



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

ESCOLA DE ENFERMAGEM

LETÍCIA DA SILVA CABRAL

DEMANDAS DE SAÚDE DE MULHERES LÉSBICAS: CONSTRUÇÃO DE BASES
PARA O CUIDADO

SALVADOR-BA

2021

LETÍCIA DA SILVA CABRAL

**DEMANDAS DE SAÚDE DE MULHERES LÉSBICAS: CONSTRUÇÃO DE BASES
PARA O CUIDADO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito de aprovação para obtenção do grau de doutora em Enfermagem e Saúde na Área de concentração Enfermagem, Cuidado e Saúde, na linha de pesquisa Cuidado à Saúde das Mulheres, Relações de Gênero e Etnicorraciais.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Edméia de Almeida Cardoso

Coorientadora: Prof^a Dr^a Jeane Freitas de Oliveira

SALVADOR-BA

2021

C117 Cabral, Letícia da Silva.

Demandas de saúde de mulheres lésbicas: construção de bases para o cuidado/Letícia da Silva Cabral. – Salvador, 2021.

138 f.: il.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Edméia de Almeida Cardoso; Coorientadora: Prof^ª. Dr^ª. Jeane Freitas de Oliveira.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, 2021.

Inclui referências.

1. Homossexualidade feminina. 2. Serviços de saúde – demandas.
3. Sexualidade. 4. Cuidados de enfermagem. 5. Integralidade em saúde.

I. Cardoso, Edméia de Almeida. II. Oliveira, Jeane. III. Universidade Federal da Bahia. IV. Título.

CDU 616-083:392.6

LETÍCIA DA SILVA CABRAL

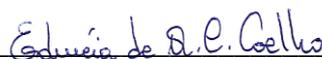
**DEMANDAS DE SAÚDE DE MULHERES LÉSBICAS: CONSTRUÇÃO DE BASES
PARA O CUIDADO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito de aprovação para obtenção do grau de doutora em Enfermagem e Saúde na Área de concentração Enfermagem, Cuidado e Saúde, na linha de pesquisa Cuidado à Saúde das Mulheres, Relações de Gênero e Etnicorraciais.

Aprovada em 28 de junho de 2021

BANCA EXAMINADORA

Edméia de Almeida Cardoso Coelho



Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Simone Brandão Souza



Doutora em Cultura e Sociedade e Professora da Universidade Federal do Recôncavo Baiano

Cleuma Sueli Santos Suto



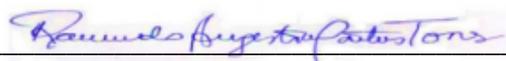
Doutora em Enfermagem e Saúde e Professora da Universidade do Estado da Bahia

Andréa Alice Rodrigues Silva



Doutora em Serviço Social e Professora da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Raimundo Augusto Martins Torres



Doutor em Educação e Professora da Universidade Estadual do Ceará

AGRADECIMENTOS

Em todo caminho, vários percursos são traçados e diversas direções seguidas. Companheiros e companheiras estiveram ou estão presentes na primeira, na última pausa ou acompanhando em todo o processo.

Durante esses quatro anos, muitas pessoas estiveram presentes, passaram ou ficaram por este caminho. Em todo ele, por todo o tempo, grata à Deus pela força, coragem e saúde que me concedeu, por estas pessoas maravilhosas que estiveram presentes e pela companhia nos diversos momentos de ânimo ou desânimo que perpassam o processo que é a formação.

À minha mãe pelo apoio diário refletido em forma de amor, paciência e conforto, sendo refúgio e alicerce. Ao meu pai pela força e confiança. Aos meus irmãos, Amanda, Danilo e Matheus pelo amor, conversas, bagunças e pelo ânimo em vê-los felizes por mim e por eles, conquistas não são feitas de/por um só. À toda família: sobrinha, avós, primos, primas, tios, cunhada pelo mesmo.

À Andréa, pelo apoio, força, tempo destinado, companhia, paciência, amor e por uma amizade feita de muito cuidado. À Yana, pelo refúgio e pelas palavras de conforto, carinho e cumplicidade!

À Profa. Edméia Cardoso, pela atenção, cuidado, apoio que encontrei para enfrentar o debate sobre um tema que ainda é discriminado e pelas correrias que lhe fiz passar, agradeço e peço desculpa, rs. À Profa. Jeane, que aceitou prontamente ser minha coorientadora, pelas diversas contribuições, incentivo e carinho.

Às amigas do doutorado, Carle; Gabriela; Cleuma; Andíara e demais integrantes do Grupo de Pesquisa Saúde da Mulher, Gênero e Integralidade do Cuidado pelas discussões e aprendizados conjuntos.

Ao corpo docente do PPGENF- UFBA, por representarem cada momento de aprendizado que obtivemos nesta etapa, pelo apoio sempre presente, pela compreensão e ajuda nos momentos de dificuldade.

A todas e todas que passaram, ficaram ou chegaram.

OBRIGADA!

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À CAPES, pela oportunidade e incentivo financeiro para estar e permanecer discente no curso de pós-graduação.

RESUMO

CABRAL, Letícia da Silva Cabral. **DEMANDAS DE SAÚDE DE MULHERES LÉSBICAS: construção de bases para o cuidado**. 138f. Tese (Doutorado em Enfermagem e Saúde) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, 2021.

O reconhecimento de demandas de saúde das mulheres lésbicas constitui passo importante para fomentar as discussões sobre cuidado e possibilitar ou potencializar ações nos serviços de saúde. Há especificidades no âmbito social e da atenção à saúde, com fatores determinantes para a dificuldade do acesso e acolhimento dessas mulheres. A singularidade de mulheres lésbicas demanda atenção específica. Porém, preconceitos e violência nos diversos espaços fazem com que esse grupo se afaste dos serviços de saúde e tenha menor acesso a consultas, exames e rastreamentos, ampliando vulnerabilidades. Essa pesquisa teve por objetivos conhecer demandas por cuidado segundo a realidade vivenciada por mulheres lésbicas na experiência pessoal e na relação com os serviços de saúde; analisar experiências de mulheres lésbicas com os serviços de saúde no âmbito da atenção a suas demandas por cuidado; apresentar estratégias para o cuidado na rede de saúde segundo o olhar de mulheres lésbicas sobre suas demandas. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa realizado em três municípios do estado da Bahia, sendo eles de pequeno, médio e grande porte. A produção dos dados deu-se a partir de grupos focais e de entrevistas semiestruturadas além de formulário para informações sociodemográficas. Foi utilizada a *Teoria do ponto de vista* como referencial teórico e o material empírico foi analisado pela técnica de análise do discurso, tendo gênero e integralidade como categoria analítica. As normas da Resolução 466/12 foram atendidas em todas as etapas da pesquisa. Os resultados mostram enfrentamentos diversos que conformam as experiências iniciadas na relação com a família e se continuam no afirmar-se lésbica como ato político para visibilidade social, ao tempo em que passam a conviver com o medo da violência. Na busca por cuidado, estereótipos e preconceitos sobre quem contraria a heteronormatividade alimentam o modelo de atenção à saúde, veiculando poderes e verdades estabelecidas. Há invisibilidade da existência lésbica e, em consequência, das demandas por cuidado, ao lado de constrangimentos para quem assume sua identidade de gênero. Essa realidade mantém mulheres lésbicas como população vulnerada. As participantes apontam mudanças no caminho da superação: educação para a saúde sexual de base emancipatória, formação profissional e educação permanente sob novos pilares e novas competências, políticas de saúde inclusivas e interseccionais, integralidade do cuidado com ênfase no acolhimento, uso de redes sociais como espaço de apoio e de ação política. Urge que seja garantido na rede de atenção espaço para o cuidado a mulheres em relacionamento homoafetivo e que políticas sejam efetivamente implementadas por profissionais com qualificação para o cuidado a mulheres lésbicas, reconhecendo-as como pessoas de direitos com poder sobre seu corpo e sobre a sua vida.

Palavras-chave: Homossexualidade feminina. Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde; Sexualidade. Cuidados de enfermagem. Integralidade em saúde.

ABSTRACT

CABRAL, Letícia da Silva Cabral. **LESBIAN WOMEN'S HEALTH DEMANDS: building foundations for care.** 138f. Thesis (Doctorate in Nursing and Health) – Federal University of Bahia, School of Nursing, 2021.

Recognizing the health demands of lesbian women is an important step to foster discussions about care and enable or enhance actions in health services. There are specificities in the social sphere and in health care, with determining factors for the difficulty of accessing and welcoming these women. The uniqueness of lesbian women demands specific attention. However, prejudice and violence in different spaces make this group move away from health services and have less access to consultations, tests and screenings, increasing vulnerabilities. This research aimed to understand the demands for care according to the reality experienced by lesbian women in their personal experience and in their relationship with health services; analyze the experiences of lesbian women with health services in the context of attention to their demands for care; present strategies for care in the health network according to the view of lesbian women about their demands. This is a study with a qualitative approach carried out in three municipalities in the state of Bahia, which are small, medium and large. Data production was based on focus groups and semi-structured interviews, in addition to a form for sociodemographic information. The point of view theory was used as a theoretical framework and the empirical material was analyzed using the discourse analysis technique, with gender and integrality as the analytical category. The standards of Resolution 466/12 were met at all stages of the research. The results show different confrontations that shape the experiences initiated in the relationship with the family and continue to assert themselves as a lesbian as a political act for social visibility, while they begin to live with the fear of violence. In the search for care, stereotypes and prejudices about those who oppose heteronormativity feed the health care model, conveying established powers and truths. There is an invisibility of the lesbian existence and, as a result, of the demands for care, along with constraints for those who assume their gender identity. This reality keeps lesbian women as a vulnerable population. The participants point to changes in the way of overcoming: education for sexual health on an emancipatory basis, professional training and permanent education under new pillars and new skills, inclusive and intersectional health policies, comprehensive care with an emphasis on welcoming, use of social networks such as space for support and political action. It is urgent that space be guaranteed in the care network for the care of women in same-sex relationships and that policies are effectively implemented by professionals qualified to care for lesbian women, recognizing them as people with rights with power over their bodies and over their life.

Keywords: Female homosexuality. Health Services Needs and Demands. Sexuality. Nursing care. Health comprehensiveness.

RESUMEN

CABRAL, Letícia da Silva Cabral. **LAS DEMANDAS DE SALUD DE LAS MUJERES LESBIANAS: sentar las bases del cuidado**. 138f. Tesis (Doctorado en Enfermería y Salud) - Universidad Federal de Bahía, Escuela de Enfermería, 2021.

Reconocer las demandas de salud de las mujeres lesbianas es un paso importante para fomentar las discusiones sobre la atención y habilitar o mejorar las acciones en los servicios de salud. Hay especificidades en el ámbito social y en el cuidado de la salud, con factores determinantes de la dificultad para acceder y acoger a estas mujeres. La singularidad de las mujeres lesbianas exige una atención específica. Sin embargo, los prejuicios y la violencia en diferentes espacios hacen que este grupo se aleje de los servicios de salud y tenga menos acceso a consultas, pruebas y exámenes, aumentando las vulnerabilidades. Esta investigación tuvo como objetivo comprender las demandas de atención de acuerdo con la realidad vivida por las mujeres lesbianas en su experiencia personal y en su relación con los servicios de salud; analizar las experiencias de las mujeres lesbianas con los servicios de salud en el contexto de la atención a sus demandas de atención; presentar estrategias de atención en la red de salud según la visión de las mujeres lesbianas sobre sus demandas. Se trata de un estudio con enfoque cualitativo realizado en tres municipios del estado de Bahía, los cuales son pequeños, medianos y grandes. La producción de datos se basó en grupos focales y entrevistas semiestructuradas, además de un formulario de información sociodemográfica. Se utilizó la teoría del punto de vista como marco teórico y el material empírico se analizó mediante la técnica del análisis del discurso, con género e integralidad como categoría analítica. Los estándares de la Resolución 466/12 se cumplieron en todas las etapas de la investigación. Los resultados muestran diferentes enfrentamientos que dan forma a las experiencias iniciadas en la relación con la familia y continúan afirmándose como lesbianas como acto político de visibilidad social, al mismo tiempo que comienzan a vivir con el miedo a la violencia. En la búsqueda del cuidado, los estereotipos y prejuicios sobre quienes se oponen a la heteronormatividad alimentan el modelo asistencial, transmitiendo poderes y verdades establecidos. Existe una invisibilidad de la existencia lésbica y, como consecuencia, de las demandas de cuidado, junto con las limitaciones para quienes asumen su identidad de género. Esta realidad mantiene a las mujeres lesbianas como una población vulnerable. Los participantes señalan cambios en la forma de superación: educación para la salud sexual en forma emancipadora, formación profesional y educación permanente bajo nuevos pilares y nuevas competencias, políticas de salud inclusivas e interseccionales, atención integral con énfasis en la acogida, uso de las redes sociales como espacios de apoyo y acción política. Es urgente que se garantice un espacio en la red de atención para el cuidado de las mujeres en relaciones homosexuales y que las políticas sean implementadas efectivamente por profesionales capacitados para cuidar a las mujeres lesbianas, reconociéndolas como personas con derechos con poder sobre su cuerpo y sobre el suyo vida.

Palabras-chave: Homosexualidad femenina. Necesidades y demandas de servicios de salud. Sexualidad. Cuidado de enfermeira. Integridad sanitaria.

LISTA DE QUADROS

Quadro 01: Caracterização dos municípios, Salvador - BA, 2019	49
Quadro 02: Participantes da pesquisa, Salvador-BA, 2020	60
Quadro 03: Mudanças requeridas no caminho da Integralidade, Salvador-BA, 2020....	92

LISTA DE SIGLAS

AIDS	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
BA	Bahia
CIS	Cisgênero
COREQ	Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research
DATASUS	Departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EUA	Estados Unidos das Américas
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HSH	Homens que fazem Sexo com Homens
HPV	Vírus do Papiloma Humano
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IMC	Índice de Massa Corporal
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
MSM	Mulheres que fazem Sexo com Mulheres
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRANS	Transgênero

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	19
3 DEMANDAS DE SAÚDE NO CONTEXTO DA ATENÇÃO A MULHERES LÉSBICAS.....	20
3.1 MULHERES VULNERADAS E ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	23
4 REFERENCIAL TEÓRICO	29
4.1 HOMOSSEXUALIDADE: ELEMENTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS.....	29
4.2 ESTIGMAS E GUETOS NA EXISTÊNCIA LÉSBICA.....	34
4.2.1 Existência lésbica e organização política	36
4.3 TEORIA DO PONTO DE VISTA.....	39
5 METODOLOGIA	43
5.1 CATEGORIAS DE ANÁLISE	43
5.1.1 Gênero	43
5.1.2 Integralidade	46
5.2 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	48
5.3 LOCAL DO ESTUDO	49
5.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO	50
5.5 TÉCNICAS PARA PRODUÇÃO DO MATERIAL EMPÍRICO	51
5.5.1 Grupo Focal	52
5.5.2 Entrevista	56
5.6 ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO	57
5.7 ASPECTOS ÉTICOS	58
6 RESULTADOS.....	60
6.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES.....	60

6.2 HETERONORMATIVIDADE COMPULSÓRIA: padrões sociais impostos e rebatimentos nas vivências de mulheres lésbicas	62
6.2.1 Conflitos, enfrentamentos e vulnerabilidades na existência de mulheres lésbicas	
6.2.2 Coexistência de invisibilidade lésbica e preconceito nos serviços de saúde.....	
6.3 NA CONTRAMÃO DA INTEGRALIDADE: ENTRAVES DO CUIDADO À SAÚDE DA MULHER LÉSBICA.....	79
6.3.1 Saúde sexual como foco de mulheres lésbicas para o cuidado diante dos limites da atenção.....	79
6.3.2 Constrangimento nos serviços de saúde como expressão de violência à mulher lésbica.....	82
6.4 DEMANDAS DE SAÚDE DE MULHERES LÉSBICAS REQUERENDO A INTEGRALIDADE DO CUIDADO NOS CONTEXTOS DE ESTRANHAMENTO DOS SERVIÇOS.....	92
6.4.1 Construindo possibilidades de mudanças: estratégias de cuidado de mulheres lésbicas.....	92
6.4.2 Construindo propostas de ações coletivas.....	95
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	104
REFERÊNCIAS	109
APÊNDICES	123
APÊNDICE A- Informações à participante	125
APÊNDICE B- Termo de Consentimento Livre Esclarecido	127
APÊNDICE C - Termo de Confidencialidade Individual	130
APÊNDICE D- Dados sociodemográficos e roteiro da entrevista	131
APÊNDICE E- Roteiro para as sessões de grupo focal	133
APÊNDICE F- Roteiro semiestruturado para entrevistas	135
ANEXO	136
ANEXO A- COREQ	1

1 INTRODUÇÃO

A discussão acerca da saúde de Mulheres que fazem sexo com Mulheres (MSM) é recente. Ainda que os movimentos de lutas por igualdade e equidade de direitos já tenha percorrido um longo caminho, em especial a partir dos movimentos lésbicos feministas e, LGBT, as conquistas não têm apresentado reflexos evidentes nas questões de saúde. Há especificidades no âmbito social e da atenção à saúde, com fatores determinantes para a dificuldade do acesso e acolhimento.

A singularidade de mulheres lésbicas demanda atenção específica. Porém, preconceitos e violência nos diversos espaços fazem com que esse grupo tenha menor acesso a consultas, exames e rastreamentos, ampliando vulnerabilidades. Entre essas, se destacam maiores riscos para câncer de mama, por ser uma população que, ainda, tem a maternidade como uma opção mais incomum; câncer de colo de útero, por ser silencioso e relacionado à menor realização de exame preventivo; violência familiar, em todas as suas formas e organização de serviços e práticas profissionais sob modelo normativo heterossexual (BRASIL, 2014).

É fato que “lésbicas e mulheres bissexuais não têm apoio por parte de profissionais de saúde para verbalizar suas orientações sexuais quando buscam assistência” (VALADÃO; GOMES, 2010, p. 1451).

Há invisibilidade de demandas no âmbito da relação sexualidade e gênero dessa população nos campos político, social e também acadêmico. Os movimentos lésbico, feminista e LGBT contribuem para dar centralidade a essas discussões, em contrapartida, instituições como família, religião, ensino e política constroem significados diferentes sobre gênero, diversidade sexual e sexualidade, fomentando o que nomearam de “ideologia de gênero” (FERREIRA; AGUINSKY, 2013).

A ideia da heterossexualidade como uma instituição contribui com a retirada da visibilidade nas discussões, bem como, retira o poder dessas mulheres, por meio do apagamento da história e da existência lésbica, que ocorre inclusive, no pensamento feminista e nas relações de gênero na sociedade de modo geral (RICH, 2010).

Culturalmente e socialmente construída, essa compulsão pelo cumprimento da heterossexualidade e todas as suas normas prevê que haja a manutenção de um padrão binário na formação das pessoas. São orientações que permitem determinadas condutas e negam outras mantendo performances similares para cada grupo, de mulheres e de homens,

separadamente. Essa construção afeta a formação da sociedade e das famílias e, mantém formas normativas de lidar com o mundo, gerando como consequência espaços que, mantêm esse padrão e constitui diferenças pelo não reconhecimento do que transgride essa norma (HERMAN, *et al*, 2018).

As identidades de gênero são predefinidas culturalmente, normatizadas e naturalizadas, aprisionando as pessoas a um modelo que não permite a liberdade de uma orientação sexual para além da heterossexual. Tudo se organiza socialmente e institucionalmente pelo prisma da heteronormatividade para ofertar serviços e dar visibilidade a essa mesma orientação. A identidade é um elemento importante para a construção de movimentos e consolidação de grupos que se aproximam e compartilham certas características, em busca de determinados projetos, seja para si ou para os outros. Desse modo, perceber e compreender essas construções é também questão importante para o reconhecimento de demandas.

Esse contexto determina que as mulheres lésbicas não sejam vistas ou, não queiram se mostrar, deixando à margem, informações imprescindíveis à assistência. As identidades, ainda que diversas, nas suas semelhanças aproximam essas mulheres em *grupos* ou grupos que, compartilham de estilos de vida semelhantes, espaços e dificuldades, de modo que, as mesmas também, compartilham entre si, informações sobre os cuidados à saúde, prática essa, nem sempre adequada, tendo em vista a desinformação evidente que há sobre as possíveis formas de cuidado (CABRAL, 2017).

Há um embate conservador contra a visibilidade das demandas e de movimentos das minorias, o que representa um obstáculo para a garantia de direitos fundamentais, potencializa ações estigmatizantes e a heterossexualidade compulsória.

O tema sexualidade permeia de maneira discreta o debate em torno das políticas e programas de saúde, essencialmente, no contexto da saúde reprodutiva e planejamento reprodutivo (CARVALHO *et al.*, 2013). Com a epidemia da AIDS, houve uma crescente preocupação com as questões referentes à sexualidade, voltando-se o olhar à homossexualidade masculina. Observa-se, porém, que ainda faltam investimentos no que se refere a saúde de Mulheres que fazem Sexo com Mulheres, o que é também um problema de gênero, quando a assistência e as propostas de saúde para homens que fazem sexo com homens são mais discutidas, reconhecidas e conferidas importância.

A questão de gênero, identidade e orientação sexual já se faz presente em várias políticas e ações de saúde, como 'Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, a Política de Atenção Integral à Saúde do Jovem e Adolescente, a Política Nacional de Humanização, a

Política de Promoção da Equidade na Saúde da População Negra, nos Planos de Enfrentamento à Epidemia de HIV/Aids entre Gays, HSH (homens que fazem sexo com homens) e Travestis e o de Feminização da Epidemia, e o projeto Saúde e Prevenção nas Escolas', o que reforça que além de demandar diretrizes específicas, essas questões precisam estar pautadas e presentes em diversas outras, para garantir a inclusão dos seus direitos, porquanto sejam, determinantes associados a outros determinantes na saúde das pessoas.

Em estudo realizado em 1995 com 90.823 mulheres com idade entre 32 e 51 anos, 694 mulheres relataram ser lésbicas e 317 bissexuais, essas apresentaram maior prevalência de fatores de risco para câncer de mama, incluindo nuliparidade e alta ingestão diária de álcool, em comparação com mulheres heterossexuais. Também tiveram uma maior prevalência de vários fatores de risco para doenças cardiovasculares, incluindo índice de massa corporal (IMC) e elevada prevalência de tabagismo, além de serem mais propensas à depressão e ao uso de antidepressivos (CASE, et al., 2004). Ainda que o estudo tenha ocorrido há mais de uma década e que consideremos que tais características não sejam regra para a população de MSM, há de se considerar a representatividade da amostra da pesquisa.

Resultados de estudos norte-americanos também mostram fragilidades, vulnerabilidades e barreiras por preconceito. No que diz respeito a infecções sexualmente transmissíveis a partir de relação sexual entre duas mulheres, a ocorrência é muito rara, mas há registro nos EUA de um caso de transmissão de HIV, numa relação lésbica, confirmado por testagem do vírus, cujo resultado evidenciou 98% de identificação entre eles, o que é representativo de infecção (DONALD, 2014).

De acordo com dados disponíveis no DATASUS (2017), há ocorrência de DST/AIDS em mulheres autodeclaradas bissexuais ou lésbicas no Brasil, com a surpresa, inclusive, de haver em maior número para mulheres lésbicas. Assim, mulheres que fazem sexo com mulheres estão também vulneráveis. Sendo as práticas sexuais, em geral, compreendidas como heterossexuais, o atendimento à saúde acaba por ser, em sua maioria, bastante conflituoso por desconsiderar essa questão, que bem pouco é referido pela mulher (SOUSA, 2014).

Pesquisa anterior realizada em Fortaleza - CE, no ano de 2017, evidenciou que a percepção das mulheres lésbicas e bissexuais sobre os cuidados de enfermagem à mulher lésbica estão no contexto do desconhecimento e descuido, marcada pela falta de informação acerca de como prevenir-se na relação entre mulheres, falta de apoio e acompanhamento, de ações de educação em saúde e de sentirem-se parte do sistema de saúde (CABRAL, 2017).

No Brasil, “acesso e qualidade da atenção às mulheres que fazem sexo com mulheres, homossexuais, bissexuais, lésbicas, transexuais, outras orientações sexuais, e profissionais do sexo” é colocada como uma das prioridades pela Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (BRASIL, 2011, p.26). Todavia, essa é uma temática carente de debates e de poucos investimentos na implementação de políticas e práticas que dêem visibilidade a demandas e que ofereça um cuidado orientado pela integralidade.

O Healthy People 2020 (2014) também identificou a necessidade de aumentar o acesso a cuidados de saúde de qualidade para LGBT como prioridade para novas pesquisas e intervenções em sua agenda de 10 anos para melhorar a saúde, o que demonstra que é uma necessidade evidenciada não apenas nacionalmente.

O reconhecimento de demandas de saúde das lésbicas constitui passo importante para fomentar as discussões sobre cuidado e, mesmo possibilitar ou potencializar ações de planejamento de serviços de saúde. Demandas essas entendidas como serviços necessários ou desejados para consumo, tendo com seu atendimento, a possibilidade de satisfação pela efetivação de vínculos e confiança (SOUZA; BOTAZZO, 2013).

Nesse sentido, a equipe de saúde na Atenção Básica é fundamental para a visibilidade dessas questões e indispensável para o reconhecimento e respeito de suas necessidades, destacando-se, a enfermeira, que está à frente da equipe e responde por grande parte da atenção no que concerne aos programas de saúde. Segundo Oliveira (2014), para isso ser possível, é preciso que sejam considerados múltiplos aspectos no atendimento prestado e, não apenas sexuais ou psicológico, sendo importantes considerar moradia, trabalho, situação financeira, contexto familiar, alcoolismo, drogadição. Para compreender as vivências das mulheres lésbicas é necessário transitar nas objetividades e subjetividades relacionadas as particularidades do corpo, papel social e das nuances envoltas nisso.

Na perspectiva da integralidade do cuidado, a busca contínua da ampliação das possibilidades e apreensão das necessidades é necessária para que se assuma uma perspectiva dialógica entre sujeitos, suas demandas e os modos de perceber os serviços de saúde (FRACCOLI, 2011).

Na rede de atenção, embora procedimentos técnicos sejam a base para a realização de exames, para cada situação é estabelecida uma relação profissional-usuária em que questões dirigidas às experiências sexuais são levantadas. Todavia, a organização das práticas por protocolos heteronormativos, faz com que a consulta se constitua espaço de constrangimento, o que afasta mulheres lésbicas dos serviços.

As práticas inadequadas contra as MSM podem ser consideradas como violência e resultam em impactos negativos na saúde mental e qualidade de vida das mulheres, possibilitando um aumento na ocorrência de sentimentos como medo, desconfiança, confusão, insegurança, vergonha, isolamento social e, disfunções sexuais (CARDOSO; FERRO, 2012).

Diante desse contexto, as buscas pelos serviços de saúde são pontuais e seletivas, não levando aos serviços demandas por cuidado preventivo, mantendo-se em situações de vulnerabilidades. As demandas podem se relacionar às más condições de vida, seja com relação a hábitos de vida saudáveis, situações de violência que possa estar sofrendo, necessidade de autonomia, acolhimento, acesso a serviços e cuidados. Contudo, a principal dificuldade quanto a elas é que profissionais e serviços costumam priorizar ações contidas em documentos oficiais do Ministério da Saúde, priorizando sob o modelo biomédico e, desconsiderando, muitas vezes, o respeito a singularidade.

Nesse sentido, como principal demanda está o acesso e acolhimento às MSM, tendo em vista que, o fortalecimento do vínculo assume papel fundamental nessa relação, para que, as especificidades da população saiam da marginalidade (WINGO; INGRAHAM; ROBERTS, 2018).

Considerando resultados de pesquisa e observações empíricas as buscas de mulheres lésbicas pelos serviços de saúde são pontuais e seletivas, não sendo levadas aos serviços demandas por cuidados preventivos, o que as mantém em vulnerabilidade. As demandas podem se relacionar às más condições de vida, seja com relação a hábitos de vida saudáveis, situações de violência que possa estar sofrendo, necessidade de autonomia, acolhimento, acesso a serviços e cuidados. Contudo, a principal dificuldade quanto a elas é que profissionais e serviços costumam priorizar o modelo biomédico, desconsiderando singularidades.

Lacunas da literatura favorecem a continuidade do desconhecimento sobre a saúde das MSM. A maior parte das pesquisas já realizadas nacionalmente permanece no plano descritivo ou restrita às práticas sexuais, porém, o contexto requer realização de ações que possam intervir de modo a informar mulheres e profissionais sobre as diversas questões que as envolve, tendo em vista que, uma vez vulneradas, o afastamento dos serviços incide não apenas no exercício de sua sexualidade ou na possibilidade de infecções sexualmente transmissíveis, mas, nos diversos âmbitos que envolvem a sua saúde.

Diante desse contexto, decidimos por uma pesquisa partindo do pressuposto que a lógica da atenção distancia mulheres lésbicas dos serviços de saúde por não haver espaço para a livre expressão de suas demandas. Assim, são negadas oportunidades para *autoafirmar* sua

orientação sexual, o que contribui para a manutenção de vulnerabilidades tendo em vista práticas profissionais orientadas por padrões da heterossexualidade e estigmatizantes.

Nesse sentido, a pesquisa busca responder:

- Como demandas por cuidado à saúde são expressas por mulheres lésbicas a partir de experiências de vida e nas relações com os serviços de saúde?
- Que estratégias de cuidado podem direcionar mudanças na perspectiva do atendimento de demandas de saúde de mulheres lésbicas?

2 OBJETIVOS

- ✓ Conhecer demandas por cuidado segundo a realidade vivenciada por mulheres lésbicas na experiência pessoal e na relação com os serviços de saúde.
- ✓ Analisar experiências de mulheres lésbicas com os serviços de saúde no âmbito da atenção a suas demandas por cuidado.
- ✓ Apresentar estratégias para o cuidado na rede de saúde segundo o olhar de mulheres lésbicas sobre suas demandas.

3 DEMANDAS DE SAÚDE NO CONTEXTO DA ATENÇÃO A MULHERES LÉSBICAS

Para compreensão conceitual das demandas, será adotado o conceito de Santos; Penna (2013), que consideram que as demandas aos serviços de saúde de uma população específica compreendem a tradução de necessidades individuais, seja de ordem física ou psicológica. Demanda é a expressão do que é buscado a fim de encontrar respostas a determinados processos vivenciados, tendo em vista a individualidade de cada pessoa.

Na perspectiva da integralidade do cuidado, o atendimento às demandas requer escuta sensível, acolhimento, diálogo e reconhecimento do contexto enquanto determinante de saúde (FONTOURA; MAYER; 2006). Demandas e necessidades de saúde são socialmente e coletivamente construídas, sendo assim, constantemente modificadas, transformadas e reconstituídas diante do tempo, lugar e dos marcadores da diferença que envolvem cada indivíduo que as portam. Deve-se, nesse sentido, considerar que sujeitas/os produzem e carregam de forma diferente as demandas e necessidades (CAMARGO JUNIOR, 2010; BRASIL, 2011).

A demanda deve ser construída através da relação de profissionais dos serviços de saúde e da população alvo que visa a resolução de suas necessidades de saúde e vida (GOMES, PINHEIRO E GUIZARDI, 2010). Portanto, incentivar as mulheres a falar a respeito de suas necessidades pode ser uma das alternativas viáveis para organização de práticas que buscam a integralidade em saúde nos serviços, no que diz respeito à saúde física e mental.

A necessidade é percebida pelo indivíduo como um dos componentes da demanda, sendo esta segunda além de necessária, desejada. Apesar de individuais, as demandas de saúde são socialmente e coletivamente construídas. A conformação do contexto vivenciado, por sua vez, contribui para essas demandas, que são mutáveis, reconstruídas e reconstituídas constantemente (FRANCO; MERHY, 2005). Assim, é importante estarmos atentas aos guetos, comunidades e vivências das mulheres em atendimento como características que podem e determinar ações do cuidado.

Sob a ótica do cumprimento da assistência integral e equitativa na atenção à saúde de maneira universal, reconhece-se a questão da orientação sexual como complexa e geradora de demandas específicas em contextos de vulnerabilidades.

O desenvolvimento das políticas, ainda assim, não se mostrou como garantia da implementação no campo da assistência. Tratar da saúde de homossexuais femininas parecia

dispensável e livre de quaisquer riscos, quando a maior visibilidade era dada aos ditos heterossexuais e a homens que praticavam sexo com homens. Essa invisibilidade e o preconceito ao tratar da questão, estagnaram os cuidados a esse grupo, deixando passar questões de suma importância como a lesbofobia, os contextos familiares, vivências de lugares perigosos pela expressão de afetos, depressão e episódios suicidas (CARVALHO; CALDERARO; SOUZA, 2013).

Em se tratando da saúde sexual e as possibilidades de transmissão de IST/AIDS, pesquisas revelam que mulheres com trajetória sexual com homens procuram com mais frequência o acesso ao serviço de saúde e, as consultas ginecológicas, ou ainda, aquelas que apresentam performance de gênero consideradas “mais femininas”, havendo no imaginário social uma crença que a relação sexual entre mulheres pode ser fator de proteção para a transmissão de IST e AIDS (WINGO; INGRAHAM; ROBERTS, 2018).

As informações, atualmente, são negligenciadas. Há pouco espaço para que as mulheres se mostrem, os profissionais de saúde não desenvolvem a consulta, mediante o conhecimento da orientação sexual, para suas ações. De acordo com Araújo *et al* (2006), “o aconselhamento deve incorporar os componentes de orientação/informação, avaliação de riscos e apoio emocional”.

