

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

ALINE PERDOMO BENTO

**A SAÚDE DAS MULHERES LÉSBICAS:
UMA PESQUISA BIBLIOGRÁFICA**

Porto Alegre
2012

ALINE PERDOMO BENTO

**A SAÚDE DAS MULHERES LÉSBICAS:
UMA PESQUISA BIBLIOGRÁFICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Jacqueline Oliveira Silva

Porto Alegre

2012

Dedico este trabalho a todos aqueles que contribuíram para a sua realização. Especialmente à minha avó Leni e à Sandra, que sempre estiveram ao meu lado pelos caminhos da vida, acompanhando-me, apoiando-me e, principalmente, acreditando em mim.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha Avó, Leni, que sempre esteve ao meu lado, acreditando e apoiando-me nesta longa caminhada.

À minha orientadora, Prof^a Dr^a Jacqueline Oliveira Silva, pelos direcionamentos e auxílio na compreensão e elaboração desta pesquisa.

À secretária do Curso de Especialização em Saúde Pública, Daiane Branco, pela atenção, sobretudo pela sua seriedade, compromisso e generosidade.

À minha amiga companheira, Sandra, pelo incentivo, compreensão e dedicação.

À Talala, que sempre esteve disposta a me ajudar.

"Querer-se livre é também querer livres os outros."

Simone de Beauvoir

RESUMO

A pesquisa teve como objetivo conhecer a produção de artigos em Língua Portuguesa sobre a Saúde das Mulheres Lésbicas indexada na Biblioteca Virtual em Saúde no período compreendido entre janeiro de 2000 e janeiro de 2012. Para análise dos documentos resultantes da busca no indexador, foi utilizada metodologia de Análise de Conteúdo. Foram encontrados dez artigos em resultado aos unitermos "homossexualidade feminina", "lésbicas", "saúde da mulher" e "preconceito". Os resultados indicam que 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, as 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. A análise das publicações revelou um conjunto de necessidades, sendo que, no âmbito do SUS, a abertura para a participação e o controle social vem possibilitando que grupos sociais estigmatizados questionem a dificuldade de acesso e reivindiquem a resolução de suas demandas específicas. Demonstram 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 DST/Aids, cujas pesquisas e modelos de prevenção tradicionalmente as têm excluído.

Palavras-chave: Lésbicas. Homossexualidade Feminina. Saúde.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1:	Descrição dos artigos selecionados para avaliação das publicações do tema proposto.	15
Quadro 2:	As ações que vem sendo desenvolvidas à população LGBT.....	30

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
1.1 JUSTIFICATIVA E CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA	8
1.2 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA.....	9
1.3 OBJETIVOS	9
1.3.1 Objetivo Geral.....	9
1.3.2 Objetivos Específicos	9
2 METODOLOGIA	10
3 DESENVOLVIMENTO DO CONTEÚDO	11
3.1 REVISÃO DE LITERATURA	11
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	15
4.1 HOMOSSEXUALIDADE FEMININA, INVISIBILIDADE E ACESSO À SAÚDE ...	18
4.2 PROPOSTAS E AÇÕES	26
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERÊNCIAS	35
ANEXO A - Artigos Científicos Encontrados na Biblioteca Virtual em Saúde ...	38

1 INTRODUÇÃO

1.1 JUSTIFICATIVA E CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA

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/transfobia com atuante presença nos organismos de controle social e militância. Contudo, 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 a prevenções.

Em 1996, no Rio de Janeiro, aconteceu o I SENALE – Seminário Nacional de Lésbicas, com o tema “Saúde, Visibilidade e Organização”, no qual foram debatidas políticas públicas e sociais para mulheres lésbicas. O movimento lésbico criou, em 2003, a Liga Brasileira de Lésbicas (LBL), em 2005, a Articulação Brasileira de Lésbicas (ABL). A I Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais (GLBT) ocorreu em junho de 2008, um marco na luta dos movimentos sociais, objetivando propostas para o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de GLBT, formalizando as principais reivindicações dessa população.

Entretanto, os estudos sobre esses grupos ainda são incipientes. Ao buscar "lésbicas e saúde", os artigos científicos existentes a esse respeito concentram-se nos Estados Unidos e apontam para a existência de vários fatores associados a diferentes problemas de saúde, como câncer de mama/colo de útero, menor índice de utilização do serviço de saúde, uso abusivo de álcool, uso de drogas ilícitas, tabagismo e níveis elevados de sofrimento psíquico, sendo que, no Brasil, esses estudos são escassos. A proposta deste trabalho é analisar a produção bibliográfica sobre lésbicas e saúde no Brasil por meio da base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, dessa forma, este estudo busca coletar as principais dificuldades encontradas pela população lésbica na saúde pública.

1.2 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

Quais as características da produção bibliográfica indexada sobre saúde das lésbicas no período entre janeiro de 2000 até janeiro de 2012, na Biblioteca Virtual em Saúde?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo Geral

- Analisar a produção científica sobre a saúde das mulheres lésbicas, no período entre janeiro de 2000 e janeiro de 2012, na Biblioteca Virtual em Saúde.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar a Produção Bibliográfica e período da publicação;
- Identificar as temáticas dos artigos;
- Listar os problemas de saúde desta população;
- Identificar as ações e serviços destinados para população lésbica;
- Levantar as dificuldades e os problemas quanto ao atendimento da população lésbica;
- Identificar as propostas dos autores para abordagem da temática lésbica na saúde pública.

2 METODOLOGIA

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica em artigos científicos indexados entre janeiro 2000 e janeiro de 2012 na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde. A busca se deu por meio dos unitermos “homossexualidade feminina”, “lésbicas”, “saúde da mulher” e “preconceito”, presentes nos artigos encontrados. Foram selecionadas as publicações de todas as áreas de conhecimento, que resultaram em 18 artigos.

A amostra do estudo foi constituída por artigos científicos em Português, completos e disponíveis, com publicação entre janeiro de 2000 e janeiro de 2012. Aplicados estes critérios a título de teste de viabilidade, foram considerados 10 artigos (Anexo1). Esse levantamento vem a confirmar que, dentro dos estudos sobre a homossexualidade, persiste a opressão e a hierarquização de gênero, constatadas por meio das poucas publicações que abordam especificamente a temática de lésbicas.

