde (LILACS); acessadas via Portal CAPES para garantir uma ampliação do corpo de artigos disponíveis, utilizando os descritores: lésbica, saúde de mulheres lésbicas e saúde mental.

Somente foram selecionados artigos em função de sua grande circulação, tanto no meio acadêmico como no profissional, no período de 2006 a 2023, uma vez que a produção está concentrada nessa temporalidade, considerando que 2006 foi o ano da publicação do Dossiê Saúde das Mulheres Lésbicas - Promoção da Equidade e da Integralidade, publicado pela Rede Feminista de Saúde, que contempla as lésbicas nas ações de saúde da mulher e apresenta dados que evidenciam as desigualdades de acesso aos serviços de saúde pelas lésbicas.

Primeiramente realizou-se uma leitura exploratória dos títulos e resumos, a partir da busca nas plataformas digitais, empregando os descritores supracitados, sendo localizados 36 artigos científicos, porém, destes apenas 10 tratavam especificamente do nosso tema de pesquisa, conforme demonstrado no quadro abaixo.

Quadro 01 - Dez artigos encontrados no Portal Periódicos CAPES

Título	Palavra- Chave	Autores	Periódico ou revista	Ano de Publicação
Dossiê saúde das mulheres lésbicas: promoção da equidade e da integralidade	Saúde. Mulheres lésbicas	FACHINNI, Regina; BARBOSA Maria Barbosa	Rede Feminista de Saúde 40p. ilus,tab.	2006
Relação usuária-profissional de saúde: experiência de uma mulher homossexual em uma unidade de saúde de referência de Fortaleza.	Saúde, mulheres lésbica, atenção a saúde.	ARAÚJO, et.al	Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. 2006	2006
Que direito à saúde para a população	Saúde, sexualidade,	LIONÇO; Tatiana	Saúde e Sociedade	2008

<p>LGBT?</p> <p>Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade.</p>	saude sexual.		São Paulo, v.17, n.2, p.11-21	
Argumentos em torno da possibilidade de infecção por DST e Aids entre mulheres que se auto definem como lésbicas.	Saúde, saúde sexual, mulheres lésbicas.	ALMEIDA;G	Revista de Saúde Coletiva Rio de Janeiro, 19:301-331	2009
Saúde mental e gênero: facetas gendradas do sofrimento psíquico	Saúde mental, gênero, saúde.	Zanello; Valeska. FUIZA; Gabriela; SOARES; Humberto.	Revista de Psicologia. 27, n. 3, p. 238-246, set.-dez. 2015.	2015
Saúde de mulheres lésbicas na atenção primária: expectativas de usuárias do sistema único de saúde	Saúde. Lésbicas. Sistema Único de Saúde. Atenção Primária à Saúde.	HAUER; Mariane	Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & Florianópolis, 2017, ISSN 2179-510	2017
Saúde das mulheres lésbicas e atenção à			Diversidade Sexual e de	2018

saúde: nem integralidade, nem equidade diante das invisibilidades.	Lésbicas; Sexualidade; Saúde pública.	FERNANDES; Marisa, DANTAS; Luiza. PAIVA; Maria Cecília.	Gênero vol. 19, n. 2 – dez. 2018.	
Abertura em mulheres lésbicas e suas implicações para a saúde mental, acesso ao serviço de saúde e prevenção sexual e reprodutiva.	Mulheres lésbicas, saúde; saúde mental.	SILVEIRA, Aline Pompeu	Ciências humanas: psicologia 8-dez-2019	2019
Acesso de mulheres lésbicas aos serviços de saúde à luz da literatura.	Homossexualidade feminina; Lésbicas; Acesso à atenção à saúde.	Silva; Adriana e Gomes; Romeu	Ciênc. saúde coletiva 15 Nov 202 1	2021
Vivências de atendimentos ginecológicos por mulheres lésbicas e bissexuais: (in) visibilidades e barreiras para o exercício do direito à saúde.	Lésbica; Bissexualidade; Sexualidade; Cuidado à Saúde;	RODRIGUES, Julliana. FALCÃO; Marcia	Saude soc. 30 (1) 5 Maio 202 1	2021

Fonte: Construído pela autora

Ao explorar os artigos encontrados, localizamos novas referências, que não foram localizadas na busca com os descritores nas plataformas digitais, conforme apresentamos:

Quadro 02 - Sete artigos científicos localizados a partir de leitura exploratória.

AGÉNOR, M. <i>et al.</i> Sexual Orientation Disparities in Papanicolaou Test Use Among US Women: The Role of Sexual and Reproductive Health Services. American Journal of Public Health , [s.l.], v. 104, n. 2, p. 68-73, 2014.
ALVAREZ, S. A política e o político na tessitura dos movimentos feministas no Brasil e na América Latina. In: GONÇALVES, E. (org). Desigualdade de gênero no Brasil: reflexões e experiências . Goiânia: Transas do Corpo, 2004. p. 15 – 32.
BENTO, A. P. A Saúde das Mulheres Lésbicas: uma pesquisa bibliográfica. Trabalho de conclusão de curso de pós graduação. UFRGS. Porto Alegre, 2012.
Rufino; AC. Et al Madeira, Trinidad, Santos R, Freitas I. Práticas sexuais e Cuidados de saúde de lésbicas . Epidemiol. Serv. Saúde vol.27.4 Brasília dez. 2018.
MELO, Ana Paula Lopes de. "Mulher Mulher" e "Outras Mulheres": gênero e homossexualidade(s) no Programa de Saúde da Família. [online]. Rio de Janeiro, 2010. 150f. UERJ/REDE SIRIUS/CBC. Disponível em: http://www.uerj.br/ .
MEYER, I. H. Preconceito, estresse social e saúde mental em populações de lésbicas, gays e bissexuais: questões conceituais e evidências de pesquisa. <i>Psychology Bulletin</i> , 129(5): 674-697. doi: 10.1037/0033-2909.129.5.674.2003.
VALADÃO, R. C.; GOMES, R. A homossexualidade feminina no campo da saúde: da invisibilidade à violência. <i>Physis Revista de Saúde Coletiva</i> , 21 [4], p. 1451-1467. Rio de Janeiro, 2011.

Fonte: Construído pela autora.

No que se refere aos artigos publicados em periódicos científicos, identificados Periódicos Eletrônicos de Psicologia (PePSIC), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); acessadas via Portal CAPES.

Sobre o tema de homossexualidade feminina e saúde, observa-se o pouco investimento dedicado à investigação do assunto. As publicações relacionadas a ele, além de escassas, tem sido um tema pouco explorado, se comparado às produções sobre homossexualidade masculina e sexualidades heterossexuais.

Esclarecemos que os artigos encontrados que se relacionavam com nossa pesquisa foram lidos na integralidade, fichados, categorizados e serviram de referência para a discussão crítica sobre o lesbianismo, sexualidade e saúde; sustentada nas diretrizes do Ministério da Saúde e em autores que abordam o tema na perspectiva do feminismo. O feminismo pode ser entendido, segundo Bell Hooks (2018), como um movimento que visa acabar com a opressão sexista e que apoia o direito de mulheres, e não um movimento anti-homens, como grande parte da sociedade imagina.

Nosso trabalho de conclusão de curso organiza-se da seguinte forma: no primeiro capítulo, intitulado saúde de mulheres lésbicas, invisibilidade e acesso, abordamos o tema: Saúde da mulher, com recorte para mulheres lésbicas, invisibilidade e acesso à saúde, partindo de concepções presentes nos discursos da ciência que repercutem diretamente em aspectos ligados à saúde da mulher, fazendo uma reflexão sobre a possível contribuição de tais movimentos e construção de políticas. Aproximando o olhar para os comportamentos e práticas afetivo-sexuais, entre mulheres, pontuo a importância do movimento social para a construção de políticas para a inclusão de demandas específicas de mulheres lésbicas no campo da saúde.

No segundo capítulo, denominado: Mulheres lésbicas e suas implicações para a saúde mental foi exposto a discussão sobre as questões de acesso e discriminações sofridas, visando fortalecer a ideia de que as questões de gênero afetam a saúde mental de mulheres lésbicas; assim como fazem com que elas deixem de buscar os serviços de saúde. No terceiro capítulo: prevenção sexual e reprodutiva; profissionais de saúde e a qualidade no atendimento de mulheres lésbicas. Abordaremos como se dá o acesso e a qualidade de atendimento prestada pelos profissionais, trazendo depoimentos de profissionais e mulheres lésbicas para ilustrar as discussões, bem como discutimos a promoção, prevenção e assistência à saúde sexual e reprodutiva de mulheres lésbicas.

Nas considerações finais destacamos a relevância do tema, a necessidade de aprofundamento das pesquisas, sob a perspectiva crítica, social e política, assim, compreende-se a necessidade de avanços na política de saúde, nas práticas de cuidado às mulheres lésbicas, não reproduzindo violência institucional. Reiteramos a necessidade de a mulher lésbica ter acesso pleno aos seus direitos e às políticas públicas que de fato às incluam.

2 SAÚDE DE MULHERES LÉSBICAS, INVISIBILIDADE E ACESSO

O campo dos estudos feministas, de gênero e sexualidade e, de análise de políticas dá início ao meu olhar, mais aprofundado, para compreender o percurso das lésbicas, na luta de reconhecimento e garantia de direitos, que se reflete na escassez de produção acadêmica sobre a temática e no cuidado dessa população em buscar de acesso aos serviços de saúde. Para tanto, é necessário entender quando as lésbicas aparecem nessas políticas.