Esse cenário é oriundo de atitudes preconceituosas e da falta de manejo dos profissionais em tratar sobre o assunto ou, mesmo, de promover a assistência integral a mulheres que relatam ter relações com pessoas do mesmo sexo, o que mascara a realidade e, as distancia da assistência que se mostra preconceituosa, por desconsiderar as diferenças, contribuindo para a cena de invisibilidade e vulnerabilidade social, por falta de assistência qualificada a esse grupo.

Para atender a tais questões, o Ministério da Saúde formulou duas Políticas que dialogam com o direito à saúde das MSM: a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e a Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT. A Política de Saúde LGBT foi instituída pela Portaria nº 2.836/2011 e, considera a orientação sexual e a identidade de gênero como determinantes sociais da saúde e, apresenta como objetivo a eliminação das diferenças, a partir da eliminação das iniquidades presentes (BRASIL, 2013).

Para tal, as mulheres estiveram envolvidas com os movimentos de outras causas, como a dos travestis, em busca de suas demandas específicas, como a prevenção das infecções sexualmente transmissíveis. Mas, as discussões sobre as questões que envolvem a homossexualidade feminina, ainda não apresentavam força de poder nos movimentos, pela

descrença na possibilidade de adquirir as DST e, a sua invisibilidade por causas variadas, não sendo contempladas inicialmente nas ações de atenção e prevenção (MUNHOZ, 2015).

Quando essas mulheres se aproximaram das ações do Movimento Feminista, alguns de seus aparentes direitos e necessidades, começaram a ser discutidos e postos em prática. Questões como “o machismo, a misoginia e a própria invisibilidade feminina, entraram na pauta dos movimentos de lésbicas e mulheres bissexuais”, sendo evidenciados como questões específicas e iminentes ao grupo (BRASIL, 2013).

Os desafios enfrentados pelas mulheres lésbicas estão presentes desde o acolhimento à saúde, até a inassertividade de algumas crenças relacionadas ao desenvolvimento de doenças pelas MSM, o que contribui para as dificuldades apresentadas e reafirma a necessidade de ações informativas, além das ações de saúde.

É inquestionável que a crença de que as MSM por algum motivo estão mais protegidas quanto as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), acaba por reduzir essa mulher a uma mulher, apenas sexual, (quando a relação entre mulheres é considerada) esquecendo as possibilidades de adoecimento a que estão expostas pelos ambientes em que vivenciam suas experiências.

Efeitos psicológicos relacionados ao estresse, estigmas sociais, isolamento, discriminação e violência precisam ser contemplados na assistência prestada às MSM. Um estudo revela que 80% de lésbicas de determinado local necessitam usar serviços de saúde mental durante algum momento da vida, o que leva a uma fundamental constatação, é necessário maior atenção para as mulheres nesse nível (WELCH, COLLINGS E HOWDEN-CHAPMAN, 2010).

Assim, é preciso fundamentar a necessidade de se atender as demandas das diferentes orientações sexuais, desconstruir o constructo heteronormativo e da exclusão das mulheres lésbicas de uma assistência de qualidade em respeito ao que é proposto, combatendo invisibilidades e pondo fim às vulnerabilidades. Embora todas as mulheres tenham corpos iguais, o acesso não acontece da mesma forma e a qualidade da relação enfermeiro(a)-usuária influencia a assistência, tendo em vista que, alguns estudos sugerem que muitos profissionais se sentem desconfortáveis nesse tipo de atendimento, interferindo na qualidade (VALADÃO, 2011).

O corpo da mulher homossexual, ainda que seja semelhante aos das mulheres heterossexuais, requer uma assistência diferenciada. A qualidade do atendimento está relacionada ao contexto ambientado e vivenciado por essas mulheres. Neste sentido, faz-se

necessário superar a prática tradicional, com foco na dimensão biológica das mulheres e reconsiderar a importância da perspectiva humana na interação e relação de cuidado.

3.1 MULHERES VULNERADAS E ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Ainda que vulneráveis sejamos a maioria de nós, mulheres, com nossas condições específicas de acesso em conexão com aspectos individuais, a dinâmica social e cultural é fator cumulativo a esse contexto, acrescentando a possibilidade de que desequilíbrios e determinados problemas de saúde aconteçam.

Mulheres vulneradas estão expostas e imersas a permanentes fragilidades consubstanciais a ordens de poder, muitas vezes relacionadas a fatores econômicos, raça, gênero, orientação sexual, além claro, das condições dos serviços de saúde oferecidos (OLIVIEDO; CZERESNIA, 2015). Tais circunstâncias restringem as possibilidades de acesso de mulheres lésbicas, por questões de preconceito, pela inexistência ou pouca abertura dos serviços de saúde a suas demandas e, por falta de políticas que atinjam as suas necessidades, firmando fragilidades que trazem, no caso que falamos, o caráter biossocial de vulnerada às mulheres lésbicas.

O contexto de enfrentamento de questões ligadas à saúde de mulheres que fazem sexo com mulheres emerge apenas no século XX, a partir dos direitos sexuais e reprodutivos, processo que aumenta a visibilidade dessas questões, mas, mantém grupos marginalizados no campo da saúde.

Nesse sentido, é importante destacar que há uma “história não dita”. O movimento lésbico tem se organizado de maneira autônoma desde 1979, com a participação de grupo de mulheres lésbicas no SOMOS/SP. Com a identificação de práticas misóginas e a secundarização da pauta do movimento lésbico em relação à de homossexuais masculinos, o grupo de mulheres conquista maior autonomia e separa-se do SOMOS/SP no início da década de 1980, passando a atuar mais junto ao Movimento Feminista, com o grupo Lésbico-Feminista (LF), que durou cerca de um ano e resistiu até o ano de 1981, após crises internas e sua desestruturação.

No mesmo ano, remanescentes desse grupo, formaram o Grupo Ação Lésbica (GALF), que conduziu durante a década a luta pelos direitos das mulheres lésbicas, com a participação em eventos, em movimentos em prol de direitos, contribuiu para a retirada da homossexualidade da Classificação Internacional de Doenças (CID) da categoria de transtorno e desvio sexual (MARTINHO, 1995).

Nesse movimento, grupos de mulheres lésbicas tentaram somar forças a outros, tanto no movimento feminista, como nos grupos gays, mas foram rechaçadas. As discussões do II e III Congresso da Mulher Paulista foram refratárias à discussão lésbica sobre direito ao prazer e à sexualidade e sobre o questionamento da heterossexualidade como a única sexualidade normal. Fato é que a pauta lésbica nunca foi prioridade de luta dos demais movimentos aos quais esteve relacionado (MARTINHO, 1995).

A articulação de movimentos lésbicos e feministas não pode ser desconsiderada no que diz respeito a avanços conseguidos com relação à proposição de políticas públicas para a população LGBT de um modo geral. Ocorre que, essas medidas ainda são escassas e, aparentemente, não conseguem o alcance de suas propostas, vide os Planos Operativos propostos para a população (2012-2015; 2017-2019), que se repetem, desde o lançamento oficial da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, em 2012, até o plano em vigência (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2017).

A principal questão mantenedora dessas dificuldades é a atribuição de um *status* de igualdade para todas as mulheres que se relacionam com mulheres, desconsiderando questões que as tornam individuais, como raça, classe, geração e acesso a informações e insumos, que são marcadores de diferença representativos.

Além disso, a escassez de conhecimento acerca das demandas e necessidades de saúde da população provoca esquecimento em ciclo das MSM, pois não sendo estudadas quando já não são vistas, a divulgação de informações importantes para a melhoria do acesso a saúde fica em segundo plano (BARBOSA; FACCHINI, 2009).

Esse acesso diz respeito à dimensão de desempenho associada tanto à oferta, quanto à abrangência dos serviços. O simples uso desses serviços não caracteriza o acesso, esse resulta de uma multiplicidade de fatores, que afetam ou possibilitam a entrada de determinadas populações ao serviço. Possibilitar o acesso é permitir e garantir essa entrada, respeitando as necessidades específicas e questões como gênero e valores das pessoas que buscam por determinados cuidados. Desse modo, quando o cuidado ocorre de maneira adequada, mediante as necessidades das pessoas, afirma-se que o acesso foi garantido (DOLCI; GUTIERREZ; GARCIA-SAISO, 2015).

A diversidade de gênero se expressa na complexidade do contexto de saúde da população LGBT, de modo geral, pois a orientação sexual e a identidade de gênero têm fundamentação na determinação social da saúde. Isto justifica a construção de interconexões nas quais podem/devem ocorrer ações de promoção da inclusão social, acesso e melhoria da qualidade dos serviços de saúde a fim de superar os desafios existentes no SUS.

Particularmente no que se refere ao acesso, esse se destaca como essencial para o cuidado da saúde de MSM. O acesso é apontado como condição primeira na estruturação de qualquer serviço de saúde, desde a entrada formal ou informal nos equipamentos de saúde passando pela utilização dos serviços até a finalização das práticas de assistência.

É nesse sentido que afirmamos, mulheres lésbicas se encontram vulneradas e os serviços de saúde não garantem o acesso adequado. Ao passo que a qualidade dessa relação é também fundamental para a formulação de propostas adequadas no contexto da saúde. Embora não devamos reduzir as vulnerabilidades das MSM a sua saúde sexual ou à sua sexualidade, este é um parâmetro importante, tendo em vista ser a principal diferença vista a olhos menos sensíveis no que diz respeito às especificidades dessa população, que é amplamente excluída de pesquisas e intervenções preventivas de saúde pública.

MSM apresentam riscos mais baixos do que homens homossexuais, no que diz respeito a riscos de HIV e outras ISTs. Mas, ao considerar que, cerca de 17,4 milhões de mulheres vivem com HIV em todo o mundo, representando a metade de todos os adultos vivendo com HIV, seria complacente considerar que mulheres que fazem sexo com mulheres não façam parte desses números (WHO, 2016).

Deve ser considerado que há características e condições que as “tornam” vulneradas, como a exclusão e a violência social enfrentadas nos diversos espaços, que perpetuam e contribuem para a rigidez de um contexto desigual e de invisibilidade de MSM, fazendo com que, problemas de saúde que são comuns a todas as mulheres, seja qual for sua orientação sexual, torne-se um comportamento de maior risco.

Pesquisas sugerem que essas mulheres são mais propensas a experimentar disparidades nas doenças crônicas e em comportamentos preventivos, além de relatos de problemas ou condições de saúde duradouras em comparação a grupo de pessoas heterossexuais (MINNIS *et al*, 2016).

Além disso, tendo em vista essa dificuldade no acesso, várias outras informações deixam de ser levadas em conta quando são propostas as práticas de prevenção, que devem atingir camadas diferenciadas, acentuando essas fragilidades e mantendo marginais questões específicas da MSM.

Nesse contexto, são evidenciados o aumento de vários hábitos de risco associados ao uso de álcool e outras drogas, sendo superior ao uso por homens bissexuais, homossexuais e pessoas heterossexuais, jovens e adultas. Além disso, há evidências de taxas mais altas de hábitos tabagistas para mulheres bi e homossexuais, quando comparadas a mulheres heterossexuais (EMORY *et al*. 2016).

Alguns estudos mostram que mulheres bissexuais e lésbicas apresentem IMC elevado com maior frequência que heterossexuais na mesma idade (BRITTAIN; DINGER, 2015; ELIASON *et al.*, 2015) e, apresentam risco aumentado de transtornos alimentares (MASON *et al.*, 2016). Algumas pesquisas acentuam que essa desordem e alteração de IMC só é maior para mulheres bissexuais, associando a uma insegurança em relação à sexualidade, no sentido das repercussões sociais de sua orientação (SHEARER *et al.*, 2015).

Há ainda, evidências que sugerem aumento de risco a atitudes suicidas quando comparadas a mulheres heterossexuais (BRITTAIN; DINGER, 2015; POMPILI *et al.*, 2014). Estudos apontam o quanto a intervenção de profissionais de saúde pode contribuir para a prevenção desses eventos, e, também em caso de lesões não suicidas, enaltecendo o papel da enfermeira para o desempenho positivo na redução de ocorrências, por meio de aconselhamento (JACKMAN *et al.*, 2016).

Uma explicação dada a essas tendências é a chamada Teoria do Estresse da minoria, que sugere que situações discriminatórias e os estigmas carregados por essas populações das chamadas minorias, podem resultar na elevação dos níveis de estresse, gerando o aumento do risco de diversos transtornos, seja alimentares, problemas de saúde mental ou ideações suicidas (CORCORAN, 2017).

A maior exposição a situações hostis e violência resultantes da homofobia pode impactar essa suscetibilidade de mulheres lésbicas a variados problemas de saúde. O fato de, a nível nacional, não termos estudos que evidenciam essas tendências tornam o nosso cenário e serviços de saúde desfavoráveis quanto à sensibilidade e percepção dessas demandas e, o acúmulo desses fatores aumenta o distanciamento das mulheres lésbicas do cuidado e dos serviços de saúde pública. Além de os estudos sobre a população serem escassos, relatórios e documentos oficiais pecam ao trazer informações sem aproximação com a prática, sem devido monitoramento da assistência prestada e, até mesmo, com informações em desacordo com a vivência das mulheres.

O Caderno da 3ª Conferência Nacional LGBT em seu Glossário, traz descrições incoerentes para a bissexualidade, desrespeitando as definições apontadas pelos movimentos específicos, referindo-se à bissexualidade como pansexualidade. A cartilha “Mulheres Lésbicas e Bissexuais – Direitos, Saúde e Participação Social” (BRASIL, 2013) também falha ao reforçar que a relação sexual entre duas mulheres estaria protegida de infecções sexualmente transmissíveis, reforçando que, a proteção e cuidado, apenas deveria ocorrer, por conta da possível relação de uma mulher bissexual (que tem ou já teve relações sexuais com homens) com uma mulher lésbica. Esse é um estigma presente e que é reforçado

recorrentemente, contribuindo para que, muitos(as) profissionais reproduzam a informação, aumentando a fragilidade da assistência e as lacunas do acesso.

Corroborando com essa informação, pesquisas que indicam que mulheres bissexuais e lésbicas relatam experiências negativas com relação aos cuidados de saúde prestados (CORCORAN, 2017). Há uma série de barreiras enfrentadas por essa população nos serviços de saúde que inibem o acesso, inclusive a conduta preconceituosa por parte dos serviços. A isso, soma-se o receio a reações negativas por parte das mulheres, o que também dificulta a qualidade dos serviços.

Além de todas essas desigualdades no acesso, destaca-se ainda, dificuldade na triagem em serviços de prevenção a câncer de mama e de colo uterino, sendo elas, mais propensas a ter menos mamografias recentes do que mulheres heterossexuais. Por não ter estudos realizados no Brasil sobre este assunto, considero aqui evidências internacionais que trazem que, há taxas mais altas de diagnóstico de câncer de mama para mulheres lésbicas e, sugerem que, a infecção por *Human Papiloma Vírus* (HPV) pode ser ligeiramente maior em mulheres não heterossexuais (BROWN *et al.*, 2015; REITER & MCREE, 2016).

Desse modo, a homossexualidade feminina é um tema que claramente provoca desconfortos a profissionais de saúde. As posturas e condutas podem: ter relação com o pensamento de que esse padrão de sexualidade coloca à prova modelos hegemônicos de conjugalidade e padrões familiares; a heterossexualidade tida como único modelo de sexualidade “normal” aceito socialmente e o despreparo por parte desses/as profissionais para lidar com mulheres lésbicas, especialmente.

Atividades referentes ao acolhimento podem ser pensadas visando à integralidade e à inclusão com propósito de cumprir um dos princípios do SUS, a equidade. Isso no sentido de promover um ambiente acolhedor, confortável e seguro para esse grupo. É necessário a disponibilização de instrumentos que façam menção às distintas orientações sexuais, como por exemplo: cartazes e panfletos/folders que abordem a temática (CRISPIM *et al.*, 2018).

O foco dessas atividades seria minimizar o ambiente que visualize a mulher apenas enquanto heterossexual, mãe e adulta, em detrimento das demais mulheres. Nesse sentido, independentemente da orientação sexual, deve ser realizado o rastreamento do câncer de colo de útero e de mama com todas as mulheres. Este tem relação direta com a infecção pelo HPV (BRASIL, 2013). No entanto, alguns profissionais de saúde e até mesmo mulheres que fazem sexo com mulheres acreditam de maneira equivocada na invulnerabilidade desse grupo de mulheres à infecção pelo HPV.

No que se refere às atividades voltadas à prevenção do câncer de mama, destacam-se estudos epidemiológicos que indicam um risco maior em mulheres nulíparas, que tiveram seu primeiro filho com idade avançada ou que nunca amamentaram. Fatores comuns na população de mulheres lésbicas. Isso faz o grupo ser propenso ao desenvolvimento dessa morbidade (BRASIL, 2014).

Sobre o planejamento reprodutivo, o Protocolo de Atenção Básica: saúde das mulheres (BRASIL, 2016) afirma que mulheres lésbicas e bissexuais têm direito ao planejamento da vida sexual e reprodutiva, às tecnologias de reprodução, ao aborto legalizado e à assistência humanizada no período da gravidez, do parto e do puerpério. O profissional de saúde precisa entender que não é a orientação sexual que deve ser enfatizada, mas sim as práticas sexuais, as necessidades dessa mulher “diferente”.

O contexto de fragilidades é incorporado pelo Estado e suas deliberações acerca da população, através do Ministério da Saúde. A lógica dos serviços que já são ofertados e situa as mulheres bissexuais e lésbicas enquanto comunidade de perversas e indesejáveis. Assim, tem o seu direito de acesso à saúde violado e naturalizado como um “não lugar” no SUS, reproduzindo fragilidades na efetivação do atendimento.

Em síntese, a maioria das atividades não englobam as especificidades das mulheres lésbicas, dificultando o acesso às ações de promoção à saúde. Essas especificidades dizem respeito à orientação sexual não heteronormativa e às suas práticas sexuais. Estamos todas vulneráveis, afinal a existência é finita, mas, além disso, as mulheres lésbicas vivenciam processos de enfraquecimentos constantes. Assim, captar essas demandas e promover o fortalecimento do acesso e assistência à saúde prestada é primordial para o contexto da saúde pública e, qualidade na atenção com respeito à equidade e integralidade da atenção à saúde

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 HOMOSSEXUALIDADE: ELEMENTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS

Neste capítulo são apresentados elementos teórico-conceituais que compõem e orientam este estudo. Está organizado em três subcapítulos que parte de uma fundamentação acerca das orientações sexuais ao contexto de onde emergem as demandas e as vulnerabilidades que cercam as MSM.

A sexualidade é um campo de domínio do comportamento humano. É complexo e multidimensional e envolve aspectos da performance sexual expressos na orientação do comportamento sexual, na identidade de gênero e nos papéis de gênero. Uma performance sexual é uma representação, a forma como é praticada a relação sexual e as experiências que a envolve (JESSIE; FORD; ITOR, 2019). Apesar de envolver a performance sexual não se pode reduzir o fenômeno à sua expressão, tendo em vista especificidades de pessoas e de corpos singulares.

Pessoas têm orientações sexuais que, não necessariamente, irão responder às expectativas sociais. Assim como os papéis que são atribuídos a determinado sexo¹ e seus estereótipos, há uma tendência no atual contexto de relacionar determinados traços comportamentais como um direcionamento de ações e atitudes que descrevem afinidades afetivas ou sexuais de pessoas do mesmo sexo. Ocorre que, a orientação não é reduzida à expressão das pessoas e são variadas as abordagens acerca da questão.

Ao falarmos de homens que fazem sexo com homens e mulheres que fazem sexo com mulheres, nos remetemos à Grécia Antiga. O sexo entre os gregos antigos não era uma forma de classificar o indivíduo, não se falava em homossexualidade/bissexualidade ou caracterizava esses homens (de quem eram feitos os registros) a partir de tais características. De acordo com Foucault (1999), o ato sexual privilegiado pela moral grega, ocorria entre um parceiro mais velho, com formação completa e, em geral na posição de ativo sexual e, um mais jovem, aprendiz, sem status definido na sociedade.

A homossexualidade não é algo novo no comportamento afetivo-sexual da humanidade. Essa é considerada uma expressão natural da sexualidade humana e sua

¹ Sexo diz respeito às diferenças percebidas entre os corpos.

Enquanto gênero é uma categoria que tem a ela atribuída valores mediante a diferença percebida entre os sexos. Constructos sociais que caracterizam o seu lugar e as relações de poder (SCOTT, 1995).

manifestação decorre dos primórdios da civilização. Existe um pressuposto de que a homossexualidade seria uma variante anormal da sexualidade humana imposta pelos padrões sociais do comportamento não heteronormativo, desencadeando a ideia da orientação homossexual como doença, pecado e em algo que precisa ser controlado, curado, reprimido e negado (FERRARI, 2013).

Uma contextualização sócio-histórica acerca da homossexualidade mostra que os gregos não se opunham ao relacionamento entre pessoas de sexos diferentes ou à relação entre pessoas do mesmo sexo. Na Grécia antiga, era comum que um homem, casado com uma mulher, mantivesse outra relação de casal, sexual e afetiva, com um adolescente ou jovem adulto (*paidika*). Essa relação, denominada de pederastia, era vista pela sociedade em parte como um intercâmbio entre professor e aluno na qual o homem ensinava o jovem as práticas sexuais e lhe oferecia também uma formação filosófica.

Dessa maneira, segundo Mengel (2009), as relações sexuais entre homem e mulher serviam para a reprodução, e as relações entre dois homens tinham o objetivo da educação como cidadão e de fortalecer as forças armadas. Desta forma, os/as gregos/as não concebiam essas práticas e afetividades, que hoje chamamos de bissexuais, como algo provindo de dois tipos de desejo diferenciados.

Na Europa Medieval, no período de 1700, com a reforma puritanista, houve a introdução das noções de maniqueístas e os homens que mantinham relação com outros homens passaram a ser vistos como “estorvos“. O médico Karl Maria Benkert, no ano de 1869, foi o pioneiro no debate referente ao relacionamento afetivo-sexual entre pessoas do mesmo sexo, utilizando o termo homossexual. Contudo, no final da Segunda Guerra Mundial, o Movimento dos Direitos dos Homossexuais estruturou-se na Europa e Estados Unidos, tendo como proposta fulcral a descriminalização da homossexualidade e o reconhecimento dos direitos civis dos homossexuais (TONIETTE, 2006).

Homossexuais são filhos/filhas da modernidade. Tal proposição parte da compreensão de que é na era moderna, entre os séculos XVIII e XIX, que se estabelece uma categoria de indivíduos dita como “homossexual“. Vale a ressalva de que, caracterizar o reconhecimento da homossexualidade nesse período não é dizer necessariamente que tais práticas nasceram aí, visto que homens e mulheres já se relacionavam com pessoas do mesmo sexo muito antes de qualquer registro histórico, mas, sem a definição do que a sua vivência e expressão dizia respeito.

Surgiram várias propostas para avaliar a orientação a partir de diferentes critérios. Uma das primeiras classificações era estritamente destinada a homens, segundo a taxonomia

de Ulrichs, por volta de 1860, existem três categorias o homem heterossexual, o homem homossexual e o homem bissexual. O autor trouxe essa caracterização baseada no ato sexual, propriamente dito, levando em consideração os papéis atribuídos ao homem e mulher. Uma percepção naturalizada sobre a sexualidade, onde o homem assume sempre uma posição ativa e a mulher passiva de penetrada.

Ulrich foi um alemão, homossexual e o primeiro autor a tentar descrever as possibilidades de orientação e, que acabara por tratar também sobre gênero. Chamava homem de *urning* e mulher de *dioning*, que eram um continuum, tendo entre eles, o homossexual masculino. O autor separou os tipos de *urning*, "mannling" um tipo de *urning* masculino (gênero), "weibling" um tipo de um *urning* afeminado (gênero), "zwischen" um *urning* mais andrógono (gênero), e "virilised" um *urning* que sexualmente se comporta como um "dioning" (prática sexual). Nesse sentido, os homens homossexuais seriam então avaliados diante do papel que assumiam, ativo ou passivo, sendo caracterizados por Ulrichs diante da mesma interpretação tida para diferenciar a mulher do homem, expresso pela proximidade do papel do homem homossexual com o da mulher, tendo em vista a sexualidade.

Essa análise feita pelo autor distinguia os homens em homossexual, heterossexual ou bissexual, sendo a primeira referência na literatura sobre as diferenciações em relação as posturais sexuais adotadas na relação com parceiros. Mas, limitava-se a falar sobre homens. Posterior a Ulrichs (1994), outros autores também trouxeram suas contribuições para a compreensão das orientações sexuais, podendo citar: Kinsey, Pomeroy e Martin (1948), Shively e DeCecco (1977).

A Escala de Kinsey enumerava sete possibilidades diferentes, de modo que, houvesse uma progressão no nível de expressão de afinidade ou desejo por outra pessoa. Seria então: 1- exclusivamente heterossexual; 2-predominantemente heterossexual com raros episódios de homossexualidade; 3-predominantemente heterossexual com múltiplos episódios de homossexualidade; 4-tanto heterossexual quanto homossexual; 5-predominantemente homossexual com múltiplos episódios de heterossexualidade; 6-predominantemente homossexual com episódios raros de heterossexualidade; 7- exclusivamente homossexual (Kinsey, *et al.*, 1948).

Essa escala ainda que traga na classificação uma tentativa de descrever o tipo de relação entre as pessoas, descaracteriza outras, por considerar essencialmente uma tendência ao desejo ou desejo por sexo igual ou diferente àquele que se identifica.

Shively e DeCecco (1977), por sua vez, propõem que há um constructo formado pela associação de sexo biológico, geneticamente determinado; identidade de gênero; papéis

sociais e a orientação sexual. Baseado nisso, traz quatro trajetórias possíveis, que de acordo com suas discussões contribuem e fazem parte da identidade de homossexuais, diante da incompatibilidade com papéis sexuais, sociais e incongruência identitária. Nessas quatro trajetórias, a pessoa, diante da compreensão desses papéis, passaria a uma aceitação privada da identidade homossexual partindo da compatibilidade na compreensão dos papéis sexuais e sociais e reconhecimento da materialização das diferenças; seguido de uma trajetória de tolerância da sua identidade privada (com maior nível de aceitação), a partir da compatibilidade na compreensão dos papéis sexuais e sociais e reconhecimento da materialização das diferenças; na terceira há repetição da segunda trajetória, com tolerância da identidade privada, mas desta vez, partindo de uma incompatibilidade dos papéis; já a quarta trajetória resulta numa tolerância identitária com elevado nível de homofobia internalizada, que ao serem reduzidos, possibilitam uma aceitação privada da identidade, a partir de uma incompatibilidade da compreensão dos papéis e das experiências materializadas..

John Money traz no livro *Sin, science, and the sex police: Essays on sexology & sexosophy*, 1998, uma contribuição a essa discussão, a partir da proposição de mapas amorosos, que trazem a distinção de sexo, gênero e orientação sexual, contribuindo para a compreensão de diferentes realidades existentes nos distintos contextos sociais. Ele defende um paradigma para a categorização da orientação sexual e, mais uma vez, centrado no homem, com comportamentos considerados ‘atípicos’.

Ainda de forma comparativa, o autor colocava o homem no centro de sua análise da orientação sexual, conceitualmente e em suas formas de expressão, caracterizando a mesma de uma maneira progressiva, tendo em seus extremos, *machos transexuais e homossexuais* e no extremo oposto um *macho masculino e homossexual*. Para o *macho* que transpõe o seu padrão e prefere relacionar-se com outro *macho*, mas também em outros momentos, por *fêmeas*, estaria em crise decisória.

A partir desse paradigma, Money (1998) propôs os mapas amorosos, incluindo desejos diferenciados, como fetiche, sadomasoquismo e outras práticas, além da identificação da orientação sexual de acordo com o interesse sexual e afetivo de pessoas e, não apenas de acordo com o sexo da/o parceiro com que se relaciona sexualmente.

Sem desconsiderar o paradigma de Money, mas, em confronto com a atribuição de características baseadas no contexto norte-americano de Kinsey, Pomeroy e Martin (1948), autores como Werner (1998) e Cardoso (2005) trouxeram a importância de localizar essas interpretações para a orientação sexual, tendo em vista que diferentes culturas têm vivências diferenciadas de sua sexualidade.

Nesse contexto, assumirei as discussões a partir do conceito de que a orientação sexual se refere a uma organização específica afetivo-sexual de um indivíduo em relação ao envolvimento com outra pessoa, podendo ser este interesse por pessoas do mesmo sexo com o qual a pessoa se identifica e/ou não. Lembra-se que, a orientação sexual nada tem a ver com a identidade de gênero, são totalmente diferentes, mas precisamos de ambos os conceitos para compreender as orientações (JESUS, 2015).

Identidade de gênero diz respeito a uma atitude individual frente aos constructos sociais de gênero, ante aos quais as pessoas se identificam como homens ou mulheres, percebem-se e são concebidas como integrantes de um grupo social determinado pelas concepções correntes sobre gênero, que pode ou não concordar com o sexo que foi lhe atribuído no nascimento (JESUS, 2012).

Apesar de reconhecer a existência de múltiplas outras identidades, trago a cisgênero; transexual e travesti. Pessoas cis são aquelas que se identificam com o sexo que lhes foi atribuído antes ou quando do seu nascimento. Pessoas trans integram um grupo diversificado de pessoas que não se identificam com o sexo que lhes foi determinado antes ou quando do seu nascimento, assim como as pessoas cis, as pessoas trans também se expressam de maneiras diversas, com graus de identificação diferentes, com comportamentos e/ou papéis esperados do gênero que lhes foi determinado antes ou quando de seu nascimento. Um terceiro gênero ou, como alguns autores trazem, um não gênero é o travesti, que são pessoas que vivencia papeis de gênero feminino, mas não se reconhece como homem ou mulher (JESUS, 2012).

Nesse sentido, há abordagens diferenciadas para a orientação sexual, que contribuiram para a construção da interpretação atual. Ainda com o intuito de mensurar a orientação sexual e a maior tendência para a heterossexualidade ou homossexualidade, outros autores também propuseram suas análises.

Apesar de a maioria das discussões trazidas pelos autores apresentarem uma certa compatibilidade com os conceitos modernos de homossexualidade; bissexualidade e heterossexualidade, todas as abordagens se limitam a caracterizar tais pessoas como homens ou machos, na própria definição de seus conceitos, assumindo assim, um posicionamento que perdura e reflete muito fortemente atualmente.

A menor visibilidade das mulheres bissexuais e lésbicas nessa população gera um atraso ainda maior nas discussões sobre quem são essas pessoas. Assim como em diversas outras discussões, a mulher tem suas necessidades e existência (na população) subjugada. Na

literatura, há grande consideração do homem que se relaciona com outro homem, ao tempo que as mulheres ficam à margem nessas discussões.

Essa divisão no que diz respeito ao estudo e discussão de homens gays e mulheres lésbicas tem relação tanto com a visibilidade dada aos temas e suas especificidades, quanto pela importância atribuída a cada comunidade formada e suas participações sociais.

4.2 ESTIGMAS E GUETOS NA EXISTÊNCIA LÉSBICA

As comunidades de mulheres cisgênero bissexuais e lésbicas reúnem identidades e vivências específicas que contribuem com sua vulnerabilidade. No que diz respeito a esses grupos que integram subculturas ímpares e compartilham experiências, o primeiro estudo a tratar sobre a temática foi o artigo *The homosexual community* (LEZZNOFF; WESTLEY, 1956) publicado no livro *Social Problems*. O estudo retrata as diferenças entre o que os autores denominam comunidade homossexual e sociedade abrangente.

De acordo com as descrições, a comunidade seria formada por grupos de afinidades distintas, com interesses e normas morais comuns. Para a sociedade abrangente, essas pessoas representam a transgressão dos padrões e valores sociais. Tais afinidades conformam o universo homossexual, que seriam espaços delimitados por locais, ruas, festas, que em geral, eram/são frequentados pela comunidade, tendo como principais características, o acolhimento e a permissividade de interações afetivas entre pessoas que se relacionam com pessoas do mesmo gênero.

As características individuais das mulheres que integram a comunidade e, essas vivências compartilhadas, são suficientes para que pessoas que compõem a sociedade abrangente lhes atribuam estigmas. Estigmas esses que conformam espaços e condições básicas de vida da comunidade, como acesso à educação, segurança e saúde.

De acordo com Martin Levine (1998), o termo gueto, elaborado pela Escola de Chicago na década de 1920 também está relacionado a comunidades. No caso deste estudo, mulheres que se relacionam com outras mulheres e se concentram em grande quantidade em determinados espaços, em geral isolados e mais afastados, colocando-se mais expostas a situações de perigo, mas, com intuito primeiro de estar em locais que haja aceitação de seus comportamentos e expressões.

A socialização dos/nos guetos possibilita que frequentadoras, aqui falando de mulheres, sintam-se à vontade para exteriorizar desejos e afetos, e conviver em locais de maior aceitação de suas experiências, com menor exposição a situações de preconceitos.

Além disso, esses espaços favorecem a comunicação entre as mulheres da comunidade, a partir de troca de informações, conhecimentos e até mesmo organização de movimentos e grupos em favor de causas comuns.

Em pesquisa realizada em Salvador - BA, sobre a sociabilidade em rua de bares no município, a autora refere que as mulheres que frequentavam os estabelecimentos naquele espaço, externaram a importância da formação desses guetos para que possam compartilhar desejos, anseios, externalizar experiências, situações de preconceito e violência. Desse modo, constroem redes de solidariedade que se formam com fundamentais para essas mulheres que são invisibilizadas em vários espaços. Assim, além de espaço de aceitação é também de companhia, organização e movimento (RIBEIRO, 2016).