As fontes foram analisadas por meio do método de Análise de Conteúdo (BARDIN, 2010). Trata-se de uma metodologia de pesquisa utilizada para descrever e fazer interpretações dos conteúdos de falas, documentos, textos – é possível fazer uso de qualquer material do qual provenha comunicação, verbal ou não-verbal. Decorre da descrição sistemática (quantitativa ou qualitativa) na qual se reinterpretam mensagens, no sentido de encontrar significados não perceptíveis em uma leitura usual. Esse método, segundo a autora, é um conjunto de análise das comunicações que visa a, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo, inferir conhecimentos sobre a produção e recepção das mensagens. A análise de conteúdo foi dividida em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferências e interpretações.

3 DESENVOLVIMENTO DO CONTEÚDO

3.1 REVISÃO DE LITERATURA

O enfrentamento das questões ligadas à homossexualidade feminina, e especificamente à sua relação com a saúde, enquanto campo de reivindicações de direitos, emerge, no Brasil, apenas recentemente, na virada do século XX para o XXI. Tal enfrentamento, que teve como início a noção de “direitos sexuais” como parte dos direitos humanos das mulheres, foi efetivado por meio de um processo político que conjugou expansão e maior visibilidade do movimento lésbico e sua articulação com o movimento feminista (BARBOSA; FACCHINI, 2009).

Estes movimentos começaram a reivindicar elaboração de políticas públicas de saúde direcionadas às necessidades desse grupo populacional, tendo o apoio nas diferentes esferas, federal, estadual e municipal.

Em 2008, realizou-se, em Brasília, uma Conferência Nacional GLBT inédita precedida de reuniões regionais e estaduais. O conjunto das Conferências Estaduais, realizadas entre março e maio de 2008, contou com cerca de 10 mil participantes e resultou num total consolidado de 510 propostas, avaliadas e complementadas na etapa nacional. Na solenidade de abertura, o presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, ministros e representantes do movimento discursaram, causando grande impacto na mídia e no movimento GLBT. O Brasil é o primeiro país a promover uma atividade dessa natureza, que sinaliza o compromisso do Estado brasileiro com a promoção dos direitos de GLBT (BRASIL. 2008a).

A relação entre homo e a bissexualidade feminina e a temática saúde está perpassada por uma série de fatores que envolvem: a invisibilidade do homoerotismo feminino; a invisibilidade da própria sexualidade feminina; e o grau de preconceito que temos, ainda hoje, em relação à homossexualidade. Não há como compreender o crescimento da preocupação com a temática da saúde de mulheres lésbicas e bissexuais sem que se considerem fatores como o crescimento da visibilidade do movimento de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais (GLBT) na sociedade brasileira contemporânea; a segmentação de categorias no interior desse movimento e a explicitação em

separado da categoria "lésbica"; o contexto em que vem se dando as reivindicações em torno da saúde das mulheres nos últimos anos no Brasil; a produção e a divulgação de conhecimentos sobre (homo) sexualidade; e os avanços conceituais na luta por direitos, com a afirmação dos direitos sexuais (BARBOSA; FACCHINI, 2006).

O Programa Brasil Sem Homofobia se desenvolve a partir de tópicos relacionados ao modo como estão estruturados temas como trabalho, saúde, educação, cultura, segurança, mulheres e questões raciais no governo federal, e propõe a articulação entre Secretarias e Ministérios no âmbito federal, com o objetivo de “promover a cidadania de gays, lésbicas, travestis, transgêneros e bissexuais, a partir da equiparação de direitos e do combate à violência e à discriminação homofóbicas, respeitando a *especificidade de cada um desses grupos populacionais*” (BRASIL, 2004, p. 11).

Segundo Facchini (2009), em 1993, o movimento aparece descrito predominantemente como MHB (*movimento homossexual brasileiro*); depois de 1993, como MGL (*movimento de gays e lésbicas*); após 1995, aparece primeiramente como um movimento GLT (*gays, lésbicas e travestis*) e, posteriormente, a partir de 1999, figura também como um movimento GLBT – de *gays, lésbicas, bissexuais e transgêneros*, passando pelas variantes GLTB ou LGBT, a partir de hierarquizações e estratégias de visibilização dos segmentos. Em 2005, o XII Encontro Brasileiro de Gays, Lésbicas e Transgêneros aprova o uso de GLBT, incluindo oficialmente o “B” de *bissexuais* à sigla utilizada pelo movimento e convencionando que o “T” refere-se a *travestis, transexuais e transgêneros*. Em 2008, nova mudança ocorre a partir da Conferência Nacional GLBT: não sem alguma polêmica, aprova-se o uso da sigla LGBT para a denominação do movimento, o que se justificaria pela necessidade de aumentar a visibilidade do *segmento de lésbicas*.

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).

Com o início da epidemia da Aids, houve uma crescente preocupação com a sexualidade, particularmente com a homossexualidade masculina e, com isto, a homossexualidade feminina e sua relação com a saúde mantiveram-se marginais por muito tempo em decorrência da crença numa suposta invulnerabilidade de mulheres homossexuais à transmissão da doença.

Segundo Melo (2010):

A associação entre práticas sexuais homoeróticas e a transmissão da AIDS, ocorrida na década de 80, ajudou a reforçar preconceitos, criou novos estigmas e, paradoxalmente, tornou imperativo o acesso ao serviço de saúde, medicamento, tratamento adequado e ampliação das políticas de prevenção às DST/HIV-AIDS. Esta política de enfrentamento provocou uma transformação na sociedade brasileira, possibilitando o debate sobre sexo e sexualidade de maneira mais clara, por outro lado, a percepção de que os problemas de saúde da população homossexual seriam restritos às doenças sexualmente transmissíveis e HIV-AIDS, o que provocou duas consequências sérias: primeiro reduziu o conceito de saúde dessa população e, segundo (não menos grave), reforçou preconceitos acerca da promiscuidade de determinado segmento.

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 DTS”. 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.

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”.

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”.

Para Melo (2010), 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.

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).