O lesbianismo como movimento social aparece no final dos anos 1960 e associa-se ao movimento feminista. A luta do movimento lésbico transcende a afirmação sobre a escolha de sua orientação sexual ao criticar a misoginia, o patriarcado e a dominação masculina (FALQUET, 2014). Uma de suas pautas tem sido os direitos nas políticas de saúde que contemplem a diversidade feminina e a importância das práticas de cuidado nos serviços de saúde.

De acordo com Almeida e Heilborm (2008), a formulação das políticas de atenção à saúde de mulheres ainda é influenciada pela estrutura heteronormativa e, essa construção baseada na heteronormatividade, coloca as práticas sexuais não hegemônicas numa posição de subordinação. Os desdobramentos presentes nas práticas de cuidados estão relacionados ao não reconhecimento da diversidade das mulheres, às dificuldades na relação profissional de saúde e usuária, à negligência de atendimentos e à exclusão dos modos de vida que se distanciam da definição de normalidade em saúde.

A heterossexualidade como norma social, que produz a invisibilidade da lesbianidade e problematiza, inclusive, esse apagamento dentro do movimento feminista e trazem as correntes do movimento lésbico e como a mídia hegemônica reproduz discursos machistas e discriminatórios (ALMEIDA; HEILBORM, 2008, p. 29).

Como destaca Wittig (1992), a heterossexualidade é naturalizada de tal forma nas Ciências Sociais que, por mais que certos teóricos aceitem que não existe nada de “natural”, que tudo é cultura, dentro dessa cultura ainda existe uma relação que é excluída da análise social. Essa relação permanece dentro da cultura e se assemelha à natureza, não é considerada uma variável; essa é a relação heterossexual. Sendo assim, a inquietação presente no cotidiano dos serviços de saúde com posturas de atendimento desigual, com o silenciamento e a ausência de acolhimento a mulheres lésbicas, compromete a formação de vínculos efetivos, contribuindo para o cuidado da saúde baseado em princípios heterossexuais e podendo produzir o distanciamento das lésbicas do acesso à saúde.

Vale ressaltar que o 1º SENALE (Seminário Nacional de Lésbicas) aconteceu no Rio de Janeiro, em agosto de 1996, e teve como eixo de discussão o tema: “Visibilidade, Saúde e Organização”. Esse foi um espaço fundamental de debates que tinha como propósito contribuir na construção de uma sociedade com igualdade de direitos e respeito às diferenças. Sua realização constituiu um momento de fortalecer a organização política e de dar visibilidade à luta das mulheres lésbicas e à condição social/sexual. Durante o SENALE foram discutidos temas como: cidadania, prevenção de DST e HIV/Aids, trabalho e sexualidade, em mesas, palestras e oficinas.

Esse Seminário, realizado em 29 de agosto de 1996, marcou uma nova página na história da organização das lésbicas no Brasil e a conquista de um espaço de discussão voltado exclusivamente para as lésbicas. A partir deste dia, foi instituído o 29 de agosto como Dia Nacional da Visibilidade Lésbica. Desde então, a cada ano, nesta data simbólica, as lésbicas vão às ruas, com as suas bandeiras para exigir respeito à cidadania, políticas públicas específicas e ao absoluto respeito à sua forma de amar.

No Brasil, em 2004, foi lançada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que continha entre seus objetivos específicos promover a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV na população feminina, além de reduzir a morbidade por câncer nessa população. Em tal documento, estão listadas orientações específicas para a atenção à saúde de mulheres negras, indígenas e na terceira idade (Brasil, 2004). Apesar disso, em nenhum momento do documento é observada uma orientação específica à promoção de atenção à saúde de mulheres que se relacionam com mulheres.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2011) inclui um pequeno tópico relacionado à saúde de lésbicas. De acordo com o documento:

[...] é preciso que os serviços de saúde disponham de profissionais capacitados para o atendimento às mulheres, considerando a possibilidade de parte de a clientela ser composta por mulheres que fazem sexo com mulheres. Isso é necessário para que saibam atender às mulheres lésbicas dentro de suas especificidades, e respeitando seus direitos de cidadania (BRASIL, 2011, p. 49).

Estudos desenvolvidos por Sousa (2015) e Mello (2014) apontam o despreparo de profissionais da saúde para atender essa população, e trazem, ainda, os serviços de saúde como um dos principais contextos de ocorrência de discriminação com a população LGBT. Tanto a Política LGBT (BRASIL, 2010) quanto a Política de Saúde da Mulher (BRASIL, 2011) reconhecem que existem especificidades de lésbicas frente a diversidade de outros grupos populacionais; todavia, nenhuma delas traz informações precisas sobre quais são essas

especificidades e nem sobre como abordar essa população na prática. Ressaltamos ainda que a existência dessas políticas não garante que sejam, de fato, efetivadas. O campo da saúde lésbica parece repetir a história dos direitos sexuais e reprodutivos, ou seja, a sexualidade só conseguiu ser pautada e ter espaço entre os direitos humanos quando recorreu à mulher como vítima de diferentes formas de violência, seja ela física, psíquica ou institucional.

Facchini e Barbosa (2008) destacam que muitas das práticas sexuais realizadas por mulheres lésbicas não são consideradas sexuais para profissionais de saúde, as/os quais comumente tendem a reproduzir a crença de que um ato sexual envolve necessariamente um pênis penetrando uma vagina ou um ânus, sendo resultado de uma sociedade heteronormativa, que acaba perpassando essa invisibilidade lésbica, pois se mantém em um discurso baseado em uma lógica heteronormativa. Dessa forma, na contramão dos princípios do SUS, a saber: equidade, universalidade e integralidade, são possíveis supor que a atenção à saúde de mulheres lésbicas acaba sendo precária se comparada à de heterossexuais (BRASIL, 1988).

Devemos ter um olhar atento a homossexualidade feminina e sua relação com a saúde, devido à existência de vários fatores associados a diferentes problemas na saúde das mulheres, tais como: câncer de mama e colo do útero, menor utilização de serviços de saúde, uso abusivo de álcool e drogas ilícitas, tabagismo e níveis elevados de sofrimento psíquico (FACHINNI; BARBOSA, 2006). Ainda de acordo com as autoras, no Brasil, apesar de assegurada pelo Sistema Único de Saúde uma assistência universal, integral e equânime, em 2006, a invisibilidade e a ausência de políticas adequadas às mulheres lésbicas afetavam o atendimento nos serviços de saúde e a atuação dos profissionais, que, na ausência de informações sobre essa população, agem a partir de estereótipos socialmente disseminados.

Zanardo e Andrade (2013) consideram que há uma carência na abordagem dos temas referentes às diversidades sexuais durante a graduação dos profissionais de saúde, acarretando prejuízos à assistência que será prestada. Os autores propõem que haja a criação e execução de disciplinas que estimulem o aluno a afrontar seus conceitos de mundo, bem como, aprender pela prática a questionar valores ditados até então por uma educação formal e informal. Acredita-se que somente através de um processo reflexivo acerca de seus próprios atos e ideias é que o profissional será capaz de exercer a arte de cuidar.

Para Bertolin et al (2010), a consulta ginecológica é, para a paciente e para o profissional, um momento delicado. O diálogo é muito importante para fortalecer a relação interpessoal, de forma que essas mulheres fiquem à vontade para falar abertamente sobre sua orientação sexual e expor suas inquietações, pois para a maioria delas é um momento de exposição da intimidade física e comportamental. Comumente, no atendimento às mulheres

lésbicas os profissionais não questionam sua sexualidade, acreditando que todas as mulheres são heterossexuais. A mulher por sua vez sente vergonha ou medo de revelar sua orientação sexual e ser maltratada; o que acaba tornando a assistência fragmentada e descontextualizada, haja vista que serão ofertadas informações que não são de interesse dessa mulher.

Autores como Sousa et al (2014) afirmam que durante a consulta da mulher homossexual deve haver a utilização de técnicas e habilidades específicas na entrevista para garantir uma adequada anamnese e condução das orientações. Para tanto, os profissionais devem estar habilitados para reconhecer as necessidades especiais deste grupo e saber como atender aos seus anseios.

Considerando que a política de saúde é pautada na satisfação das demandas apresentadas pela população, é preciso analisar os seus pormenores em relação às demandas e especificidades da saúde das lésbicas e como estas vêm sendo contempladas, pois existem evidências de desigualdades de acesso aos serviços de saúde e a necessidade de medidas para ampliar a cobertura de atenção à saúde e promover a equidade. O movimento feminista mostra que quando as lésbicas procuram os serviços de saúde, suas necessidades não estão sendo atendidas e sua orientação sexual é invisibilizada (REDE FEMINISTA, 2006).

Desse modo, o não reconhecimento das demandas e especificidades de saúde das mulheres lésbicas vem contribuindo para a baixa procura dessas mulheres aos serviços de saúde e contrapõe os postulados de equidade, previstos na Constituição Federal (BRASIL, 1988) e na Carta dos Usuários do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2009); o que acaba impossibilitando o acesso à saúde, aumentando a vulnerabilidade, devido ao preconceito, à discriminação e ao desconhecimento.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (2012), atualmente nomeada como Atenção Primária à Saúde (APS), esta deve se orientar por princípios que garantam um atendimento humanizado e com participação social, prezando pelo vínculo com a comunidade e considerando “o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral” (BRASIL, 2012, p. 20). O acesso de toda e qualquer pessoa à saúde, respeitando suas necessidades e particularidades, deveria ser garantido, porém, na APS, as ações em saúde direcionadas às mulheres estão relacionadas, sobretudo aos aspectos reprodutivos. Essas ações são voltadas para um modelo de mulher adulta, mãe (ou futura mãe) e heterossexual, deixando em segundo plano todas àquelas que não se encaixam nesses quesitos, como as mulheres lésbicas (LOURO 2009; MELLO, 2014).