Para se utilizar do termo gueto e da compreensão que ele expressa, é importante considerar que há uma diferença presente e importante entre a formação voluntária e involuntária dos guetos. Nesse caso, falamos de guetos que se formam a partir da necessidade de aceitação e de aproximar-se por fins diversos.

A lésbica ocupa lugar específico no que diz respeito a seus estigmas e vulnerabilidades, mas, em geral, podem entrar e sair desses guetos com certa liberdade, pois tem o poder de escolha de revelar-se ou não em outros espaços. Nesse sentido, a formação dos guetos aproxima essas pessoas e, ao mesmo tempo, distancia da sociedade abrangente, contribuindo para que até mesmo nos serviços de saúde, sua presença não seja notada e, respeitada.

Tendo em vista as situações de preconceito e outras dificuldades a que estão expostas, apesar de voluntário, a comunidade homossexual faz parte de um gueto condicionado (RIBEIRO, 2016).

A naturalização da heterossexualidade e atribuição de conduta desviante às relações entre pessoas do mesmo sexo também conformam uma sociedade de forma hierárquica e excludente. As práticas homoeróticas ou afetivas femininas carregam o peso do preconceito de uma maneira ainda mais forte, pois além da característica de anormalidade, é mais fragilizada no que diz respeito a disputas de gênero.

Nesse contexto, o condicionamento dos guetos, torna essas pessoas invisíveis em outros espaços. A heteronormatividade rege a condução dos espaços e das instituições, por esse motivo, deve ser dada atenção a essa questão e possibilitar o acesso integral à saúde.

4.2.1 Existência lésbica e organização política

Há diversas justificativas e motivações que estão sobrepostas a ponto de manter a intolerância involuntária ou deliberada sobre as contribuições teóricas de estudos feitos sobre mulheres lésbicas. A presença de grupos em posições inferiorizadas, a visível desigualdade e a manutenção de posições de poder hegemônicas interferem no debate e enfraquece os movimentos sociais.

A categoria lésbica é recente, mas não a existência lésbica. Porém, vários postulados contribuem com a manutenção da invisibilidade, em especial, a crença na existência da mulher para o homem e na função sexual reprodutiva da relação, que estabelece as demais normas vigentes com atribuição de identidade específica e permanente.

Os estudos de Nicole-Claude Mathie colocam em evidência a articulação entre sexo, gênero, sexualidade e a complexidade dos arranjos que a envolvem. No artigo *Identité sexuelle/sexuée/de sexe? Trois modes de conceptualisation de la relation entre sexe et genre*, ao tratar sobre os desvios de normas em diferentes sociedades, evidencia exatamente que os mesmos constituem mecanismos de ajustamento, sendo de algum modo, funcionais no sistema social vivenciado e contribuem com o fortalecimento da ideia de não naturalidade de sexo e gênero, afinal, esse ajustamento é necessário em respeito às diferenças (MATHIEU, 1991).

Ainda segundo a autora não são somente as relações de gênero que permeiam as relações sociais, há também a supremacia da norma heterossexual e da heterossexualidade. Assim, estariam articulados de três modos, (I) identidade sexual fundamentada em uma percepção individual do sexo, em que o gênero traduz o sexo; (II) identidade sexuada, baseada em uma consciência de grupo, onde gênero simboliza o sexo e vice-versa; (III) identidade de sexo, baseada em uma consciência de classe, com a percepção de que o gênero constrói o sexo (MATHIEU, 1991).

Os três modos de organização das relações descritas, ainda fundamentam a supremacia androcêntrica atual, havendo centralidade das relações patriarcais e imposição da norma heterossexual de convivência e de construção de identidades. Desse modo, práticas afetivas e sexuais entre mulheres permanecem toleradas apenas sob a condição de não haver exposições e se manterem privadas.

Estudo realizado por Davies e Kennedy (1989) evidencia a existência de coletivos lésbicos anteriores aos movimentos feministas, nos anos de 1950. O movimento lésbico, de

maneira organizada e com um pouco mais de reconhecimento, surge entre as décadas de 1960 e 1970 nos Estados Unidos, que vivia momentos de prosperidade econômica.

Nos anos 1970, o movimento lésbico começa a se espalhar com maior autonomia em relação aos movimentos feminista e homossexual, em especial, por conta das críticas expressivas feitas por uma mulher lésbica branca norte-americana, Jill Johnston, acerca da dominação heterossexista dos movimentos feministas e da maioria de homens nos movimentos homossexuais mistos (FALQUET, 2012).

Apesar de estarem presentes e integrarem o movimento feminista desde o seu início, houve grande resistência em incorporar as demandas das mulheres lésbicas em suas agendas políticas, tendo em vista a pressão social e conjuntura política, em âmbito mundial e de Brasil. Essas refletem especificidades culturais que, desde sempre, apresentam forte influência e interferência nos modos de vida da sociedade, a exemplo da centralidade de ideias e do poder da igreja.

A primeira contribuição do movimento lésbico para os demais movimentos sociais integrados por mulheres lésbicas ou não, foi mobilizar-se em torno da necessidade de refletir sobre os limites, objetivos políticos e abrangência de suas causas e lutas para com suas/seus integrantes, ressaltando a necessidade de afirmação política da mulher lésbica.

Nos anos de 1970, surgiram muitos estudos em crítica ao debate de naturalização da diferença entre os sexos, apontando as relações de poder envolvidas nos diversos cenários possíveis, relacionados às categorias de classe, gênero, raça e orientação sexual. Os debates, de modo geral, permeavam a origem e manutenção da opressão das mulheres e mulheres lésbicas, de modo especial (MITCHEL, 1967; MILLET, 1970; RUBIN, 1993; SACKS, 1979).

Anos mais tarde, Monique Wittig e Adrienne Rich, duas outras militantes feministas brancas estenderam suas discussões e raciocínios para o debate da lesbianidade. Para ambas, a heterossexualidade, não é uma orientação sexual natural ou inata das pessoas e especialmente com relação às mulheres, ela é imposta pela força e violência resultantes de um controle ideológico, político e simbólico (FALQUET, 2012).

Rich (2010) enfatiza a invisibilidade das mulheres lésbicas e suas práticas, diante da heterossexualidade obrigatória, inclusive no movimento feminista. Passa a situar as mulheres lésbicas na perspectiva de um *continuum* lésbico, incluindo todas as mulheres que de algum modo se distanciam do padrão da norma.

Monique Wittig, por sua vez, associou as relações de gênero, a uma relação de disputas de classe, onde quem possui mais privilégios, tem maiores poderes, ficando nítidas e

assim por ela nomeado, as relações de sexagem (WITTIG, 1980). Nesse contexto, mulheres e homens são categorias políticas que estão relacionadas nessa briga de classes e, as mulheres lésbicas na tangente dessas relações, por serem desviantes às normas, questionam a própria existência das mulheres e dos homens, por aparecer como transgressoras a normas que até então eram tidas como inatas e imutáveis.

Desse modo, a autora mostra que a heterossexualidade é social e uma ideologia, sobretudo do pensamento hétero, que fundamenta a opressão das mulheres e a apropriação dos seus corpos pelos detentores de poder, aqueles que acumulam mais pontos na associação das estratificações e categorias que fortalecem as classes hegemônicas.

Assim, a autora fundamenta a necessidade de um afastamento para valorização do movimento lésbico, bem como, para que seja dada a atenção necessária para as questões que por essas mulheres são levantadas. De maneira geral, o *movimento* lésbico aparece de diferentes modos e épocas, diante dessa tentativa de caminhar ao lado dos demais movimentos e da posterior ruptura. É importante ainda que, as aproximações entre os movimentos sejam levadas em consideração para a suas discussões e fortalecimento, ao mesmo tempo em que, o mesmo deve ser enaltecido e valorizado diante dos passos que já foram dados.

Nessa aproximação, há três grandes correntes lésbicas: feminista, radical e separatista. A primeira critica a supremacia do heterofeminismo, pela falta de reflexão sobre heteronormatividade e patriarcado. O movimento radical retoma a discussão da opressão das mulheres, diante da disputa de classes do coletivo de mulheres e mais especificamente, de mulheres lésbicas. A corrente feminista, por sua vez, destina-se à formação de grupos políticos e recuperação das grandes referências do movimento para incentivo e participação na reivindicação de direitos (FALQUET, 2006).

Contemporaneamente, Bourcier compreende que existe um silêncio e apagamento da história e cultura lésbica, fazendo com que, essas histórias sejam, apenas, de conhecimento de poucas. Porém, reconhecemos a necessidade da disseminação do movimento, da sua construção e experiências para que haja maior visibilidade (COSTA; SARDENBERG; MACÊDO; FERNANDES, 2015).

É necessário considerar as múltiplas diferenças responsáveis pela estruturação e desestruturação da organização político-social e o sistema que mantém o padrão heteronormativo como evidente e mandatário, de modo que, outras histórias sejam contadas. Isso fará com que essa compreensão e discussões transcenda as paredes da academia e

estejam acessíveis em benefício das mulheres lésbicas que vivenciam esse sistema de reprodução social que as invisibiliza.

4.3 TEORIA DO PONTO DE VISTA

Entende-se a importância de garantir o lugar de fala de mulheres lésbicas, de modo que, o conhecimento tenha objetividade do cenário de quem vivencia. Nesse sentido, a discussão terá como referencial a Teoria Feminista do Ponto de Vista, que garante o reconhecimento da posição social de fala, compreendendo que essa posição é atravessada por tensões múltiplas e diversas outras questões que as mantem marginalizadas, sendo por esse motivo, valorizada para a construção de qualquer conhecimento que diz respeito a questões de sua existência

A teoria perspectivista ou teoria do ponto de vista é uma crítica à universalização da ciência, do feminismo e das pessoas. Propõe o reconhecimento do lugar em que os sujeitos se situam e o respeito a sua fala para a produção de conhecimento, centrada em mulheres marginalizadas e relativamente invisíveis.

Tendo suas bases e pressupostos desenvolvidos por teóricas como Dorothy Smith, Nancy Hartsock, Donna Haraway, Sandra Harding, Alison Wylie e Patricia Hill Collins, a Standpoint Theory é embasada nos estudos de Hegel acerca da relação entre senhor e escravo, de acordo com o ponto de vista do escravo. Além disso, o marxismo, no debate que versa sobre os cenários constitutivos das relações de classe também representa forte influência para o desenvolvimento dos estudos feministas da (s) perspectiva (s) (HARDING, 2004).

Desse modo, na década de 1970, tais pensadoras, de maneira independente, passaram a analisar a conjuntura a partir da ótica das classes da teoria marxista, com o intuito de evidenciar e justificar o contexto da produção de conhecimento androcentrica (em todos os sentidos possíveis) e, refletir as consequências disso para a (s) mulher (es).

Tendo em vista ser a produção de conhecimento carregada de valores, na perspectiva das ciências sociais, os detentores/as do saber serão responsáveis por falar acerca das pessoas oprimidas, seja nessa relação, homens propondo e discutindo as necessidades das mulheres, ou para mulheres brancas falando sobre mulheres negras ou, pessoas heterossexuais brancas propondo à distância para pessoas LGBT.

Hartsock (1987) chama a atenção para o fato de que as mulheres cumprem duplos papéis na sociedade, sendo mantidas periféricas, marginalizadas e tendo seu posicionamento discriminado. Então, baseada na relação de classe da epistemologia marxista, percebeu o lugar

subalterno da mulher, afirmando que, somente através do ponto de vista das mesmas, poderiam ser melhor entendidas.

No livro “ O Mundo Cotidiano como problemático: uma sociologia feminista” (1989), Dorothy Smith argumenta que há uma objetificação das mulheres, tornando-as como um ser outro, diante das estruturas de poder, aquém de permanecer diante do que lhe contempla. São as experiências das mulheres que fundamentam tantas discussões e, é preciso partir delas (de nós) a fala sobre si. Historicamente, mulheres são cuidadoras, mães, responsáveis pelo lar, enquanto isso, homens podem dispende sua energia em atividades de escolha diversas, como a formulação de conceitos abstratos e concretos com a pretensão de falar de uma maneira universalizada.

Apesar da consciência de que nem todos os lugares garantem a fala, quando se parte da perspectiva das mulheres vulneradas é mais provável que seja reconhecido o seu ponto de vista, a partir da realidade vivenciada, para a criação de conhecimento autocrítico e coerente.

Tomando por base a socióloga americana Patricia Hill Collins (1999), apesar de enfatizar o ponto de vista a partir da perspectiva das mulheres afro-americanas, a contribuição que traz deve ser considerada para outros grupos de mulheres. Argumenta que, a matriz da opressão está envolta a um sistema que envolve gênero, raça e os privilégios da classe. Mulheres que são de algum modo (mais) marginalizadas ou invisíveis ao sistema público e político tem seus direitos negados e estereótipos reforçados. Há negação de imagem, presença, história e necessidades e, apenas a população que integra tais grupos pode contribuir de modo a haver reconhecimento e contribuição situada no contexto histórico-particular, para a construção de objetividades de maior força e inclusão da sociedade com favorecimento plural de causa.

O lugar da oprimida possibilita que seja percebido mais facilmente que há o ocultamento do opressor e das normas sociais impostas como objetividades persistentes. Enquanto terceiros podem compreender os significados da dominação, a pessoa dominada a experiência, há diversas dores e violências relacionadas a esse processo, mantidas de maneira sigilosa pelo silenciamento de seus discursos.

O conhecimento alcançado por meio da posição social de quem vivencia traz, além de tudo, a possibilidade de reflexões sobre as estruturas e relações de poder. Baseado nisso, Haraway (1995) esclarece que, dar voz ao oprimido diante do seu lugar, não representa romantizar as vivências da mulher em sociedade, não é uma visão imune de críticas, mas com característica e potencial libertador.

A importância desse lugar para a compreensão da pessoa e construção de saberes torna-se, em virtude disso, categoria epistemológica adotada pela teoria do ponto de vista, partindo do pressuposto de que as visões de mundo são desigualmente posicionadas, sendo os grupos dominantes estrutura das relações materiais impostas a serem compartilhadas com grupos dominados (HARTSOCK, 1983).

É necessário salientar que esse lugar é compartilhado, logo há variadas percepções nesse mesmo espaço, tendo em vista tratar de vivências diferenciadas. É a interação das individualidades do grupo que permite revelar novos entendimentos capazes de dar sentido aos variados modos de compreensão (BARLETT, 2012).

Assim, é importante enfatizar que a experiência individual ou localizada não se constitui ou deve constituir elemento suficiente para a formação das objetividades. Significa dizer que, é preciso estar relacionada a uma dinamicidade democrática, envolto a necessidades e conquistas vivenciadas por mulheres que integram posições semelhantes e vivenciam o mesmo lugar (classe, raça) para a partir de experiências coletivas, possibilitar a produção de saberes a elas relacionados.

De acordo com a standpoint theory, é indicada a expansão da objetividade na produção de conhecimento por meio da inserção dos elementos sociais, historicamente rejeitados por serem considerados desnecessários e impeditivos para atingir o conhecimento “soberano” ao atingimento do “verdadeiro” conhecimento. Harding destaca a ideia de “objetividade forte”, expressão que condensa a referida ideia (HARDING, 1991).

Objetividade forte se revela tanto em respeito à posição social de pessoas tradicionalmente desconsideradas para a produção de conhecimento, quanto a partir do reconhecimento ético e epistemológico da importância do cenário simbólico que estão situadas, por parte de produtoras (es) de conhecimentos. Haraway, ao tratar do que ela denomina “saberes localizados”, está fomentando a mesma ideia, que é a construção da objetividade que parta do reconhecimento da específica e particular corporificação dos sujeitos (HARDING, 2004).

Com base na teoria do ponto de vista, entende-se a importância de uma verdade situada para a construção de conhecimentos, tendo em vista ser resultado de implicações e relações específicas, ao passo que a aproximação da objetividade advém da explanação do ponto de vista de onde são observados e analisados os fatos e as ideias (BARLLET, 2012).

Ou seja, o argumento de que a defesa das perspectivas das mulheres reforçaria a divisão entre gêneros, além de simplificar a realidade da opressão, oculta e/ou silencia

confrontos sociais, e é, no mínimo, pernicioso. Isso não corrobora para o alcance da igualdade de direitos, mas traz como consequências a resistência aos processos de libertação e de autodeterminação de grupos oprimidos. Já que a afirmação identitária passa, necessariamente, pelo reconhecimento das diferenças.

De acordo com o ponto de vista feminista, a diversidade entre as mulheres, suas experiências e conhecimentos variam de acordo com a formação social, política e econômica. A partir dessa perspectiva, a teoria do ponto de vista pode ser sintetizada como o processo de integrar o conhecimento, a habilidade e as experiências de pessoas, onde as desigualdades estão localizadas em gênero, raça, classe e orientação sexual com hierarquia social. Desta forma, é crucial definir a relação entre poder e conhecimento em termos da teoria do ponto de vista.

Tanto a teoria do ponto de vista feminista, quanto a pesquisa feminista têm um terreno comum (SPEEDY, 1991), com três princípios determinantes em relação à pesquisa feminista: “ (a) reconhecimento das mulheres como comunidade oprimida e concepção da razão enquanto promotora de mudanças (b) valorização das experiências das mulheres e (c) promoção da conscientização e ampliação da visão das mulheres oprimidas para provocar mudanças sociais e o ativismo” (SPEEDY, 1991).

Nesse contexto, Abigail Brooks (2006) no seu livro “Epistemologia Feminista do Ponto de Vista: construindo conhecimento e empoderamento através da experiência vivida da mulher”, coloca a Teoria do Ponto de Vista como uma possibilidade que contribui para o fortalecimento coletivo das mulheres e o empoderamento de si. Traz questionamentos importantes como problemáticas da teoria, a partir das quais demarca a trajetória da Epistemologia Feminista do Ponto de Vista, a partir das indagações, que servirão como delineamento da pesquisa, que são:

- ✓ Como integrar uma perspectiva feminista nas práticas das pesquisas?
- ✓ Quais contribuições que as experiências de vida de determinado grupo de mulheres podem revelar sobre o mundo social maior?
- ✓ Como traduzir o aprendizado a partir do cotidiano de mulheres em situação de opressão e transformar em ações políticas e sociais?

5 METODOLOGIA

Este capítulo dedica-se à apresentação dos aspectos metodológicos relacionados ao desenvolvimento da pesquisa, destacando: as categorias de análise; caracterização do estudo, com a descrição do tipo de estudo e sua abordagem; local do estudo, com informações a respeito do espaço e municípios envolvidos; participantes do estudo, com informações sobre as mulheres que integram a pesquisa e, como se deu as suas participações; técnicas para produção e análise do material empírico com suas devidas descrições e justificativas; bem como, aspectos éticos da pesquisa.

Tendo em vista o olhar sobre o objeto implicar em desvendar a matriz ideológica que sustenta verdades estabelecidas sobre pessoas e corpos, gênero constituiu categoria analítica aplicada à Teoria do Ponto de Vista, produtora de conhecimento situado, com respeito ao ponto de vista das pessoas implicadas, mulheres lésbicas.

No momento em que o olhar é dirigido aos serviços de saúde no tocante à relação entre demanda e oferta de ações de cuidado a mulheres lésbicas Gênero e Integralidade, em interseção, constituíram a base analítica.

5.1 CATEGORIAS DE ANÁLISE

5.1.1 Gênero

De acordo com Scott (1994), gênero diz respeito a uma estrutura social construída a partir das diferenças corpóreas. Essas diferenças são percebidas e significadas por discursos portadores de saber e poder que movimentam a sociedade nos seus diversos âmbitos.

A autora estrutura três planos de análise atribuídos ao gênero, sendo o primeiro, o modo que estrutura o meio pelo qual se atribui sentido a tudo, o que é de homem ou o que é de mulher. O segundo diz respeito ao modo de organização das relações em sociedade e a representação de como deve se portar e onde deve transitar homens ou mulheres. O terceiro plano é a identidade pessoal que caracteriza as pessoas como do sexo masculino ou feminino.

Partindo da premissa de que o gênero não é estático, a relação desses planos e a sua dinamicidade possibilitaram a conclusão de que, a categoria é a percepção sobre as diferenças entre as pessoas, sendo estas, responsáveis por propor hierarquias baseadas nessas diferenças que fazem parte de um modo dual e engessado que compõe essa estrutura (CARVALHO, 2011).

São conformados significados e disposições sociais dentro dessa relação hierárquica que rege como cada pessoa deve relacionar-se diante desse contexto. Símbolos e significados são construídos baseados na leitura sobre essas diferenças, baseada numa construção histórica e cultural da compreensão de mundo. Nesse sentido, temos, portanto, uma categoria analítica de cunho social, capaz de representar várias outras diferenças impostas.

Há algum tempo, o binarismo que está na base da construção do conceito de gênero vem recebendo críticas, na medida em que não alcança as diferentes identidades de gênero, ao que se soma a necessária incorporação das desigualdades de classe e de raça implícitas às relações. Contribuições de novas teóricas tem ampliado seu alcance como categoria analítica nesse sentido.

Butler (2010) afirma que não pretende ou se deve enfatizar ou manter a dicotomia sexo x gênero, tendo em vista que o corpo também é entendido a partir de um ponto de vista social, sendo então o conceito de sexo integrado ao conceito de gênero. Deve-se à atribuição de caracteres relacionados ao que ainda se chama de biológicas e relativas a este sexo foram predeterminadas por uma ideia tida sobre o que é ser homem ou mulher e as características também físicas atribuídas.

Diversos domínios sociais são associados à natureza biológica dos corpos, retirando a contribuição que a ação humana, repercussão social e seus desdobramentos tem sobre família, sexualidade, saber, poder e, é necessário grande esforço em desnaturalizar esse sentido dado aos domínios, para fortalecer a compreensão da importância do contexto histórico-social diante das repercussões que recaem sob o gênero (NICHOLSON, 2000).

Desse modo, enquanto produções discursivas, as questões de gênero possibilitam a compreensão de como as relações sociais contribuem com os papéis atribuídos às pessoas. As normas relativas ao corpo, dizem respeito ao gênero, enquanto materialização do discurso normativo da sociedade.

Butler (2010) destaca que essa matriz normativa do gênero carrega a suposição da existência de um gênero com características inatas, de modo que determinado órgão sexual seja responsável pela formação de comportamentos e desejos. No entanto, o que é levantado nessa discussão é que o gênero integra a lógica das práticas reguladoras, produzidas diante de um processo histórico-político determinado.

As características sociais que recaem sobre os corpos das pessoas são naturalizadas num processo de formação da sociedade, apoiados em discursos da biologia acerca das diferenças “sexuais”, o que é utilizado como justificativa para desigualdades existentes entre as categorias formadas pelo feminino e masculino, seus direitos, deveres e atribuições. Essa

representação que constrói o que é ser homem e mulher e seu lugar social conforma a questão de gênero.

A normativa de gênero nos prescreve várias regras, desde como vestir ou se portar, até o que se pode fazer e até onde ir, nos atribuindo papéis e estereótipos que fazem parte da estrutura a que estamos inseridas. Ela prescreve também, que estejamos destinadas à heterossexualidade, em respeito ao predestinado sentido de que a mulher tem como preceito relacionar-se com um homem.

Há um sistema de classificação binária que moldura as pessoas em um espaço em que as separam entre homens e mulheres (FOUCALT, 1996). Os discursos presentes na sociedade contribuem para que essa norma se mantenha, favorecendo a ideia de que o caráter natural é único e soberano.

Esse processo de reprodução alimenta instituições sociais sendo responsável pela manutenção de normas e, conseqüentemente, pela deficiência em perceber e respeitar as pessoas do modo como são. Deixa também de reconhecer as suas necessidades diante da dinâmica social com implicação na dimensão subjetiva, imprimindo-se de poder para além das fronteiras das conformações biológicas.

Nesse contexto, a experiência lésbica é percebida enquanto prática desviante na via da heterossexualidade compulsória. Percebe-se um apagamento da experiência lésbica em seu *continuum* ao negligenciar vivências, invalidando seus processos tanto em nível de convivência em sociedade como no que diz respeito às produções acadêmicas (RICH, 1993).

Há várias formas de manifestação que reforçam a heterocentricidade como prática para construção do fazer mulher. Deve-se à tentativa de manutenção dos padrões sociais de formação de família, condutas, locais e posicionamentos característicos do gênero que, diante da defesa conservadora, deveria ser algo inato. Logo, estar dentro da norma é vivenciar o casamento com um homem, a família nuclear e a continuidade do patriarcado.

Enquanto a discussão da existência lésbica e sua própria existência for apagada, mulheres lésbicas continuarão sendo tratadas como seres abjetos. Adrienne Rich (1993) defende a discussão dessa existência lésbica e nomeá-la de tal modo é importante para ressaltar a história que se desenvolve por longos tempos na tentativa de romper com os tabus relativos à orientação sexual e a imposição de padrões compulsórios de vida às mulheres.

Wittig (1992) aponta que a heterossexualidade é social, uma prática sexual associada a ao pensamento hétero que é a base de uma ideologia que edifica a opressão patriarcal das mulheres e sua apropriação pelos homens diante de uma defesa da existência de diferenças entre os *sexos*.

É prático apagar o *continuum* lésbico, é fácil incluir a demanda da mulher que se relaciona com outra mulher no mesmo contexto e discussão da homossexualidade masculina, como se fosse apenas uma versão dela. Tudo o que contesta a ordem sexual existente é visto como subversivo, há estigmas presentes em ambas as vivências, porém não se deve permitir o apagamento das mulheres, a defesa do gênero é necessária. Assim, discutir os riscos que a compulsoriedade representa é também discutir a supremacia androcêntrica em todos os sentidos, é preciso questionar o direito masculino de acesso irrestrito às mulheres, seus corpos e vontades e o direito masculino a ‘mais direitos’, ainda que sejam aqueles que vivenciam a homossexualidade.

5.1.2 Integralidade

O princípio da integralidade diz respeito ao reconhecimento das especificidades de cada pessoa. Isso evidencia que o cuidado à saúde não se faz por meio de um manual rígido e autosuficiente, mas requer atenção a complexidades, para promoção da saúde com dignidade (BRITO-SILVA, *et al.*, 2012).

O direito à saúde é assegurado pela Constituição Federal de 1988. Para tal criou o sistema Único de Saúde, sob os princípios da integralidade, universalidade do acesso e equidade.

O cuidado à saúde deve ser orientado pela integralidade, que implica em atenção ampliada e resolutiva às necessidades de saúde das pessoas, com acolhimento e responsabilização, imbuída do propósito de superar o modelo biomédico hegemônico (CARNEIRO; COELHO, 2013).

No âmbito da saúde das mulheres, a integralidade pode ser entendida como garantia de acesso aos serviços e a práticas de cuidado com ações de saúde resolutivas frente a suas demandas. Nesse sentido, o cuidado deve ser permeado por acolhimento, escuta sensível e qualificada valorizando-se o contexto em que suas demandas são geradas e a interseção entre gênero, raça, classe e geração (COELHO, *et al.*, 2009).

A integralidade é polissêmica e Mattos (2001), considera três sentidos mais discutidos na saúde. O primeiro diz respeito à busca de profissionais em compreender o que demandam as pessoas; o segundo diz respeito ao âmbito da gestão e organização de serviços e se volta à articulação entre a assistência preconizada e as práticas concretas do setor público da saúde; o terceiro diz respeito à regulação de políticas públicas e suas respostas aos problemas de saúde.

Cecílio (2009) apresenta duas dimensões para a integralidade. Denomina dimensão localizada a atitude comprometida da equipe de um determinado serviço em realizar a melhor assistência para as pessoas que o buscam com garantia de acesso e consumo da tecnologia, vínculo e confiança no serviço. Considera como segunda dimensão a conexão entre os serviços de saúde, quando as condições locais e as tecnologias presentes não são capazes de atender às demandas de usuárias/os. Assim, é necessária a intersectorialidade.

Ayres *et al* (2012) aborda a integralidade a partir de quatro eixos inter-relacionados. O eixo das necessidades refere-se ao acolhimento e escuta necessários, frente à capacidade de resposta de profissionais do serviço. O eixo das finalidades diz respeito à relação entre os níveis de atenção e as necessidades de cuidado no que diz respeito à promoção, prevenção e recuperação da saúde e reinserção social, onde se pretende chegar com o cuidado ofertado. O eixo das articulações refere-se à composição de saberes que se relacionam, as equipes de saúde que devem estar envolvidas no propósito de oferecer melhores condições e resposta efetiva das necessidades de saúde. O eixo das interações, por sua vez, está relacionado à qualidade das interações e diálogos presentes nos encontros relacionados aos serviços de saúde, na perspectiva da relação das equipes de saúde com as comunidades.

Baseado nessa complexidade, em entrevista realizada sobre o SUS, Jairnilson Paim, professor e pesquisador da UFBA e autor do livro *O que é o SUS*, lançado em 2009, aponta a integralidade como o princípio mais negligenciado, sendo importante a preocupação acadêmica para debates e compreensão dos mais diversos contextos. As práticas negam a complexidade dos sujeitos, afetando o modo como o cuidado é prestado e negando o respeito à assistência integral (VAITSMAN, *et al.*, 2009).

Diante disso, é necessário que mudanças sejam estabelecidas nas práticas cotidianas e nas relações que se estabelecem na direção do encontro entre as pessoas que cuidam e as pessoas que recebem o cuidado construindo vínculos e responsabilização. A integralidade que se vislumbra é um dispositivo político, capaz de produzir potentes mudanças nas práticas de saúde e na organização dos serviços, com relação dialógica entre os agentes que integram o SUS.

Nesse sentido, a integralidade pode ser dita, instrumento de críticas e fomentadora de saberes e poderes qualificados capazes de estruturar arranjos nos espaços de saúde e relações entre as pessoas, em defesa da saúde integral enquanto direito (PINHEIRO; GUIZARDI, 2006). Sua operacionalização implica em mudança de práticas e processos de trabalho individuais e em equipe, com compromisso para revisão de valores e paradigmas.

Atualmente, são raras as atividades nos serviços de atenção à saúde que contemplem investigação ampliada para o cuidado à saúde da mulher. Em se tratando, da saúde de

mulheres lésbicas, o fato de serem invisibilizadas, mantém suas questões de saúde marginalizadas. MSM apresentam demandas específicas, cada mulher em sua singularidade requer atendimento diferenciado, a integralidade e o respeito a seu lugar, classe e raça é instrumento necessário para esse reconhecimento.

5.2 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, de natureza qualitativa que tem gênero como categoria analítica. As pesquisas exploratórias e descritivas permitem ao investigador aumentar sua experiência em torno de determinado problema e descrever com exatidão os fatos e fenômenos de determinada realidade (TRIVIÑOS, 1987). Este tipo de estudo reveste de grande importância por contemplar os objetivos propostos no sentido de esclarecer o problema e definir resultados através da investigação realizada.

A abordagem qualitativa, por sua vez, envolve coleta de material empírico por técnicas diferenciadas, levando em consideração subjetividades das pessoas diante do contexto em que o fenômeno a ser estudado está inserido (FLICK, 2009). Esse tipo de pesquisa possibilita propor mudanças nos modos a partir de um olhar ampliado da realidade e, análise de ações, comportamentos, valores e aspirações, entendidos como parte da realidade social (MINAYO, 2015).

A condução da pesquisa foi realizada com base no COREQ (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research), que é um conjunto de diretrizes internacionais para realização da pesquisa qualitativa, proposto por autores australianos, que diz respeito a um *check-list* com itens necessários à sistematização adequada de pesquisas de abordagem qualitativa (ANEXO A) (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007). A utilização do consolidado facilita o delineamento da pesquisa e favorece a sistematização de informações imprescindíveis para a qualidade dos resultados.

As diretrizes propostas pelo consolidado contribuem com as técnicas de coleta utilizadas e, com a sistematização de informações que possibilitaram a formulação de propostas que atendam às expectativas e demandas das participantes na formulação de tecnologia de cuidado.

5.3 LOCAL DO ESTUDO

Partindo do pressuposto de que o exercício sexualidade e da orientação sexual apresentam especificidades socioculturais, de modo que o contexto em que as mulheres lésbicas vivenciam suas experiências interfere no modo como se inserem socialmente e estabelecem suas relações decidimos realizar a pesquisa em municípios de diferentes portes. Foi realizada em três municípios do estado da Bahia, sendo eles de pequeno, médio e grande porte. Considera-se que, cenários diferentes, possibilitem riqueza de experiências e discussões, tendo em vista, o lugar ser conhecimento situado de suma importância para o desenvolvimento da pesquisa embasada na Teoria do Ponto de Vista.

Segundo relatório do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (2009) uma cidade é considerada de pequeno porte, quando tem até 50.000 habitantes; médio porte quando tem entre 100.000 e 300.000 habitantes e de grande porte, quando tem acima de 500.000 habitantes.

Uma vez definida a classificação pelo porte, a escolha dos municípios se deu, por facilidade de aproximação da pesquisadora com a realidade local, por vínculos pessoais, facilidade de deslocamento e, pelo reconhecimento da contribuição deles em suas distintas características para o levantamento das informações para a pesquisa, formação e participação dos grupos.

Quadro 01: Caracterização dos municípios, Salvador - BA, 2019.

	M1	M2	M3
População estimada (2018)	33.861	100.605	2.857.329
Área territorial (km²)	395	268,8	692,818

Fonte: Elaboração própria, dados da pesquisa.