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).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No que se refere aos artigos publicados em periódicos científicos, identificados na Biblioteca Virtual em Saúde sobre homossexualidade feminina e saúde, observa-se o pouco investimento dedicado à investigação do assunto. As publicações relacionadas a ele, além de escassas, são relativamente recentes e têm sido um tema pouco explorado, se comparado às produções sobre homossexualidade masculina e sexualidades heterossexuais.

A amostra do estudo foi composta por 10 artigos científicos que obedeceram aos critérios de inclusão e exclusão determinados para este estudo. Após leitura na íntegra dos textos selecionados, enfocando os objetivos desta pesquisa, são apresentados no quadro 1 uma breve descrição dos artigos científicos que apresentaram relação com o tema proposto.

Quadro 1: Descrição dos artigos selecionados para avaliação das publicações do tema proposto.

Título e Revista de publicação	Autores e Ano	Tipo	Objetivos	População estudada
Um Estudo sobre as Formas de Preconceito contra Homossexuais na Perspectiva das Representações Sociais Psicologia: Reflexão e Crítica, 15(1), pp. 165-178	MARCOS LACERDA, CÍCERO PEREIRA, LEONCIO CAMINO 2002	Quantitativo	Estudar o preconceito de universitários contra homossexuais.	220 alunos
Saúde das mulheres lésbicas: promoção da equidade e da integralidade Rede Feminista de Saúde 40p. ilus, tab.	REGINA FACCHINI, REGINA MARIA BARBOSA 2006	Qualitativa	Relacionar o tema do acesso saúde às questões mais gerais envolvendo a homofobia, pautando as questões de discriminação e violência contra gays, lésbicas, travestis, transexuais, bem como a invisibilidade das relações homoeróticas femininas.	Dossiê com reflexões e análises qualitativas e quantitativas

continua

continuação

Título e Revista de publicação	Autores e Ano	Tipo	Objetivos	População estudada
Relação usuária-profissional de saúde: experiência de uma mulher homossexual em uma unidade de saúde de referência de Fortaleza Esc Anna Nery R Enferm. ago; 10 (2): 323-7.	MARIA ALIX LEITE DE ARAÚJO, MARLI TERESINHA GIMENIZ GALVÃO, MICHELI MORAIS MARTINS SARAIVA, ANGELA DIAS DE ALBUQUERQUE 2006	Qualitativa	Descrever a experiência vivenciada por uma mulher homossexual atendida em uma unidade de saúde e a comunicação com o profissional.	Utilizou-se como sujeito do estudo uma mulher homossexual que faz anualmente acompanhamento ginecológico na referida unidade.
Mulheres que fazem sexo com mulheres: algumas estimativas para o Brasil Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 22(7):1511-1514, jul.	REGINA MARIA BARBOSA, MITTI AYAKO HARA KOYAMA 2006	Inquérito populacional	Estudar comportamento, atitudes e práticas sexuais da população brasileira e avaliar o nível de conhecimento sobre HIV/Aids e demais doenças sexualmente transmissíveis.	Indivíduos de ambos os sexos, com idade entre 16 e 65 anos, moradores das áreas urbanas de 183 microrregiões do Brasil. O estudo baseou-se em uma amostra probabilística em múltiplos estágios, com 3.600 domicílios.
Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade Saúde e Sociedade São Paulo, v.17, n.2, p.11-21	TATIANA LIONÇO 2008	Qualitativo	Pertinência de uma política de saúde para a população de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais - GLBT.	Ensaio teórico
Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil Cadernos de Saúde Pública Rio de Janeiro, 25 Sup 2:S291-S300	REGINA MARIA BARBOSA, REGINA FACCHINI 2009	Qualitativa	Investigar a relação entre adoção de cuidados à saúde entre mulheres que fazem sexo com mulheres e as representações relativas a gênero, sexualidade e ao corpo.	30 mulheres

conclusão

Título e Revista de publicação	Autores e Ano	Tipo	Objetivos	População estudada
Argumentos em torno da possibilidade de infecção por DST e Aids entre mulheres que se autodefinem como lésbicas Revista de Saúde Coletiva Rio de Janeiro, 19 [2]: 301-331	G. ALMEIDA 2009	Qualitativa	Fazer uma etnografia do homoerotismo feminino.	10 entrevistas com ativistas lésbicas/médicos/ginecologistas
Envelhecimento, Trajetórias e Homossexualidade Feminina Horizontes Antropológicos, Porto Alegre ano 16, n. 34, p. 213-233, jul./dez	ANDREA MORAES ALVES 2010	Qualitativo	Discutir o olhar das lésbicas mais velhas e suas percepções sobre o que significa a homossexualidade feminina e o lugar que ela ocupa na trajetória de suas vidas.	4 mulheres
Conhecimento de mulheres que fazem sexo com mulheres sobre o Papilomavírus humano Cogitare Enfermagem. Out/Dez; 15(4):730-5	DANIELA COMELIS BERTOLIN, RITA DE CÁSSIA HELÚ M. RIBEIRO, CLAUDIA BERNARDI CESARINO, DAYANA COELHO DA SILVA, DILMA DE OLIVEIRA PRADO, EVA SOCORRO PARRO 2010	Quantitativo	Verificar o conhecimento de mulheres que fazem sexo com mulheres sobre as formas de transmissão, prevenção e fatores de risco relacionados ao Papilomavírus humano (HPV).	31 mulheres
Transtornos mentais, qualidade de vida e identidade em homossexuais na maturidade e velhice Revista de Psiquiatria Clínica:37(3):118-23	ALEX DE TOLEDO CEARÁ, PAULO DALGALARRONDO 2010	Quali-Quantitativo	Investigar as dimensões saúde mental, qualidade de vida e identidade psicossocial em homossexuais na maturidade e na velhice.	40 entrevistados

Fonte: Autor (2012)

4.1 HOMOSSEXUALIDADE FEMININA, INVISIBILIDADE E ACESSO À SAÚDE

Em estudos recentes no Brasil, como os de Facchini e Barbosa (2006); Araújo *et al.* (2006); Barbosa e Koyama (2006); Lionço (2008); Regina Facchini (2008); Piason (2008); Barbosa e Facchini (2009); Almeida (2009); Alves (2010); Bertolin *et al.* (2010); Melo (2010); Ceará e Dalgalarondo (2010), há a denúncia quanto à escassez de estudos sobre as lésbicas e saúde, refletindo o grau de importância atribuído ao tema nos estudos acadêmico-científicos. Os autores e as autoras reconhecem que, nas últimas décadas, no rastro dos movimentos feministas e de lutas pelos direitos de minorias excluídas, têm-se multiplicado os estudos sobre a homossexualidade. Porém, continuam com a advertência sobre o fato de que a maioria desses estudos está centrada no “universo” dos homens, oferecendo uma perspectiva hegemônica aos gays, às lésbicas e aos travestis.