Ao observar a realidade dos serviços de saúde, acredita-se faltar (in) formação profissional e conhecimento da população sobre seus direitos. O investimento para melhoria do

atendimento deve acontecer principalmente no nível da atenção primária de saúde (APS), visto que geralmente é onde se dá o primeiro contato das usuárias com o sistema de saúde e é também onde são oferecidas ações de promoção, prevenção e tratamento.

É inquestionável que a experiência do processo de visibilidade da existência lésbica nas políticas de saúde, pela inclusão e pelo reconhecimento do gênero e da sexualidade como marcadores sociais, que incidem na determinação do processo de saúde-adoecimento-cuidado da população LGBT, é uma conquista, contudo isso não foi suficiente para qualificar o acesso em relação à saúde dessa população (CARVALHO; CALDERARO; SOUZA, 2013).

De acordo com Hauer (2017), a saúde de mulheres lésbicas no Brasil é um ponto que merece atenção. As inúmeras formas de apagamento sofridas por essa população em diversos contextos chegam também ao cenário do Sistema Único de Saúde (SUS), considerando que suas especificidades nem sempre são atendidas nos serviços. Sendo a Atenção Primária a principal porta de acesso ao SUS, entende-se que é fundamental contemplar essas mulheres integralmente nesse nível de atenção, como já previsto em algumas políticas. Para Silva e Gomes (2019) apesar dos avanços em relação a políticas e protocolos de atendimento a essa população, para a garantia da equidade e de integralidade, as diversidades sexual e de gênero devem ser amplamente debatidas nos espaços sociais, de formação e de atenção à saúde.

O Dossiê Saúde das Mulheres Lésbicas – Promoção da Equidade e da Integralidade (2006), publicado pela Rede Feminista de Saúde, apresenta dados que evidenciam as desigualdades de acesso aos serviços de saúde pelas lésbicas. No Brasil, das mulheres lésbicas que buscaram atendimento ginecológico, 40% a 60% não revelaram sua orientação sexual. Dentre as que revelaram, apenas 5,1% quando o profissional perguntou, e mais da metade relatou reações negativas ou de surpresa por parte deste. Em geral, os profissionais de saúde não perguntam sobre orientação sexual e, quando as mulheres a revelam, enfrentam reações negativas e falta de informação qualificada. Dessa forma, lésbicas evitam contatos com o sistema de saúde, e a temática da homossexualidade tende a ser evitada ou omitida nos encontros clínicos.

Diante do exposto, observa-se que o campo da saúde apresenta dificuldades em abordar a homossexualidade feminina no cuidado integral à saúde. Para as lésbicas, é um desafio reconhecer nas instituições de saúde espaços seguro de acolhimento e cuidado. Essas mulheres evitam buscar atendimento e, quando o fazem, o sentimento é de ansiedade e medo. Se a sexualidade feminina é abordada de maneira tímida pelo campo da saúde, a homossexualidade e o homoerotismo feminino enfrentam o preconceito e a marginalização de uma sociedade

marcada pela heterocisnormatividade*. Para visibilizar as especificidades da vivência da homossexualidade feminina, que intersecciona o sexismo, a misoginia e a homofobia, criaram-se o termo “lesbofobia”.

Os estudos conduzidos por Facchini e Barbosa (2006) reportam que o movimento lésbico vem apontando para o fato de que características como silêncio e mistério estejam associadas ao homoerotismo feminino e às relações afetivas e/ou sexuais entre mulheres, em nossa sociedade:

“Temores relacionados ao preconceito, e seus efeitos na vida cotidiana e nas relações sociais levariam ao silêncio sobre as práticas e/ou desejos homoeróticos e a restrições que podem impactar negativamente as vivências amorosas. A invisibilidade individual contribuiria assim para a vulnerabilidade individual dessas mulheres e para a invisibilidade social, que por sua vez dificultaria o atendimento de suas necessidades por parte de programas e políticas públicas, reforçando a vulnerabilidade social e individual”. (FACCHINI E BARBOSA, 2006 p.27).

Para Almeida (2009), um dos maiores entraves aos avanços na dimensão social do adoecimento de lésbicas diz respeito à própria assunção dessa identidade pelas mulheres:

Se as "mulheres que fazem sexo com mulheres" nem sempre se definem e querem ser vistas como lésbicas, torna-se difícil utilizar indicadores capazes de revelar o perfil da população lésbica no que se refere ao acesso à informação, bem como revelar seus gastos sociais e de saúde, seu acesso aos serviços de saúde, seu índice de desenvolvimento humano e a relação entre gastos com educação e saúde deste "grupo". (ALMEIDA, 2009p. 82).

Os artigos científicos de Facchini e Barbosa (2006), Almeida (2009) e Melo (2010) ressaltaram a atuação do movimento social junto ao Estado, buscando transformar um corpo tido como imune às DST/Aids em um corpo vulnerável à possibilidade dessa transmissão, fato que abriu caminho para afirmação de uma identidade social e política com necessidades específicas no campo da saúde. Diante disso, o Ministério da Saúde passou a recomendar aconselhamento de prevenção de DST/Aids na rotina dos serviços de assistência à saúde da mulher, e uma abordagem voltada às necessidades de cada paciente de acordo com a sua orientação sexual e que deve também envolver temas relacionados aos aspectos sociais e comportamentais de mulheres homossexuais, bem como garantir a qualidade do atendimento a essa população (BRASIL, 2003, p. 58).

A inclusão do quesito orientação sexual ou experiências de parceria sexual com pessoas do mesmo sexo pode trazer um elemento diferente para a abordagem do

* O conceito de heterocentrismo, relacionado a um sistema afetivo e ideológico que impõe a heterossexualidade como superior, é diferente do de "heterossexismo", porque este se refere apenas à estigmatização das pessoas LGBT, no sentido da inferiorização (Herek, 2004).

profissional de saúde que tanto pode favorecer uma ação diferenciada, fugindo ao lugar comum da intervenção hetero-orientada que muitas vezes não diz respeito às vivências de mulheres que se reconhecem como homossexuais, como também pode visualizar melhor possíveis relações entre saúde, adoecimento, comportamentos e práticas sexuais que geralmente não são consideradas (MEL, O 2010, p. 130).

Almeida (2009), ao entrevistar médicos e lésbicas em sua pesquisa, constatou uma vulnerabilidade de lésbicas à transmissão de DST/Aids. Esses argumentos tomam os aspectos estruturais e de organização dos serviços de saúde, tais como: a dificuldade de acesso aos serviços, os programas oferecidos (notadamente voltados para a prevenção da transmissão da Aids – mais que outras DST – e para as questões relacionadas à reprodução) e pouco preparo dos profissionais como fatores favorecedores da vulnerabilidade a infecções.

A literatura aponta que a menor procura pelos serviços de saúde está associada à existência de discriminação nos serviços de saúde, ao despreparo dos profissionais para lidar com as “especificidades” desse grupo populacional e às dificuldades das mulheres em revelar a homo ou a bissexualidade aos profissionais de saúde.

De acordo com Barbosa e Facchini (2009), “os relatos sobre a primeira visita ao ginecologista reforçam a importância de fatores associados a convenções sociais de gênero ao apontarem, como as principais vias de acesso, o início da vida heterossexual e a maternidade. Os motivos de busca mais comuns remetem a problemas/ incômodos ou a momentos socialmente valorizados no reconhecimento do sujeito como mulher: a primeira menstruação, a primeira relação heterossexual ou a possibilidade de gravidez”.

As mesmas autoras sinalizam que um contingente significativo de mulheres que fazem sexo com mulheres encontra-se excluído dos serviços de atenção/cuidado à saúde. Realidade que tem sido analisada prioritariamente mediante hipóteses que enfatizam o contexto discriminatório dos serviços organizados em função de uma heterossexualidade presumida de suas usuárias, bem como a falta de qualificação e o preconceito dos profissionais.

Melo (2010) observou em sua pesquisa no Programa Saúde da Família (PSF), que de maneira geral, os profissionais não utilizam a pergunta sobre a orientação sexual das usuárias nas consultas, partindo do pressuposto que todas as mulheres atendidas mantêm relações exclusivamente heterossexuais. Desse modo, alguns profissionais consideram que esse tipo de informação não faz diferença na consulta, sendo algo do âmbito da intimidade que não deve ser abordado se a usuária não se sentir à vontade para falar espontaneamente. Nota-se o despreparo dos profissionais de saúde sobre o tema abordado e a autora destaca que os profissionais não tiveram, em sua história acadêmica ou em serviço, nenhuma formação específica para o tema da saúde de mulheres lésbicas.

Os dados a respeito da motivação para relatar a orientação ou práticas sexuais ao profissional de saúde coincidem com os encontrados por Barbosa e Faccini (2009) “Entre as mulheres que relatam ao ginecologista sua orientação sexual esperando em contrapartida alguma orientação específica, foi comum o desapontamento pelo fato de o profissional não estar preparado para atendê-las com a mesma desenvoltura e habilidade, acessando muitas vezes uma série de conhecimentos estereotipados como guia para sua conduta durante a consulta”.