A diversidade referente aos municípios não diz respeito apenas ao tamanho da população residente. Há um conjunto de condicionantes que podem interferir nos modos de relacionamento das pessoas moradoras, em relação aos costumes, hábitos de vida como economia, cultura, política e diferentes aspectos sociais.

Salvador é quarta cidade mais populosa do país, com uma multiplicidade cultural e social bastante vasta, espaços desiguais, com oportunidades de acesso e consumo bastante diversas (ANDRADE; BRANDÃO, 2009). É constituído por um distrito-sede e vinte e dois subdistritos. No ano de 2010, apresentava um IDHM- Índice de Desenvolvimento Humano Municipal referente à educação de 0,679, em uma escala de 0 a 1 e tinha 367 estabelecimentos de saúde (IBGE, 2019).

O município de Santo Antônio de Jesus está localizado no Recôncavo da Bahia, assim como, Cachoeira. O primeiro possui IDHM correspondente a 0,700, dispõe de 76 estabelecimentos de saúde, se mantém economicamente a partir do comércio local, de roupas, móveis e pela feira livre (IBGE, 2019).

Cachoeira, por sua vez, corresponde a um dos mais ricos acervos arquitetônicos da Bahia, ficando atrás apenas da capital, Salvador. É um município tombado como Patrimônio Histórico, Artístico e Nacional pelo Ministério da Cultura. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) - Cachoeira é 0,647, o que situa esse município na faixa de Desenvolvimento Humano Médio (IDHM entre 0,600 e 0,699), possui 24 estabelecimentos de saúde e, economicamente falando, a população vive do comércio local de feirantes e da movimentação turística do município (IBGE, 2019).

5.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Foi utilizada a técnica de grupo focal para a produção do material empírico. O grupo focal não deve ser excessivamente pequeno ou grande, delimitando-se uma faixa de seis a doze pessoas. Considera-se que grupos maiores possam limitar a participação das/os integrantes, nas trocas de ideias e aprofundamento dos temas (GATTI, 2005).

Como sugere a mesma autora, é importante que haja no grupo pessoas em que a pesquisadora presuma que tenham opiniões diferentes sobre a temática para possibilitar a discussão, mas, pondera que grandes divergências entre o perfil das participantes também podem dificultar a discussão por parte de pessoas que se sintam menos à vontade.

A escolha das participantes por cidades de pequeno, médio e grande porte permitiu o contato com diferentes realidades, além de mulheres em suas singularidades poderem trazer vivências e posições diferentes para o grupo de modo que essa orientação foi atendida.

Constituíram critérios de inclusão: ser usuária do Sistema Único de Saúde; residir no município em a pesquisa seria realizada; ter idade mínima, igual ou superior a 18 anos.

Entende-se lésbicas por mulheres que se atraem afetivo sexualmente por outras mulheres (JESUS, 2015). Não foram investigadas mulheres lésbicas de identidades de gênero trans. Significa que foram escolhidas mulheres cisgênero de orientação lésbica. Mulheres cisgênero são aquelas que se identificam com o gênero que lhes foi atribuído antes ou quando do seu nascimento (JESUS, 2015). O recorte se justifica por entender que há um espectro de demandas diferenciadas entre pessoas cisgênero e transexual, o que dificultaria que as mulheres trans integrassem a mesma população enquanto participantes do estudo. Reconhecemos a invisibilidade presente na saúde da população LGBT de um modo geral, mas, essa sistematização é necessária para conhecimento mais aprofundado de cada sigla.

Diante de tal contexto, o número de mulheres lésbicas participantes foi definido no decorrer do processo investigativo, sendo possível acessar um total de 19 mulheres, sendo 07 de Cachoeira-BA; 06 de Santo Antônio de Jesus; 06 de Salvador.

5.5 TÉCNICAS PARA PRODUÇÃO DO MATERIAL EMPÍRICO

No presente estudo foram realizados grupos focais e, entrevistas sob roteiro semiestruturado no mês de julho do ano de 2020. Ambas visam contemplar a modalidade de discussão em grupo para a obtenção de dados para problematização das questões envolvidas. Foram coletadas também informações sociodemográficas das participantes.

Para ter acesso às participantes da pesquisa foi utilizada a técnica de Bola de Neve. Segundo Vinuto (2014), ela visa utilizar uma amostragem não probabilística, a partir do encadeamento de rede das participantes, bastante útil em caso de populações que apresentam dificuldade de ser acessadas. Para a autora, há três casos em especial que tem maior tendência a encontrar tais obstáculos: grupos que possuem poucos membros e que se encontram espalhados por grandes áreas; estigmatizados e reclusos. Desse modo, justifica-se a escolha da referida estratégia de acesso às participantes em questão.

A amostragem em bola de neve apresenta-se como um processo de permanente coleta de informações, por permitir um conjunto cada vez maior de potenciais contatos para contribuir com o estudo a ser realizado.

Ao iniciar a pesquisa, foi feito o levantamento das “sementes”, consideradas as informantes chave para a pesquisa, pessoas dotadas de perfil para colaborar com o estudo, sendo a primeira convidada a iniciar o contato com as possíveis novas integrantes do grupo. Após isso, as novas sementes, foram solicitadas a indicar a partir de sua rede de contatos, outras pessoas que tinham perfil para contribuir e participar da pesquisa. Seguiu-se assim até

formar a amostra, que seguiu rá como critério as características apontadas a seguir sobre a realização do Grupo Focal (VINUTO, 2014).

A identificação das informantes chave, deu-se por meio da busca de mulheres lésbicas em espaços de convívio da pesquisadora, a partir das mesmas, outras sementes foram alcançadas, a fim de formar a rede que compôs o grupo.

5.5.1 Grupo Focal

O grupo focal é uma técnica que possibilita a obtenção de dados a partir do ponto de vista das participantes, o que inclui discussões que permeiam saberes, desejos, crenças, intenções, compreensão e explicação de fatos sociais, com a possibilidade de uma análise de expressões verbais e não verbais (GATTI, 2005).

O grupo é considerado uma entrevista realizada em grupos, na qual ocorre interação das participantes. O encontro possibilita diálogo e apreensão das diversas formas de linguagem e compreensão de temas do cotidiano comum, por meio dos variados pontos de vista sob um mesmo contexto (BARBOUR, 2009).

A técnica possibilita a ampliação da quantidade de informações identificadas mediante a situação observada, criando compreensões e explorando com maior profundidade os temas abordados, contribuindo assim, para a reflexão crítica das participantes e, estímulo para transformação de determinada realidade abordada (BACKES *et al.*, 2011).

O objetivo é captar a partir das trocas realizadas nos grupos, conceitos, sentimentos e reações, permitindo emergir multiplicidade de pontos de vista pelo próprio ambiente criado, além da captação de significados que por outros meios seria difícil de manifestar.

O local de realização foi organizado de modo a oferecer conforto e possibilitar a interação entre os grupos, sentadas face a face, facilitando a interlocução entre as participantes e entre essas e a pesquisadora. Foram providenciados crachás de identificação para facilitar a comunicação.

No decorrer das discussões no grupo, utilizamos estratégias para promover a conexão entre as falas, retomando pontos a aprofundar. Estimulamos as mulheres mais silenciosas, convidando-as a falar, e questionando se alguma delas tinha novas intervenções a trazer, o que nos levou a outros temas importantes para a pesquisa.

No primeiro encontro em cada município, foram apresentados os objetivos e procedimentos da pesquisa (APÊNDICE A), assim como, as normas de convivência do grupo. Foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

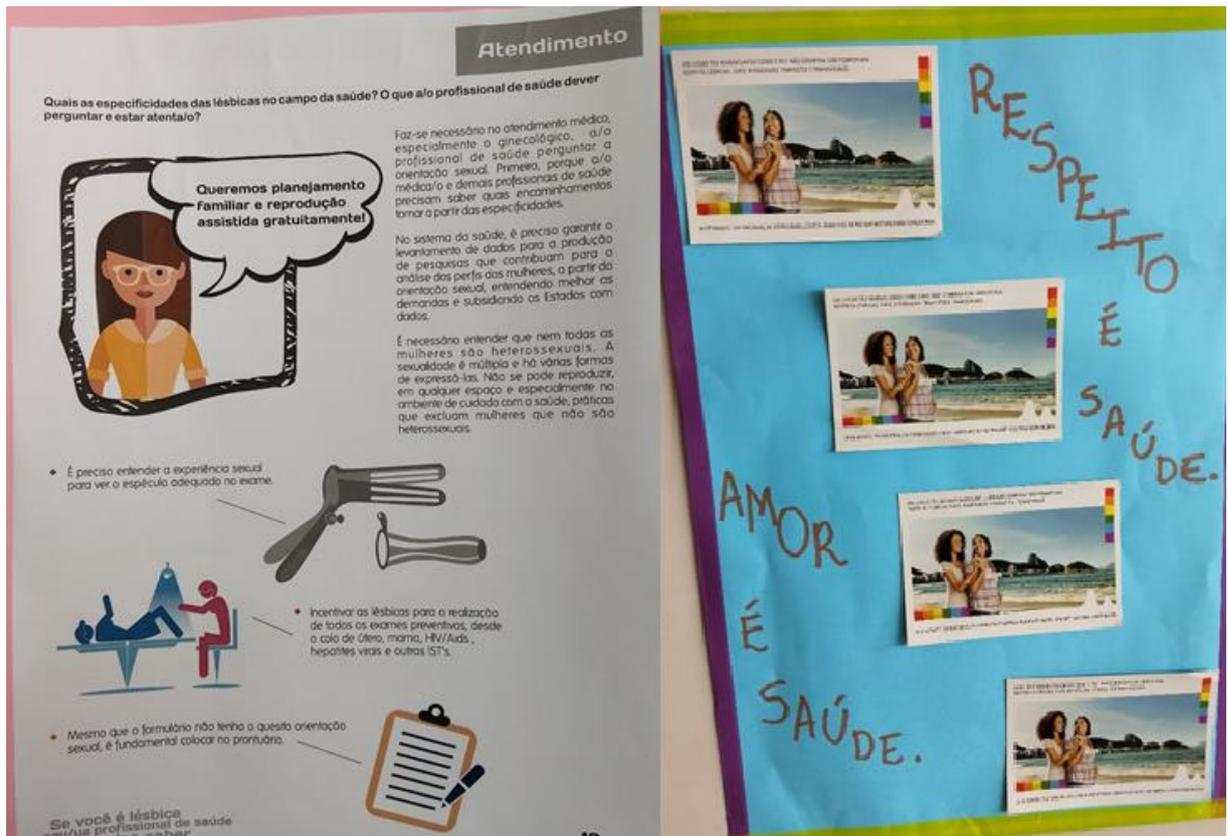
(APÊNDICE B) e do Termo de Confidencialidade Individual (APÊNDICE C). Foi desenvolvida dinâmica de apresentação e descontração e, em seguida, iniciado o grupo focal, conduzido por duas moderadoras, sendo, uma delas a pesquisadora responsável e, uma assistente de pesquisa, conduzindo tal etapa em um tempo médio de 1:30h.

Inicialmente foi apresentado em frases e colagens para as participantes conteúdo do Plano Operativo vigente para a saúde LGBT (2017-2019), de modo que, as mulheres presentes pudessem ter acesso ao que é proposto para realização por parte dos serviços públicos de saúde (Fig. 01 e 02). Além disso, apresentamos trechos de notícias envolvendo saúde da mulher lésbica, seus direitos e suas violações, como mostram as imagens a seguir. A partir desse estímulo, foi solicitado que as mulheres discutissem a respeito dos temas: vivências da mulher lésbica para com o cuidado e saúde, seus enfrentamentos e relação com o serviço (APÊNDICE E).

Figura 1: Imagens e textos disparadoras da discussão, Salvador-BA, 2020.



Figura 2: Imagens e textos disparadoras da discussão, Salvador-BA, 2020.



Com o objetivo de problematizar as experiências de cuidado à saúde segundo a realidade vivenciada por mulheres lésbicas, posterior aos disparadores da discussão, o grupo focal foi delineado a partir dos temas: *Viver como mulher lésbica é...; Para cuidar da saúde, tenho que enfrentar...; Em relação ao cuidado à minha saúde, eu me proporciono ... ; Em relação ao cuidado à minha saúde, os serviços de saúde me oferecem ...; Para me sentir cuidada, eu preciso que profissionais de saúde...; Para promover mudanças na atenção à saúde, eu gostaria que....* Posterior aos levantamentos, foram oportunizados momentos de fala das participantes diante dos temas norteadores apontados.

No segundo grupo focal, conduzido pela pesquisadora e assistente da pesquisa, foram retomadas as discussões do encontro anterior e apresentado o objetivo do encontro: construir estratégias para atenção à saúde de mulheres lésbicas. Foram apresentados temas chave com recortes de falas do grupo focal anterior e solicitado ao grupo que discutisse, complementasse e fizesse novas sugestões, com o intuito de traçarmos estratégias a serem propostas para o cuidado à mulher lésbica. Após levantamento das estratégias e sistematização em cartolinas (Fig.03, 04 e 05), as participantes apresentaram suas ideias ao grupo, a fim de elaborar

melhores propostas a serem implementadas enquanto tecnologia de cuidado, na realidade de cada um dos municípios.

Figura 3: Propostas coletivas de intervenção M1, Salvador-BA, 2020.

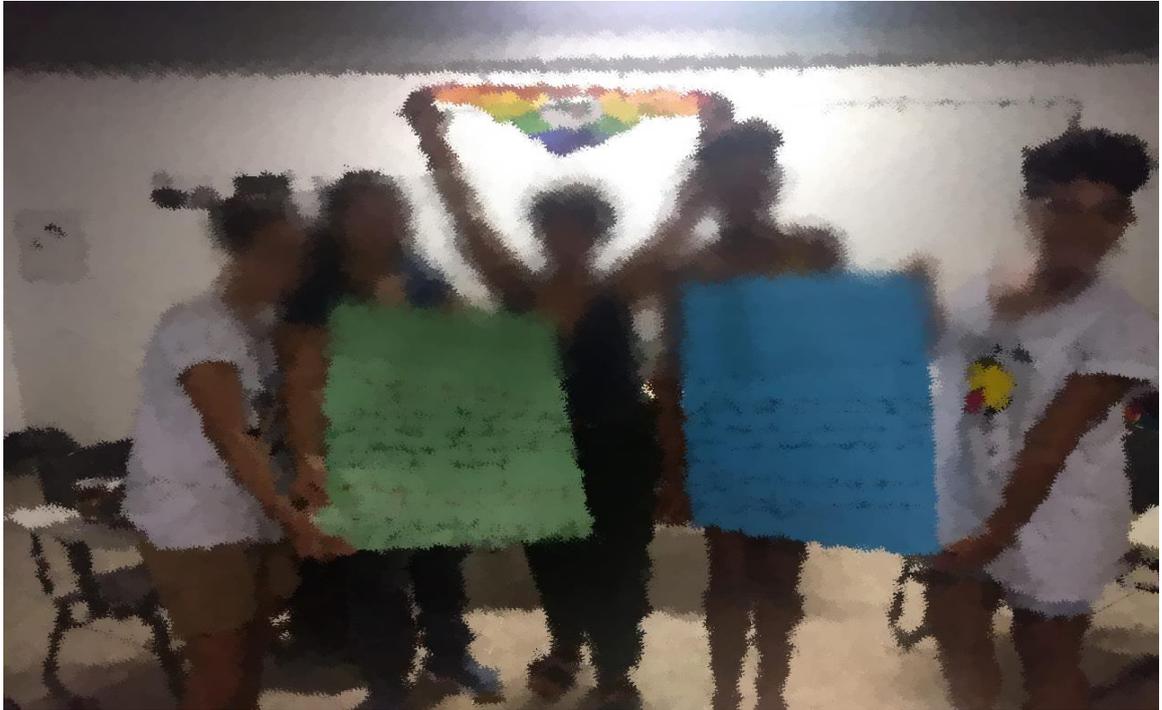
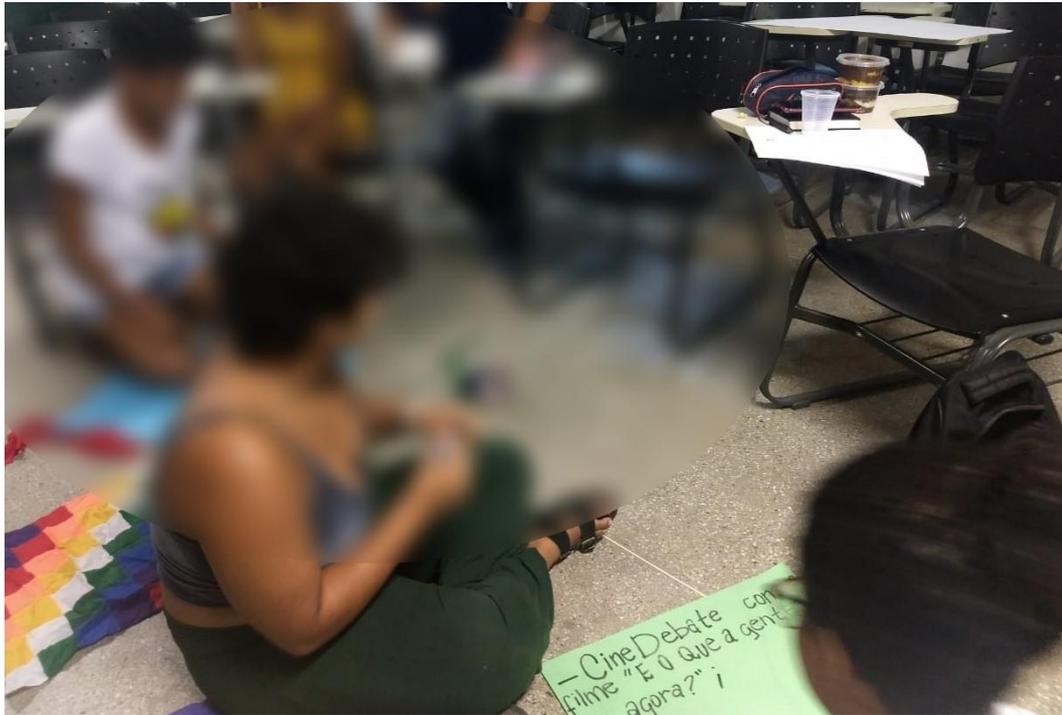


Figura 4: Propostas coletivas de intervenção M2, Salvador-BA, 2020.



Figura 5: Formulação de propostas coletivas de intervenção M3, Salvador-BA, 2020.



Após cada sessão, os registros de áudio foram checados com participação da pesquisadora e assistente, bem como verificados se as gravações foram feitas com sucesso, de modo a permitir transcrição posterior.

5.5.2 Entrevista

A entrevista semiestruturada se configura como uma conversação a partir de roteiro elaborado, mas realizado como uma conversa durante a realização da pesquisa, podendo ser formada por perguntas não-fixas, mas, norteadoras para o aprofundamento do tema, sendo possível, inserção ou exclusão de temas/perguntas, mediante retorno recebido das participantes do estudo (MINAYO, 2010).

A entrevista foi realizada com foco em temas que necessitaram de maior aprofundamento, sendo os pontos definidos após transcrição e leitura criteriosa do material. Foram previamente elencados alguns pontos possíveis para nortear a conversa, considerados ou não, a depender das lacunas percebidas após realização do grupo focal. Tais estão mencionados a seguir.

- ✓ Fale-me sobre suas necessidades de saúde, considerando sua orientação sexual;
- ✓ Comente sobre a assistência nos serviços de saúde para suas demandas de saúde sexual;
- ✓ Fale sobre a livre expressão sexual no atendimento à saúde.

- ✓ Alguma vez você se sentiu pouco à vontade em razão da sua orientação sexual durante atendimentos nos serviços de saúde? Fale sobre essa experiência.
- ✓ Diga-me como se sente e como age quando uma demanda sua não é atendida nos serviços de saúde;
- ✓ Caso você tenha alguma demanda de saúde, relacionada a sua orientação sexual que não tenha sido atendida nos serviços de saúde, fale sobre a mesma e como você gostaria que ela fosse atendida
- ✓ Fale-me sobre outras formas ou fontes de busca de informações, caso você tenha alguma.
- ✓ Diga-me como você gostaria que fosse o cuidado nos serviços de saúde

5.6 ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO

O material foi analisado a partir da técnica de análise de discurso com base no que preconiza José Luiz Fiorin. Para esse autor, a análise de discurso objetiva mostrar significado da linguagem de acordo com os caminhos para sua produção e a historicidade envolvida, em tempo e lugar social ocupado (FIORIN, 2011).

Nesse sentido, leva em consideração o discurso e sua determinação ideológica, expressas por meio de figuras e temas, revelando uma posição social e uma visão de mundo, carregado por valores, costumes e cultura formados ao longo de suas relações de vida, sendo expressas por meio das construções materializadas na comunicação (FIORIN, 2016).

O discurso é uma prática social que reflete uma visão de mundo localizada. Apesar de haver a falsa compreensão de que este seja individual, todo discurso é uma construção social, devendo ser analisado levando em consideração o seu contexto. Já o texto, que é produto do mesmo, é uma construção, sobre a qual, a pessoa analista deve se debruçar percorrendo os três níveis de produção: superficial, intermediário e profundo (FIORIN, 2011).

Os três níveis diferem entre si pelo grau de abstração presente nos textos ou na fala, o primeiro depreende os significados mais complexos e concretos e o terceiro, mais simples e abstratos.

O nível superficial refere-se a etapa onde afloram significados mais diversificados, onde se instalam participantes, cenários, o tempo e as ações. O nível intermediário é o lugar que se define os diferentes valores das (os) participantes dentro da estrutura que está sendo analisada e, o terceiro nível possibilita a significação das questões mais simples e abstratas, no qual são postulados os significados presentes que garantem unidade do texto ou da fala (FIORIN, 2007).

Com relação à ideologia, Fiorin (2016) afirma que é um sistema de ideias que justificam e explicam a ordem social e as relações das pessoas em sociedade. Desse modo, inseridas numa visão de mundo ela está vinculada à linguagem e sua formação discursiva correspondente da palavra em movimento.

Para a análise do discurso, não há separação entre forma e conteúdo, busca-se compreender a língua enquanto um acontecimento. Desse modo, para a compreensão desse percurso, a análise seguirá as etapas propostas por Fiorin (2016), que seguem:

1. Leitura de texto completo para que sejam localizados as figuras (elementos concretos) e os temas (elementos abstratos) que conduzem a um mesmo bloco de significação, garantindo coerência;
2. Agrupamento dos elementos significativos (figuras e temas) que se somam ou se confirmam em um mesmo plano de significado;
3. Depreensão dos temas centrais com formação de subcategorias que levem a construção de uma ou mais categoria empírica;
4. Análise e discussão das categorias empíricas orientadas pelo eixo teórico, em articulação com leitura pertinente.

A análise e discussão das categorias empíricas foram orientadas pelo referencial teórico e pelas categorias de análise previstas neste estudo. Isso nos dará a compreensão necessária para construir a tecnologia proposta, a partir da sistematização realizada e a evidência dos elementos.

5.7 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, aprovado sob número de parecer 3.471.348. O mesmo foi realizado de acordo com os princípios éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b), respeitando a autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça das participantes.

Desse modo, considerando a autonomia das participantes, elas foram informadas sobre os objetivos da pesquisa, e convidadas a participar, diante do aceite e assinatura do Termo de Compromisso Livre e Esclarecido. Além disso foram esclarecidas da possibilidade de desistência e garantia do sigilo das informações.

Em se tratando dos benefícios, foi posto em observância que a realização da pesquisa será beneficente às participantes por possibilitar discussões sobre a temática e dar

voz às mesmas, para a melhoria da qualidade das condições de saúde, cuidados e assistência prestada a essa população.

A pesquisa não confere risco no que diz respeito a integridade física e moral das participantes. De todo modo, foi informado que, se as mesmas se sentissem constrangidas ou desconfortáveis em algum momento da pesquisa, poderiam desistir da participação, sem prejuízo algum. De todo modo, em caso de prejuízos oriundos da realização do estudo, a pesquisadora comprometeu-se em providenciar o cuidado necessário mediante reparos à saúde necessários.

Foram adotadas estratégias para que as participantes se sentissem o mais à vontade possível. Em se tratando da entrevista, uma vez iniciada, pôde ser pausada e dada continuidade de acordo com a decisão das participantes.

Durante a coleta, os registros foram feitos a partir da gravação das falas e realizados registros em diário de campo acerca de expressões e falas realizadas em grupo.

Os resultados serão divulgados às participantes da pesquisa, comunidade acadêmica e científica. Com relação a todo o material referente à pesquisa. TCLE, registros de fala e diários ficarão de posse e guarda das pesquisadoras responsáveis por no mínimo 05 anos.

É importante salientar que, nenhum contato será realizado com os sistemas de saúde dos municípios, em respeito ao princípio do sigilo e pela opção feita em usar a técnica Bola de Neve para produção dos dados, por facilitar a composição da amostra de participantes para o estudo.

Para assegurar o anonimato, as participantes foram identificadas com a letra P seguido de algarismo arábico. Os municípios, por sua vez, são intitulados de M1 (pequeno porte); M2 (médio porte); M3 (grande porte).

6 RESULTADOS

Neste capítulo são apresentadas, analisadas e discutidas as categorias empíricas centrais e suas respectivas subcategorias, antecedidas pela caracterização sociodemográfica das mulheres que participaram da pesquisa.

6.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES

Participaram da pesquisa 19 mulheres, sendo sete no município de pequeno, seis no município de médio porte e seis no município de grande porte.

Quadro 02: Participantes da pesquisa, Salvador-BA, 2020.

	M1	M2	M3
IDADE	19 a 34 anos	21 a 29 anos	29 a 38 anos
ESCOLARIDADE	4 Ensino Superior completo 3 Ensino Médio	3 Ensino Superior completo 3 Ensino Médio	6 Ensino Superior completo
SITUAÇÃO CONJUGAL/ ESTADO CIVIL	4 Solteira (com namorada) 2 Casada 1 Relacionamentos esporádicos	2 Solteira (com namorada) 1 Casada 1 Relacionamento Estável 1 Relacionamentos esporádicos 1 Nenhum relacionamento	1 Solteira (com namorada) 1 Solteira (sem namorada) 1 Casada 2 Relacionamentos Esporádicos 1 Relacionamento Estável
COR	5 pretas 2 pardas	4 pretas 1 parda 1 branca	2 pretas 3 pardas 1 branca
OCUPAÇÃO	Estudante	+Estuda e trabalha formalmente ou informalmente	+Trabalha formalmente
COM QUEM MORA	2 moram com companheira	2 moram sozinhas 1 mora com	3 moram com companheiras

	4 moram sozinhas 1 mora com familiares	companheira 2 moram com familiares 1 mora com amiga	2 moram sozinhas 1 mora com familiares
RENDA FAMILIAR	+ Zero a 1.254,00	+ Zero a 1.254,00	+1.255,00 a 2004,00;
RELIGIÃO	2 Candomblé 3 Católica 3 Nenhuma	3 Católica 2 Umbanda 1 Nenhuma	2 Candomblé 1 Católica 3 Nenhuma

Fonte: Elaboração própria, dados da pesquisa.

De acordo com o apresentado, as participantes do estudo foram caracterizadas diante de variáveis que podem ser consideradas determinantes sociais e de saúde. No que diz respeito à idade, é possível destacar o quanto ela pode estar relacionada com a busca pelos serviços de saúde e relação com agravos, sendo assim, importante aspecto para a discussão do material.

Compuseram a pesquisa mulheres lésbicas entre 19 e 38 anos. O grupo de participantes foi composto majoritariamente de mulheres negras, universitárias, tendo a maioria ensino superior completo ou em curso.

Os municípios M1 (município de pequeno porte) e M2 (município de médio porte) são considerados cidades universitárias, sendo assim, bastante habitados por estudantes. Algumas delas não possuem renda pessoal, por apenas estudarem, sendo considerada no estudo a renda familiar, que em sua maioria, não supera o valor de dois salários-mínimos atuais no ano de 2021². É perceptível a diferença em relação ao M3, município de grande porte, nesse a maioria das participantes possui trabalho formal como possibilidade de sustento.

Quanto à ocupação, observa-se que algumas só estudavam, outras estudavam e trabalhavam e, as que já tinham concluído o ensino superior, trabalhavam em atividades diversas e relacionadas à sua formação. Em se tratando da religião, 4 seguiam o Candomblé; 7 se declararam católicas; 2 eram seguidoras da Umbanda e 7 referiram não ter religião.

Com relação à moradia, saíram da casa de suas famílias para estudar, sendo essa uma característica comum aos grupos de participantes. Residiam sozinhas ou com a companheira. Tais características são importantes para entender o contexto social em que vivenciam suas experiências.

² Salário mínimo à época da coleta de dados, 2021: R\$ 1.100,00.

Tendo em vista a utilização da técnica de bola de neve, em que uma participante indica outra para a pesquisa, o perfil social tem semelhanças por estarem inseridas no mesmo contexto e de algum modo, faziam parte da mesma rede ou gueto.

6.2 HETERONORMATIVIDADE COMPULSÓRIA: padrões sociais impostos e rebatimentos nas vivências de mulheres lésbicas

Viver como lésbica é viver driblando o preconceito [...] proporcionado ou ampliado pela invisibilidade. [...] temos até hora para os corpos estarem expostos, um turbilhão de emoções; é não poder se expandir, é não poder utilizar os lugares públicos [...] para nos expressar amorosamente (P13 M2; P11 M2; P5 M1; P19 M3).

Nos resultados deste estudo, a heteronormatividade compulsória conforma as ações sociais e é transversal às instituições com repercussões fortemente negativas à vivência de mulheres lésbicas. Tal constatação levou à construção de categorias empíricas centrais e suas subcategorias apresentadas a seguir:

6.2.1 Conflitos, enfrentamentos e vulnerabilidades na existência de mulheres lésbicas

Os discursos aqui apresentados coadunam com a ideia de que para algumas participantes assumir-se como lésbica é um ato político e de transgressão frente à heteronormatividade compulsória. Enfrentá-la é necessário, para tentar conquistar algum tipo de visibilidade que lhes é tirada nos diversos espaços sociais.

- **Afirmar-se lésbica como ato político para existir com visibilidade social**

O M1 é um município de pequeno porte considerado uma cidade universitária, constituída em sua maioria por estudantes, pessoas vindas de outros lugares e concentradas em espaços de convivência comuns. Tem na maioria de sua população, valores tradicionais e enraizados na lógica heteronormativa e patriarcal, constatado pelas falas das participantes.

O M2, médio porte, traz características que se assemelham ao M1. Mesmo sendo um município de médio porte, ele tem um histórico relacionado a posturas mais tradicionais e conservadoras. Mulheres lésbicas tem medo de se expressar em sociedade por conta das violências e do contexto de lesbofobia.

No M3, grande porte, as mulheres apresentam em seus discursos uma liberdade maior, indicando que têm mais espaço na sociedade e nas formas de se expressar, consideram ter melhor local de fala individual e coletiva. Apesar das dificuldades e opressão, conseguem uma rede de apoio ou uma maior liberdade pelo próprio território em que vivem. Sendo assim, um município com mais possibilidades, que proporciona outras experiências sobre a visibilidade e afirmação política dos enfrentamentos diários.

Os primeiros confrontos e embates experienciados pela mulher lésbica partem de uma relação consigo de afirmação e aceitação na esfera das relações sociais. Isso porque constitui espaço para julgamentos e vulnerabilidade à violência, conforme se lê a seguir.

Viver como lésbica é:

*Lutar por uma visibilidade que a sociedade teima em nos tirar, justamente porque estamos fora dos padrões. Padrões estes que não deveriam existir, para viver, ser, cuidar-se e existir você precisa pertencer a algo, mas algo não dentro do que você, mas dentro do que lhe permitem ser (P6 M1).
Um conflito diário, pois você precisa estar o tempo todo reafirmando a sua existência em um espaço que nega totalmente que a gente existe, em um espaço que não está preparado para lidar com pessoas como a gente (P5 M1).*

São enfrentamentos diversos que conformam percepções e vivências e retratam invisibilidade e preconceitos, iniciados na relação com a família, conforme se lê:

*Eu acho que ao mesmo tempo que é a coisa mais maravilhosa do mundo é a coisa mais dolorosa. Eu falo isso a partir da minha experiência com a minha família, pois foi muito dolorosa para mim. Os meus primos levavam as namoradas para casa e tinha todo um acolhimento e eu não podia. Fora as questões da rua, mas as questões da rua para mim foram bem menos dolorosas do que as de casa. Eu preferia mil vezes ter sofrido na rua do que em casa. É difícil isso de querer dar a mão e não poder... os olhares também são bem impactantes. Então é assim, ao mesmo tempo que a melhor coisa é uma coisa que dói (P4 M1).
Desafiador em alguns aspectos, vivenciar a realidade desde os enfrentamentos em casa, como quando me assumi e tive reações extremamente agressivas aqui em casa, são agressões que vivenciamos fora dela também, especialmente pela necessidade de reafirmação da relação a cada novo espaço que se frequenta (P17 M3).*

Quando eu comecei a ter minhas vivências sexuais teve todo um processo, eu não tinha abertura para falar com minha mãe sobre sexo e saúde. Eu não tinha esse entendimento do mundo (P4 M1).