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.

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".

Os artigos 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).

Segundo Melo (2010, p. 130):

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 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.

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, p. 292-3):

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 (heteros)sexual 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 (heteros) sexual ou a possibilidade de gravidez. Em estudos conduzidos na cidade de São Paulo, observou-se que 18% a 35% de população de mulheres que fazem sexo com mulheres nunca haviam realizado o exame de Papanicolaou.

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.

Seguindo a mesma linha de explicação, Melo (2010) observou em sua pesquisa no Programa Saúde da Família (PSF) em Recife 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 que mantêm parceria feminina.

Os dados a respeito da motivação para relatar a orientação ou práticas sexuais ao profissional de saúde coincidem com os encontrados de Barbosa e Faccini (2009, p. 296):

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.

Nesse sentido, os estudos de Almeida (2009) apresentam concordância com os demais autores, visto que identifica com base nas entrevistas com médicos e lésbicas uma série de argumentos que também reforçam a ideia de 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. Para Almeida (2009, p. 245):

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 e/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, p.295-6), 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”.

O conjunto das entrevistadas que não mantiveram frequência anual ao ginecologista fez referência, em diferentes momentos da entrevista, à existência de uma suposta diferença entre as necessidades de saúde das mulheres que fazem sexo com homens e das que fazem sexo com

mulheres. Entre essas, foram recorrentes representações que associam DST a homens – “é mais fácil pegar uma DST de um homem”, DST são “doenças de homens” ou “provenientes do homem”.

Entre mulheres que possuem atributos e posturas corporais “masculinizados”, a consulta ginecológica adquire um significado de explicitar e “denunciar a sexualidade”, que somado às representações referentes aos riscos e às necessidades de mulheres que fazem ou não sexo com homens, tornam a relação com a busca por cuidados ginecológicos especialmente complexa e difícil.

No que se refere ao atendimento ginecológico, bastante enfatizado por este estudo, Melo, (2010, p. 129) destaca:

O problema parece particularmente agudo em relação a mulheres homossexuais que, por suas performances de gênero remetem-se ao masculino, ou seja, as "mais masculinizadas" apontadas por vários estudos como aquelas que referem procurar menos os serviços de saúde. Parece que aqui temos uma dupla exclusão: as mulheres "mais masculinas" "ficam de fora", talvez porque não sendo reconhecidas como "mulheres", não sejam vistas (e não se vejam) implicadas em ações de saúde tradicionais. Aquelas "mais femininas", embora procurem mais os serviços, ao não serem identificadas pelos profissionais como homossexuais, também "ficam de fora" porque especificidades do seu corpo e da sua sexualidade não são consideradas.

É possível que informações consideradas relevantes para o atendimento sejam ocultadas por receio das reações decorrentes da revelação de suas práticas sexuais. Isso pode impactar diretamente no tipo de abordagem, no tratamento indicado, na frequência ou não ao serviço e, conseqüentemente, nas condições de saúde dessas mulheres. Se as formulações de políticas de saúde, a estrutura ou organização dos serviços, e os valores e concepções dos profissionais não levam essas questões em consideração é possível que os direitos de acesso a saúde e exercício da livre orientação sexual estejam sendo diariamente negados (BARBOSA; FACCHINI, 2006; FACCHINI, 2009; MELO, 2010). Como escrevem Barbosa e Facchini (2006, p. 27):

A consulta é vista como lugar de exposição da intimidade física e comportamental, sendo comuns relatos sobre a possibilidade de que o corpo possa de algum modo denunciar uma sexualidade/erotismo "desviante". (...) para a paciente, há a dúvida sobre a relação custo-benefício de informar ao profissional sua orientação ou práticas sexuais e, optando por informar, há a tensão e a ansiedade em relação ao acolhimento e à conduta posterior do profissional.

Preocupadas com essa questão, Barbosa e Koyama (2006) buscaram estimar a população de mulheres que fazem sexo com mulheres no Brasil a partir de pesquisa com mulheres sexualmente ativas. Os resultados desse estudo demonstraram que 3% das mulheres já tinham tido práticas sexuais com parceria do mesmo sexo ao longo da vida. Quando observados outros recortes temporais mais recentes (últimos cinco anos e o ano anterior) esses dados diminuíram para 1,7%. Quando observados a partir do recorte referente ao sexo das parcerias sexuais ("exclusivamente com o mesmo sexo" e "com ambos os sexos", o percentual para relações exclusivas com parcerias do mesmo sexo torna-se praticamente insignificante se considerada toda a vida das mulheres estudadas, definindo um número mais significativo (entre 1,2% e 1,7%) no período recente da vida. Esses resultados demonstram a fluidez de experiências sexuais ao longo da vida e apontam para a necessidade da incorporação de questões bem definidas sobre comportamentos homossexuais e bissexuais em inquéritos de base populacional (MELO, 2010).

Neste contexto, Bertolin *et al.* (2010) investigaram no Município de São José do Rio Preto, Estado de São Paulo, o conhecimento de mulheres que fazem sexo com mulheres sobre as formas de transmissão, prevenção e fatores de risco para adquirir o Papiloma Vírus Humano (HPV). Constataram que os dados sociodemográficos da população estudada são semelhantes aos de outras populações de estudos encontrados, com idade média acima de 30 anos, e escolaridade geral de ensino médio completo a ensino superior.