Para Almeida (2009), “O problema da acessibilidade das lésbicas aos serviços de saúde foi um problema apontado como de maior complexidade do que aparenta”. Ele envolveria e mobilizaria tensões em torno da revelação ou não da identidade, pois mesmo quando alguns grupos organizados (que trabalham de forma rotineira a necessidade de revelação da identidade) ofereciam serviços particulares com gratuidade às lésbicas desejosas ou necessitadas de consultas ginecológicas, o problema nem sempre era resolvido. Esbarrava-se no receio e na vergonha de enfrentar um profissional que, a priori, conheceria a identidade sexual.

Barbosa e Facchini (2009), a partir de observação etnográfica e entrevistas em profundidade entre mulheres que fazem sexo com mulheres, de 18 a 45 anos, em São Paulo; apontaram maior dificuldade em acessar cuidados ginecológicos entre mulheres que nunca tiveram sexo com homens, que possuem uma gramática corporal masculinizada ou que pertencem a segmentos socioeconômicos mais baixos. As autoras evidenciaram que, entre aquelas que tiveram nenhuma ou poucas consultas sem regularidade foi muito comum a referência à ausência de “necessidade”. Essa argumentação incluiu a “falta de necessidade” por “não ter corrido riscos” e por “ausência de sintomas”.

A humanização e a qualidade da atenção em saúde são condições essenciais para que as ações de saúde se traduzam na resolução dos problemas identificados, na satisfação das usuárias, no fortalecimento da capacidade das mulheres frente à identificação de suas demandas, no reconhecimento e reivindicação de seus direitos e na promoção do autocuidado. As histórias das mulheres na busca pelos serviços de saúde expressam discriminação, frustrações e violações dos direitos e aparecem como fonte de tensão e mal-estar psíquico-físico. Por essa razão, a humanização e a qualidade da atenção implicam na promoção, reconhecimento e respeito aos seus direitos humanos, dentro de um marco ético que garanta a saúde integral e seu bem-estar.

A qualidade da atenção deve estar referida a um conjunto de aspectos que englobam as questões psicológicas, sociais, biológicas, sexuais, ambientais e culturais. Isso implica em superar o enfoque biologicista e medicalizador hegemônico nos serviços de saúde e a adoção do conceito de saúde integral e de práticas que considerem as experiências das usuárias com sua saúde (MANTAMALA, 1995, p. 17).

Simão (2021), ao tratar da saúde da mulher lésbica, reforça a necessidade de levantar junto a este público os principais problemas que afetam sua saúde, a partir de relatos biográficos dessas mulheres, criando assim fundamentos para que a falta de informação seja cessada inicialmente dentro desse grupo. Em muitos casos o estigma pode torná-las desmotivadas a procurarem o atendimento ginecológico, discutirem questões de interesse nas consultas médicas e de gozarem de uma vida sexual segura, assim como a das mulheres heterossexuais. O ponto inicial é de que elas se sintam preparadas e informadas para que possam enfrentar as dificuldades e terem uma qualidade de vida sexual mais ativa e, principalmente, segura.

Os autores expostos debatem as relações do delineamento de questões da saúde das lésbicas no Brasil, a partir de uma perspectiva multidisciplinar e com forte contribuição de escutas qualificadas e vivências dessas mulheres. Desse modo, destacam a atenção primária como a porta de entrada para o SUS e a importância de contemplar essas mulheres de forma integral. É possível perceber que as discussões sobre esses temas vêm se ampliando, principalmente essa preocupação, voltada às políticas públicas para mulheres e ao acesso aos serviços de saúde, que ainda é atravessado por preconceitos e discriminação.

Pensar os direitos sexuais é refletir acerca da vivência plena da sexualidade, com respeito, prazer, segurança e livre de preconceitos, não somente voltada a gays e lésbicas, mas a todas as pessoas. Vimos que a difícil tarefa de incluir a sexualidade no campo dos direitos humanos se torna mais árdua quando o assunto é a homossexualidade. Ainda hoje, vemos dificuldades e silenciamentos ligados à sexualidade e principalmente sobre a homossexualidade feminina, que se reflete nos cuidados e no acesso em relação à saúde dessa população.

3 MULHERES LÉSBICAS E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE MENTAL

Embora uma leitura do campo da saúde mental sob o viés de gênero ainda seja incipiente, alguns estudos já apontam a importância dessa articulação, ressaltando que “a própria experiência do sofrimento psíquico é construída socialmente” (ZANELLO; 2012 p.15).

Para um debate acerca da saúde mental de mulheres lésbicas, é necessário indicar os determinantes sociais de saúde (DSS), que “são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco na população” (BUSS, PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 78). Dessa forma, tendo como base que os modos de organização societária afetam a constituição subjetiva e a vivência material dos sujeitos nos diversos espaços/territorialidades e interações, podendo engendrar tanto fatores protetores quanto de vulnerabilidades, questiona-se, aqui, como o existir de pessoas lésbicas, gays e bissexuais se circunscreve em uma sociedade marcadamente heteronormativa e quais os impactos desses fatores na saúde mental dos aludidos grupos?

Ao longo das últimas décadas, situações de violência e discriminação vêm sendo abordadas com maior frequência no âmbito da saúde coletiva no Brasil. Seja do ponto de vista dos encargos que representa para os serviços de saúde, seja do ponto de vista das conexões entre vulnerabilidade social, discriminação e processos de adoecimento, a violência tornou-se importante objeto de reflexão na área da saúde (MINAYO, 1994, 2006). Nesse sentido, o entendimento ampliado dos processos de saúde e doença, para além de seus aspectos biológicos e individuais, possibilita politizar o campo da saúde, alargar seu objeto de análise/atuação e, conseqüentemente, suas estratégias de intervenção.

A homossexualidade é um marcador social de diferença, pois decorre em marginalização e exclusão social. Submetidas a diversos tipos de violência em todos os ambientes da vida: família, escola, trabalho, igreja etc., pessoas homossexuais vivem em um contexto marcado por discriminação, ansiedade, medo e têm dificuldade de acessar cuidados em saúde.

No que tange à saúde mental, o esforço feito pelas pessoas homossexuais, para ocultar seus desejos e práticas ou o constante enfrentamento social que vivem a partir do momento em que se assumem estão associados ao estresse e ao isolamento, levando a sofrimento e privando-as de suportes sociais importantes (MEYER, 2003). Evidências encontradas em pesquisas internacionais sugerem que, em comparação com heterossexuais, gays e lésbicas apresentam maior índice de transtornos mentais, incluindo problemas com uso de substâncias, transtornos de humor e suicídio (COCHRAN, 2001). “As mulheres lésbicas apresentam níveis elevados de

sofrimentos psíquicos pelas diversas violências enfrentadas nos âmbitos social, de trabalho e familiar, quando comparados à população heterossexual”. (FACCHINI; BARBOSA, 2006, p. 28).

Em estudos que pesquisaram especificamente mulheres lésbicas, foram encontrados maiores índices de depressão, ansiedade, uso de substâncias e autoagressões, assim como de doenças cardiovasculares e câncer (HIRSCH *et al*, 2016). No Brasil, o Ministério da Saúde reconheceu em 2011 que ser LGBT é um determinante social de saúde no país quando publicou a Portaria nº 2.836, instituindo a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, “com o objetivo geral de promover a saúde integral da população LGBT, eliminando a discriminação e o preconceito institucional e contribuindo para a redução das desigualdades e para consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo” (BRASIL, 2013, p. 20).

A homossexualidade feminina pouco esteve descrita em leis que criminalizaram a relação sexual ou afetiva entre pessoas do mesmo gênero pelo mundo. Essa ausência não é reflexo da aceitação deste tipo de relacionamento, mas sim do apagamento da sexualidade feminina na sociedade ocidental (NAVARRO-SWAIN, 2004). O sexo das mulheres por muitos anos serviu apenas à reprodução e ao prazer masculino e a relação sexual sem a presença do pênis é deslegitimada ou até considerada ofensiva.

Seja por medo ou receio de como os profissionais de saúde irão reagir quando souberem sobre a orientação sexual ou por não acreditarem que eles serão capazes de acolher e dar respostas a suas demandas ou ainda por não terem suporte familiar e social para buscar os serviços de saúde (), lésbicas fazem menos rastreamento de câncer de colo de útero () e tomam menos vacina para HPV (AGÉNOR *et al.*, 2014 e 2015, COELHO, 2001, BARBOSA; FACCHINI, 2009). Conforme McNair (2003), mulheres lésbicas chegam aos serviços com estágios mais avançados de câncer de mama e algumas pesquisas demonstram que elas têm inclusive mais eventos cardiovasculares, como infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral (KNIGHT; JARRETT, 2017). Ao mesmo tempo, a vivência estigmatizada causa sofrimento e decorrem em índices aumentados de depressão, ansiedade, transtornos alimentares e suicídio (MEYER, 2003).

Fernandes (2018, p. 142), em seus apontamentos direciona a “levar em conta as possíveis barreiras que podem acarretar maior dificuldade de acesso dessas mulheres e sua menor adesão às propostas atualmente existentes na saúde. Esse distanciamento também pode acarretar outros adoecimentos, como os prejuízos à saúde mental”. Para traçar esse panorama temos que entender o que se conceitua aqui enquanto “adoecimento”. Em uma tentativa de

romper com a lógica biomédica, patologizante e das determinações da Psiquiatria, ainda que se reconheça a relevância da mesma e as discussões dessas categorias, entende-se aqui como processo de adoecimento aquele que “(...) traz sérias implicações para a identidade, tais como: baixa autoestima, perda de habilidades laborativas e de mobilidade, capazes de gerar sentimentos de incapacidade para o trabalho e autocensura que praticam estigmas”, que, por sua vez, se encontram presentes na população lésbica (FERNANDES, 2018, p. 482).