As participantes revelam ainda outros desafios para se afirmarem socialmente como mulheres lésbicas e se comparam com a mulher bissexual, considerando serem essas mais aceitas e carregarem menos estereótipos. Assim afirmam:

Existem muitas mulheres lésbicas e bissexuais que se afirmam como lésbicas por uma questão de visibilidade. Parece que você ser bissexual é uma coisa mais “leve”, tipo um erro que pode ser corrigido. Parece que ser bissexual é mais aceito do que ser lésbica. Porém, você ser lésbica, se assumir enquanto lésbica parece que tem um peso maior. Então, muitas mulheres se colocam como lésbica enquanto posicionamento político (P7 M1).

A bissexual pode ser (para sociedade) uma questão de experiência ou uma questão passageira. Aí existem controvérsias, pois um ou outro não é fácil ser na sociedade atual. Agora, de fato, a visibilidade é fundamental nessa construção social. Algumas mulheres conseguem se colocar e outras não. Isso devido às consequências que podem sofrer em relação a isso, que são totalmente ímpares (P1 M1).

Em síntese, é um desafio mesmo. Um desafio de existência, de afirmação ser lésbica, de vida com sua companheira. Ser lésbica tem um grande peso quando comparamos à mulher bissexual que transita (P17 M3).

Nesse contexto, há quem considere avanços:

Lógico que tem sim a invisibilidade, mas a cada dia as lésbicas vem encontrando espaço na sociedade. Hoje temos um cenário bem diferenciado do que tínhamos antigamente. A gente pode se colocar individualmente e coletivamente, apesar de todas as dificuldades, opressões e violências (P16 M3).

Na relação em sociedade, a opressão no mundo público é forte e carregada de estereótipos, que estigmatizam e ferem direitos, invisibilizando demandas, conforme se lê:

E eu entendo quando as mulheres se colocam politicamente como lésbicas para afirmar e visibilizar, mas as lésbicas mesmo têm medo de realizar essa ação, muitas vezes porque já sofreram muito com isso ou por pressão social de se encaixar nos padrões estabelecidos por essa sociedade. (P18 M3)

E alguns espaços que são extremamente importantes para gente como a questão da saúde, da política.... Sabe?! Nesses espaços mais institucionais, eu percebo muito essa invisibilidade. Nos ambientes mais íntimos a gente consegue aparecer mais, a gente consegue está mais enquanto lésbica. Mas nos ambientes institucionais, onde deveríamos ter holofotes e aparecer, a gente não consegue. Então a palavra que me veio a cabeça imediatamente é essa: invisibilidade. (P8 M2)

Destaca-se que afirmar-se lésbica gera confrontos e proporciona um processo de aceitação nas esferas das relações interpessoais. Além disso, intensifica enfrentamentos diversos quanto à invisibilidade, preconceitos e na privação de direitos.

- **Tornar-se visível como lésbica é conviver com o medo da violência**

Diante das situações de opressão vivenciadas no contexto da sociedade heteronormativa e falocêntrica, expressões de afeto entre mulheres que se assumem lésbicas, tornam iminente o perigo e a possibilidade de diversos tipos de represálias.

A gente sempre fala muito na questão de segurar a mão na rua porque para algumas pessoas é normal ou é besteira, mas para a gente se torna algo complicado, arriscado, violento no olhar de outras pessoas. Isso é um detalhe, existem outras várias coisas que a gente precisa enfrentar, inclusive o fato de se cuidar (P5 M1).

Ser lésbica é estar vulnerável o tempo inteiro. Aqui é muito mais escancarado e ao mesmo tempo é muito mais vulnerável, pois a cidade é muito mais conservadora e os olhares falam. Então, o corpo fica sujeito a qualquer coisa, a qualquer tipo de situação. A gente pode virar a esquina ali e ser morta por se relacionar com uma mulher lésbica, a violência aqui é demais (P3 M1).

Até pegar na mão vira um desafio. E pegando gancho no que a colega falou: é sim viver com medo de ações homofóbicas que nos hipersexualizam e que podem nos levar a morte, dependendo do sujeito autor dessa ação, em casa ou na rua como a colega colocou (P19 M3).

É muito louco você pensar que você é um corpo que pode virar estatística qualquer momento por você amar uma pessoa do mesmo sexo. Isso é pesado. Tem também a questão da heterossexualidade compulsória. Eu mesma, quando levei uma namorada lá para casa, levei logo a chamada da minha mãe: evita de pegar na mão quando estiver na rua, evita se beijar na rua, essas coisas, porque você sabe como as pessoas são... E é exatamente isso (P3 M1).

Viver como lésbica é viver escondida ou com medo de aparecer e sofrer homofobia. É viver escondida, principalmente se você não performatizar uma feminilidade. Porque não dizer: é viver com medo de morrer e isso sem exagerar ou radicalizar (P14 M3).

Vê-se que o cotidiano é um desafio para mulheres lésbicas e, conforme relatado, se expressar homoafetivamente, a exemplo de andar de mãos dadas, as torna vulneráveis à violência.

Incomoda também socialmente contrariar a performance feminina, o que é razão para preconceitos e estereótipos. Segundo o que está legitimado, as mulheres devem seguir normas e, desagregar suas existências dessas gera reações ditadas pelos padrões que lhes são impostos, conforme trazem as participantes:

É necessário viver se afirmando e reafirmando para existir! E isso com muito receio, pois ao mesmo tempo que precisamos reafirmar nossa

existência temos que ter cautela no lugar e como estamos fazendo isso. Porém, se a gente não fizer isso é como se fossemos só a amiga diferente, a rebelde ou aquela pessoa que quer “causar” (P18 M3). Eu falo mesmo por mim, já sofri muito com o preconceito e por ter esse meu jeito fica mais complicado ainda. Isso dentro de casa e na rua, por isso sai de casa há muito tempo. Acho importante relatar isso porque as pessoas romantizam muito determinadas situações (P14 M3).

Assim, reafirma-se que mulheres lésbicas que contrariam as performances femininas sofrem preconceito no ambiente público e privado, o que se agrava, de acordo com as particularidades do território/contexto de cada mulher.

DISCUSSÃO

Há no imaginário social o falocentrismo como um ideal justo e consumado. Essa ideia sai do meio social e muitas vezes invade as práticas em saúde, provocando a manutenção de uma assistência pautada na mulher reprodutora que tem o corpo para servir ao homem e para a continuidade da espécie. Assim, será útil quando constituir família, conforme dita o patriarcado.

As pressões estabelecidas sobre essa questão, apesar de existirem em todos os municípios, que participaram da pesquisa, possuem particularidades. No M1 e M2 elas são agravadas pelas particularidades do território e as relações orientadas pela heteronormatividade são mais explícitas pelo porte dos municípios e experiências locais.

A heterossexualidade compulsória sugere nessa conformação política e social que a mulher tenha um tipo de relação na sociedade que esteja de acordo com o que o patriarcado espera da mesma. Nesse sentido, em geral há um confronto consigo a ser superado por estar diante de transgressões a essa norma.

A heteronormatividade é uma instituição política que retira o poder das mulheres, tendo como principal objetivo controlá-las e por vezes, mudá-las para estar de acordo com os padrões da heterocentricidade, tendo o controle emocional e sexual vinculado aos homens, bem como sua autonomia. Nesse sentido, a existência lésbica é considerada uma ruptura à compulsoriedade e, principalmente, confronta o poder masculino sobre os corpos das mulheres, atinge o patriarcado e suas formas de expressão, assumindo uma resistência necessária diante das vulnerabilidades e exposições (RICH, 1993).

Há um determinismo cultural e social sobre o “masculino” e “feminino”. Pode-se afirmar que sexo e gênero têm seus conceitos determinados pela heterossexualidade

compulsória (BUTLER, 2003). Ambos os conceitos são normativos, reafirmam valores e cobranças sociais do que é apropriado ao homem e à mulher. Nesse sentido, essa norma vai além da sexualidade voltada para a heterossexualidade, o alvo desse padrão é manter a relação de poder entre pessoas de diferentes gêneros, apontando e dando continuidade a desigualdades.

Existe uma crítica à noção de gênero levando em conta apenas o biológico ou o sexo. Coaduna-se com a discussão de Butler, nesse sentido e aponta também a importância de considerar outros aspectos que somatizam a questão do gênero e a heterocentricidade que envolve raça, geração, classe e seus mais diversos contextos, por isso a importância de conhecer determinados aspectos das mulheres e a ideia de entender como essas expressões são evidenciadas em diferentes locais (LAURETIS, 1994).

Mulheres que se relacionam afetivo/sexualmente com outras mulheres desviam dessa norma atribuída ao gênero, representando ruptura desses processos. No discurso das participantes, apesar das dificuldades enfrentadas, são enfáticas quanto à importância de se afirmar e de se colocar enquanto mulheres lésbicas na sociedade, pois somente assim é possível ganhar visibilidade, ainda que em muitos casos vivenciem os preconceitos e violência.

Ao destacarmos as particularidades dos territórios, vimos que as entrevistadas têm vivências diferentes nos municípios. Algumas precisam sair do ambiente familiar para viver sua sexualidade de forma mais livre. Na maioria das falas, essa vivência ocorre na formação universitária, período no qual passaram a morar sozinhas em municípios pequenos e, muitas vezes, formam espécie de guetos.

O M3, por ser um município de grande porte contribui para que as experiências se diferenciam de algum modo. Geralmente em cidades maiores, as pessoas não se conhecem com tanta facilidade e com tanta frequência pela própria dinâmica do espaço geográfico que se encontram. Essas particularidades podem agravar situações relacionadas à performance assumida por cada mulher lésbica e possibilitar vulnerabilidades diversas. Então, é importante trazer que esses estereótipos precisam ser superados, as/os profissionais devem ir além e respeitar, de fato, as individualidades, não apenas quando sinônimo de ser indivíduo ou individual seja homem/mulher cis heterossexual.

A existência lésbica é uma experiência profundamente feminina, pois carrega vários tipos de opressões, sendo marginalizadas e estigmatizadas diante dos processos violentos que vivenciam. A heterossexualidade compulsória afeta diversas dinâmicas, desde a formação,

entendimento das pessoas sobre normas, mas especialmente, impacta na vida dessas mulheres e de seus diversos enfrentamentos (RICH, 2010).

A imposição de normas define o modo como a sociedade irá se posicionar diante da relação com os indivíduos. A heteronormatividade insere dentro da normalidade tudo que está relacionado à mulher mãe que se relaciona com um homem e irá construir uma família pautada nessa ordem. Diante desse padrão, o desviante é deslegitimado, silenciado e sempre que possível violentado por meio de práticas que retiram direitos e reduzem as demandas, partindo de um desinteresse social sobre o que essas pessoas precisam e do que querem. Isso cabe para os serviços, formação, educação, tendo em vista serem instituições que circundam e constroem a sociedade.

As entrevistadas enfatizaram que estão fora dos padrões hegemônicos nesses territórios e que isso proporciona estranheza, reflexões e situações de insegurança. Elas destacam em suas falas viver em um conflito diário por precisar afirmar sua existência em um ambiente que nega a existência de pessoas fora do padrão estabelecido. Destaca-se nos discursos os olhares e a forma como isso intimida e impacta a vida e a vivência das mulheres lésbicas participantes no contexto do município.

Esse padrão fomenta situações de preconceito que reproduzem estigmas e estereótipos direcionados a essas mulheres, de modo que os enfrentamentos permanecem os mesmos. Inclui-se a família, no seio da qual também se perpetuam medos das possíveis violências por estabelecer em seu interior o certo ou errado. Nessa condição, mulheres lésbicas apresentam certa resistência em falar sobre suas necessidades e vivências, bem como há dificuldades, em enfrentar as adversidades que estão presentes em diferentes espaços.

Mesmo com as particularidades de cada município, a questão da violência perpassa os três, de pequeno, médio e grande porte. Em todas as falas se identifica o medo das participantes em relação a atos cotidianos, quando realizados por pessoas heterossexuais, como o ato de segurar a mão de suas companheiras. Afirmam poder ser essa uma informação supérflua, mas revela o quanto as normas sociais impõem regras e restrições.

As relações de poder legitimam as opressões de gênero que compõem um contexto que fundamenta a heterossexualidade compulsória. O significado dado à diferenciação se baseia nas diferenças e contrastes, há um conjunto de referências que deveriam estruturar organizações concretas e simbólicas da vida social, de descontinuidade, diferenciação e hierarquia social (SCOTT, 1995). As expectativas são vistas como normativas e são estruturantes, assim, se espera algo de mulheres que se relacionam com outras mulheres e, sob

normas cada pessoa na sociedade também espera. As exigências são rigorosas e atribuídas a pessoas como devem ser, o que deve ser, onde e até quando.

6.2.2 Coexistência de invisibilidade lésbica e preconceito nos serviços de saúde

Na ótica da invisibilidade e/ou do preconceito, mulheres lésbicas para cuidar da saúde se deparam com os limites impostos pelos serviços, entre eles o desconhecimento profissional, o que leva a diversos enfrentamentos. Assim, ao serem perguntadas o que fazem para cuidar da saúde, as participantes responderam:

Para cuidar da minha saúde...

Eu tenho que enfrentar certo despreparo dos profissionais, desrespeito, falta de métodos exclusivos para nós. Fora isso, gera estranheza, não entendem porque queremos nos cuidar ou o que devem fazer (P6 M1).

Eu tenho que enfrentar a lesbofobia, pois o tempo inteiro as pessoas insistem em negar que a gente existe (P5 M1).

Temos que enfrentar a falta de método preventivo para lésbicas (P11 M2).

Eu tenho que enfrentar receios de assumir a orientação sexual- por conta das possibilidades de violência - e a procura de indicações de profissionais conhecidos por outras companheiras é que pode ajudar diante de tanta situação de preconceito (P17 M3).

Eu tenho que enfrentar péssimos profissionais, filas de espera, atendimentos frustrantes e inacreditáveis de tão ruins que são. E no caso de ser lésbica mãe, eu tenho que enfrentar uma invisibilidade diferenciada. Não sei explicar, mas parece que o ser mãe me tira a possibilidade de ser lésbica (P15 M3).

Temos que enfrentar nossos próprios medos, nossos próprios limites. Meu primeiro enfrentamento é me afirmar enquanto lésbica, para que os profissionais apesar de todo preconceito e despreparo me reconheçam como tal (P16 M3).

Diante de uma realidade que nega a liberdade de assumir-se lésbica e de ter uma atenção qualificada, as mulheres que aqui se apresentam reconhecem que têm demandas e que essas não são atendidas. Alguns relatos evidenciam situações que reverberam essa questão, como segue:

Até quando você vai no médico e o médico pergunta se você tem parceiro, você fica constrangida né?! Você tem até que afirmar que tem. E isso interfere em tudo até no tamanho do espéculo do exame (P7 M1).

Não sei, parece-me que não é algo importante, que não somos importantes, como se necessários fossem só os corpos que desejam gerar filhos (P6 M1).

Na primeira vez que fui ao médico, era um ginecologista homem, ele perguntou com espanto: sério? Você é lésbica? O mesmo não me examinou com o espéculo e ainda disse que não havia necessidade. Eu fiquei me

*sentindo uma piada [...] Acho que foi uma das maiores violências psicológicas que eu passei (P19 M3).
Até mesmo as próprias mulheres lésbicas, nem cogitam que tem alguma forma de transmissão de doença sexualmente transmissível e nem sabem. Recentemente [...], uma mulher lésbica butch (que não é performática) foi diagnosticada com HIV e está em tratamento e tal e tal. E aí todo mundo chocado[...] nunca se relacionou com um homem na vida está com vírus HIV (P10 M2).*

Há uma dualidade nesse sentido. No discurso das participantes, vê-se que é preciso medir forças, pois ao mesmo tempo em que se percebem invisíveis, elas precisam se mostrar e ter resistência, estar aparentes para que tenham acesso a direitos. Nesse sentido, a invisibilidade persiste em vários espaços e assim, são invisíveis para a atenção pelos serviços, mas visíveis para o preconceito e a discriminação, como afirmam:

Eu acho que o nosso principal desafio é a falta de existência e de divulgação de outros métodos preventivos existentes. Hoje o preservativo mais conhecido é a camisinha masculina. E as lésbicas? Como elas ficam? Se previnem com o quê? (P18 M3).

Então, todas as amigas lésbicas que eu converso falo sempre para levar outra pessoa para consulta, pois caso precise de alguma testemunha para alguma situação terá! Esses absurdos são recorrentes no serviço público e no serviço privado. Para mim, tudo é fruto do preconceito, do machismo e da desinformação (P2M1).

Considero insuficientes as informações e as ações para a população LGBT e as mulheres lésbicas em geral. Não tem informações específicas, nem campanhas e nem formas de cuidados voltados para essa população (P16 M3).

Há desde sempre um bloqueio sobre o que é ou não permitido ser e isso influencia o modo de viver e existir, ou ainda, no modo de lidar com suas experiências, o que geram medo e coragem, necessidades e perspectivas, em especial no modo de vivenciar a sexualidade.

*Por exemplo, no atendimento eu não me sinto à vontade de chegar, falar sobre as minhas vivências, sobre a minha sexualidade, tirar minhas dúvidas. Eu uso o SUS, na maioria das vezes os médicos são homens, mais velhos, que não nos dão espaço para dialogar sobre determinadas coisas (P5 M1).
Nós estamos aqui, mas é como se nós não existíssemos (P3 M1).*

Em relação ao sexo e à sexualidade na vida de mulheres lésbicas, são impostos outros desafios. Além do tabu que existe na sociedade sobre o referido tema, as mulheres lésbicas não são vistas ou são invisibilizadas como pessoas com uma vida sexual ativa, como exposto a seguir:

É porque pensar na sexualidade, em sexo para nós é pensar em uma sociedade que pensa que a gente não transa e a gente não existe. O tabu dificulta, as mães nunca falam com as filhas sobre sexo. Se eu sou mulher e

vou me relacionar com uma mulher, nós não vamos saber como se prevenir e como agir porque é algo velado, não debatido, invisível, algo que está ali, mas não está (P5 M1).

Sabem que elas vivem juntas, mas chamam de amigas. Todo mundo sabe que é sua namorada, mas é invisibilizada. É bem contraditório mesmo. Você tem que se afirmar para ter um espaço de existência (P9 M2).

Existia uma percepção que as mulheres lésbicas não faziam sexo. E ainda há para muita gente. Não faz sexo porque não há penetração e como não há penetração, não é um pênis, não há nenhum risco de infecção. E, por isso, na saúde, são poucas pessoas que conseguem adentrar nessa discussão (P12 M2).

A falta de método preventivo para lésbicas, que está diretamente relacionado a invisibilidade e ao preconceito (P13 M2).

Diante das falas, quando se faz referência aos cuidados de saúde, fica evidente que as mulheres lésbicas precisam enfrentar o despreparo profissional, desrespeito, lesbofobia, medo de sofrer violência por assumir a orientação sexual, falta de métodos exclusivos para elas, entre outros. Tudo isso é oriundo da necessidade de se ter uma atenção qualificada e que visibilize existência de mulheres lésbicas, sua sexualidade e experiências.

- **Naturalização da reprodução negando a visibilidade da mulher lésbica**

O corpo da mulher é socialmente legitimado como um corpo para fins reprodutivos. Essa representação é projetada na assistência à saúde do corpo feminino enquanto um corpo da mulher mãe, marginalizando o cuidado à mulher na dissociação reprodução e sexualidade, o que fica evidente a seguir:

Você tem que estar dentro de uma caixinha, dentro de um padrão. Existe um foco na reprodução da mulher, mas se essa mulher não quiser reproduzir??? Está e permanecerá esquecida [...] eu tenho consciência de alguns riscos, apesar de não saber tanto sobre eles (P7 M1).

Quando vamos a uma consulta médica, os profissionais só querem saber se temos saúde para engravidar. Parece que a mulher serve, exclusivamente, para engravidar e ter filho. Parece que o sexo entre mulheres não existe ou é só carinho e “alisado” (P14 M3).

Quando falo que sou lésbica e depois digo que tenho um filho parece que uma afirmação anula a outra. Como se as lésbicas não tivessem o direito de ser mãe ou de existir (P15 M3).

De fato, já li sobre, até um tempo tudo era voltado para a reprodução e para a gestação, as possibilidades eram totalmente anuladas. E nós existimos, mas é uma coisa que não é falada. Inclusive se a gente jogar no data SUS, você percebe nitidamente a existência de mulheres lésbicas com HIV. O problema é que como não é falado a demanda fica marginalizada (P1 M1).

Eu sempre tive cólicas muito fortes, teve uma vez que eu senti só de um lado e as dores desciam para as pernas. E eu lembro que minha mãe me levou para esse médico e ele descobriu que eu estava com inflamação no ovário. Ele passou o aparelho do ultrassom e olhou o útero e disse: Seu útero está

OK, já estou vendo vários filhinhos, você é bem saudável para ter vários filhinhos... E eu falei: o que? (P4 M1).

A saúde é voltada para saúde reprodutiva, imagina-se que a mulher lésbica não reproduz, aí fica tudo bem e sem nenhum problema. Hoje existe a política de saúde LGBT, mas 30 páginas de sumário, referências, propostas que não saem do papel. Estes acabam sendo material que ficam no esquecimento e servem como justificativa para todos os espaços (P12 M2).

A heteronormatividade produz um padrão único e profissionais não capacitados/as executam uma cadeia de opressões facilmente percebida por quem vivencia a experiência de exclusão da atenção. Isso gera a invisibilidade das demandas dessas mulheres, como por exemplo:

Pode até ser que se reconstrua, mas até lá nós enfrentaremos diversas dificuldades, que, de fato, o berço delas é a questão da visibilidade, mas que está atrelada há muitas outras determinações culturais, sociais e etc (P12 M2).

Isso é fruto de um desinteresse pessoal, que acaba se tornando coletivo à medida que várias pessoas compartilham desse mesmo desinteresse. E acaba se tornando uma questão institucional, em especial agora. Porque se a gente tinha garantia de direitos, agora nós temos muito pouco, pois todos estão sendo enquadrados em um espaço só e acaba que nenhum deles é atendido (P12 M2).

Na cultura popular, somente o homem pode fazer sexo e isso invisibiliza e traz várias dificuldades para as mulheres lésbicas. E dificulta ainda mais nosso relacionamento sexual porque ou é na base da confiança ou na base da fé em Deus (P18 M3).

Sobre essa questão de o homem ter mais visibilidade. Isso já é cultural. Já é uma questão de gênero mesmo. O homem em qualquer lugar ele vai ter mais voz (ele tem ne?!). Ele fala mais alto, ele é mais respeitado. E tem poucos estudos que falam sobre mulheres lésbicas e bissexuais e o debate fica mais deficitário porque não tem discussão sobre isso (P12 M2).

Até nos espaços dentro da universidade, uma mulher lésbica não tem tanto espaço quanto um homem gay, quando ela quer falar (P10 M2).

É importante considerar que esse contexto de heteronormatividade é marcado por questões androcêntricas, que também são expressas na atenção dada, na formulação de políticas e ações por cuidado, como é o caso da assistência e orientação sobre métodos de prevenção:

Eu acho que essa questão de não conhecer métodos não tem tanto a ver com idade, é porque não chega mesmo. A única possibilidade de prevenção divulgada é a camisinha (formalmente) e o papel filme (informalmente). Por exemplo: uma menina de 16 ou 17 anos, iniciando a vida sexual dela agora, se ela for se relacionar com outra menina, não vai saber de nada disso. É mesmo uma questão de não saber, de não chegar e de aparecer que a gente não precisa disso (P8 M2).

É isso! Ou a gente vai e procura, por alguma luz divina, lá no google. Ou a gente vai ficar sem saber por que não será dito na escola, não existe grupos de apoio, os postos de saúde não fazem rodas de conversa sobre isso, a

secretária de educação e a saúde não trabalham essa temática. Então, é mesmo uma questão de não chegar até a gente mesmo, independente da faixa etária (P8 M2).

Eu mesma só tive conhecimento desses métodos porque eu passei grande parte da adolescência na internet, nos grupos de facebook, nos grupos de sapatão... Aí com 15 e 16 anos apareciam lá os métodos que as meninas usavam e eu ia pesquisar. Pesquisava aqui e ali, mas, “pelo amor de Deus”, eu nunca na minha vida teria contato esse tipo de discussão (métodos de prevenção para mulheres lésbicas). Eu morava em Salinas-BA e lá na Unidade de Saúde tudo era bem fechado e bem “família” e não falariam sobre “esse tipo de coisa” não (P10 M2).

Não temos assistência específica para mulheres lésbicas. O que eu sinto mais falta são de ações preventivas para nossa demanda sexual. O povo só conhece métodos de prevenção heteronormativos (P9 M2).

O preconceito pela invisibilidade e a falta de conhecimento. Eu mesma não sabia desse dental dam. Eu não tinha nem ideia do que era esse dental dam. Eu acho que sou a mais velha aqui. E realmente isso expressa a falta de conhecimento de saber como a gente se previne, como a gente se organiza mesmo para cuidar da saúde, ne?! Por exemplo: Ela tem um relacionamento de quatro anos, mas se terminar e se vier outra pessoa como vão se cuidar? Pela confiança? Eu acho que a resposta para a pergunta que você fez é o preconceito e a falta de conhecimento até da nossa parte, que se perpetua (P9 M2).

Assim como o preservativo feminino é bem menos divulgado que o masculino, as coisas são assim mesmo! Existe uma falta de interesse do mercado, até mesmo para investir em algo para esses grupos. Bem como, das instituições mesmo. Não tem uma camisinha, não tem algo que seja confortável e não impacte na questão do prazer e tal. Mas se a gente for falar: nós assim porque nós queremos. Se você fosse hetero, você estaria a salva. Então, se vire! (P12 M2).

Ganha destaque o discurso pela necessidade de respeito, visibilidade e autonomia de decisão sobre seu corpo por parte das mulheres lésbicas, isso devido à presença hegemônica de uma heteronormatividade social e pela ausência de serviços com ações voltadas para mulheres lésbicas, exemplo: métodos preventivos.

DISCUSSÃO

Os diversos tipos de opressão que mulheres lésbicas vivenciam são componentes da violência de todos os espaços e contribuem para a violência simbólica que está presente nos serviços de saúde, na formação de profissionais, na família e em diferentes espaços sociais.

A análise dos discursos mostra que quando as mulheres lésbicas informam que não tem relações sexuais com homens, reduz-se o exercício do direito de acesso à saúde integral, que não tem como foco apenas a gestação. Cabe saber, se essa mulher pretende engravidar e

nesse caso, precisará fazer planejamento reprodutivo. Todavia, na maioria dos casos que se apresentam neste estudo, as mulheres no momento em que se apresentaram aos serviços não tinham essa pretensão e por não ter, aparentemente deixavam de ter demandas sob o olhar de profissionais que lhes atenderam.

Nesse sentido, o corpo que importa deve estar dentro das normas e padrões sociais, ele se materializa a partir do que lhe regula, o que difere disso não é caracterizado enquanto importante, pois nega a normativa (BUTLER, 2016). A mulher, enquanto mulher, já é suscetível a uma materialização e objetivação do corpo, apresentando assim, maiores vulnerabilidades, quando comparada ao homem e nesse contexto adentram as demais marcações, a mulher lésbica em suas diferentes performances e determinantes.

Ainda que algumas participantes apresentem como conquistado um espaço de maior liberdade, há presença constante de situações “dolorosas”, de “conflito diário” e “desafios” para uma existência que é social, mas tende a ser naturalizada. Isso se dá pelas normas, princípios das instituições de formação, de prestação de serviço, de órgãos legitimadores, dentre outros, situações de desconhecimento que contribuem para os estigmas e estereótipos associados a pessoas fora da norma.

Ser lésbica causa estranhamento diante da norma, que faz mulheres deixarem de ser uma ‘criatura comum e total’, para ser reduzida a uma parte, fraca ou perigosa. Esse é um estigma que as lésbicas carregam frente a tantos outros apresentados, bem como ser ‘mulher macho’, ‘lésbica porque não encontrou o homem certo’, ‘não transa com homem, logo não tem vida sexual’, ‘não reproduz, logo não tem demandas de saúde’.

No caso de mulheres lésbicas, diante da classificação de Goffman, elas seriam estigmatizadas por culpas de caráter individual, reconhecido como aquele que é definido diante de traços de personalidade que destoam do padrão comum e aceitável. A pessoa estigmatizada pode tanto presumir que determinada característica seja evidente e imediatamente identificada por outras pessoas ou, que seja desconhecida e que não seja evidente em um primeiro contato (GOFFMAN, 1982). Diante disso, haveria repercussões diferentes a depender do lugar de estigmatizada que essa mulher lésbica ocupe. Então, assumem como principal característica, respectivamente, o desacreditado e desacreditável.

A pessoa estigmatizada frente ao “efeito” que suas características despertam nos outros, em alguns casos ou em algum momento, tenta corrigir esse traço que é visto como estranho ou defeituoso para se enquadrar às normas sociais. No caso de mulheres lésbicas, isso pode ocorrer quando a vivência ou o seu entendimento enquanto mulher lésbica é adiado

por medo das violências, bem como quando tenta se esconder para evitar o estigma, efeito da condição de lésbica, em meio a situações sociais de interações angustiadas.

Uma reação muito presente nas pessoas que se consideram “normais” é perceber a estigmatizada como agressiva, outrora tímida, mas sem desenvolver a sensibilidade necessária à compreensão da singularidade da outra. Associam mulheres lésbicas a pessoas grosseiras, de personalidade forte, que gritam, querem ser uma coisa ou outra e, por esta sensação as violentam. Resultado disso são os diversos tipos de opressão sempre visíveis socialmente.

Os estigmas atribuídos a mulheres lésbicas têm endereço. São destinados com maior vigor, especialmente àquelas que não tem uma performance feminina que agrada aos homens e sua soberania. A lesbianidade é mais permitida quando não rompe com muitos critérios da heteronormatividade. O estereótipo de uma mulher bonita e sexy que beija outra mulher bonita é sexy, é valioso ao olhar do homem heterossexual, essa mulher frequenta com mais facilidade os espaços. Mas, em todos os sentidos, para quaisquer delas, teremos opressões que são as mantenedoras da invisibilidade (TOLEDO; FILHO, 2010).

A pessoa estigmatizada tem diversas interações prejudicadas, as características que lhes conferem tais estigmas podem fazer com que essas pessoas resignem de situações de sua vida, exatamente, por conhecer as experiências que isso lhe possibilita (GOFFMAN, 1982). As participantes do nosso estudo demonstram tal característica ao deixar de buscar por assistência à saúde pelos discursos que se deparam ao ir de encontro ao estabelecido pela norma e assim, permanecem invisíveis ao sistema.

Conforme expresso nos discursos, a sexualidade da mulher lésbica é comumente associada a uma curiosidade estereotipada e profissionais exercem violência institucional. Isso se dá quando questionam a necessidade de cuidados de saúde para o corpo de mulheres que não está voltado para o homem, quando desconsideram o sexo entre mulheres como prática que demanda ações de prevenção e cuidado e ou, quando não há escuta das suas demandas e afirmam: “*sério? Você é lésbica?*”; “*como vocês transam? Não há penetração, não há risco*”.

Independente da orientação que mulheres que se relacionam com mulheres vivenciam, a vivência de afeto e experiências partilhadas quando expostas são marginalizadas. Lésbicas têm contra si, olhares atravessados, palavras de baixo calão, situações de violência psicológica ou física, tudo isso pautado no padrão. Essas situações configuram-se enquanto cascata de opressões que são carregadas do âmbito individual para o âmbito dos serviços.

Contrariar performances femininas acentuam essas violências. A expectativa por um corpo que siga as regras da reprodução é ferida quando mulheres decidem por vivenciar seu

prazer com outra mulher, deixando de lado a possibilidade de ser reprodutora. Sobre essas performances e a performatividade de gênero, Butler aborda:

[...] atos, gestos e atuações, entendidos em termos gerais, são performativos, no sentido de que a essência ou identidade que por outro lado pretendem expressar são fabricações manufaturadas e sustentadas por signos corpóreos e outros meios discursivos. O fato de o corpo gênero ser marcado pelo performativo sugere que ele não tem status ontológico separado (BUTLER, 2003, p. 194).

Segundo os discursos das participantes da pesquisa, em geral, nos centros urbanos maiores, as diferentes performances são mais bem aceitas, como é o caso do M3, enquanto nos municípios de menor porte, M1 e M2, essa pluralidade é menos aceita e isso se reflete no modo de se perceber e também na forma de ser ou não aceitas e vistas. É também o que se constata em serviços de saúde, quando uma mulher que é invisível para as políticas públicas e práticas de cuidado, passa a ser em geral visível ao preconceito que irá sofrer.

No nosso estudo, a diferença entre os municípios só é determinante nesse quesito quando faz referência à formação de profissionais de saúde. O município M2 é conhecido por privilegiar uma formação geral em cultura humanística, artística e científica, articulada a saberes concernentes ao campo da saúde, com vistas ao desenvolvimento de competência política e ética. Isto deveria ser uma condição na formação profissional em geral, pois colaboraria em uma atenção qualificada e as questões enfrentadas diariamente pelas lésbicas, sendo ainda, um município de médio porte, com limites geográficos inferiores ao M3, por exemplo, essa característica poderia ou poderá a longo prazo representar condição diferenciada.

A posição assumida por cada participante diante da exclusão a que são submetidas mostra que a heteronormatividade compulsória dos serviços de saúde, é levada de fora para dentro de modo que o mesmo passa a ser tratado como uma extensão do preconceito social, resultando em assistência deficiente, marcada por desconhecimento e preconceito, com permanência acentuada do desinteresse em admitir e identificar demandas. Assim, as participantes afirmam que há sempre uma expectativa por uma mulher heterossexual no atendimento e que é esse o fio condutor da assistência.