Segundo Bertolin *et al.* (2010, p. 733):

Entre as mulheres entrevistadas, (48%) referiram raramente ingerir bebida alcoólica e (51%) eram fumantes. Em relação à primeira relação sexual, para (52%) mulheres ela aconteceu entre 16 e 20 anos; 42%

das mulheres tiveram a primeira relação sexual com idade igual ou inferior a 15 anos; e (55%) mulheres tiveram sua primeira relação sexual com homens. Quanto ao uso de barreira nas relações sexuais com mulheres, (77%) mulheres referiram nunca usar. Sobre o uso de barreira nas relações sexuais com homens, (75%) mulheres usam o preservativo sempre; vale ressaltar que apenas 8 mulheres referiram fazer sexo com homens e mulheres. Com relação à frequência da realização do exame do Papanicolaou, (45%) mulheres responderam errado, que deveria ser realizado duas vezes ao ano. Em estudo realizado em São Paulo, 8% dos exames de Papanicolaou tiveram o diagnóstico anormal e em 6% dos exames foi diagnosticado HPV. Das 31 mulheres, (45%) tinham realizado o exame de Papanicolaou há menos de um ano, (23%) nunca realizaram, (19%) tinham realizado o exame há um ano, (10%) tinham realizado o exame há dois anos e uma mulher tinha realizado o exame há mais de três anos.

Concluiu-se que a falta de conhecimento adequado sobre o exame de Papanicolaou e a importância da realização deste pelas mulheres constitui uma barreira para os serviços de saúde, pois limita o acesso ao rastreamento do câncer de colo do útero. Além disso, os autores salientam que há vulnerabilidade para a contaminação por HPV na população estudada devido à presença dos fatores de risco, tais como: idade precoce da primeira relação sexual, tabagismo, etilismo e, principalmente, a ausência de barreiras físicas nas relações sexuais com mulheres. Com relação aos fatores de risco, deve ser considerada a inexistência de barreiras de proteção que sejam práticas e populares para o sexo entre mulheres, sendo usado o plástico filme e outras alternativas.

Embora não existam informações específicas disponíveis sobre câncer de mama em mulheres lésbicas, devem-se considerar os estudos epidemiológicos que sugerem risco aumentado para câncer de mama em mulheres nulíparas e que nunca amamentaram, bem como naquelas que tiveram seu primeiro filho em idade mais tardia. Uma vez que esses fatores são comuns entre mulheres lésbicas, é preciso considerar que elas constituem um grupo de risco para esta patologia. As mulheres lésbicas masculinizadas podem utilizar bandagem para disfarçar as mamas, apresentar demandas em relação à mastectomia ou utilizar hormônios para modificação corporal. Neste sentido, é importante observar a

existência de algum descuido intencional com doenças relacionadas ao corpo feminino que possam estar associadas a essas intenções. As lésbicas devem ser orientadas para a necessidade dos cuidados e para o autoexame e exame periódico como forma de prevenção ao câncer de mama.

Em alguns artigos de referência, a fidelidade na homossexualidade feminina apareceu como fator de proteção que supostamente elimina o risco de transmissão de DST, porém, em outras situações, surgiu sendo posta em xeque pelo diagnóstico positivo dessas infecções, como o caso relatado por uma médica que tratou de uma lésbica que havia adquirido sífilis por meio do sexo oral (MELO, 2010).

Por outro lado, Almeida (2010) chama a atenção ao risco de infecção por DST e Aids no momento em que as autodefinidas como lésbicas desejam engravidar. O fato de a maioria não ter acesso a técnicas de reprodução assistida (RA) remeteria à busca de soluções caseiras para a inseminação como o uso de seringas (com sêmen doado), ao recurso às relações sexuais com amigos (heterossexuais, homossexuais ou bissexuais), ou, ainda, à opção por relações sexuais impessoais com a finalidade exclusiva do engravidamento.

Desse modo, 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).

De acordo com Almeida (2009), elas ficam mais expostas à violência psicológica. 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).

Foram encontrados dois artigos sobre as trajetórias das lésbicas maduras e idosas relatando a importância da realização de novas pesquisas sobre assunto. Os autores apontam que a compreensão da homofobia internalizada, existente nos processos de crise diante da homossexualidade, relaciona-se positivamente com a presença de transtornos mentais. Contudo, considerando que, na sociedade brasileira, fazem-se presentes percepções e atitudes de preconceito em relação à homossexualidade, é possível supor que os homossexuais idosos com transtornos mentais sofram um estigma ainda maior (CEARÁ; DALGALARRONDO, 2010).

Segundo Alves (2010):

A referência às mudanças nas relações homossexuais entre as lésbicas maduras é marcada pela lembrança que elas têm do quanto era difícil reconhecer a própria homossexualidade na juventude, pois lhes faltavam meios para isso. Era algo sobre o qual não se pensava, não se falava, desse modo, ocasionando um afastamento da família.

Sendo assim, pode-se sugerir que a não revelação da homossexualidade e o esforço no curso da vida em ocultá-la talvez representem fatores associados à maior ocorrência de transtornos mentais.

4.2 PROPOSTAS E AÇÕES

A homossexualidade feminina é um tema que só muito recentemente iniciou sua entrada na agenda da política brasileira. As ações voltadas à saúde de lésbicas e mulheres bissexuais ainda são bastante incipientes e, em larga medida, realizadas de maneira descentralizada/desarticulada por organizações da sociedade civil. Num contexto em que a escassez (de profissionais e consultas) é básica, considerar a possível homossexualidade das mulheres seria um luxo (ALMEIDA, 2009).

Barbosa e Facchini (2006), (2009), Facchini (2009), Melo (2010) Barbosa e Koyama (2006), Lionço (2008), Almeida (2009), Piason (2010) e Bertolin *et al.* (2010) chamam a atenção para a necessidade de ampliação do debate político e do conhecimento relativos 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.

Segundo o Ministério da Saúde (2008, p. 572):

O desafio da promoção da equidade para a população LGBT deve ser compreendido a partir da perspectiva das suas vulnerabilidades específicas, demandando iniciativas políticas e operacionais que visem à proteção dos direitos humanos e sociais dessas populações. Há um consenso sobre a necessidade do combate à homofobia no Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como base o conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), que entende que a proteção do direito à livre orientação sexual e identidade de gênero não é apenas uma questão de segurança pública, mas envolve também, de maneira significativa, questões pertinentes à saúde mental e a atenção a outras vulnerabilidades atinentes a esses segmentos. O combate à homofobia é uma estratégia fundamental e estruturante para a garantia do acesso aos serviços e da qualidade da atenção. Por outro lado, uma política de enfrentamento das iniquidades da população LGBT requer iniciativas estratégicas vigorosas, entre as quais a capacitação dos profissionais de saúde sobre as práticas sexuais e sociais de LGBT.