Ainda conforme o autor:

O suicídio de lésbicas acontece em diferentes idades a partir da adolescência, classes sociais, etnias e regiões do Brasil. Esse índice vem crescendo significativamente a cada ano. Do número total de lésbicas que cometeram suicídio entre os anos de 2014 e 2017, 6% foram em 2014, 15% em 2015, 21% em 2016 e 58% em 2017, apontando crescimento dos casos. (FERNANDES, 2018, p. 482).

Essas mulheres estão em processos de adoecimento e altos níveis de sofrimento. Reconhecendo a complexidade do tema e que há especificidades em cada caso, é necessário atentar-se ao fato, de que pode haver uma correlação entre esses suicídios com a questão da lesbianidade, tendo em vista a recorrência destes acontecimentos. Mulheres lésbicas, que tem suas vivências construídas com uma escassez de referenciais que validem o seu lugar social e familiar, bem como a sua forma de se relacionar afetiva e sexualmente, além do medo de possíveis violências e do estigma, já é, em si, um grupo com um fator enorme de adoecimento.

Desse modo, faz-se necessário o desenvolvimento de políticas públicas específicas e sistemáticas que atuem levando em conta os determinantes sociais de saúde, em busca do bem-estar e qualidade de vida dessas mulheres, rompendo com a heteronormatividade vigente. Podemos destacar dois pontos cruciais para os desfechos negativos em saúde: por um lado os fatores que levam ao sofrimento e ao adoecimento e, por outro, a dificuldade de acesso e a relação com profissionais e serviços de saúde.

Portanto, as mulheres lésbicas estão submetidas a pelo menos duas formas de opressão social no Brasil hoje: de orientação sexual e de gênero em nosso cotidiano, sendo a invisibilidade reafirmada a cada ato de discriminação, seja quando elas têm seus direitos negados, vozes caladas e relacionamentos amorosos não reconhecidos como legítimos. A condição inferior ocupada historicamente pelas mulheres lésbicas, fruto de uma organização social machista, racista e heteronormativa, está no cerne da invisibilidade lésbica, segundo a lógica da heteronormatividade.

“Muitas das práticas sexuais realizadas por mulheres lésbicas não são consideradas sexuais para profissionais de saúde, as/os quais comumente tendem a reproduzir a crença de que um ato

sexual envolve necessariamente um pênis penetrando uma vagina ou um ânus” (FACCHINI, 2008). No entanto, como assevera a autora, é preciso levar em consideração uma série de questões para qualificarmos um encontro como uma relação sexual ou não, tais como: a intimidade entre as pessoas envolvidas, o contexto em que ela ocorre, os desejos envolvidos etc. As maneiras pelas quais esses elementos se organizam e se atravessam são múltiplas e não podem ser estabelecidas dentro de um parâmetro rígido.

A saúde mental de mulheres lésbicas é gradativamente afetada pelas formas de violências, discriminações e preconceitos sofridos, uma vez que os estudos mostram o aumento de depressão, ansiedade, e nos índices de suicídios nesse grupo. Mostra-se importante e urgente, o acolhimento, cuidado e um olhar para esse campo da saúde mental de mulheres lésbicas. É necessário que os profissionais da saúde, especificamente que cuidam da saúde mental; compreendam e acolham o que é trazido por elas, enquanto, também, minoria sexual. Quando isso não ocorre, elas tendem a se sentir diminuídas e a evitar buscar assistência profissional, pelas expectativas mais básicas de acolhimento, respeito e aceitação terem sido frustrados. Tal situação também pode reforçar um sentimento de inadequação e reforço de agressões já existentes, dentro do ambiente que deveria ser acolhedor.

Desse modo, para esse cuidado humanizado e auxílio frente a processos de adoecimento, a Psicologia se insere no campo das políticas públicas, como atuante na garantia de direitos dessa população, no cuidado e escuta. Segundo o Conselho Federal de Psicologia (2005, p. 7): “O psicólogo trabalhará visando promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades e contribuirá para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”.

Portanto, a subjetividade das pacientes precisa ser legitimada em sua singularidade, a fim de promover respeito e igualdade na prática do psicólogo. As práticas profissionais devem ser despidas de preconceitos e abarcar a individualidade e, para tal, é preciso a constante reflexão crítica.

No próximo capítulo, seguiremos abordando sobre esse cuidado, qualidade e atendimento dos profissionais, mais especificamente no que se refere à prevenção sexual e reprodutiva das mulheres lésbicas.

4 PREVENÇÃO SEXUAL E REPRODUTIVA; PROFISSIONAIS DE SAÚDE E A QUALIDADE NO ATENDIMENTO DE MULHERES LÉSBICAS

O acesso universal à assistência à saúde integral e equânime é assegurado pelo SUS, mas verifica-se que a assistência fornecida pelos profissionais da saúde muitas vezes carece de acolhimento, sendo necessária readequação dos serviços e preparo dos profissionais, especialmente em temas relacionados à abordagem da sexualidade e o estabelecimento do vínculo entre profissional e usuário. As práticas de profissionais não bem instruídos em relação ao tema podem vir a ser marcadas de preconceitos e tabus, principalmente quando se trata da homossexualidade feminina (ARAÚJO, 2006, p.36).

Se hoje identificamos algumas das maneiras pelas quais lésbicas adoecem mais que mulheres heterossexuais, não podemos deixar de levar em consideração a relação destas mulheres com o sistema e os profissionais de saúde.

O Dossiê Saúde de Mulheres Lésbicas nos traz números impressionantes retirados de estudos realizados no Brasil: até 60% das mulheres que fazem sexo com mulheres (MSM) que acessaram serviços de saúde não revelaram sua orientação sexual. Entre as que revelaram, mais da metade relatou reações discriminatórias por parte do profissional (FACCHINI; BARBOSA, 2006).

Em outro estudo analisado pela equipe que organizou o Dossiê, verificou-se que 59,5% das entrevistadas relataram sua orientação sexual ao profissional de saúde, mas 88,6% delas fizeram a revelação por iniciativa própria, sem que isso tenha sido perguntado pelo profissional e apenas 5,1% afirmaram que o médico perguntou sua orientação sexual. Sobre as mulheres que se assumiram para o profissional de saúde, a pesquisa afirma que:

[...] 18,3% relataram reação preconceituosa por parte do profissional; 7,9%, demonstração de surpresa; e 15,3%, alguma "situação desagradável" após o relato. Entre as que não relataram, 30,6% saíram do consultório com receita de contraceptivo; 19,4% com indicação de preservativo masculino; 3,2% com indicação de teste de gravidez e 4,8% tiveram hipótese diagnóstica associada a gravidez, ou seja, 58% foram avaliadas e receberam condutas como se tivessem orientação heterossexual, embora a maior parte delas praticassem sexo exclusivamente com mulheres (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2006, p. 26).

Outro estudo realizado entre 2014 e 2015 pela equipe da professora Andrea Rufino (médica ginecologista e sexóloga brasileira) no Centro de Saúde da Mulher da Universidade Estadual do Piauí, que entrevistou 34 mulheres nas cinco regiões do país demonstrou que a consulta ginecológica é um ambiente desfavorável para a revelação da orientação sexual de mulheres que fazem sexo com mulheres (MSM). “Segundo as mulheres que participaram da

pesquisa, ginecologistas raramente perguntaram sua orientação sexual, sua anamnese seguiu um roteiro heteronormativo e também reagiram negativamente à sua revelação” (RUFINO *et al.*, 2018).

No cenário da Atenção Primária à Saúde (APS), as enfermeiras Luciane de Araújo, Lucia Penna, Joana Carinhonha e Cristiane Costa publicaram em 2019 uma pesquisa na qual entrevistaram 24 enfermeiras e 21 médicos que trabalhavam em unidades de APS no município do Rio de Janeiro, a maioria especialista em saúde da família, que demonstrou o despreparo e o preconceito dos profissionais em relação às mulheres lésbicas, trazendo transcrições de falas como:

A lésbica, só de olhar para ela, você já sabe que é sapatão. [...] mas, ela diz que é casada e mora com o marido. Às vezes, ainda tenho dúvidas sobre ela. Não acredito. Você logo vê que é [lésbica], pela sua apresentação masculinizada, por seus trajes, pelo comportamento, mesmo que ela não fale. Quando é masculinizada você consegue ver nas entrelinhas. Nem precisa perguntar. Essas mais masculinas têm sexo sem penetração porque não gostam. Geralmente, não gostam de penetração porque não gostam de homem. Daí quase sempre tem receio em relação ao preventivo, por causa do espécuro. Já as outras [femininas] são mais como nós [referindo-se à heterossexualidade]. Noto também que elas dão um intervalo muito grande entre os exames [preventivo]. Maior que o recomendado. Essas mais pesadas [masculinas] não gostam mesmo. Acho que associam o espécuro ao pênis [...] já as femininas, nunca vi terem problema com o exame (ARAÚJO *et al.*, 2019, p. 22).

As autoras concluem que os enfermeiros e médicos são omissos e violentos, inclusive desacreditando e deslegitimando as vivências dessas mulheres, suas consultas são heteronormativas e apresentam enorme assimetria na relação com a paciente e, além de terem tido uma formação deficiente no que tange à diversidade sexual. Os profissionais se desresponsabilizam por não se atualizarem para responder às demandas dessa população, repetindo que não aprenderam em suas formações e não recebem treinamento em serviço.