Profissionais de saúde são membros de uma sociedade regida por normas que aprisionam muito facilmente pessoas que não estão dispostas a questionar e ter empatia. Além disso, a formação em saúde também é pautada na heteronormatividade, sendo assim, o conhecimento é reproduzido nessa ótica, pautado principalmente na saúde reprodutiva daquelas que lhes convém e é mais fácil assistir. Sexualidade, prazer, diversidade, nada além da saúde reprodutiva tem a devida atenção, assim quem está fora da expectativa de

reprodução, tende a estar desassistida. Quem além disso, estiver fora dos padrões heteronormativos, tende a sofrer preconceito, pois as pessoas que habitam o contexto atual, em sua maioria, não estão preparadas para conviver e respeitar o que é ‘diferente’, essa é uma questão que por si só evidencia violência nesses serviços (FERNANDES; SOLERLL; LEITELLI, 2018).

Assim, há uma naturalização da reprodução, que é algo alicerçado na heterossexualidade compulsória e no modelo biomédico de saúde, que é responsável por ditar o que é ou não importante e necessário ao atendimento. Os discursos de participantes do nosso estudo, evidenciam exatamente isso, é importante respeitar o padrão, independente de quem isso atingirá e ficará na exclusão.

Práticas de saúde forjadas por esses padrões contribuem com a exposição das mulheres lésbicas a diversos tipos de vulnerabilidades. Falta de atenção, violência, invisibilidades e preconceito são alguns dos efeitos culminados. Isso causa o afastamento das mulheres dos serviços de saúde, desinformação, fragilidade na atenção à saúde e, especialmente, fragilidades ao corpo e mente dessa mulher (BEZERRA et al., 2019).

Esse preconceito é utilizado como um instrumento de inferiorização social e, nessa ocasião a mulher passa de invisível para visível e suscetível ao sofrimento pela propagação de ideologias conservadoras. Essas provocam exclusão e diversos outros processos, retirando a legitimidade das mulheres lésbicas, mantendo-as na subordinação a padrões de atenção heteronormativos (PRADO, 2012).

Percebe-se uma objetificação do corpo da mulher e uma centralidade na questão da reprodução. Isso gera várias falhas no atendimento, desconhecimento de demandas compatíveis com as especificidades da mulher atendida, o que vem de um processo de formação profissional e da escolha em se manter nesse padrão que violenta e torna mulheres ainda mais vulneráveis.

O desconhecimento profissional representa a naturalização da heteronormatividade e da identidade de gênero única socialmente aceitável, fazendo com que essas mulheres não existam nos currículos e por consequência, no olhar para a atenção. Discursos representativos dessa prática evidenciados na fala que segue: *“Existia uma percepção que as mulheres lésbicas não faziam sexo [...] faz sexo porque não há penetração e como não há penetração, não é um pênis, não há nenhum risco de infecção”* (P12 M2). Isso afasta mulheres lésbicas das ações de cuidado.

Nesse contexto, a naturalização da reprodução como característica quase que obrigatória à mulher, nega a sua existência e, em consequência, as suas demandas. Desse

modo, as participantes trazem à tona o quanto o olhar profissional voltado à maternidade como desígnio para a mulher deixa lacunas na assistência. Dentre as principais reivindicações, as mulheres apresentam a necessidade de informações acerca do cuidado ao corpo, prevenção em relações sexuais e, especialmente, sentir-se cuidada nesse atendimento. Há uma necessidade iminente em saber sobre como se prevenir, cuidar e de um atendimento humanizado e digno às singularidades.

As equipes multiprofissionais de saúde, em meio à formação ideológica restringem-se a atendimentos de caráter biológico e destinados à saúde sexual e reprodutiva de pessoas cis heteronormativas, mantendo obscuras quaisquer outras demandas. Há um desinteresse social que precisa ser rebatido nesse contexto para que muitas dessas práticas sejam revistas e que políticas de saúde sejam revisitadas a fim de atender de maneira equitativa as mulheres.

Isso implica em um processo excludente marcado por vários tipos de violência. Pessoas que não seguem o padrão heteronormativo ficam desassistidas pelo contexto, suas demandas são desconsideradas, desconhecidas e marginalizadas. É importante destacar que o modelo de saúde vigente e que impõe tal norma é biomédico, e permeado de barreiras à operacionalização dos poucos serviços que estão politicamente pautados para ser oferecidos a esse grupo de mulheres. Então, de certo modo, essas duas características engessam o atendimento e serviços dão continuidade a práticas não individualizadas, desconsiderando-se a integralidade necessária à atenção.

As participantes relataram que encontram como alternativa, muitas vezes, amparar-se no coletivo em prol da disseminação de informações e aprendizado sobre as práticas por meio de vídeos, textos, blogs e outros materiais disponíveis na internet. Essa é uma prática perigosa em especial em tempos de ‘fake news’, porém é alternativa existente dentro desse contexto, bem como o amparo nas redes sociais, mídias ou internet de modo geral, que são meios mais acessíveis para busca e troca de informações sobre a saúde de mulheres lésbicas, como trazem: *“Eu mesma só tive conhecimento desses métodos preventivos porque eu passei grande parte da adolescência na internet, nos grupos de facebook, nos grupos de sapatão” (P10 M2).*

O mesmo padrão se repete nos três municípios que participaram da pesquisa. Porém, nos municípios de pequeno e médio porte algumas questões se intensificam por essas mulheres não contarem com uma rede coletiva tão fortalecida como as redes existentes em municípios de grande porte. Redes essas constituídas por grupo melhor consolidados com uma trajetória de ações mais reconhecidas, tendo em vista a maior dinamicidade do local.

6.3 NA CONTRAMÃO DA INTEGRALIDADE: ENTRAVES DO CUIDADO À SAÚDE DA MULHER LÉSBICA

Eu lembro que um desses exames quando eu fui fazer, eu fui atendida por um médico mais de idade e ele começou a perguntar porque eu queria fazer aquilo se eu não precisava. E eu perguntei se ele sabia da minha vida. No atendimento ele fazia as perguntas e já tinha as respostas, por exemplo: Você tem vida sexual ativa? Não! Ele mesmo já ia respondendo e me deu muita raiva porque tem vários motivos e tem “n” questões. E o fato dele querer ter essa autonomia sobre mim, sobre meu corpo, sobre minha vida me deixou arretada (P3 M1).

Os entraves e limites relacionados ao cuidado à saúde de mulheres lésbicas são diversos e ímpares, afetam de modos diferentes cada uma delas, porém há muita convergência na experiência e nas demandas, havendo aquelas que tem mais ou menos conhecimento sobre o corpo e sobre os seus direitos de acesso. Essas lacunas são consequência da conformação da sociedade, dos processos de formação, da gestão de saúde e, em meio a isso, as mulheres se veem desassistidas.

6.3.1 Saúde sexual como foco de mulheres lésbicas para o cuidado diante dos limites da atenção

Uma das principais demandas por saúde de mulheres lésbicas é o cuidado à saúde sexual. Porém, há vários processos envolvidos nos limites da atenção, sobretudo questões culturais que estigmatizam quem não atende à heteronormatividade sendo determinantes do cuidado à saúde delas.

No que concerne ao cuidado à saúde sexual, as participantes destacam:

Em relação à questão sexual, eu só faço exames e tenho a noia de doar sangue (P7 M1).

[...] É cultural da gente não se cuidar, não fazer exame de rotina, não cuidar do nosso corpo porque às vezes por fora uma coisa e por dentro é outra completamente diferente. E nós vamos caindo no comodismo de não nos preocupar e só irmos ao médico quando sentimos alguma coisa (P5 M1).

Em relação a cuidar da minha saúde eu faço pesquisa e vejo as “gambiarras” (P10 M2).

Eu também não me proporciono muito cuidados não, pois você cansa de procurar solução e de nadar no seco (P11 M2).

Tento ir ao ginecologista porque independente DST, tem outras coisas que nós mulheres somos suscetíveis e que acaba indo no mesmo rumo e serve para essa questão sexual (P8 M2).

Me cuido individualmente, busco por mim mesma, por meio de pesquisas e etc. Participo de um grupo de mulheres na universidade e esse grupo me apoia muito. (P19 M3).

Eu busco na internet: informações, grupos de debates, vídeos, texto referente a algo que eu queira saber (P18 M3).

Nos discursos de algumas participantes, ficou evidente certo desconforto em relação ao atendimento público à saúde. Consideram que pode haver algum tipo de diferença no atendimento em relação ao serviço privado, quando o pagamento pelo serviço de forma mais direta, deveria então, caracterizar uma melhora no atendimento ou a escolha de profissionais que compõem uma rede de atenção diferenciada no quesito acolhimento.

Evidenciou-se uma diferenciação entre os municípios, apesar de todas serem usuárias do SUS, as participantes dos municípios M1 e M2 não possuem plano de saúde, enquanto a quase totalidade, 90% das participantes do município M3 possuem plano de saúde. Aqui tanto se revela uma questão financeira, como uma interpretação sobre o que é fundamental. Nos municípios de pequeno e médio porte, a quantidade de profissionais é limitada, sendo, em geral, os mesmos presentes na rede pública e privada. Isso nos remete à diferença dos portes desses territórios, pois o atendimento à saúde em um município de pequeno e médio porte se diferencia desse mesmo atendimento em um município de grande porte, tanto em sua diversidade, quanto nas possibilidades de atendimento. A diferenciação ocorre pela demanda, quantidade de profissionais atendendo, formação profissional debates e conquistas coletivas em cada município.

A questão financeira aparece como um fator importante no sentido da busca por serviços:

As pessoas que têm menos acesso, que precisam trabalhar o dia inteiro não vão ter atendimento para elas 11 horas da noite que é o tempo que elas têm. [...] as pessoas acabam não tendo acesso e esse acesso não fica caracterizado como universal, pois as pessoas não têm condição de acessar esse serviço. A condição financeira é determinante (P1 M1).

Um visa o lucro (rede privada) e o outro o descaso (rede pública) (P7 M1). Mesmo todas sendo usuárias do SUS, o que eu faço é pagar um plano de saúde e usá-lo. Diante do desserviço, isso é o melhor que posso me oferecer, porque pelo menos tenho um espectro maior de possibilidade de profissionais para me atender (P17 M3).

Em alguns casos, participantes relataram que estar em um relacionamento estável é um disparador para o cuidado, por ser nesse momento que entendem o quanto a sua saúde pode afetar a saúde da sua companheira.

Logo que eu comecei a namorar a minha companheira, eu a chamei para doar sangue, mas ela disse que tinha dificuldade de doar. [...] como não temos tantos meios que nos acolham, vamos buscando esses espaços, que nos olham com menos maus olhares (P7 M1).

Aí depois que eu comecei a ter minha relação, realmente virou prioridade.

Então eu me proporciono cuidado indo aos médicos e tomando conhecimento, procurando conhecer (P2 M1).

As participantes destacam como limites impostos pelo padrão heteronormativo e estereótipos associados ao corpo de mulheres afetam os serviços e condutas de profissionais. Na condição de excluídas do sistema, destacam desafios e enfrentamentos para o cuidado de si, conforme se lê:

Por vezes, eles pensam que porque não ter penetração não se precisa fazer a coleta, deixando passar muitas coisas. É uma questão bem patriarcal e assim as coisas vão se reproduzindo (P1 M1).

Você não pode sentir nada que o pessoal já pergunta se é gravidez mesmo sem ter chance nenhuma de você tá grávida (P5 M1).

Todo o sistema é voltado para um padrão heteronormativo (P8 M2).

Por exemplo, quando vou no ou na ginecologista eles passam muitos exames de sangue como procedimento padrão sem nem me perguntar sobre minhas vivências ou sobre minha vida sexual. Fazem isso de modo automático (P12 M2).

Sinto depreciada porque o enfoque é um só. [...] eu tenho mioma, tem médico que prefere tirar dez vezes os miomas a tirar meu útero porque eu sou nova e posso querer ter filho (P19 M3).

Nesse sentido, algumas mulheres relataram que omitem a sua orientação, com intuito de evitar possíveis situações de preconceito.

Eu minto e omito. Finjo ser hetero e isso é muito “normal” para nós, quando queremos nos proteger de preconceito e de tudo (P7M1).

O que eu tenho tentado, é a parada de fazer exames no posto, não falo de mim. Se eu fosse levar em consideração o primeiro atendimento, quando eu falei que era lésbica, eu nunca mais ia falar para médico nenhum (P8 M2).

Essas situações afastam e inibem mesmo, pois temos medo de sofrer violência novamente por ser lésbica (P12 M2).

Não me sinto confortável para expor a minha orientação sexual nos atendimentos. É muito preconceito que existe ainda (P17 M3).

Todo esse processo é fortemente marcado por situações de desconhecimento profissional, que afeta a mulher lésbica e fecha portas, contribui para esta percepção negativa da assistência e para a perpetuação das atitudes de preconceito e violência para com mulheres lésbicas.

Os serviços oferecem também desqualificação profissional porque muitas vezes os profissionais não estão nem aí para subjetividade e nem para orientação sexual da pessoa (P7 M1).

Não me sinto segura com a formação e, porque não dizer, com a competência dos profissionais. Não acho os profissionais preparados para atendimentos e para os cuidados com relação as mulheres lésbicas (P6 M1).

Eu lembro que em uma das consultas que eu fiz, eu expulsei o espelho de tão intensa era a dor que eu estava sentindo. Contrai tanto que expulsou. Então, podemos dizer que é um tipo de violência, que muitas vezes a falta de conhecimento proporciona (P9 M2).

O médico perguntou: “e como é que vocês transam?” É uma curiosidade para o senso comum dele e não para o atendimento porque depois disso ele não soube conduzir a assistência e disse que não precisava me preocupar (P8 M2).

A colega usa o público e a outra o privado, mas os dois “oferecem” esse sentimento de desqualificação e desconhecimento pela falta de tato dos profissionais, a falta de cuidado e de respeito muitas vezes. Não é culpa exclusivamente deles porque tudo colabora para isso, mas acaba que os sujeitos finais são eles (P18 M3).

Quando eu pergunto se eu posso decidir sobre o meu corpo, cuidados e prevenção, eles “gaguejam”. Enfim, é cada coisa que as vezes me questiono mesmo sobre alguns atendimentos e sobre alguns “cuidados”, parece ser bastante desconhecido (P19 M3).

As falas destacam inúmeros fatores que limitam e dificultam o cuidado à saúde da mulher lésbica. Questões culturais e financeiras; a heteronormatividade; desconhecimento, despreparo e preconceito são características e condições que permeiam as ações que mantem as mulheres lésbicas na marginalidade em relação à assistência.

6.3.2 Constrangimento nos serviços de saúde como expressão de violência à mulher lésbica

Os discursos das mulheres lésbicas que participaram da pesquisa revelam sentimentos como constrangimentos, desrespeito e violências nos serviços e atendimento à saúde. Destaca-se aqui, atitudes preconceituosas, por parte de profissionais, quando se ressalta a presença de estereótipos e estigmas sociais relacionados às mulheres lésbicas (menos performáticas e mais performáticas), que impactam na condução da assistência, expressando violências, isso se mostrou presente nos três municípios.

Situações de constrangimento são diversas e o modo como as mulheres percebem e sentem também. A falta de escuta, de disposição em entender e conhecer afetam a saúde física e mental, conforme expresso em seus discursos ao se referirem aos atendimentos médicos.

Acho muito importante que o profissional não trate o paciente como um produto, fico constrangida. Não existe, você está lá fazendo um

procedimento, não sabe o que está acontecendo com seu corpo, não saber as etapas do procedimento... Falta preparo, comunicação, cuidado e principalmente o interesse (P5 M1).

Até quando você vai no médico e o médico pergunta se você tem parceiro, você fica constrangida né?! Você tem até que afirmar que tem. E isso interfere em tudo até no tamanho do espécuro do exame (P7M1).

O primeiro médico que fui me desaminou, quando eu falei que era uma mulher lésbica, ele não me examinou. E o segundo foi uma mulher e eu também fiquei decepcionada. Eu esperava um pouco mais de sensibilidade e ela foi agressiva no preventivo [...] As duas primeiras experiências que eu tive foram verdadeiras formas de violência. Eu até cheguei a dizer para outras meninas que não fossem para esse tipo de consulta. [...] Foi invasivo e eu tive uma sensação de abuso com essa experiência, pois eu disse na mesa que estava doendo e a médica continuou (P10 M2).

Certa vez durante a consulta, o médico, que era clínico geral e iria me encaminhar para uma ginecologista, me perguntou durante a consulta como que mulheres transavam após eu informar que era lésbica. Sem dúvidas esse foi o maior constrangimento que passei durante um atendimento em relação a minha orientação sexual (P8 M2).

E outros profissionais e/ou ginecologista que reproduziram discursos como “ah, você é virgem”, “mas então não preciso passar exames para você me trazer” “isso aí é passageiro, conheço lésbicas que depois transam com homens”. Não há. Não me sinto confortável para expor a minha orientação sexual nos atendimentos. É muito preconceitos que existe ainda (P16 M3).

Em relação a cuidar da minha saúde, os serviços me oferecem restrições em relação aos profissionais, atendimentos, qualidade do serviço (P17 M3).

Nessa perspectiva, aparece nos discursos das mulheres sobre o interesse social e profissional na saúde reprodutiva de mulheres lésbicas em detrimento com a saúde integral delas.

O interesse social é para que eles saibam sobre reprodução. Enfim, esses profissionais não têm interesse em acolher porque existem as possibilidades, principalmente para escolha de espécuro. É como se o corpo fosse do casal e não da mulher porque esse corpo é reprodutivo e o marido precisa aceitar que não quer ter filho também (P1 M1).

Tem até umas regras que dizem que a mulher só pode retirar o útero com uma determinada idade e com uma certa quantidade de filhos. E para fazer cirurgias também. Ou seja, falta de autonomia total, em relação ao seu corpo e decisões sobre ele. Sei que envolve uma coisa de ética profissional, mas fato é que as coisas acontecem desse modo (P2 M1).

Acho que fazem uma péssima anamnese, no geral, principalmente quando você vai cuidar de questões da saúde sexual e só se recebe perguntas de cunho reprodutivo/preventivo (P10 M2).

É preciso entender que o corpo da mulher não foi feito somente para a reprodução. Precisamos de métodos contraceptivos que nos previnam das ISTs em geral. Esse entendimento tem que passar por todos: sociedade, governo, profissionais da saúde etc. (P15M3).

Tais questões sinalizadas, estão apresentadas a seguir e se revelam em consequência das normativas a que estão envolvidas as ações de cuidado, atenção e de convívio social, por

imposição de normas, caracterizando assim, mais uma forma de violência simbólica a qual estão expostas.

A violência abordada acontece em todos os municípios (M1, M2 e M3) e aparece de maneira igual nos discursos das entrevistadas de forma muito incisiva

Não temos abertura para falar. Eu sinto medo de ser violentada não só fisicamente, mas emocionalmente. Então prefiro ficar na minha e não me expressar nesse sentindo. Minto em tudo, até para eu mesma. É horrível (P7 M1).

Já aconteceu de eu ser “agredida” em outra situação, numa clínica, durante um preventivo por uma profissional que ouviu que eu NUNCA havia transado com homem/nem transaria, e ainda assim ela forçou além do que eu aguentava o espelho na minha vagina e eu senti muita dor (P9 M2).

Todas as vezes, especialmente em atendimentos ginecológicos. Eu já sofri violência na realização de procedimentos solicitados - ultrassom transvaginal (P17 M3).

Observa-se situações conflituosas e de constrangimento, em que serviços não reconhecem a possibilidade da existência de mulheres lésbicas ou com outras orientações e identidades sexuais.

DISCUSSÃO

No que diz respeito ao cuidado à saúde sexual, sexualidade e corpo, as mulheres lésbicas se diferenciam quanto ao modo de cuidado. Isso se dá, especialmente, pela falta de orientação com relação a práticas adequadas, falta de informações e até mesmo de meios para obtê-las de maneira segura e confiável.

Os princípios e diretrizes do SUS apontam para a perspectiva da universalidade, igualdade, participação social e integralidade, o que é negado segundo os discursos das participantes deste estudo.

A integralidade é polissêmica e diz respeito a múltiplos aspectos da organização dos serviços de saúde. De acordo com a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), o atendimento integral diz respeito à compreensão do indivíduo de maneira holística, considerando a multidimensionalidade do mesmo e suas condições biopsicossociais. Na Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90 (BRASIL, 1990) há maior amplitude deste conceito, a partir do conjunto de ações que possibilitam acesso a todas as pessoas aos diversos níveis de atendimento, de prevenção à recuperação, por meio dos serviços de saúde. De forma concreta, a Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2011) apresenta que a integralidade deve ser a relação entre demanda espontânea e programada nos serviços de saúde. E

Entende-se, no entanto, que os processos constitucionais foram instrumentos para um processo ampliado de discussões e construção na área da saúde. Nesse sentido, a integralidade perpassa o campo dos princípios ou diretrizes norteadores do SUS, é uma bandeira, um contexto, ferramenta, olhar sobre o sistema de saúde e sua prática.

A integralidade traz consigo muitas possibilidades que se constituem enquanto imagem-objeto, algo desejável, aquilo pelo que se busca, diante dos mais diversos contextos (MATTOS, 2001). No que concerne à saúde, a integralidade diante dessa polissemia se traduz no cuidado constituído de respeito, escuta, confiança, pertença, qualidade de atendimento e respeito às necessidades e demandas de usuários/as (AYRES et al., 2012).

Podemos considerar a integralidade no âmbito da saúde em três aspectos: a compreensão de profissionais das necessidades demandadas pelas pessoas; articulação entre assistência e práticas de saúde pública, relacionado à gestão e organização de serviços; regulação de Políticas Públicas com vistas a conceder respostas a problemas específicos das populações (MATTOS, 2001).

Neste estudo, emprega-se a integralidade no âmbito da atenção à saúde com o olhar para as demandas, visando compromisso de garantir escuta, reconhecimento e discussão das necessidades apresentadas pelas mulheres lésbicas participantes do estudo. Mulheres lésbicas compõem grupo de pessoas marginalizadas e com demandas silenciadas, desse modo é necessário considerar e garantir esta escuta nos serviços de saúde.

A integralidade deve guiar um modo de cuidar democrático, alicerçado em compromisso ético-político, responsável e de confiança (PINHEIRO, 2001). As participantes representaram nos seus discursos o quanto o desconhecimento e a distância empregada nos atendimentos geram desconfianças sobre o serviço, sendo responsável muitas vezes pelo afastamento delas do serviço.

A prática do cuidado integrado em saúde deve contemplar as demandas destas usuárias por meio da identificação do que é relevante e necessário para a manutenção da saúde e bem-estar, de forma mais equitativa possível (PINHEIRO; MATTOS, 2006). Mulheres lésbicas ainda que aqui apresentadas enquanto um grupo, são pessoas em meio a suas complexidades, contextos divergentes e especificidades próprias, sendo assim, é preciso ofertar cuidado diante do que é diagnosticado, mas também sobre o que é por elas identificado como necessário.

Nesta perspectiva, as mulheres lésbicas não devem ser olhadas por doenças específicas ou por questões apenas relativas a suas sexualidades. Apesar de ser questão fundamental e que ainda permanece desassistida, é relevante considerar que há diversidades da vivência que precisam ser orientadas pela escuta na garantia da integralidade das ações. Como apresentado

nos discursos, há dentre as participantes mulheres lésbicas que não desejam ter filhos/as, mulheres lésbicas que já possuem, aquelas que desconhecem quaisquer necessidades de cuidado, aquelas que buscam e disseminam sobre a prática e prevenção de IST's, aquelas com demandas de saúde mental evidentes diante das violências dos espaços, bem como aquelas que se sentem menos afetadas com isso, dentre outras questões considerando que são multidimensionais. Para conhecer quem é cada uma delas, é necessário atendimento sem discriminação e escuta do que a cada pessoa é permitido sentir e viver.

Diante dessa multiplicidade, traduzidas em diferentes aspectos, a integralidade é princípio fundamental para e pela aplicabilidade prática de uma assistência que vise corpo, mente e contexto em suas diversidades, com vistas a atender demandas e necessidades das pessoas respeitando os marcadores de diferença envolvidos. A concretização da integralidade deve guiar o processo de trabalho de modo a ampliar o olhar de profissionais para além da ótica biomédica de atendimento, para além da doença, ao considerar a pessoa em sua totalidade.

É necessário definir o perfil de demandas das populações para que seja de fato possível atender de maneira efetiva as usuárias do serviço com integralidade das ações, respeitando princípios, mas especialmente, respeitando a individualidade e necessidade dos corpos. Deve-se ir além da ideia social construída sobre o que é necessário (FRANCO; MERHY, 2005).

O processo saúde-doença dá-se em contextos sociais, culturais, econômicos e políticos. Assim, é preciso considerar a saúde nas diferentes dimensões humanas e em suas múltiplas articulações vislumbrando a produção do cuidado e a concretização da integralidade (COELHO *et al.*, 2009). Assim, como respostas políticas também no campo da integralidade, é preciso incorporar ações destinadas a grupos específicos ou problemas de saúde específicos para atingir os contextos e especificidades. No caso das mulheres lésbicas, podemos citar enquanto iniciativa a Política Nacional de Saúde Integral de LGBT, anteriormente apresentada, mas fica aqui perceptível a necessidade de ir além das diretrizes nela apresentadas e garantir a fala das mulheres, diante da riqueza de suas experiências.

A proposição de ações de saúde parte da construção de ações coletivas que deve basear-se na busca ativa das demandas dos grupos atendidos. A integralidade envolve acolhimento, escuta sensível, ações resolutivas e acesso equitativo (COELHO *et al.*, 2009). Assim, evidenciar as lacunas apresentadas pelas mulheres lésbicas é de suma necessidade para a proposição de ações. Ao afirmar que se sentem como um produto reprodutivo, que o atendimento é displicente, que há sinais de violência, preconceito, desconhecimento e

despreparo dos profissionais, bem como, ao perceberem-se sem estratégias de proteção e cuidado que possibilite a elas prevenção de doenças, as participantes do estudo estão apresentando problemas de saúde que requerem essa escuta, para os quais, ações nas dimensões do cuidado são necessárias.

A invisibilidade das demandas resulta de um apagamento histórico que emudece a experiência de mulheres lésbicas a partir do seu silenciamento, contribuindo para que essas ações sejam constituídas de um entendimento de normalidade pelo contexto em que se desenvolve. Esse apagamento reflete na ausência de proposição de políticas de saúde, no não lugar das mulheres lésbicas e na formulação das configurações de atendimento e ações de cuidado (CARVALHO; CALDERARO; SOUZA, 2013).

Todos os discursos evidenciam insatisfação em relação ao atendimento em suas consultas ginecológicas, independente do município (M1, M2 e M3). Essa insatisfação é proporcionada pelo padrão heteronormativo, pela perspectiva reprodutiva e estereótipos associados ao corpo de mulheres lésbicas, gerando situações de violência, muitas vezes por elas relacionado à uma lacuna na formação profissional em saúde. Ou seja, é uma questão que perpassa o atendimento à saúde das mulheres lésbicas em todo o território, é uma cultura imposta pelos padrões societários atuais.

A ausência de políticas públicas como subsídio aos direitos humanos relativos às mulheres lésbicas compõe a construção histórica dos contextos deste estudo e em um nível macro também. A constituição de uma política, por si só, não garante a efetivação de ações necessárias ao grupo, como visto nas ausências marcadas nas falas das participantes. Essa lacuna subsidia ausência de ações efetivas relacionadas às mulheres lésbicas, como apresentado no Dossiê Saúde de Mulheres Lésbicas Promoção da Equidade e da Integralidade (FACCHINI, 2006):

A escassa, ou quase inexistente, produção científica abordando a temática saúde e homossexualidade feminina no Brasil; a inexistência de políticas de saúde consistentes para o enfrentamento das dificuldades e necessidades desta população; o precário conhecimento sobre suas demandas e a ausência de tecnologias de cuidado à saúde adequadas, aliados à persistência de pré-noções e preconceitos, convertem-se, no âmbito da saúde pública, por exemplo, no desperdício de recursos, no constrangimento produzido no atrito das relações no interior dos serviços de saúde, na assistência inadequada, e muito provavelmente num contingente de mulheres que não obtiveram seu diagnóstico, nem seu tratamento (FACCHINI & BARBOSA, 2006, p.29).

Há uma tentativa de reposicionar as populações LGBT reiterando a ordem de atendimento biomédico à saúde, equiparando a necessidade de tais grupos a de pessoas que

estão na norma. Apesar disso, nas ações, a maioria dos profissionais ainda os percebem enquanto desviantes, desse modo, naturalizam determinadas comorbidades a hábitos de vida tidos como profanos e, por isso e, questões de suas vivências, estas pessoas estariam mais propensas a depressão, transtornos mentais, além de IST (PAULINO; RASERA; TEIXEIRA, 2019).

A ausência de acolhimento e escuta afasta mulheres lésbicas dos serviços. Há aquelas que buscam formas alternativas de cuidado entendidas enquanto soluções, métodos de proteção alternativos, formas alternativas de acesso a exames, como é o caso da doação de sangue ou por meio da busca de algum tipo de grupo de apoio que possa compartilhar informações acerca desse cuidado. Estas possibilidades são válidas, mas insuficientes para a dimensão do problema apresentado e não é suficiente para arcar com a deficiência apresentada nos serviços.

Diante desse contexto, as mulheres lésbicas tendem a buscar alternativas que possibilitem alguma chance de prevenção e de cuidado. Conforme dito por uma das participantes, “gambiarras”. Dizem respeito aos métodos de barreira utilizados, como: camisinha masculina cortada fazendo uma parede entre as superfícies de contato; dental dam; papel filme, entre vulvas ou boca/vulva. Mas, o mais comum é a não utilização, tanto pela falta de orientação, quanto pela falta de acesso.

Algumas participantes do estudo relatam o hábito da doação de sangue como forma de acesso a exames laboratoriais sem o constrangimento e a violência psicológica que enfrentam nos serviços de saúde. Segundo os discursos não se identificar como lésbica oferece segurança quanto ao respeito a elas e a garantia que o material coletado será preservado, tendo em vista uma participante denunciar a possibilidade de desprezo do material, se há o conhecimento da orientação sexual.

Ademais, várias questões para quem depende do SUS são comuns à população em geral quanto ao acesso e resolutividade, mas não podem deixar de ser mencionadas e se sobrepõem a outras dificuldades. O padrão heteronormativo que conduz a organização da atenção à saúde provoca fragilidade no atendimento às demandas. Profissionais de saúde, segundo as participantes do estudo, conduzem o atendimento pautado na reprodução, descuidam com relação ao tamanho do espéculo, não questionam e praticam um atendimento sem respeito à humanização do cuidado e à integridade do corpo da mulher.

As mulheres relatam em suas experiências violência física com a utilização do espéculo de forma incorreta, inclusive caracterizada com “estupro” em alguns discursos, violência psicológica nas ações de preconceito e discriminatórias que estão envoltas à maioria

dos atendimentos descritos pelas participantes. Quando a mulher não é ouvida há uma desapropriação do poder sobre seu corpo e de sua autonomia.

Pesquisas apontam que as diversas formas de discriminação ocorridas no atendimento à saúde de mulheres lésbicas se refletem no distanciamento delas dos serviços, (KNAUTH; MEINERZ, 2010). Essa realidade é corroborada com os resultados da nossa pesquisa, que mostram descuido, falta de informação e utilização inadequada de instrumentos durante a consulta contribuindo para que as mulheres não se sintam parte e se distanciem.

A informação sobre a orientação sexual não é visualmente perceptível, profissionais pouco indagam sobre isso, as pessoas sentem desconforto em falar ou mesmo quando dito, há pouca diferença na condução do atendimento. Isso porque profissionais de saúde, em sua maioria, não reconhecem essa necessidade, nem mesmo no que diz respeito à realização do citopatológico (FERNANDES; GALVÃO; ASSIS; ALMEIDA; SANTOS, 2019).

Considerar que a mulher que se relaciona com outra mulher é virgem, não ouvi-la, conforme expresso em relatos; agir excluindo-a da condição de demandantes de cuidado no que diz respeito à saúde sexual e prevenção de IST são as principais questões valorizadas nos discursos das participantes da pesquisa. A análise dos discursos revela que também ficam de fora pontos cruciais para a sua saúde, como estresse mental, comportamento sexual de risco, gestação não intencional, violência, câncer de colo de útero, depressão, ansiedade, obesidade, entre outros problemas.

Assim, são várias as lacunas que dizem respeito não somente a medidas de prevenção, mas também à compreensão da sexualidade e suas nuances, na relação com o prazer, a saúde mental, a qualidade das interações, o que requer antes de tudo acolhimento e disposição para um cuidado sob novas bases. Desse modo, no nosso estudo está fora da percepção profissional, as demandas e o cuidado que mulheres lésbicas precisam e, por extensão, a população LGBT de modo geral.

Há uma necessidade iminente em ser revista a forma de condução dos atendimentos, a interlocução sobre a saúde mental, sexual, integral de mulheres lésbicas, de modo a construir um diálogo de qualidade com vistas a melhorar a comunicação profissional usuária (FERNANDES; GALVÃO; ASSIS; ALMEIDA; SANTOS, 2019).

A falta de informação segura sobre medidas preventivas das IST, é enfaticamente apontada pelas participantes, como o que as deixa mais vulneráveis. A invisibilização das demandas pelos serviços faz com que as próprias mulheres não reconheçam que tipo de cuidados têm direito. Esse é um projeto muito bem estruturado e instituído, que nega pluralidades e mantém a heteronormatividade, o que por si só, constitui violência simbólica.