Barbosa e Facchini (2006), (2009), Melo (2010) e Almeida (2009), dentro de suas conclusões, abordam a inadequação da atenção dispensada às lésbicas pelo Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), pois a preocupação do Programa continuaria sendo a saúde reprodutiva em detrimento da saúde sexual, as mulheres sendo absorvidas apenas enquanto mães. Os programas de atenção à mulher também falhariam por alegarem que não existe demanda das lésbicas, mas, ao mesmo tempo, não desenvolveram estudos e pesquisas capazes de promover a visibilidade lésbica no sistema. Também no SUS como um todo foi apontada uma grande resistência em abordar a inclusão

das lésbicas para além dos programas de DST/Aids, ainda que alguns outros programas pudessem guardar relação direta com suas necessidades. As autoras salientam que o mau relacionamento com os profissionais de saúde foi um dos pontos mais destacados tanto nos atendimentos públicos quanto privados. A relação médico-paciente foi representada como um espaço de infrações éticas silenciadas pelo medo e pela vergonha, e a maioria dos ginecologistas seriam negligente no tocante à atenção à saúde das lésbicas, particularmente no que se refere ao monitoramento dos possíveis riscos de infecção.

De acordo com Almeida (2009, p. 321-2):

Ocorre o reconhecimento, inclusive pelos profissionais de saúde, da necessidade de treinamento especializado, a fim de que fossem capazes de abordar as lésbicas de uma forma mais qualificada e respeitosa. O problema do desrespeito seria no entanto algo que transcenderia as lésbicas e diria respeito às limitações da formação médica.

O fato de os médicos desconhecerem as práticas lésbicas e as formas de tratá-las, colaboraria para a criação de argumentos falaciosos de que algumas DST têm incidência maior entre elas. A maior falácia apontada residiria no fato de que, na verdade, o tratamento é feito com uma única mulher de um casal (o médico não pergunta e/ou deduz que não é necessário medicar a parceira sexual), permitindo a ocorrência da reinfecção.

Os autores referem que é fundamental a participação estatal no estímulo a estudos acadêmicos, especialmente os epidemiológicos, capazes de permitir a comparação das realidades brasileiras com estudos internacionais semelhantes, o que, no campo da literatura médica, é indispensável. Estes estudos podem contribuir tanto para o desenvolvimento e avaliação das ações de enfrentamento às DST e Aids capazes de contemplar as necessidades das mulheres que se autodefinem como lésbicas, quanto para a identificação de outros agravos à saúde que possam ser condicionados pela orientação sexual dos indivíduos (ALMEIDA, 2009).

Entretanto, as políticas formuladas pelo Ministério da Saúde (2008, p. 572) são para a execução do sistema, ou seja, de toda a rede de serviços municipais e estaduais. A expectativa é que as deliberações da Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais (GLBT) deverão ter em conta que a efetividade do acolhimento das necessidades de saúde desta população depende, em contrapartida, da inserção vigorosa dos movimentos sociais GLBT na defesa do SUS. Assim, é indispensável a ampliação da participação desse contingente da sociedade nos espaços participativos formais e alternativos já existentes e naqueles que, a partir de agora, poderão e deverão ser criados.

Instituiu-se, em 2004, o Comitê Técnico Saúde da População GLTB no âmbito do Ministério da Saúde, por meio da Portaria 2.227/GM - D.O.U. 14/11/2004 (Brasil, 2004b). A principal atribuição desse comitê é justamente sistematizar proposta de política nacional da saúde da população GLBT, com vista a garantir a equidade na atenção à saúde também para esses segmentos populacionais (LOINÇO, 2008).

Barbosa e Facchini (2006) informam que, em novembro de 2004, foi instituído, pela Área Técnica da Saúde da Mulher (ATSM), um grupo de trabalho sobre a saúde da mulher lésbica que contou com a participação de várias militantes do movimento social, que obteve consideráveis demandas, especialmente no que tange à prevenção de doenças e à saúde mental. Entre elas, destacam-se: Prevenção ao uso e abuso de drogas lícitas e ilícitas; Prevenção e tratamento à obesidade mórbida; Sensibilização com o Programa de Saúde da Família (PSF), para reconhecer o casal como família; Prevenção e tratamento para DST; Prevenção e tratamento de câncer, especialmente de colo de útero e de mama; Presença da companheira no parto; e Prevenção e combate à violência entre casais de mulheres. Outra realização foi o folder sobre saúde das mulheres lésbicas e bissexuais, que teve distribuição em 2006. O material foi produzido em parceria com o Programa Nacional de Hepatites Virais e o Programa Nacional de DST/Aids, com a participação do movimento social.

Cabe mencionar que a principal ferramenta de acesso ao sistema de saúde, na Atenção Básica, consiste na estratégia de Saúde da Família, demandando ampla conscientização, por parte dos agentes comunitários de

saúde, das diferentes modalidades de constituição de redes familiares distintas do padrão heterossexual.

No quadro 2, consta a amostra das descrições das ações desenvolvidas à população LGBT pelo Ministério da Saúde (2008, p. 573-573).