Diante disso, explico aqui alguns recortes encontrados na plataforma instagram que é uma rede de compartilhamento de conteúdos visuais, imagens e vídeos, que traz em posts essas vivências e experiências de mulheres lésbicas no acesso a saúde. No perfil do ginecologista Davi Motta, que faz debates sobre saúde sexual de pessoas LGBTQIA+, ele reuniu algumas falas de pessoas em post no perfil dele, que mais são ditas entre profissionais de saúde e até para pacientes. Davi Motta (2023) enfatiza que “o objetivo é de não só reproduzir as falas, e apontar os erros, mas estabelecer argumentos que possam ser usados contra outras frases, pois essas frases são “comuns”, mas podem deixar de ser”, como as falas abaixo que o autor traz e que são ditas por profissionais de saúde preconceituosos:

“Mas porque focar em atender a população LGBTQIA+ se a saúde é para todos? todos deveriam ser atendidos, sem privilégios” (Comentários de profissional).

“eu não consigo entender isso de mulher que se relaciona com outra mulher, muito complexo para mim, e elas não precisam de exames, não há necessidade” (Comentários de profissional).

A seguir, apresentamos falas de mulheres lésbicas sobre seus atendimentos médicos:

- “Não pede o papanicolau só porque não tenho relações com penetração peniana (mesmo tendo com acessórios sexuais)” (Comentário de mulher lésbica).
- “Tentam me encaminhar para terapias que busque curar minha sexualidade ou identidade de gênero” (Comentário de mulher lésbica).
- “A primeira pergunta que toda ginecologista que eu vou faz é o que tomo para prevenir a gravidez. E quando falo que sou lésbica o atendimento é encerrado sem passar exames” (Comentário de mulher lésbica).
- “Logo que eu entrei [na consulta] já falei que era lésbica, aí ele nem deu atenção”. Tipo “ah tá, ela não vai engravidar, não quer ter filho, pronto”. “Parecia que não tinha mais sentido eu estar ali” (Comentário de mulher lésbica).

Além da violência institucional, há a vivência de diversas situações de discriminação, preconceito e o constante menosprezo social que influenciam a ausência de práticas de autocuidado e a presença de constante sentimento de débito em relação às expectativas sociais em torno das mulheres lésbicas. “O desrespeito se expressa na deslegitimação das práticas sexuais com mulheres e nas abordagens. A normatização do cuidado não inclui uma abordagem para realizar exames em mulheres que não têm práticas de penetração, culminando em exames invasivos e situações constrangedoras” (Moscheta *et al.*, 2016 p.29).

Visto isso, é fundamental que iniciativas que objetivem o cuidado e uma melhor atenção às mulheres lésbicas no contexto dos serviços de saúde observem cuidadosamente o risco de manter engessamentos no que diz respeito às interfaces entre orientação/cuidado/identidade/desejo sexual, performances de gênero e práticas sexuais.

O Programa Brasil sem Homofobia preconiza diretrizes e ações para diminuir e acabar com a homofobia no país, garantindo para a população LGBT direitos à segurança, trabalho, educação, saúde e cultura e afirma o exercício da cidadania dessa população (BRASIL, 2004). Ocorre que nosso estudo evidencia que mesmo com a instituição do programa, pouco se alterou o cenário de violência e discriminações, ou seja, mulheres lésbicas ainda têm seus direitos violados e sofrem preconceitos mesmo com a existência de programas e políticas públicas assegurando seus direitos sociais.

No que tange aos direitos sexuais e reprodutivos, o II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM), no capítulo que trata dos direitos sexuais e reprodutivos, traz ações para as lésbicas que aparecem no item prioridade:

3.8 - Estimular a implantação da Atenção Integral à Saúde das Mulheres, por meio do enfrentamento das discriminações e do atendimento às especificidades étnico-raciais, geracionais, regionais, de orientação sexual, e das mulheres com deficiência, do campo e da floresta e em situação de rua (BRASIL, 2008c, p. 81).

Apesar do reconhecimento das demandas das lésbicas no documento da PNAISM 2011, ao trazer como foco central o combate a todas as formas de discriminação contra a mulher e que afirmar diferenças é promover acesso e informações, não faz menção em seu texto sobre orientação sexual relacionada à saúde, quando traz os direitos sexuais e reprodutivos e enfatiza a prioridade de ações que atendam as diferentes orientações sexuais, porém essas ações não são especificadas (BRASIL, 2013).

Apesar do exposto, a PNAISM propõe a sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde para a abordagem das especificidades da saúde das lésbicas. Além da elaboração de materiais sobre direito à saúde das mulheres lésbicas, destaca que o atendimento nas unidades de saúde deverá nortear-se pelo respeito a todas as diferenças, sem discriminação de qualquer espécie e sem imposição de valores e crenças pessoais. Esse enfoque deverá ser incorporado aos processos de sensibilização e capacitação para humanização das práticas em saúde.

Em relação às profissionais de saúde, a vivência lésbica constituiria em uma ausência da vontade de reprodução, o que levaria a práticas pouco criteriosas para a realização de histerectomia e da ovariectomia (ALMEIDA, 2009). O desejo de engravidar consistiria em mais um condicionante das vulnerabilidades lésbicas, pois, devido à falta de acesso às técnicas de reprodução humana assistida, essas mulheres recorreriam a práticas ditas “caseiras”, como inseminação de sêmen doado, relações sexuais com amigos ou desconhecidos, cujo único objetivo seria o de engravidar. Tal fato, conforme o autor, torna essas mulheres vulneráveis à infecções sexualmente transmissíveis.

No Brasil, existem poucos estudos com o intuito de investigar a relação das mulheres lésbicas com o serviço de saúde. Os estudos de Araújo *et al.* (2006) e Rufino *et al.* (2018) tratam especificamente do atendimento ginecológico e citam como a ausência de indagação durante a anamnese sobre a orientação sexual de mulheres que se relacionam com mulheres, limita a possibilidade de fornecimento de informações coerentes e adequadas sobre prevenção sexual e reprodutiva para esse grupo.

Como consequência disso, ocorre um baixo uso de métodos de barreira nas relações sexuais entre mulheres, o que pode ser indicador de vulnerabilidade desse grupo às infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) (RUFINO *et al.*, 2018). Entre os tipos de ISTs aos quais mulheres que se relacionam com mulheres estão mais susceptíveis, ganham destaque a vaginose bacteriana, o HPV e, por consequência deste, o desenvolvimento de câncer no colo do útero (TAKEMOTO *et al.*, 2019). Os riscos se dão tanto pela não utilização de métodos de barreira eficazes como pela baixa procura de atendimento ginecológico para realização de exames de rotina por esse grupo (RUFINO *et al.*, 2018).

Reforça-se aqui a importância de que os cuidadores de saúde estejam preparados para atender as demandas desse grupo e que parte desse processo é saber sobre a orientação sexual e histórico de parceiras (os) de suas pacientes, já que as orientações sobre proteção se diferenciam entre mulheres que se relacionam apenas com mulheres e mulheres que se relacionam com ambos os sexos. Ainda assim, como já exposto, grande parte dos estudos feitos com mulheres que fazem sexo com mulheres não levam em consideração diferenciações entre mulheres lésbicas e mulheres bissexuais.

A predominância do modelo de atenção integral nas ações de saúde voltadas às lésbicas pode ser entendida por um conjunto de fatores que se interrelacionam, como:

1. A pluralização e descentramento dos feminismos, com a multiplicação dos espaços e lugares de atuação das mulheres que se consideram feministas pela proliferação de novos discursos que contestam a dominação com base no gênero e por sua articulação com outros vetores do poder e da discriminação;
2. Os interesses individuais na elaboração políticas públicas;
3. Os fatores históricos de influência dos movimentos feministas na constituição dos movimentos sociais lésbicos e a atual aproximação entre eles.

A necessidade de aprimoramento da atenção por meio da capacitação dos profissionais é para atender adequadamente as demandas das lésbicas sobre saúde. A necessidade de capacitação aparece apenas nos documentos voltados às IST/Aids, como resposta às dificuldades em acessar os serviços de saúde. Entre os argumentos utilizados para justificar a dificuldade de acesso estão: o preconceito, a falta de capacitação das profissionais e a invisibilidade da lesbianidade (CALDERARO, 2011 p.108).

De acordo com o autor às IST, o tema aparece associado a outras patologias, como HIV/Aids e Hepatites Virais. Alguns dos argumentos para a falta de atenção e prevenção dos riscos são: “a crença de proteção e não percepção do risco, visto que tanto as IST quanto a aids estão associadas ao sexo com homens; o preconceito e as várias formas de violências

vivenciadas; o contato com secreções; prostituição, devido à quantidade de parcerias; a invisibilidade do corpo feminino e da vivência lésbica e poucas práticas de autocuidado.”

Diante da possibilidade de infecção por IST/HIV, as ações de prevenção têm buscado, preferencialmente, as indicações por alterações nos comportamentos sexuais, visando a redução do risco. A utilização de barreira de proteção é mencionada, mas em menor frequência, pois sua utilização depende de adaptação dos que existem e que foram produzidos para proteger as relações sexuais que envolvam o pênis. Somente o *Plano Integrado de Enfretamento e Feminização da Epidemia da Aids e outras DST* traz como uma de suas ações a questão dos insumos para lésbicas: “Incentivo à produção e ao desenvolvimento de novos insumos de prevenção para DST/HIV/Aids e hepatites para lésbicas, mulheres bissexuais e outras MSM” (BRASIL, 2009, p. 56).

Os cânceres de mama e de colo uterino constituem outra via de atuação do governo federal sobre a atenção à saúde de lésbicas. A emergência do câncer de mama como uma questão de saúde de lésbicas. Embora os temas sejam recorrentes, não há prevalência de casos em lésbicas se comparado a mulheres heterossexuais - estes constituem um problema de saúde nacional independentemente de quaisquer marcadores sociais.