De acordo com Fernandes; Soller; Leite (2018) tais ausências se relacionam diretamente com a impossibilidade de proposição de novas ações de saúde para mulheres lésbicas, tendo em vista que a negação do direito fundamental à saúde impossibilita a produção de dados e informações sobre essas mulheres. Esse não reconhecimento faz com que estejamos em um panorama de perpetuação de violências.

Uma das participantes da nossa pesquisa menciona que profissionais também não questionam sobre o desejo da maternidade, quando revelada a orientação sexual. Considerando a sobreposição da função reprodutiva na fala de profissionais para mulheres em geral, nessas incluídas as lésbicas até conhecerem sua orientação sexual, a exclusão do tema a partir de então, carrega um sistema de valores que nega esse direito reprodutivo a lésbicas. Ressaltamos que a inseminação para casais de mulheres lésbicas é algo bastante comum, bem como outros meios de garantir uma gravidez para quem a deseja. Nesse sentido, é preciso orientar sobre o planejamento reprodutivo adequado para aquela que pretende engravidar.

Tem sido bastante comum a inseminação caseira, na ausência de serviço de saúde, que ofereça assistência e orientação adequada. Mulheres lésbicas buscam informações na internet sobre possibilidades para atingir seus objetivos, mas acabam nos serviços de saúde em situações de vulnerabilidade criadas pelo procedimento. Muitas buscam por serviços privados com a intenção de minimizar as situações de preconceito que são comuns aos serviços de saúde (FERNANDES; SOLLER; LEITE, 2018).

Os resultados da nossa pesquisa mostram expectativas de participantes sobre o atendimento em serviços privados, mas nesse espaço também encontram desconhecimento e invisibilidade. Provavelmente um grupo muito restrito de profissionais tem esse interesse e assim busca apreender e considerar demandas de mulheres lésbicas.

Enfim, a realidade da atenção à saúde com que se deparam mulheres lésbicas produz e reproduz invisibilidade, distanciamentos, constrangimentos, condutas preconceituosas e estigmatizantes, com manutenção das vulnerabilidades. São constrangimentos expressos de diferentes formas sentidos e percebidos de modo diverso também, sendo assim instituída nos serviços a violência simbólica.

Seus discursos revelam que há uma multiplicidade de fatores que as tornam vulneradas, o que inclui também a saúde mental. Sobretudo os registros das observações mostraram que a saúde mental é tema a ser pautado para o cuidado a mulheres lésbicas, sendo perceptível que a falta de suporte do sistema de saúde às suas vivências afeta a autoestima, a confiança, produz ansiedade e dificuldades para enfrentamento problemas, que podem ser desdobramentos das violências sofridas.

Quanto à violência simbólica presente nos atendimentos e que perpassa o cotidiano das participantes do nosso estudo, encontramos respaldo em Bordieu (2003, p.7). O autor afirma ser ela “suave, insensível, invisível a suas próprias vítimas, que se exerce essencialmente pelas vias puramente simbólicas da comunicação e do conhecimento, ou mais precisamente, do desconhecimento, do reconhecimento, ou, em última estância, do sentimento”.

O exercício do poder simbólico existente e atuante no âmbito das estruturas sociais, linguagem, pensamentos, ações, estruturas independem de consciência e vontade de agentes desse poder. Compõem os pensamentos e ações das pessoas que dominam e conformam as classes sociais, sendo reproduzidas e aplicadas, nesse caso, baseado numa estrutura patriarcal (BORDIEU, 1990).

Em se tratando da violência simbólica gratuitamente destinada a pessoas homossexuais, falamos da discriminação, da invisibilidade, da estigmatização, das práticas que as mantem vulneráveis, da falta de escuta e acolhimento a que estão submetidas. Nega-se assim sua existência como pessoa por não se enquadrar às normas heterossexuais naturalizadas e apresentadas como única possibilidade de ser, de existir para o mundo dos direitos.

O poder simbólico e a violência simbólica compõem as estruturas de dominação que constituem os espaços. São ações internalizadas pelo dominador e muitas vezes, naturalizadas pela pessoa dominada, sendo por este motivo, tão importante disseminar informações para o entendimento sobre o que é direito e o que é violação do mesmo (CAPRONI NETO; BICALHO, 2017).

Segundo relatos profissionais lidam com certa displicência e falta de interesse, não fazem anamnese adequada, o que inclui não levantar o histórico da usuária. Conforme já abordado, há um interesse profissional voltado à saúde reprodutiva e ao assumir não ter interesse e não haver o ‘risco’ de uma gravidez profissionais são surpreendidas/os e desconhecem formas de condução do cuidado. Quanto mais estereótipos presentes mais estigmatizada será a mulher lésbica por profissionais e sociedade, estando mais suscetível a sofrer violências.

Em serviços, cujo prontuário incorporou a pergunta: “Você se relaciona com homens, mulheres ou com homens e mulheres?” uma nova abordagem está implícita, mas na mão de profissionais preconceituosas/os, não garantirá as mudanças de postura que pretendemos.

6.4 DEMANDAS DE SAÚDE DE MULHERES LÉSBICAS REQUERENDO A INTEGRALIDADE DO CUIDADO NOS CONTEXTOS DE ESTRANHAMENTO DOS SERVIÇOS

Se a saúde como um todo entendesse essa existência para além da heteronormatividade e mudasse seu sistema de ensino, eu acho que seria um caminho novo no qual as pessoas iam aprender mais (P3 M1).

Diante do cenário de práticas descontextualizadas em desatenção a mulheres lésbicas, as participantes reconhecem que é necessário investir na formação, rever o modelo de atenção à saúde vigente e proporcionar atenção individualizada com base nos diferentes contextos. Assim, percebe-se a necessidade de mudanças para um atendimento adequado as demandas de saúde das mulheres

6.4.1 Construindo possibilidades de mudanças: estratégias de cuidado de mulheres lésbicas

Diante das experiências de mulheres lésbicas, participantes do estudo, com a rede de saúde, foram apontadas proposições de mudanças, o que se verifica no Quadro 03.

Quadro 03: Mudanças requeridas no caminho da Integralidade, Salvador-BA, 2020.

Educação para a saúde sexual de base emancipatória	<i>Falta de informação e atenção do sistema de saúde com a comunidade lésbica. Não tem campanhas direcionadas, nem algo do tipo (P8 M2).</i>
	<i>[...] para casais heteronormativos existem inúmeras opções. Sei lá: cartilhas, panfletos, políticas efetivas, campanhas e etc (P9 M2).</i>
	<i>A principal demanda é o cuidado sexual de um relacionamento lésbico de como funciona prevenção (P7 M1).</i>
	<i>Orientação dos tipos de cuidados que devemos ter nas nossas relações sexuais, a prevenção de ISTs e para além também o cuidado com a nossa vulva e a da nossa parceira [...] (P4 M1).</i>
	<i>[...] é muito importante a gente ter uma educação sexual. Isso é um entrave na conjuntura atual e historicamente/culturalmente pela questão do preconceito (P5 M3).</i>
	<i>Minhas necessidades são questões de saúde para mulheres lésbicas no que tange a proteção para evitar possíveis IST's, a questão de ter também mais informações sobre uma melhor forma de se alimentar, educação em saúde mesmo (P2 M1).</i>
	<i>Eu acho que se você tivesse um período pelo menos que os estudantes tivessem mobilidade em todos os âmbitos sociais, até que não consigam em todos, mas</i>

Formação profissional e educação permanente sob novos pilares e novas competências	<i>naqueles ambitos mais violados e negligenciados (negritude, LGBT e afins) já seria de grande ajuda para eles e par aos usuários (P3 M1).</i>
	<i>Eu preciso que os profissionais mudem sua formação, sua forma de nos atender e sua postura profissional (P16 M3).</i>
	<i>É um problema tão grande que nós só vamos conseguir enfrentar capacitando os profissionais (P5 M1).</i>
	<i>Esses profissionais precisam de mais vivência, ter mais conhecimento para saber o que a gente sente e o que a gente precisa. Isso não está inserido no processo formativo deles. Isso não existe (P7 M1).</i>
	<i>É preciso que o profissional de saúde tenha a capacitação e vivências. Esses profissionais nunca vão entender o que a gente passa se não tiver vivência (P10 M2).</i>
	<i>[...] gostaria que buscassem mais conhecimentos que incluíssem as mulheres lésbicas, entendendo que é também uma forma de relação dentro das bases da medicina como um todo. Estudando suas demandas e buscando solucioná-las sem diferenciá-las (P2 M1).</i>
	<i>Eu preciso que os profissionais mudem sua formação, sua forma de nos atender e sua postura profissional (P16 M3).</i>
	<i>Eu preciso que esses profissionais de saúde sejam preparados para saber que a sociedade LGBT existe que respeitar a nossa individualidade/particularidade (P3 M1).</i>
	<i>É preciso que profissionais tenham uma perspectiva diferente do modelo imposto pela sociedade (heteronormatividade) (P5 M1).</i>
<i>Uma formação/qualificação profissional mais sólida ao que se refere a essa temática (P9 M2).</i>	
Políticas de saúde inclusivas e interseccionais	<i>Eu queria que as políticas públicas fossem mais inclusivas, as formações profissionais contemplassem questões interseccionais de gênero, raça, classe, etarismo, dentre outras questões, que houvesse maior investimento na saúde pública (P17 M3).</i>
	<i>A ampliação ou descentralização dos cuidados da equipe também é outro ponto. Não ficar só centrado no médico (P10 M2).</i>
	<i>Tem outra questão importante que são os agentes comunitários de saúde. Aqueles que passam na casa das pessoas e são envolvidos nessa questão do cuidado. São eles que fazem o primeiro contato com a família. Isso deve ser levado em consideração e não só a cara a cara com o médico. Se esse profissional identificar que existe alguma pessoa LGBT na casa já vai poder indicar algumas campanhas algumas ações importantes (P8 M2).</i>
	<i>É necessário que ocorra uma mudança na política de saúde. A mesma não pode focar somente um recorte “padrão” de usuários heteronormativos. Essa política precisa acolher a todos e isso não acontece atualmente.</i>

Políticas de saúde inclusivas e interseccionais	<i>Principalmente, nessa conjuntura política vergonhosa (P11 M2).</i>
	<i>Políticas de equidade não são notadas e, assim, nossas especificidades são anuladas. E essa é uma questão que se perpetua para quem ensina, para quem aprende e para quem está no serviço (P1 M1).</i>
	<i>A maior demanda é o entendimento que o corpo da mulher não foi feito somente para a reprodução. Precisamos de métodos contraceptivos que nos previnam das ISTs em geral. Esse entendimento tem que passar por todos: sociedade, governo, profissionais da saúde e etc (P15 M3).</i>
Integralidade do cuidado com ênfase no acolhimento	<i>Gostaria que os profissionais fossem abertos para eu falar da minha sexualidade e da minha relação com a minha companheira (P4 M1).</i>
	<i>Esses profissionais precisam ter o cuidado de saber quem é seu paciente e não só seguir sua rotina e seu protocolo (P5 M1).</i>
	<i>Pensem na mulher lésbica como um ser que faz sexo, um ser que transa. Um ser vivo com particularidade (P15 M3).</i>
	<i>Para mim não serve ter qualificação se os profissionais não têm postura [...]. e não sabem tratar uma mulher que não performatiza uma feminilidade[...]. A postura e o respeito pesam mais diante de tudo que já passei querendo me cuidar e ser cuidada (P14 M3).</i>
	<i>Eu preciso que os profissionais de saúde tenham cuidado, uma melhor comunicação, interesse, principalmente em relação à saúde sexual de pessoas (P5 M1).</i>
	<i>Preciso ter acesso a um atendimento humanizado e que eu possa me sentir à vontade, seja na USF/hospital, inclusive em exames e consultas onde a minha sexualidade merece visibilidade. Como ir ao ginecologista, psicólogo e clínico (P10 M2).</i>
	<i>Eu penso que se tivéssemos um acesso mais respeitoso e isso fosse mais trabalhado através de grupos (como os de idosos, de homens, de gestantes e etc.), redes de apoio e etc, tudo seria melhor. Talvez um trabalho mais coletivizado e não personificado na figura do médico trouxesse esse acesso mais respeitoso e a possibilidade de grupos de trabalho (P19 M3).</i>
Organização política e mobilização social das mulheres lésbicas	<i>Isso não é só uma questão institucional a gente precisa de certa forma fazer uma pressão social/ uma mobilização social (P2 M1).</i>
	<i>Acho que como a gente se portar, também, é essencial. Para as coisas mudarem a gente precisa reagir de outra forma ao preconceito e a todos os obstáculos que temos que enfrentar. Sem baixar a cabeça e respondendo tudo a altura (P6 M1).</i>
	<i>Então, no caso é preciso mobilização social para que os poderes públicos se</i>

	<i>sintam mais pressionados a levar isso aos seus Profissionais de Saúde. Mulheres como eu, pretas e pobres, usam esse sistema e falta muito isso. Quando os superiores pressionam e as pessoas sabem que vai mexer de alguma forma nos profissionais deles, até no financeiro, há uma mobilização maior (P8 M2).</i>
Uso seletivo de redes sociais como espaço de apoio e de ação política	<i>A saída é a Internet!!! De muitas formas a internet quebrou uns galhos, fosse por grupos que serviram como rede de apoio, e até como espaços que deram para desabafar, pedir conselho, e me instruir sexualmente e amorosamente, sendo a única homoafetiva de uma família evangélica, então eu acho que esse é o nosso espaço, precisamos entender como fazer uso dele (P10 M2).</i>
	<i>A opção é invadir, construir ou contribuir por meio de grupos de amigas, vídeos no youtube, páginas de instagram relacionadas ao sagrado feminino e métodos alternativos e naturais para um melhor autocuidado e conhecimento (P2 M1).</i>
	<i>Atualmente o meio que mais uso para me informar a respeito dos meios de cuidado da saúde de mulheres lésbicas é a internet. Os postos de saúde definitivamente não são um local de acolhimento, nem tampouco para se informar a respeito disso, então tem restado a internet através de vídeos, artigos e afins (P8 M2).</i>
	<i>Veza por outra tem uma palestra interessante aqui ou acolá, mas acho que muitas vezes elas são inacessíveis, então é mesmo Internet (P9 M2).</i>
	<i>Em geral temos nossos grupos, nos aproximamos por nossas vivências e experiências, acaba que conseguimos compartilhar bastante, mas para atingir mais pessoas, só vejo a internet como local (P15 M3).</i>
	<i>O que sempre me serviu foi diálogo com algumas amigas, eu tenho me aprofundado em alguns estudos de autoconhecimento do corpo feminino, acho que de modo geral isso é muito importante, diálogo muitas vezes organizados por meio da internet (P17 M3).</i>
	<i>Para nós que precisamos ter medo, Só mesmo a internet. Youtube, google, vídeos, textos de blogs pode nos ajudar a aprender, mas principalmente esse território precisa servir para atingir também os profissionais, o mais difícil disso é nos tornar interessante para eles (P16 M3).</i>

Fonte: Elaboração própria, dados da pesquisa.

6.4.2 Construindo propostas de ações coletivas

Nesse espaço onde as participantes formularam coletivamente propostas de intervenção à saúde da mulher lésbica, destacam-se as ações a seguir.

M1:

- ✓ Cine Debate com filme “E o que a gente faz agora?” (Curto prazo)

- ✓ Campanha de saúde lésbica para orientações e testes rápido (Médio e longo prazo)
- ✓ Distribuição de cartilhas informativas sobre a existência lésbica na cidade e postos de saúde (Médio e longo prazo)
- ✓ Palestras nas escolas sobre a educação sexual e a existência dos corpos lésbicos (Médio e longo prazo)
- ✓ Promoção do dia da visibilidade lésbica (Médio e longo prazo)

M2:

- ✓ Sugestão de oferta de componente curricular na Universidade sobre a população LGBT (médio prazo)
- ✓ Parceria com o CineDebate do Centro de Artes Humanidades e Letras (CAHL) da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (curto prazo)
- ✓ Cartilha digital preventiva sobre saúde da mulher lésbica com difusão nas redes (médio e longo prazo)

M3:

- ✓ Cartilha digital ilustrativa ou ilustrada (médio e longo prazo)
- ✓ Distribuição através das mídias digitais (com linguagem acessível e conscientização sobre os cuidados com a saúde) (médio e longo prazo)
- ✓ Procurar e organizar os profissionais de saúde para produzir e organizar conteúdos voltados a saúde das mulheres lésbicas (com produção de vídeos curtos e informativos e orientação) (médio e longo prazo)
- ✓ Articulação com a Secretaria de Saúde para realização de testes rápidos no Centro de Artes Humanidades e Letras (CAHL) da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (médio e longo prazo)
- ✓ Incentivar a prevenção das IST's através dos testes rápidos (médio e longo prazo).

DISCUSSÃO

A análise do discurso das mulheres lésbicas participantes desta pesquisa mostra que atender suas demandas requer uma nova lógica para a atenção à saúde e está em grande parte condicionada a transformações nas bases do modelo de formação profissional e da atenção à saúde. Suas falas foram acompanhadas de sugestões e de estratégias que contribuem para mudanças na organização dos serviços e nas práticas de saúde.

Para Cecilio (2009, p.120) "a demanda é o pedido explícito, a "tradução" de necessidades mais complexas do usuário." Assim, é a expressão do que as pessoas precisam, esse pedido pode ser mais ou menos evidente, mas precisa ser compreendido e considerado pelos/as profissionais e serviço. Para reconhecer é necessário que a pessoa que cuida tenha um olhar sensível, orientado para a superação de práticas rígidas com base no padrão e na norma.

Conforme já apresentado nos resultados, heteronormatividade é nociva à saúde das mulheres lésbicas na medida em que demandas específicas são invisíveis e, portanto, não atendidas nos serviços de saúde, negando-se a integralidade. Essa realidade é multifacetada tem repercussões diversas e gera fragilidades, acentuadas pelos processos sofridos na família e reforçados pela e sociedade em geral. Os serviços de saúde são continuidade desses espaços em que normas sociais refletem e regem a forma de lidar com situações que desigualam pessoas e contrariam a ética do cuidado humanizado.

Essa condição permanece apesar da instituição em 2011, da “Política Nacional de Saúde Integral de LGBT”, que podemos considerar marco nas políticas públicas de saúde no Brasil, pois intenciona a proposição do reconhecimento de demandas e necessidades específicas dessa população em condição de vulnerabilidade social (BRASIL, 2013).

A existência de ações governamentais e marcos legais visa colaborar com a promoção da saúde e atendimento de mulheres lésbicas de maneira integral e humanizada no Sistema Único de Saúde (SUS). Todavia, na prática, a legislação tem dificuldades de se efetivar, pois uma nova lógica para a atenção não depende somente de proposições políticas e de atos administrativos na direção de garantir direitos. Depende de vontade política e igualmente de mudanças nos princípios que regem o modo de se construir como profissional e como pessoas inseridas em uma sociedade que rejeita a sexualidade considerada desviante.

Desinteresse, descaso, falta de entendimento, de vontade, inexperiência, preconceito, discriminação e lesbifobia são questões que impactam diretamente nas demandas e na atuação diante delas. As mulheres lésbicas precisam continuar a luta por espaço, diálogo, visibilidade, garantias de atenção à saúde. Mas não é luta individual nem de grupo isoladamente, é necessária ação política do poder público e propostas de atuação intersetorial em toda rede de atenção no sentido do reconhecimento e da multiplicação de ações (FERNANDES; SOLLER; LEITE, 2018).

Para a compreensão das demandas das mulheres, é necessário considerar alguns fatores que aumentam vulnerabilidades: idade, gênero, condição socioeconômica, situação habitacional, territorialidade, cor/raça/etnia, rede familiar, escolaridade, acesso à saúde, à cultura e ao lazer, entre outros. A categoria “gênero”, em uma sociedade patriarcal e misógina

traz desdobramentos bastante específicos no que diz respeito às violências e discriminações direcionadas às mulheres lésbicas, existem padrões de feminilidade, paradigmas da heteronormatividade que impõem violências de gênero e norteiam as ações em sociedade.

A realidade nos leva a entender melhor algumas consequências da falta da rede de saúde na vida das mulheres lésbicas tornando-as vulneráveis a adoecimento. Entende-se aqui como adoecimento processos que trazem implicações para a identidade, tais como: baixa autoestima, perda de habilidades laborativas e de mobilidade; não somente doença no sentido patológico da palavra (NASCIMENTO; BRÊDA; ALBUQUERQUE, 2015). O suicídio seria a marca social mais aterrorizante provocada pelo afastamento desses cuidados de saúde na vida das mulheres lésbicas (FERNANDES; SOLLER; LEITE, 2018).

Vale ressaltar que um dos aspectos cruciais da desassistência é a invisibilidade. Diante do cenário de desatenção à saúde, as participantes reconhecem que é necessário investir na formação profissional, que tem suas bases alicerçadas em pilares que não reconhecem a diferença no campo da orientação sexual.

É necessário refletir sobre a questão formativa e o papel da universidade na sociedade como elementos que proporcionam reflexões e ações diferenciadas das tradicionais/padrões. Os currículos universitários precisam absorver em seus conteúdos e metodologias uma dimensão que vai muito além de tornar o ambiente educacional, tocando realidades como a de mulheres que se relacionam com outras mulheres (MAROIA; ALMEIDA; NORONHA, 2020).

De acordo com Freire, não pode haver reflexão e ação fora da relação ser humano realidade, assim como não há ser humano sem “chão”. Essa relação do indivíduo com a realidade interfere na modificação de padrões e ações pré-estabelecidas (FREIRE, 2002). Desse modo, apresenta-se tão relevante a educação problematizadora, tanto na formação profissional, como na relação profissional-usuárias dos serviços.

O processo de ensino-aprendizagem sob uma perspectiva crítica e com base em uma proposta perpassada pela concepção problematizadora da educação precisa experienciar a realidade na qual as pessoas em formação estão inseridas. Isso para vincular a prática e a teoria em um movimento dialético de ação-reflexão-ação, em uma perspectiva transformadora (SILVA, 2004).

O aprender e o ensinar, nesse horizonte, são ressignificados, uma vez que começam a ser entendidos como atividades interdependentes de uma mesma práxis, possibilitando abertura para a dimensão do engajamento com um projeto coletivo de ação-reflexão-ação. Logo, as próprias práticas pedagógicas são retroalimentadas por esse movimento. Entende-se

enquanto conhecimento somente quando se constrói na ação coletiva (MAROIA; ALMEIDA; NORONHA, 2020).

Nesse sentido, as participantes apontam em seus processos formativos dos profissionais de saúde. Contextualizar suas práticas poderão garantir vivências que os/as preparem para a realidade em que irão se deparar em comunidade. Como apresentado nos discursos “Não que ela tem que ser lésbica ou ela tem que ser gay, mas são necessárias algumas vivências. Também seria importante que nós mesmos assumíssemos esses lugares”; ou em se tratando de educação em saúde voltada às mulheres lésbicas quando “Não tem campanhas direcionadas, nem algo do tipo. Há uma invisibilidade muito grande e isto incomoda muito.”

Porém, para romper com o modelo tradicional de ensinar e aprender há uma exigência de uma reorganização da teoria e da prática da assistência. Nos estudos de saúde, é hegemônica a preocupação com questões tecnológicas, diagnósticos e tratamento de enfermidades, em detrimento das estratégias de prevenção de agravos e promoção da saúde, principalmente para grupos minoritários (VILLARDI; CYRINO; BERBE, 2015). Tais questões são reivindicadas nas falas das participantes e conformam o modelo de saúde que constitui a atenção prestada.

As questões que envolvem na contemporaneidade a formação de profissionais da área da saúde apontam para necessidade de construção de um novo modo de ensinar e aprender, o que repercute na sociedade, na atuação profissional e nas universidades, produzindo alterações na formulação de currículos e projetos pedagógicos de curso (VILLARDI; CYRINO; BERBE, 2015). Esse é um processo que envolve a macropolítica em um contexto social dinâmico, porém com fortes marcas das verdades estabelecidas para a sexualidade humana

Formar profissionais de saúde preparados para as exigências da sociedade moderna, cujas práticas permitam um diálogo com a realidade e a adesão efetiva às políticas de saúde, as formulações pedagógicas das instituições de ensino superior devem conter: capacidade de análise do contexto das práticas realizadas; compreensão do processo de práxis em saúde; exercício de uma escuta sensível das pessoas; atenção aos problemas e necessidades contemporâneas; senso crítico e percepção de totalidade em relação às intervenções realizadas; e permanente reflexão crítica sobre suas ações de trabalho (PAIM, 1996).

Pesquisas que abordam a temática no curso de graduação em Saúde Coletiva, consideram indispensáveis disciplinas obrigatórias que problematizem a ideia do natural ou inato, relativo à dimensão biológica do corpo, tendo em vista que essa ideia em geral está

fixada em uma matriz heteronormativa, sendo necessário, constantemente, questioná-la, bem como o modo como isso afeta o cuidado (SILVA; PAULINO; RAIMONDI, 2020).

Sensibilizar e qualificar profissionais para desenvolver novas abordagens no atendimento aos grupos vulneráveis constitui um tema de difícil enfrentamento no plano institucional. Não apenas do ponto de vista da organização de ações, mas, sobretudo, porque, institucionalmente, há que se lidar com questões teóricas cruciais. Uma delas é estabelecer a distinção entre a ideia restritiva de tolerância à diversidade e as ideias de reconhecimento e respeito à diferença. Outra, é compreender o caráter de ferramenta de luta política do multiculturalismo, que embasa muitas discussões sobre questões identitárias (SIQUEIRA; HOLANDA; MOTA, 2017, p.1403).

A área da saúde é transversalizada por diversos campos constituídos de correlação de forças no contexto social, político, econômico. Assim, a formação de profissionais de saúde e o campo das práticas de saúde ainda não conseguiram ser suficientemente inclusivos para acolher demandas das mulheres que se relacionam com outras mulheres e cuja sexualidade não se estrutura a partir da heteronormatividade compulsória (VALADÃO, 2011).

Por esse motivo, pauta-se uma luta para transformar a prática que exclui as lésbicas e mulheres bissexuais em “hábito” que as incluem de atendimentos adequados e no atendimento integralizado de uma forma geral. Logo, faz-se necessário estreitar a parceria com o campo científico e consolidar a aliança entre o campo das políticas sociais e os movimentos sociais. Esse caminho já foi iniciado, porém o caminho a percorrer ainda é longo e representado por uma escassa produção científica nacional.

As participantes do estudo não se isentam da responsabilidade individual e social pela busca de melhores possibilidades de acesso e cuidado, apresentaram em seus discursos sobre a necessidade política dessa mobilização social para construção e consolidação de propostas e direitos à saúde.

No momento em que são questionadas sobre as estratégias e possibilidades de mudanças para o cuidado às mulheres lésbicas, as participantes apresentam estratégias que vão além do espaço em que podemos atuar. Dos seus locais de fala percebem questões sociais de suas experiências concretas e apontam saídas que alcançam as instâncias gestoras, a formação e as práticas profissionais.

A integralidade na sua dimensão prática nos convida a cuidar das pessoas em suas especificidades. É possível haver um atravessamento de olhares que interfira no processo de cuidado, acesso e qualidade dos serviços, por meio de política de caráter transversal, que alcance mulheres lésbicas como pessoas vulneradas com interseccionalidade de opressões, o

que requer participação social e construção de consensos para formulação política (SIQUEIRA; HOLANDA; MOTA, 2017).

Com o intuito de contribuir com a autonomia de pessoas, a educação em saúde envolve estímulos com vistas a atitudes conscientes diante das demandas de grupos específicos, criando um espaço para o aprimoramento de conhecimentos e práticas. Profissionais de enfermagem possibilitam este cuidado a partir de orientações de cuidado acerca das especificidades, visando conscientização e participação ativa dos usuários (FIGUEIREDO, 2020).

Em se tratando da saúde da mulher, há limites sociais da heteronormatividade que marginalizam especificidades ao voltar-se especialmente a questões de saúde reprodutiva nos seus diversos ciclos, desconsiderando demandas orientadas pelas especificidades de pessoas envolvidas no atendimento relativos às suas bases sociais, às inter-relações, à realização pessoal, ao prazer, às interações corporais sexuais, à dimensão afetiva - constituintes da sexualidade, para tal, orientações de educação sexual seriam fundamentais.

A superação da ótica heteronormativa da atenção à saúde requer reconhecer os riscos relativos às vivências de mulheres bissexuais e lésbicas, o que inclui suas práticas sexuais. Se a mulher tem vida sexual ativa; qual a situação conjugal; com quem se relaciona e como é o caminho para acessar a atenção à saúde, bem como possibilitar um espaço livre para o diálogo e exposição de demandas por parte das mulheres lésbicas que buscam por atendimento (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE, 2011).

O risco individual deve ser considerado ao fazer uma investigação dos sinais clínicos e possíveis sintomas apresentados seguindo as Diretrizes Brasileiras para o rastreamento do câncer de colo de útero e mama. É importante considerar que mulheres com múltiplos parceiros/as tem maior risco; àquelas que tiveram mais de um parceiro sexual masculino; foram infectadas outrora pelo HPV; houve alguma anormalidade em exame citopatológico anterior detectado. As mulheres que se relacionam exclusivamente com mulheres também apresentam riscos e devem ser avaliadas do mesmo modo (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE, 2011).

Em se tratando do câncer de mama, apesar de não haver estudos que retratem esta relação diretamente sobre mulheres lésbicas, é importante considerar que mulheres nulíparas e que nunca amamentaram tem riscos aumentados, sendo essa condição comum a mulheres lésbicas. Assim, é importante considerá-los especialmente pelo afastamento que elas têm das rotinas de atendimento, realizando menos mamografia, autoexames e consultas de modo

geral, causadas pelo afastamento e apagamento dos serviços de saúde (MONTEIRO, *et al.*, 2019).

É também importante analisar as vulnerabilidades a que se expõem mulheres lésbicas em função de hábitos de vida, para desse modo, construir estratégias para o cuidado à saúde e monitoramento dos riscos. Em relação a ISTs, por exemplo, a troca de fluidos pode ser responsável por transmissões na ausência de algum tipo de método preventivo de barreira (LIMA; SALDANHA, 2020). Assim, como as demais mulheres, o rastreamento é necessário com investigação periódica, o que inclui também as parcerias, investindo na prevenção e intervindo adequadamente nos agravos.

Apesar dos avanços consideráveis relacionados a questões como: representatividade, mobilização social e articulação entre movimentos, as militantes e ativistas ressaltam o atraso na implementação de políticas públicas direcionadas a este grupo, principalmente em questão de cuidados a saúde (ONUMULHERES, 2019). Entre as participantes do nosso estudo é também visto como necessário mobilização coletiva com intuito de lutar pela visibilidade que lhes é tirada, organizarem-se enquanto grupo com intuito de garantir escuta.

Um dos desafios para a vida das mulheres lésbicas é a dificuldade de fazer avançar respostas às demandas da categoria. “Se for fazer uma análise, ainda estamos na mesma pauta de 10 anos atrás. Em comparação com outros movimentos LGBT, avançamos muito pouco. Pautas de 1996 do primeiro Senale ainda não foram atendidas”, destaca Michele Seixas, assistente social e integrante do Grupo Assessor da Sociedade Civil Brasil (GASC) da ONU Mulheres (ONUMULHERES, 2019).

Dentre as estratégias que as mulheres apresentam como possibilidade de caminho para as lacunas apresentadas é a utilização das redes sociais e internet como veículo de busca e compartilhamento de informações. É importante ressaltar que a diversidade de informações que estão disponíveis faz com que esse meio necessite ser usado de modo seletivo. Será útil também profissionais para atingir mais mulheres lésbicas que estejam desassistidas ou para agregar mais informações sobre contextos das experiências de mulheres lésbicas de modo a ser um facilitador sobre a compreensão de realidades.

De fato, a internet é uma das principais fontes de informações da atualidade. Em relação a saúde, possui sites que permitem livre acesso a todo tipo de informação, desde a compra de medicamentos até a busca sobre diagnósticos, passando por orientações, páginas pessoais e fóruns virtuais (GARBIN; GUILAM, 2012).

Não tem como não refletir sobre os pontos negativos do uso dessa ferramenta. Primeiramente, em relação ao acesso que não é igualitário para todos. Posteriormente, sobre a

qualidade da informação que é oferecida por ela, muitas vezes incompleta, contraditória, incorreta, excessiva ou até fraudulenta. É um verdadeiro "Dilúvio de Informações" a que as pessoas são expostas, podendo gerar mais incertezas do que certezas (GARBIN; GUILAM, 2012). Ainda tem a dificuldade de compreender as informações encontradas e de filtrar uma informação de qualidade.

A exploração midiática também é feita de forma indireta sob o pretexto de informar, contribuindo com processos ideológicos, num exercício de biopoder (FROSSARD, 2016). Todavia, a internet pode ser uma aliada na construção de projetos de promoção da saúde por meio de fóruns, grupos de discussão, palestras difundidas mais facilmente, eventos voltados a grupos que tenham dificuldade de acesso a informações, que é este o caminho anunciado pelas mulheres lésbicas participantes do estudo. Atualmente, os grupos/fóruns de discussão na internet constituem um recurso importante nas trocas de experiências.

É relevante apontar neste contexto que os discursos das participantes evidenciam que há necessidade de uma macro política includente que dê suporte e, de fato, garanta mudanças na atenção a mulheres lésbicas com acolhimento de pessoas que tem demandas para o cuidado. As ferramentas e sugestões propostas são formulações coletivas de um grupo em realidades específicas, mas certamente aplicáveis a outros espaços similares.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desta pesquisa evidenciam demandas de saúde de mulheres lésbicas inseridas em diferentes contextos e produz subsídios para o cuidado orientado pela integralidade. Apontam para a necessidade de mudanças estruturais que resultem em práticas de saúde sob novo paradigma, o que envolve o modelo de formação profissional e de atenção à saúde.