Quadro 2: As ações que vem sendo desenvolvidas à população GLBT

Estratégias de Ação e de Gestão As ações que vem sendo desenvolvidas à população GLBT	
Sensibilizar gestores e gerentes públicos da saúde sobre os efeitos da homofobia, lesbofobia e transfobia como elemento da vulnerabilidade, que gera obstáculos ao acesso e à promoção da equidade da população GLBT.	Garantir a participação dos segmentos GLBT nas instâncias dos conselhos e conferências de saúde, para interferir na formulação de políticas públicas e atuar no controle social do SUS.
Implantar e implementar instâncias de Promoção da Equidade na Saúde da População GLBT no âmbito das gestões estaduais e municipais.	Garantir apoio técnico e institucional aos movimentos sociais GLBT para fortalecimento da consciência do direito à saúde e em defesa do SUS.
Incluir os quesitos étnico-racial, orientação sexual e identidade de gênero nos formulários e sistemas de informação do SUS.	Organizar redes integradas de atenção à população GLBT em situação de violência doméstica, sexual e social, em parceria com os Centros de Referência GLBT/Secretaria Especial dos Direitos Humanos.
Combater a homofobia institucional com ampliação do atendimento humanizado no SUS.	Fortalecer a atenção básica ampliando e garantindo o acesso à população GLBT, promovendo a integralidade e a equidade da atenção integral à saúde.
Implementar e aperfeiçoar as ações de enfrentamento da epidemia de Aids e outras DST junto à população GLBT.	Fomentar realização de pesquisas e produção de conhecimento em saúde da população GLBT.
Reconhecer e incluir nos sistemas de informação do SUS, todas as configurações familiares, para além da heteronormatividade.	Implementar e aperfeiçoar as ações de enfrentamento da epidemia de Aids e outras DST junto à população GLBT.
Qualificar a atenção básica no cuidado aos idosos GLBT, dando continuidade ao processo de implantação e implementação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e a atenção domiciliar humanizada ao idoso GLBT.	Implantar os Centros de Referência com Assistência Interdisciplinar a Transexuais garantindo a assistência endocrinológica integral para travestis e transexuais.
Garantir atenção à saúde integral e os direitos sexuais e reprodutivos em todas as fases de vida, para as mulheres lésbicas, bissexuais e transexuais, nos âmbito do SUS.	Elaborar e regulamentar os Protocolos do Processo Transexualizador no SUS.

continua

conclusão

Estratégias de Ação e de Gestão As ações que vem sendo desenvolvidas à população GLBT	
Implementar ações de vigilância, prevenção e atenção à violência contra homossexuais.	Garantir a extensão do direito à saúde suplementar ao cônjuge dependente entre os casais GLBT.
Implantar e implementar a assistência em urologia e proctologia para homens gays, bissexuais e travestis nos estados e municípios, dentro da perspectiva da Política de Saúde Integral do Homem.	Fomentar a realização de pesquisas e estudos para produção de protocolos e diretrizes a respeito da hormonioterapia, implante de próteses de silicone e retirada de silicone industrial para travestis e transexuais.
Promover a humanização da atenção à saúde da população GLBT em situação carcerária.	Desenvolver ações e práticas de educação em saúde nos serviços do SUS com ênfase na orientação sexual e identidade de gênero.
Garantir o acesso universal e integral de reprodução humana assistida às mulheres lésbicas e bissexuais em idade reprodutiva.	Qualificar a atenção à saúde mental em todas as fases de vida da população GLBT prevenindo os agravos decorrentes dos efeitos da discriminação, do uso de álcool e outras drogas e da exclusão social.
Incluir os conteúdos relacionados à população GLBT na formação dos profissionais da saúde de nível técnico e da graduação, bem como garantir o tema nos processos de Educação Permanente em serviço dos profissionais do SUS.	Implantar a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde como rotina dos serviços, garantindo a inclusão do nome social nos prontuários de atendimento, no cartão SUS e ficha de Equipe de Saúde da Família dos serviços de saúde.

Fonte: Ministério da Saúde (2008)

Entretanto, Lionço (2008) afirma que esses desafios, contudo, só podem ser enfrentados caso a gestão rompa com processos de discriminação institucionalizados. A orientação sexual e identidade de gênero já são fatores incluídos em variadas políticas e ações estratégicas em saúde, dentre as quais:

Política de Atenção Integral à Saúde do Jovem e Adolescente, a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, a Política Nacional de Humanização, a Política de Promoção da Equidade na Saúde da População Negra, bem como nos Planos de Enfrentamento à Epidemia de HIV/Aids entre Gays, HSH e Travestis e o de Feminização da Epidemia, e o projeto Saúde e Prevenção nas Escolas, para citar algumas. Isso reflete que a orientação sexual e a identidade de gênero, mais do que demandar uma política específica, devem ser pauta para diversas políticas enquanto determinantes associados a outros determinantes na saúde das pessoas.

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”. 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: 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, a políticas públicas específicas e ao absoluto respeito à sua forma de amar.

O Senale é um espaço fundamental de debates que pretende contribuir na construção de uma sociedade com igualdade de direitos e respeito às diferenças. Sua realização constitui um momento de fortalecer a organização política e de dar visibilidade à luta das mulheres lésbicas e à condição social/sexual.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A produção bibliográfica sobre a Saúde das Lésbicas encontrada e que formou o banco de dados desta pesquisa é oriunda de áreas da Psicologia, Antropologia, Saúde Coletiva e Enfermagem. 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, as 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.

A análise das publicações revelou um conjunto de necessidades, sendo que, no âmbito do SUS, a abertura para a participação e o controle social vem possibilitando que grupos sociais estigmatizados questionem a dificuldade de acesso e reivindiquem a resolução de suas demandas específicas. A visibilidade social demandada por esses grupos tem favorecido uma maior interlocução com gestores e profissionais de saúde e, embora situações de preconceito e violência ainda estejam presentes nesse campo, a afirmação das suas identidades pode, em algumas situações, contribuir para a mudança na relação com aqueles que mantêm uma atitude de rejeição.

Quanto à inclusão do quesito orientação sexual nos prontuários e fichas de atendimento, é importante que gestores e profissionais tenham clareza a respeito de seu caráter dinâmico, para que essa ação não se torne apenas um dado sem sentido ou que se torne uma obrigatoriedade para usuárias.

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.

Vários dos estudos citados ao longo do texto demonstram 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 DST/Aids, cujas pesquisas e modelos de prevenção tradicionalmente as têm excluído.

Para concluir, parece fundamental ultrapassar a ideia de que as questões de saúde envolvendo a sexualidade sejam abordadas com o olhar restrito para as DSTs e Aids. Essas questões são importantes e, mesmo reconhecendo que esse é ainda um campo obscuro no que se refere à transmissão entre mulheres, há que abordar o tema junto às mulheres e capacitar os profissionais a fazê-lo. Porém, 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, o que impossibilitou uma melhor análise comparativa com outros estudos sobre o tema.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, G. Argumentos em torno da possibilidade de infecção por DST e Aids entre mulheres que se autodefinem como lésbicas. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 301-31, 2009.