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (2022) “Em 2008, 11.738 mulheres morreram em decorrência do câncer de mama e a taxa de mortalidade por câncer de mama, foi 11,84 em 2020. As causas do câncer de mama são desconhecidas, havendo menções a vários fatores de risco. Para o câncer de colo uterino a estimativa é de 18.430 de novos casos no ano de 2023. Pelos altos números de novos casos e de mortalidade, os dois tipos cânceres são os que mais matam as mulheres brasileiras, independentemente de orientação sexual ou de suas práticas sexuais”.

Por fim, verificamos que os repertórios mais recorrentes nas políticas de atenção à saúde de lésbicas são os que se referem ao preconceito, discriminação, invisibilidade, violência sofrida (institucional), apontando que para o cuidado integral das mulheres lésbicas e bissexuais é essencial a qualificação profissional ao longo da formação, visando garantir um atendimento de excelência e humanizado, a partir do estabelecimento de vínculo. A construção de políticas públicas de saúde, criação de protocolos e intervenções a partir de um olhar heteronormativo dificulta a construção de vínculos e o cuidado, produzindo um atendimento fragmentado que contribui para exclusão e violência simbólica. Superar esse modelo é fundamental para assegurarmos a saúde integral dessas mulheres.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muitas vezes ao longo desse projeto me perguntei o porquê de ter escolhido um tema que me mobiliza tanto, especialmente nos últimos dias, tentando dar um encerramento, escrever uma conclusão. A história me atravessa de diversas formas e sei que em muitos momentos em que penso estar falando sobre o outro estou na verdade, falando também de mim. No fundo eu sei que escolhi o tema exatamente por isso, por essa proximidade, sem perder de vista a singularidade das vivências de opressões interseccionais. Bell hooks (2017) evidencia o ler e escrever como um processo de cura.

A partir de nossa pesquisa, constatamos que a saúde mental do grupo de lésbicas é afetada negativamente pela falta de informações sobre saúde sexual e reprodutiva, de acolhimento e orientação sexual divergente da norma estabelecida, especialmente se analisada a partir dos determinantes sociais de saúde que “são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco na população” (BUSS, PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 78).

Ademais, ao contrário do que preveem as diretrizes da política de saúde, os serviços de saúde protagonizam episódios de discriminação, invisibilidades e violência institucional, apesar desse fenômeno ocorrer, nos mais diversos espaços de interação do cotidiano dessas mulheres: como no trabalho e demais círculos sociais que convivem. O receio de falar sobre sua sexualidade dentro dos serviços e a violência psicológica/emocional devido à orientação sexual que apresentam, também foram colocados como determinantes para uma falta de acesso aos serviços de saúde, informações preventivas, acolhimento e cuidado.

Os estudos que tratam sobre a temática das mulheres lésbicas totalizam um número muito inexpressivo, se comparado aos estudos sobre a homossexualidade masculina, o que indica um duplo preconceito. A mulher traz o histórico de ter sido, por muito tempo, reconhecida somente por meio do masculino e sempre sendo dominada por ele. Então, além de estarem em segundo plano, às mulheres em questão possuem uma orientação sexual diferente da estabelecida, sendo consideradas como “desviantes”. O preconceito se intensifica na medida em que, além de serem mulheres, são mulheres lésbicas, que estão expostas na prática em contextos repletos de lesbofobia, discriminações institucionais, descumprimento de direitos e falta de cuidado e assistência à saúde; apesar do estabelecimento de políticas públicas, diretrizes e diversas mobilizações sociais visando mudanças no cenário de vulnerabilidades e discriminação.

Mulheres lésbicas têm um histórico de invisibilidade em pesquisas científicas, em políticas públicas e em tecnologias de prevenção. No Brasil, apesar de já terem sido divulgadas diretrizes para a atenção a essa população, estas não têm nem uma década de vida. Para além, as informações e os cuidados prescritos nessas orientações pecam por não fazer parte da formação de profissionais da área de saúde. Estimula-se, assim, que o meio científico, traduzido nos materiais de formação e capacitação de profissionais, venha a transformar essa realidade para inclusão das demandas de saúde de mulheres lésbicas.

Os artigos científicos apontam que as desigualdades de acesso e as barreiras na atenção ao se revelar lésbica têm relação direta com as normativas de gênero e que esta influencia diretamente na revelação ou não de sua sexualidade. Apesar dos avanços em relação a políticas e protocolos de atendimento a essa população, para a garantia da equidade e de integralidade, as diversidades sexual e de gênero devem ser amplamente debatidas nos espaços sociais, de formação e de atenção à saúde.

A realidade apresentada precisa ser superada uma vez que, “a prática dos serviços de saúde é muitas vezes contraditória aos princípios e diretrizes, apresentando um cenário de exclusão, preconceitos e violência institucional perpetrada pelos profissionais de saúde, que desconsideram as especificidades das mulheres lésbicas e bissexuais” (BRASIL *et al.* 2015 p. 29).

É fundamental que iniciativas que objetivem uma melhor atenção às mulheres lésbicas no contexto dos serviços de saúde observem cuidadosamente o risco de manter engessamentos no que diz respeito às interfaces entre orientação/identidade/desejo sexual, performances de gênero e práticas sexuais. Nosso estudo evidencia o receio das mulheres lésbicas, especialmente nas questões que dizem respeito à sexualidade e às práticas sexuais, de enfrentar atitudes de violência e de discriminação que dificultam a abertura diante dos profissionais de saúde. Além disso, os persistentes modelos de sexualidade heteronormativo e de gênero que se refletem na organização dos serviços de saúde, muitas vezes, parecem os fatores determinantes para a não identificação das lésbicas com as questões de saúde "voltadas para mulheres" e para o reforço da ideia de invulnerabilidade às IST/Aids, cujas pesquisas e modelos de prevenção tradicionalmente as têm excluído.

Torna-se importante que as questões saúde envolvendo a sexualidade sejam abordadas com o olhar restrito para as ISTs e Aids, essas questões são importantes, principalmente por essa matéria ser ainda um campo obscuro no que se refere à transmissão entre mulheres lésbicas. Contudo, não podemos perder de vista que a negação dos direitos sexuais e o estigma vinculado a práticas sexuais e expressões de gênero tidas como desviantes impactam

diretamente outras questões no âmbito da saúde, tais como aquelas relacionadas à saúde mental, obesidade, uso de álcool, fumo e outras drogas, câncer de mama e colo do útero, bem como ao acesso a tecnologias reprodutivas.

Conforme se observou, existe uma carência de trabalhos relacionados à abordagem da homossexualidade feminina nos serviços de saúde. A própria dificuldade de encontrar estudos referentes aos campos de saúde física e mental de mulheres lésbicas, se constitui como reflexo da invisibilidade em que vivem nas estatísticas dos serviços de saúde.

Os profissionais de saúde no desenvolvimento de habilidades e competências devem conhecer e valorizar as necessidades reais da população que está sob seus cuidados. Outrossim, deve-se criar um ambiente acolhedor, que favoreça a construção de vínculos e uma relação aberta entre profissional e usuária, capaz de superar estigmas, discriminações e medos, rompendo com a violência institucionalizada quando essas mulheres procuram os serviços de saúde. A singularidade precisa ser respeitada e o cuidado em saúde precisa ser inclusivo, integral e humanizado.

Para concluir, todos os estudos que analisamos apontam os diversos problemas que são encontrados no cotidiano das mulheres lésbicas, porém não estabelecem propostas de intervenções, materiais ou medidas que modifiquem esse cenário, mostrando a necessidade de avançarmos na produção do conhecimento acerca dessa temática. Esperamos que nosso estudo tenha colaborado para desvelar essa necessidade e trazer para o debate essa pauta ainda invisibilizada.

REFERÊNCIAS

- AGÉNOR, M. *et al.* Sexual Orientation Disparities in Papanicolaou Test Use Among US Women: The Role of Sexual and Reproductive Health Services. **American Journal of Public Health**, [s.l.], v. 104, n. 2, p. 68-73, 2014.
- AGÉNOR, M. *et al.* Sexual Orientation Identity Disparities in Awareness and Initiation of the Human Papillomavirus Vaccine Among U.S. Women and Girls: A National Survey. **Annals of Internal Medicine**, [s.l.], v. 163, n. 2, p. 99, 2015.
- ALVAREZ, S. A política e o político na tessitura dos movimentos feministas no Brasil e na América Latina. In: GONÇALVES, E. (org). **Desigualdade de gênero no Brasil: reflexões e experiências**. Goiânia: Transas do Corpo, 2004. p. 15 – 32.
- ARAÚJO, M. A. L., Galvão, M. T. G., Saraiva, M. M. M., & Albuquerque, A. D. (2006a, ago). Relação usuária- profissional de saúde: experiência de uma mulher homossexual em uma unidade de saúde de referência de Fortaleza. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 10, n. 2, p. 323 – 327.
- ALMEIDA, G. Argumentos em torno da possibilidade de infecção por DST e Aids entre mulheres que se auto definem como lésbicas. **Physis-Revista de Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 301-311, 2009.
- ALMEIDA, G., & Heilborn, M. L. (2008). Não somos mulheres gays: identidade lésbica na visão de ativistas brasileiras. **Gênero**, v. 9, n. 1, 225-249. Recuperado de <http://www.revistagenero.uff.br/index.php/revistagenero/article/view/102>.
- BERGERON, S. **The effect of internalized homophobia and feminist orientation on utilization of health services: A Canadian lesbian perspective** (Unpublished Master's thesis). University of Windsor, Windsor, ON. 1999.
- BARBOSA, Regina Maria; FACCHINI, Regina. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Sup2, p. S291-S300, 2009.
- BARBOSA, Regina Maria; KOYAMA, Mitti Ayako Hara. Mulheres que fazem sexo com mulheres: algumas estimativas para o Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 7, p. 1511-4, 2006.
- FACCHINI, Regina; BARBOSA, Regina Maria. Dossiê saúde das mulheres lésbicas: promoção da equidade e da integralidade. Belo Horizonte: **Rede Feminista De Saúde**. Rede Saúde; 2006.
- BERTOLIN, D. C. et al. Conhecimento de mulheres que fazem sexo com mulheres sobre o papiloma vírus humano. **CogitareEnferm**. 2010 Out/Dez; v. 15, n. 4: p. 730-5.
- BOCCATO, V. R. C. Metodologia da pesquisa bibliográfica na área odontológica e o artigo científico como forma de comunicação. **Rev. Odontol. Univ.** Cidade São Paulo, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 265-274, 2006. Disponível em < A pesquisa bibliográfica Cadernos da Fucamp, v.20, n.43, p.64-83/2021

<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/rdbci/article/view/1896>> Acesso em: 03 de maio.2023.

BUSS, P. M. PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**: Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, 2007, p. 77-93.

BRASIL. **Lei 8080 de 19 de setembro de 1990**, http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm, e o Decreto 7508/11, de 28 de junho de 2011 que dispõe sobre a organização do SUS. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Atenção integral à saúde de mulheres lésbicas e bissexuais. Relatório da oficina atenção à saúde de mulheres lésbicas e bissexuais**, realizada em Brasília: abril, 2014. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2014/livreto-atencao-asaude-de-mulheres-lesbicas-versao-web.pdf>. Acesso: 18 de maio de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e Aids. Políticas e Diretrizes de Prevenção das DST/AIDS entre Mulheres/Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. (Série Manuais n. 57).

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988. Título VIII – Da Ordem Social, Seção II – Da Saúde – artigo 196-200, 1988.

BRASIL. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. **Brasil sem homofobia**: programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais/Ministério da Saúde**, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília, DF, 2013.

CARRARA, S. et al. **Política, direitos, violência e homossexualidade**: Pesquisa 9ª Parada do Orgulho GLBT - São Paulo - 2005. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.

CASTELARI, M. L. S. **O Discurso do Homossexualismo Feminino**. 2013. 105 F. Dissertação de Mestrado em Análise de Discurso do curso de Letras. Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul. Unidade Universitária de Campo Grande - MS, 2013.

COCHRAN, S. D. Emerging issues in research on lesbians' and gay men's mental health: Does sexual orientation really matter? **American Psychologist**, [s.l.], v. 56, n. 11, p. 931-947, nov. 2001.

CÓDIGO de Ética Profissional dos Psicólogos, **Resolução n.º 10/05**, 2005. Psicologia, ética e direitos humanos. Comissão Nacional de Direitos Humanos.

COELHO. A representação social da homossexualidade feminina nos ginecologistas do ponto de vista das mulheres lésbicas e bissexuais. **Revista Tesseract**, [s.l.], n. 4, maio 2001.

FALQUET, Jules. **Breve resenha de algumas teorias lésbicas**. 2013. Disponível em: <http://julesfalquet.com/espanol-portugues-english/2013-breve-resenha-de-algumasteoriaslesbicas/> Acesso: 20 de abril de 2022.

FERNANDES, Marisa. Ações Lésbicas. In: **História do Movimento LGBT no Brasil**. /organizado James N. Green, Renan Quinalha, Marcio Caetano, Marisa Fernandes. 1. Ed. – São Paulo: Alameda, 2018. 536p.

FERNANDES, Marisa. DANTAS, Luiza. PAIVA, Maria Cecília. **Saúde das mulheres lésbicas e atenção à saúde: nem integralidade, nem equidade diante das invisibilidades**. – vol. 19, n. 2 – dez. 2018.

GIL, A. C. **Como elaborar projeto de pesquisa**. 4ed. São Paulo: Atlas, 2002.

HIRSCH, O.; LÖLTGEN, K.; BECKER, A. Lesbian womens' access to healthcare, experiences with and expectations towards GPs in German primary care. **BMC family practice**, [s.l.], v. 17, n. 1, 2016.

HOOKS, B. **Ensinando a transgredir: a educação como prática da liberdade**. Tradução: Marcelo Brandão Cipolla. São Paulo: Editora Martins Fontes. 2017.

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

MATAMALA, Maria Isabel et al. **Calidad de la atención, gênero: salud reproductiva de las mujeres**. Santiago: Ed. do autor; COMUSAMS; ACHNU, 1995.

MELO, Ana Paula Lopes de. "**Mulher Mulher**" e "**Outras Mulheres**": gênero e homossexualidade(s) no Programa de Saúde da Família. [online]. Rio de Janeiro, 2010. 150f. UERJ/REDE SIRIUS/CBC. Disponível em: <http://www.uerj.br/>.

MCNAIR, R. P. Lesbian health inequalities: a cultural minority issue for health professionals. **The Medical Journal of Australia**, [s.l.], v. 178, n. 12, p. 643-645, 16 jun. 2003.

MEYER, I. H. Preconceito, estresse social e saúde mental em populações de lésbicas, gays e bissexuais: questões conceituais e evidências de pesquisa. **Psychology Bulletin**, v. 129, n. 5: 674- 697. doi: 10.1037/0033-2909.129.5.674.2003.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 23. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 28 ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

MINAYO, M. C. de S. (org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 26. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

MINAYO, M. C. de S. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, 2006, p. 1.259-1.276

MOSCHETA, M. S.; FÉBOLE, D. S.; ANZOLIN, B. Visibilidade seletiva: a influência da heterossexualidade compulsória nos cuidados em saúde de homens gays e mulheres lésbicas e bissexuais. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v. 7, n. 3, p. 71-83, 2016.

MOTTA, Davi. [saúdeLGBTQIA+]. Rio de Janeiro. jun. 2023. Instagram: @dsmotta. Disponível em: <https://instagram.com/dsmotta?igshid=NTc4MTIwNjQ2YQ>. Acesso em: 10 jun. 2023.

NAVARRO-SWAIN, T. **O que é lesbianismo**. 1ª edição. São Paulo: Brasiliense, 2004 (Coleção Primeiros Passos).

PIERRE, M. St. (2017) Lesbian disclosure and health care seeking in the United States: A replication study. **Journal of Lesbian Studies**. V. 4, n. 1, 1-14. doi: 10.1080/10894160.2017.1282283.

PIERRE, M. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Ministério da Saúde. 1ª ed., 2ª reimpressão. Brasília, 2011.

PIERRE, M. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Ministério da Saúde. Brasília, 2010.

RUFINO AC, Madeira A, Trinidad AS, Rodrigues dos Santos R, Freitas I. Práticas sexuais e cuidados em saúde de mulheres que fazem sexo com mulheres: 2013-2014* **Epidemiol. Serv. Saúde** vol.27.4 Brasília dez. 2018. Disponível em ><http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742018000400005>.

Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República. **Anais da Primeira Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais – GLBT**. Direitos Humanos e Políticas Públicas: o caminho para garantir a cidadania LGBT. – Brasília: 2008.

SELLTIZ, C. ET AL. **Métodos de pesquisas nas relações sociais**. São Paulo: Herder, 1987.

SIMÃO, L.C. A importância do sexo seguro na saúde da mulher lésbica: Uma análise sobre a perspectiva das mulheres no atendimento dos (as) profissionais ginecologistas. **Psicologia: Ciência e Profissão** 2022-01-01, Vol.42.

SOARES CB, Campos CMS, Yonekura T. Marxismo Como Referencial Teórico Y Metodológico En La Salud Colectiva: Implicancias Para La Revisión Sistemática Y Síntesis De Evidencias. **Rev Esc Enferm USP**, 2013; v. 47, n. 6: 1403-9 www.ee.usp.br/reeusp.

SOUSA, J. C. et al. Promoção da saúde da mulher lésbica: cuidados de enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm**. 2014 dez; v. 35, n. 4: 108-13.

TAKEMOTO, M. L. S.; Menezes, M. O.; Polido, C. B. A.; Santos, D. S.; Leonello, V. M.; Magalhães, C. G.; Cirelli, J. F.; Knobel, R. (2019) Prevalência de infecções sexualmente transmissíveis e vaginose bacteriana em mulheres lésbicas: revisão sistemática e

recomendações para melhoria do cuidado. **Cadernos de saúde pública**, v. 35, n. 3: e00118118. Doi: 10.1590/0102- 311X00118118.

TRIVINOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

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

WHICKER, D. R., St. Aubin, E. & Skerven, K. (2017) The role of internalized homonegativity in the faith and psychological health of lesbians. **Journal of lesbian Studies**, Doi: 10.1080/10894160.2017.1350795.

ZANARDO, B. V. F.; ANDRADE, S. M. O. Reflexões sobre as diversidades sexuais na saúde: uma revisão de literatura. **Revista Pitágoras** – ISSN 2178-8243, Nova Andradina, v. 4, n. 4, dez/mar. 2013.

ZANELLO; V. FUIZA; G.; SOARES; H. Saúde mental e gênero: *facetadas do sofrimento psíquico*. **Revista de Psicologia**, v. 27, n. 3, p. 238-246, set.-dez. 2015.