ALVES, Andrea Moraes, Envelhecimento, Trajetórias e Homossexualidade Feminina. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 16, n. 34, p. 213-33, jul./dez. 2010.

ARAÚJO, Maria Alix Leite et al. Relação usuária-profissional de saúde: experiência de uma mulher homossexual em uma unidade de saúde de referência de Fortaleza. **Escola Anna Nery R Enfermagem**, v. 10, n. 2, p. 323-7, ago. 2006.

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**, Sup 2, p. S291-S300, 2009.

BARBOSA, Regina Maria; FACCHINI, Regina. Saúde das mulheres lésbicas: promoção da equidade e da integralidade. **Rede Feminista de Saúde**, 40p. ilus, tab. 2006.

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.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 4. ed. Lisboa: Edições 70, 2010.

BERTOLIN, Daniela Comelis et al. Conhecimento de mulheres que fazem sexo com mulheres sobre o Papilomavírus Humano. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 730-5, out./dez. 2010.

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).

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2004a. 104 p.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2004b. 104 p.

_____. Presidência da República. Secretaria de Políticas Públicas para as Mulheres. **Pensar o Brasil para o Enfrentamento do Racismo, do Sexismo e da Lesbofobia** – Relatório Final do Grupo de Trabalho para Fortalecimento das Ações de Enfrentamento do Racismo, Sexismo e Lesbofobia no II Plano Nacional de Políticas Públicas para as Mulheres. Brasília, SPM/PR, 2010.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Direitos Humanos. **Anais da Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais – GLBT**. Direitos Humanos e políticas públicas: o caminho para garantir a cidadania de GLBT. Brasília: SEDH-Presidência da República, 2008a.

_____. Secretaria Especial de Direitos Humanos. **Regimento da Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília: Secretaria Especial de Direitos Humanos, 2008b.

_____. 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. 104 p. (Série Manuais n. 57).

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**, 2008c. Disponível em: <http://200.130.7.5/spmu/docs/Livreto_Mulher.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2011.

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

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

DEPARTAMENTO DE APOIO À GESTÃO PARTICIPATIVA. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Rev Saúde Pública**, Ministério da Saúde, v. 42, n. 3, p. 570-3, 2008.

FACCHINI, Regina. Entre compassos e descompassos: um olhar para o “campo” e para a “arena” do movimento LGBT brasileiro. **Revista Bagoas – Estudos Gays, Gêneros e Sexualidade**, n. 04, p. 131-58, 2009.

_____. **Sopa de Letrinhas?** Movimento homossexual e produção de identidades coletivas nos anos 90. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

KNAUTH, Daniela Riva; MEINERZ, Nádia Elisa. **As Faces da Homofobia no Campo da Saúde**. [online]. Disponível em: <<http://blsaudelesbica.blogspot.com/>>. Acesso em: 05 nov. 2011.

LACERDA, Marcos; PEREIRA, Cícero; CAMINO, Leoncio. Um Estudo sobre as Formas de Preconceito contra Homossexuais Na Perspectiva das Representações Sociais. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 15, n. 1, p. 165-78, 2002.

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

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/>>. Acesso em: 11 dez. 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Departamento de Apoio à Gestão Participativa, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 3, p. 570-3, 2008.

PALMA, Yáskara Arrial. **Mamãe e... Mamãe?** apresentando as famílias homomaternais. [online]. Porto Alegre, 2011. 116f. Disponível em: <<http://blrs.blogspot.com/>>. Acesso em: 11 dez. 2011.

PIASON, Aline da Silva. **Mulheres que Amam Mulheres:** trajetórias de vida, reconhecimento e visibilidade social às lésbicas. Porto Alegre, 2008. Disponível em: <<http://blrs.blogspot.com/>>. Acesso em: 11 dez. 2011.

ANEXO A - Artigos Científicos Encontrados na Biblioteca Virtual em Saúde

Art.	Título do Artigo	Autores	Revista Publicação	Ano
01	Transtornos mentais, qualidade de vida e identidade em homossexuais na maturidade e velhice	Alex de Toledo Ceará, Paulo Dalgallarrondo	Revista de Psiquiatria Clínica	2010
02	Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil	Regina Maria Barbosa, Regina Facchini	Cadernos de Saúde Pública	2009
03	Mulheres que fazem sexo com mulheres: algumas estimativas para o Brasil	Regina Maria Barbosa, Mitti Ayako Hara Koyama	Cadernos de Saúde Pública	2006
04	Argumentos em torno da possibilidade de infecção por DST e Aids entre mulheres que se autodefinem como lésbicas	G. Almeida	Revista de Saúde Coletiva	2009
05	Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade	Tatiana Lionço	Saúde e Sociedade	2008
06	Relação usuária-profissional de saúde: experiência de uma mulher homossexual em uma unidade de saúde de referência de Fortaleza	Maria Alix Leite de Araújo, Marli Teresinha Gimeniz Galvão, Micheli Morais Martins Saraiva, Angela Dias de Albuquerque	Escola Anna Nery	2006
07	Saúde das mulheres lésbicas: promoção da equidade e da integralidade	Regina Facchini, Regina Maria Barbosa	Rede Feminista de Saúde	2006
08	Conhecimento de mulheres que fazem sexo com mulheres sobre o Papilomavírus humano	Daniela Comelis Bertolin, Rita de Cássia Helú M. Ribeiro, Claudia Bernardi Cesarino, Dayana Coelho da Silva, Dilma de Oliveira Prado, Eva Socorro Parro	Cogitare Enfermagem	2010
09	Um Estudo sobre as Formas de Preconceito contra Homossexuais Na Perspectiva das Representações Sociais	Marcos Lacerda, Cícero Pereira, Leoncio Camino,	Psicologia: Reflexão e Crítica	2002
10	Envelhecimento, Trajetórias e Homossexualidade Feminina	Andrea Moraes Alves	Horizontes Antropológicos, Porto Alegre	2010