A escolha de municípios de diferentes portes para realização da pesquisa possibilitou uma análise ampliada das experiências apresentadas. Observou-se que, há pontos que convergem e independem da diferença desses territórios, pois há no imaginário social representações incorporadas sobre a homossexualidade que marginaliza mulheres lésbicas deixando-as desassistidas.

Em contrapartida, os municípios de pequeno e médio porte apresentam maiores similaridades e se distanciam na mesma proporção do M3. Percebe-se que nos municípios M1 e M2, que são de pequeno e médio porte, respectivamente, as mulheres lésbicas destacam em suas falas a tentativa de um cuidado direcionado por ações de cunho preventivo e individual, porém fazem exames apenas “quando precisam” e tem maior dificuldade em adotar lesbianidade enquanto identidade por medo ou receio de algum tipo de violência.

Em relação ao M3, município de grande porte, as participantes da pesquisa contam com uma rede de apoio e consideram uma forma de cuidado. As participantes destacaram em suas falas a participação em grupos e atividades coletivas como forma de atenção à saúde sexual, o que faz diferença no cuidado, pois agrega informações através de trocas coletivas e as fortalecem enquanto pessoas que possuem uma identidade que precisa de atenção e é tão marginalizada.

Sobre a autonomia dos corpos das mulheres, o debate é perpassado pelo machismo de forma visceral. Nos discursos das participantes do M1 e M2 são apresentadas demandas para o cuidado à saúde sexual, foco adotado por todas, mas são as experiências reprodutivas que interessam ao serviço de saúde e se não se apresenta como demanda, profissionais não sabem conduzir o diálogo para as vivências da sexualidade. O mesmo se repete com frequência no M3, mas nas falas das participantes, isso não aparece como o maior dos incômodos, por apresentarem alternativas para o cuidado, como a rede de apoio anteriormente mencionada.

Em toda a discussão, a heteronormatividade compulsória perpassa e conforma as relações sociais adentrando as relações de profissionais e usuárias, enquanto pessoas a serem cuidadas pelos serviços. Nesse sentido, a heteronormatividade foi evidenciada em todos os

discursos, de forma implícita ou explícita, como direcionamento da condução de profissionais envolvidos com o cuidado. As participantes, nesse sentido, indicam a necessidade de intervenções na formação profissional com vistas a alterar o projeto político-pedagógico na direção de novo paradigma e, em consequência, mudanças na organização dos serviços e nas práticas em saúde. Assim, busca-se preencher lacunas e mudar visões de mundo ressignificando o cuidado, com acolhimento e respeito a singularidades.

Os enfrentamentos são diversos diante desse contexto desigual que oprime, silencia e apaga as necessidades, demandas e identidade de mulheres lésbicas. A posição da família, universidade, escola, igreja, serviços de saúde tem repercussões na vida de modo geral. São várias as instituições a reproduzir o padrão que estigmatiza e sedimenta socialmente a homoafetividade lésbica como desviante da norma heterossexual estabelecida como verdade. Estes conflitos diários tornam os contextos vivenciados perigosos, violentos, vulneráveis para mulheres lésbicas e faz dos espaços de saúde lugar de desigualdade e preconceitos.

As mulheres lésbicas participantes da pesquisa relataram um predomínio da normatização de valores que representam dogmas sobre o que é certo ou errado, aceitável ou inaceitável para a convivência social, isso invade os serviços de saúde e o fato de não ter suas individualidades respeitadas e demandas consideradas ou reconhecidas, configura um atendimento que vai na contramão da integralidade.

Discutir a integralidade no contexto do cuidado à mulher lésbica requer acolhimento, escuta sensível, reconhecimento e compreensão das demandas, equidade da atenção e ações efetivas e resolutivas, reconhecendo o desejado e o necessário para a saúde das mulheres que se relacionam homoafetivamente.

As participantes dão aos seus discursos sentidos para a atenção que requerem a integralidade, considerando necessidades e desejos a serem acolhidos e respondidos segundo o contexto em que se inserem suas demandas e como pessoas singulares. Essa orientação visa fortalecer a prevenção, a promoção e a recuperação de saúde que são afetadas por práticas de saúde descontextualizadas.

As posições apresentadas coadunam com a ideia de que o serviço de saúde marginaliza as experiências da mulher que se relaciona afetivo e sexualmente com outra mulher. Reconhecer o local, a voz e o contexto em que cada grupo vivencia suas experiências mostrou-se relevante por evidenciar questões que as tornam populações vulneradas. Ao mesmo tempo, conhecer a posição dos grupos estudados e o que propõem como saídas para a equidade e a garantia de acesso como princípio do SUS oferece subsídios para implementação de políticas públicas.

É fundamental reafirmar que a visibilidade é importante e necessária para que a imagem de ser abjeta atribuída a mulheres lésbicas e pessoas LGBTQIA+ (Lésbicas, Gays, Travestis, Transexuais, Queer, Intersexo) e questões ainda desconsideradas passem a fazer parte das agendas políticas para fortalecimento e formulação de políticas de saúde visando a integralidade do cuidado. Nesse sentido, as participantes propõem ações que possam atingir também as mulheres com menor acesso a conhecimento e que, diante de preconceitos, estigmas e exclusões se distanciam da rede de saúde.

Os municípios de médio e grande porte indicam investir na formação profissional, considerando o potencial da Universidade para as mudanças requeridas. Essa ainda presa a currículo heteronormativo e construído nas bases do modelo biomédico e conservador de saúde.

Dentre as dificuldades apresentadas, o limite da atenção à saúde é dado pela ampla vulnerabilidade social afetada pela invisibilidade das mulheres lésbicas, desrespeito na relação profissional e usuárias e a violência institucional, em um contexto da heteronormatividade imbrincada na conformação atual da atenção à saúde.

Esse panorama reduz as possibilidades de cuidado, afeta a busca dessas mulheres por atendimento e pelo autocuidado e retarda medidas preventivas e soluções para diversos problemas. Há presunção de informações sobre as pessoas atendidas que afeta a condução da atenção baseada em um modelo excludente e estigmatizante que desrespeita as demandas de mulheres lésbicas e as mantém marginalizadas.

Assim, o reconhecimento de suas demandas é essencial para a proposição de estratégias e neste caso, o comprometimento coletivo em buscar ações é uma necessidade para garantir voz num contexto tão desigual e fragilizado pelos padrões vigentes e vários outros marcadores.

As mudanças propostas, desde as ações mais imediatas até as de médio e longo prazo requerem a construção de intervenções e mobilizações que possam dar maior visibilidade à mulher lésbica como pessoa de direitos, cuja orientação sexual constitui uma possibilidade de se vivenciar desejos e experiências sexuais como exercício de liberdade. Assim, a educação para a saúde sexual e a educação permanente na perspectiva emancipatória precisam ser incluídas em projetos político- pedagógicos da formação em saúde reconstruídos sob novas bases e parte de políticas públicas efetivas e includentes. A internet é também considerada como veículo eficiente e difusor de informações para mulheres lésbicas, sendo necessário garantir que tais informações tenham credibilidade para também se constituir espaço de organização e de ação política.

Formação de grupos, coletivos ou os chamados guetos são considerados espaços de fortalecimento das mulheres lésbicas, ao permitirem compartilhamento de informações, que podem estar configurados em diferentes espaços físicos e na internet, mídias/redes sociais, que se constituem algumas vezes como o único espaço de cuidado. Há formas alternativas de cuidado que são disseminadas nesses espaços, com o intuito de possibilitar um caminho para a atenção que necessitam.

Algumas estratégias são apontadas como facilitadoras da difusão de informações. Uso de cartazes informativos, panfletos, ações em datas importantes para mulheres lésbicas, inclusão e destaque de mulheres lésbicas em ações e campanhas para prevenção de cânceres; não fazer presunções sobre orientação sexual e vida sexual das mulheres; discutir sobre violências, investigar situações de sofrimento, conhecer hábitos de vida, uso de álcool e outras drogas estimular a fala das mulheres, organizar grupos de conversa que mantenham as mulheres acolhidas; ampliação de estudos sobre a temática; realização de eventos e disseminação de informações e inclusão da temática LGBT nos currículos das profissões de saúde.

O conhecimento produzido pela pesquisa permite afirmar a partir da análise das experiências relatadas por mulheres lésbicas nas relações pessoais e com os serviços de saúde que estereótipos e preconceitos sobre quem contraria a heteronormatividade alimentam o modelo de formação e de atenção à saúde, veiculando poder e verdades estabelecidas estruturantes de mentalidades. Assim, a análise de discurso aplicada às experiências relatadas mostram que as bases em que se apoiam a formação e as práticas profissionais em saúde mantêm as mulheres lésbicas como população vulnerada, estando na invisibilidade sua existência lésbica, e em consequência, as suas demandas por cuidado.

Urge que seja garantido na rede de atenção espaço para o cuidado a mulheres em relacionamento homoafetivo e que políticas sejam efetivamente implementadas por profissionais com qualificação para o cuidado a mulheres lésbicas, reconhecendo-as como pessoas com poder sobre seu corpo e sua vida.

Acessar temas como orientação sexual e sexualidade, muitas vezes considerados tabus pela sociedade pode apresentar dificuldades, pelo próprio desafio apresentado pelos temas que já lhes provocam obstáculos em suas vivências. No entanto, a técnica do grupo focal possibilitou acolhimento e escuta compartilhada de suas falas, tornando o ambiente e situação mais propício para uma abordagem tranquila e com menos dificuldades em relação às temáticas. A entrevista proporcionou espaço de fala para temas que, porventura, não tenham sido atingidos em sua totalidade pela participante, tendo em vista a mencionada dificuldade de

fala ou quaisquer outros motivos. Associando as técnicas, foi possível atingir os objetivos da pesquisa quanto à temática.

A técnica da bola de neve utilizada para ter acesso às participantes foi bastante relevante, tendo em vista as dificuldades de se mostrar lésbica publicamente e conseqüentemente, a dificuldade em acessá-las. A técnica originou o acesso a grupos de participantes com bastante semelhanças sociais, econômicas e culturais dos contextos em que estão inseridas. Mas, cabe ressaltar que as demandas foram investigadas de modo a esgotar para o momento, discussão sobre o que as mulheres lésbicas participantes do estudo consideram como relevante para elas.

As contribuições do estudo perpassam a área de conhecimento da enfermagem e cuidados à saúde, pois o que emerge como demandas de mulheres lésbicas faz interseção com diferentes campos disciplinares e espaços em que transitam. Reconhecer e discutir especificidades que são apagadas pela heteronormatividade pode se constituir caminho para mudanças do modelo de atenção e da formação profissional em diferentes áreas, bem como também favorecer o empoderamento das mulheres lésbicas.

Como lacunas do estudo, é importante considerar que, ainda que os discursos se assemelhem, a abordagem qualitativa não nos permite a generalização dos resultados. Além disso, a escassez de estudos sobre o tema dificulta uma análise comparativa com outras realidades.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, A. B; BRANDÃO, P. R. B. **Geografia de Salvador**, 2 ed., Salvador, 2009. Disponível em:
<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ufba/587/3/Geografia%20de%20Salvador%20.pdf>.
 Acesso em: 30 jun. 2019.
- AYRES, José Ricardo. Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.16, n.40, p.67-81. 2012.
- BACKES, Dirce Stein; COLOMÉ, Juliana Silveira; ERDMANN, Rolf Herdmann; LUNARDI, Valéria Lerch. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **O Mundo da Saúde**, v.35, n. 4, p. 438-442, 2011. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/grupo_focal_como_tecnica_coleta_analise_dados_pesquisa_qualitativa.pdf>. Acesso em: Set. 2018.
- BARBOSA, Regina Maria; FACCHINI, Regina. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, supl. 2, p. s291-s300, 2009. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001400011&lng=en&nrm=iso>. Access on 02 Oct. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001400011>.
- BARBOUR, Rosaline. **Grupos focais**. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- BARLETT, Katharine T. Métodos Juristas Feministas. In: MORALES, Félix; FERNANDEZ, Marisol. (Orgs.) **Métodos feministas em el derecho**: aproximaciones críticas a la jurisprudência peruana, Lima: Palestra, 2012, p. 19-116.
- BEZERRA, Marcos Vinicius da Rocha et al . Política de saúde LGBT e sua invisibilidade nas publicações em saúde coletiva. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 43, n. spe8, p. 305-323, 2019 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019001300305&lng=en&nrm=iso>. access on 02 Mar. 2021. Epub Aug 07, 2020. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019s822>.
- BOURDIEU, Pierre. **Coisas ditas**. São Paulo: Brasiliense, 1990.
- BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.
- BRANDÃO, Flávia Inês Barbosa. **Orientação sexual de gêmeos no Norte do Brasil**. Dissertação (Mestrado em Neurociências e Comportamento) - Programa de Pós-Graduação em Neurociências e Comportamento, Universidade Federal do Pará. Belém, PA, 2017.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 1988. Disponível em:
 <www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 22 abr. 2017.

_____. **Lei 8.080**, de 11 de setembro de 1990. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília, DF, 12 set. 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2011.

_____. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília, 2012a.

_____. **Resolução 466/12, regulamenta os procedimentos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 2012b.

_____. Departamento de Atenção Básica. **Controle de cânceres do colo do útero e da mama**. 2. ed. Brasília, 2013.

_____. **Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais**. Brasília, 2014.

_____. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Relatório da Oficina Atenção à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais realizada em Brasília de 23 a 25 de abril de 2014**. Brasília, 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres/** Ministério da Saúde, Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília, 2016.

_____. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução nº 26, de 2017**. Dispõe sobre o II Plano Operativo (2017-2019) da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT) no âmbito do Sistema Único de Saúde., Brasília, DF, 28 set. 2017.

BRITO-SILVA, Keila; BEZERRA, Adriana Falangola Benjamin; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Direito à saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 249-260, Mar. 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000100019&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Oct. 2018. Epub Apr 19, 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012005000014>.

BRITTAIN, D.R; DINGER M.K. An examination of health inequalities in college students by sexual orientation identity and sex. **Journal of Public Health Research**, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25918696> Acesso: Set. 2018

BROWN, R.; MCNAIR, R.; SZALACHA, L.; LIVINGSTONE, P.M; HUGHES, T. Cancer risk factors, diagnosis and sexual identify in the Australian longitudinal study of women's health. **Women's Health Issues**, v. 25, p. 509-16, 2015. Disponível em: [https://www.whijournal.com/article/S1049-3867\(15\)00041-9/fulltext](https://www.whijournal.com/article/S1049-3867(15)00041-9/fulltext) Acesso em Out. 2018.

BUTLER, Judith. **Problemas de gênero**. Feminismo e subversão da identidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.

BUTLER, Judith. **Quadros de guerra: quando a vida é passível de luto?** 2. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016.

CABRAL, Letícia da Silva. **HOMOSSEXUALIDADES FEMININAS NO CONTEXTO DO SUS: Investigação dos cuidados clínicos de enfermagem.** 2017. 107f. Dissertação (Mestrado em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde) - Programa de Pós-graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-CE, 2017.

CAMARGO JUNIOR, Kenneth R.. Das necessidades de saúde à demanda socialmente constituída. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubens Araújo de (Orgs.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos.** 2. ed. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS, UERJ, ABRASCO, 2010.

CARDOSO, Fernando Luiz. O conceito de orientação sexual na encruzilhada entre sexo, gênero e motricidade. **Interam. j. psychol.** Porto Alegre, v. 42, n. 1, p. 69-79, abr. 2008. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-96902008000100008&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 22 jun. 2018.

CARDOSO, Michelle Rodrigues; FERRO, Luís Felipe. Saúde e população LGBT: demandas e especificidades em questão. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 32, n. 3, p. 552-563, 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932012000300003&lng=en&nrm=iso>. access on 16 Oct. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932012000300003>.

CAPRONI NETO, Henrique Luiz; BICALHO, Renata de Almeida. VIOLÊNCIA SIMBÓLICA, LESBOFOBIA E TRABALHO: UM ESTUDO EM JUIZ DE FORA. **HOLOS**, [S.l.], v. 4, p. 249-265, set. 2017. ISSN 1807-1600. Disponível em: <<http://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/view/5871>>. Acesso em: 29 mar. 2021. doi:<https://doi.org/10.15628/holos.2017.5871>.

CARNEIRO, Ana Jaqueline Santiago; COELHO, Edméia de Almeida Cardoso. Integralidade do cuidado na testagem anti-HIV: o olhar das mulheres. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 66, n. 6, p. 887-892, Dec. 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000600012&lng=en&nrm=iso>. access on 13 Oct. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000600012>.

CARNUT, Leonardo. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1177-1186, Dec. 2017. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000401177&lng=en&nrm=iso>. access on 29 Mar. 2021. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711515>.

CARVALHO, Cintia Sousa; CALDERARO, Fernanda; SOUZA, Solange Jobin e. O dispositivo "saúde de mulheres lésbicas": (in)visibilidade e direitos. **Rev. psicol. polít.**, São Paulo, v. 13, n. 26, p. 111-127, abr. 2013. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2013000100008&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 29 nov. 2017

CARVALHO, Marília Pinto de. O conceito de gênero: uma leitura com basenos trabalhos do GT Sociologia da Educação da ANPEd (1999-2009). **Rev. Bras. Educ.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 46, p. 99-117, Apr. 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782011000100006&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Oct. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-24782011000100006>.

CASE, P.; BRYN, A. S.; HUNTER, D.J.; MANSON, J.E.; MALSPEIS, S.; WILLET, W.; SPEIGELMAN, D. Sexual Orientation, Health Risk Factors, and Physical Functioning in the Nurses' Health Study II. **Journal of Women's Health**, v. 13, p. 1033-1047, 2013. Disponível em <https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/jwh.2004.13.1033>, 10.1089/jwh.2004.13.1033.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R.A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJIMS-Abrasco. 2009. p.113-26.

COELHO, Edméia de Almeida Cardoso et al. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 154-160, Mar. 2009. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000100021&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Oct. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452009000100021>.

CORCORAN, Nova. Promoting health in lesbian and bisexual women: it is not just about behaviour change, **J Clin Nurs**. v. 26, n. 21-22, p. 3742-3750, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27648833> Acesso Set. 2018 doi: 10.1111/jocn.13589.

COSTA, AAA; SARDENBERG, CMB; MACÊDO, MS; FERNANDES, FBM. Uma conversa franca com MH/SAM Bourcier sobre correntes feministas e queer na contemporaneidade. **Feminismos**, Salvador, v. 3, n. 2 e 3, maio/dez, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/feminismos/article/view/30143/17816> Acesso em setembro de 2020.

COLLINS, Patricia Hill. **Black Feminist Thought: Knowledge, Consciousness, and the Politics of Empowerment**. New York: Routledge, 1999.

CRISPIM, Josefa Eliziana B. et al. Assistência de enfermagem à mulher lésbica e bissexual na atenção básica: protocolo de atendimento. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, [S.l.], v. 10, p. 34-39, june 2018. ISSN 2175-5361. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/7599>>. Acesso em: 02 oct. 2018. doi:<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i3.34-39>.

DATASUS. Ministério da Saúde (BR): Epidemiologia e Morbidade. **Casos de AIDS**. 2006-2016. Disponível em: www2.aids.gov.br/cgi/defthtm.exe?tabnet/ce.def. Acesso em: Nov 2017.

DAVIS, Madeleine; KENNEDY Elisabeth. History and the study of sexuality in the lesbian community: Buffalo, Nova Iorque, 1940-1960". In: DUBERMAN, Martin B.; VICINUS,

Martha; CHAUNCEY, Georges (orgs.). **Reclaiming the gay and lesbian past**, Nova Iorque, Penguin Books, 1989.

DOLCI, Germán Fajardo; GUTIÉRREZ, Juan Pablo; GARCÍA-SAISÓ, Sebastián. Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. **Salud Pública Mex**, v. 57, p.180-186, 2015. Disponível em: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=56981> Acesso em 08. Out. 2018.

DONALD, G. In Rare Case, Woman With H.I.V. Infects Female Sex Partner, C.D.C. Says. **New York Times**, Nova York, 14 Mar 2014, Health. Disponível em: http://www.nytimes.com/2014/03/15/health/in-rare-case-woman-with-hiv-infects-female-sex-partner-cdc-says.html?_r=0 Acesso em: 08 de set.de 2018.

ELISON, M.J; INGRAHAM, N; FOGEL, S.C; MCELROY, J.A; LORVICK, J.; MAUERY, D.R; HAYNES, S. A systematic review of the literature on weight in sexual minority women. Women's. **Health Issues**, n. 25, p. 162-75, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25747521> Acesso: Set. 2018

EMORY, K.; KIM, Y.; BUCHTING, F.; VERA, L.; HUANG, J & EMERY, S.L. Intragroup variance in lesbian, gay, bisexual tobacco use behaviours: evidence that subgroups matter, notably bisexual women. **Nicotine Tobacco Research**. v. 18, p. 1494-501, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5896797/> Acesso em Julho. 2018.

FACCHINI, REGINA; BARBOSA, REGINA MARIA. **Dossiê saúde das mulheres lésbicas: promoção da equidade e da integralidade**. Belo Horizonte; s.n; 2006. 43 p. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/dossie_da_saude_da_mulher_lesbica.pdf

FALQUET, JULES. De la cama a la calle: perspectivas teóricas lésbico-feministas. Bogotá: **Brecha lésbica**, 2006.

FALQUET, Jules. Romper o tabu da heterossexualidade: contribuições da lesbianidade como movimento social e teoria política. **Cadernos de Crítica Feminista**: Ano VI, n. 5, 2012

FERNANDES, Marisa; SOLER, Luiza Dantas; LEITE, Maria Cecilia Burgos Paiva. Saúde das mulheres lésbicas e atenção à saúde: nem integralidade, nem equidade diante das invisibilidades. **Diversidade Sexual e de Gênero**. v. 19, n. 2, 2018. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/09/1016485/bis-v19n2-diversidade-37-46.pdf>. Acesso 20 marc. 2021.

FERREIRA, Guilherme Gomes; AGUINSKY, Beatriz Gershenson. Movimentos sociais de sexualidade e gênero: análise do acesso às políticas públicas. **Rev. katálysis**, Florianópolis , v. 16, n. 2, p. 223-232, Dec. 2013. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802013000200008&lng=en&nrm=iso. access on 15 Mar. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-49802013000200008>.

FIGUEIREDO, M.L. Educação Sexual e Reprodutiva para Adolescentes na Atenção Primária: uma Revisão Narrativa. **Ensaio e Ciência.**, v. 24, n. 1, p. 82-87, 2020. Disponível em: <https://revista.pgsskroton.com/index.php/ensaioeciencia/article/view/7404> Acesso em maio de 2020. <https://doi.org/10.17921/1415-6938.2020v24n1p82-87>

FIORIN, José Luiz; SAVIOLI, Francisco Platão. **Para entender o texto: leitura e redação.** 18 ed. São Paulo: Ática, 2007.

FIORIN, José Luiz. **Linguagem e ideologia.** 1 ed. (rev. e atualizada)- São Paulo: Ática, 2011.

_____. **Elementos de análise do discurso.** 15. ed. 3ª reimpressão. São Paulo: Contexto, 2016.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009

FOUCAULT, Michael. **História da sexualidade 2: O uso dos prazeres.** Rio de Janeiro, Edições Graal, 1984.

_____. **História da sexualidade 3: O cuidado de si.** Rio de Janeiro, Edições Graal, 1985.

_____. **História da Sexualidade: A vontade de Saber.** Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

_____. **A ordem do Discurso.** São Paulo: Edições Loyola, 1996.

_____. **História da Sexualidade I: a vontade de saber.** Rio de Janeiro: Edições Graal, 1999.

FONTOURA, Rosane Teresinha; MAYER, Cristiane Nunes. Uma breve reflexão sobre a integralidade. **Rev. bras. enferm.** [online]. 2006, vol.59, n.4, pp. 532-536.

FRACOLLI, Lislaine Aparecida et al . Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1135-1141, Oct. 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000500015&lng=en&nrm=iso>. access on 20 Marc. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000500015>.

FRANCO, Túlio Batista.; MERHY, Emerson Elias. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R.A. (Orgs.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos.** Rio de Janeiro: Cepesc/Uerj/Abrasco, 2005. p.181-93.

FRANCO, Túlio Batista; MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio Miranda. Integralidade na assistência à saúde: a organização nas linhas do cuidado. In: MERHY, Emerson; FRANCO, Túlio Batista et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** São Paulo: HUCITEC, 2003.

FREIRE, Paulo. **Educación y cambio**. Buenos Aires: Galerna; 2002.

FROSSARD, V.C; DIAS, M.C.M O impacto da internet na interação entre pacientes: novos cenários em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online]. 2016, v. 20, n. 57 [Acessado 9 Junho 2021] , pp. 349-361. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622014.1334>>. Epub 16 Fev 2016. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.1334>.

GAIO, Roberta Cortez. (Org.). **Metodologia de pesquisa e produção de conhecimento**. 1ª ed. Petrópolis - RJ: Editora Vozes, 2008. v. 1. 221 p.

GARBIN, H.B.R; GUILAM, M.C; RODRIGUES; PEREIRA NETO, A.F. Internet na promoção da saúde: um instrumento para o desenvolvimento de habilidades pessoais e sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online], v. 22, n. 1 [Acessado 10 Junho 2021] , pp. 347-363, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000100019>>. Epub 12 Abr 2012. ISSN 1809-4481. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000100019>.

GATTI, Bernardete Angelina. **Grupo focal na pesquisa em Ciências sociais e humanas**. Brasília: Líber Livro 2005.

GOFFMAN, Erving. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

GOMES, Rafael da Silveira; PINHEIRO, Roseni; GUIZARDI, Francini Lube. **A orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes**. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubens Araújo (Orgs.). **Construção social da demanda: 147 direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. 2. ed. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS, UERJ, ABRASCO, 2010.

GORDÓN, Floralba Aguilar. Reflexiones filosóficas sobre la tecnología y sus nuevos escenarios. **Sophia-Colección de filosofía de la educación**., v. 11, n. 1, 2011. Disponível: <https://revistas.ups.edu.ec/index.php/sophia/article/view/11.2011.06>. Acesso em Set. 2018.

HARAWAY, Donna. Saberes Localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cadernos Pagu**, v. 5, p. 07-41, 1995.

HARDING, Sandra. *Whose Science? Whose knowledge?*. Ithaca, NY: Cornell University Press, 1991.

_____. Introduction: standpoint theory as a Site of Political, Philosophic, and Scientific Debate. In: HARDING, Sandra (Ed.). **The Feminist standpoint theory Reader: Intellectual and Political Controversies**. New York: Routledge, 2004.

HARTSOCK, N. The feminist standpoint: developing the ground for a specifically feminist historical materialism. In: S. HARDING & M. D. HINTIKKA, (Eds.), **Discovering reality: feminist perspectives on epistemology, metaphysics, methodology and philosophy of science** Dordrecht: D. Reidel Publishing, p. 283-310, 1983.

HEALTHY PEOPLE 2020. Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Health, 2014.

HERMAN, D. Compulsory Heterosexuality and the Queering of Southern Lines. In: TRAVIS S., KRAEHE A., HOOD E., LEWIS T. (eds) **Pedagogies in the Flesh**. Palgrave Macmillan, 2018. Disponível em: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-59599-3_19 https://doi.org/10.1007/978-3-319-59599-3_19 <https://www.healthypeople.gov/2020/> Acesso em: Nov. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. CIDADES@. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/?codmun=291760> Acesso em: 30 jun. 2019.

JACKMAN, K.; HONIG J & BOCKTING, W. Non suicidal self-injury among lesbian, gay, bisexual and transgender populations: an integrative review. **Journal of Clinical Nursing Jun 7**, 2016. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.13236>. Acesso: Set. 2018.

JESSIE, V; FORD, ECV; ITOR, F; et al. Why Pleasure Matters: Its Global Relevance for Sexual Health, Sexual Rights and Wellbeing , **International Journal of Sexual Health.**, v. 31, n. 3, p. 217-230, 2019. Disponível em: DOI: 10.1080 / 19317611.2019.1654587. Acesso Set. 2020.

JESUS, Jaqueline Gomes de. Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos. **Ser-Tão**, 2012. Disponível em: <https://www.sertao.ufg.br/n/42117-orientacoes-sobre-identidade-de-genero-conceitos-e-terminos>. Acesso em: 6 jul. 2020.

_____. **Homofobia: identificar e prevenir**. Editora Metanoia. 1 Edição, Rio de Janeiro, 2015.

KNAUTH, Daniela R.; MEINERZ, Nádia E. **As faces da homofobia no campo da saúde**. 2010. Disponível em: <http://www.lblsaudelesbica.blogspot.com>. Acesso em 17 mar. 2021.

KINSEY, A., POMEROY, W., & MARTIN, C. **Sexual behavior in the human male**. Philadelphia: Saunders, 1948.

LAURETIS, Teresa de. **A tecnologia do gênero**. In: HOLLANDA, Heloísa Buarque de. (org). Tendências e impasses. O feminismo como crítica da cultura. Rio de Janeiro: Rocco, p. 206-242, 1994.

LEZNOFF, M; WESTLEY, W.A. **Social Problems**. Oxford University Press. v. 3, n. 4. 1956.

LEVINE, M. P. Gay ghetto. In: NARDI, P. M.; SCHNEIDER, B. E. (Ed.). Social perspectives in lesbian and gay studies: a reader. New York: **Routledge**, p. 194-206, 1998.

LIMA, Michael Augusto Souza de; SALDANHA, Ana Alayde Werba. (In)visibilidade Lésbica na Saúde: Análise de Fatores de Vulnerabilidade no Cuidado em Saúde Sexual de Lésbicas. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília , v. 40, e202845, 2020 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932020000100134&lng=en&nrm=iso>. access on 20 May 2021. Epub Nov 25, 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703003202845>.

MAROJA, M.S.C; ALMEIDA, J.J; NORONHA, C.A. Os desafios da formação problematizadora para profissionais de saúde em um programa de residência multiprofissional. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online], v. 24, 2020., e180616. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/Interface.180616>>. Epub 14 Nov 2019. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/Interface.180616>. Acesso Junho 2021.

MARTINHO, Miriam. **LÉSBICAS BRASILEIRAS: saúde, educação, trabalho, família, questão legal, política e religiosa**. Rede de Informação Um Novo Olhar, São Paulo, Brasil, 1995.

MASON, T.B. Binge eating and overweight and obesity among young adult lesbians. **LGBT Health**, 2016. Disponível em: <https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/lgbt.2015.0119> Acesso em Set. 2018.

MATHIEU, Nicole-Claude. Identité sexuelle, sexuée, de sexe? Trois modes de conceptualisation de la relation entre sexe et genre, *L 'Anatomie politique*. **Catégorisations et idéologies du sexe**, Paris, Côté-femmes, 1991.

MATTOS, Ruben Araújo. Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, Roseni, MATTOS, Ruben Araújo (Orgs.). **Os sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde**. Rio de Janeiro (RJ): UERJIMS-ABRASCO; 2001.

MENGEL, Karl. **A construção sócio-histórica da(s) bissexualidade(s)**. PUC-RIO, Rio de Janeiro, 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 33. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015. (Coleção temas sociais).

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Técnicas de pesquisa: entrevista como técnica privilegiada de comunicação. In: **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, p. 261- 297, 2010.

MILLET, Kate. **Teoria de la política sexual**. México, DF, 1975.

MINNIS, A.M; CATELLIER, D.; KENT, C.; ETHIER, K.A.; SOLER, R.E.; HEIRENDT, W.; HALPERN, M.T & ROGERS T. Differences in chronic disease behavioural indicators by sexual orientation and sex. **Journal of Public Health Management Practice**. 22. S25-32, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4784428/> Acesso em Julho. 2018.

MITCHEL, Juliet. **A Mais Longa Revolução**. **Revista Civilização Brasileira**, Ano III, No. 14, Julho, 1967.

MONEY, Jhon. **Sin, science, and the sex police: Essays on sexology & sexosophy**. New York: Prometheus Books, 1998.

MONTEIRO, Denise Leite Maia et al . Fatores associados ao câncer de mama gestacional: estudo caso-controle. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 6, p. 2361-2369, June 2019 . Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000602361&lng=en&nrm=iso>. access on 20 May 2021. Epub June 27, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018245.18392017>.

MUNHOZ, D. P. Diversidade sexual, relações de gênero e políticas públicas. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 269-270, Apr. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2015000100269&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 Fev. 2018.

NASCIMENTO, Yanna Cristina Moraes Lira; BREDA, Mercia Zeviani; ALBUQUERQUE, Maria Cicera dos Santos de. O adoecimento mental: percepções sobre a identidade da pessoa que sofre. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, n. 54, p. 479-490, Sept. 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000300479&lng=en&nrm=iso>. access on 28 Mar. 2021. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0194>.

NICHOLSON, Linda. Interpretando o gênero. **Revista de Estudos Feministas**, v. 8, n. 2, 2000.

OLIVIEDO, Rafael Antônio Malagón; CZERESNIA, Dina. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, n. 53, p. 237-250, jun. 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000200237&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 02 out. 2018. Epub 27-Mar-2015. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0436>.

OLIVEIRA, J.R.F. **Saberes e práticas de mulheres no cuidado de si**: contribuições ao cuidado de enfermagem em uma perspectiva educativa. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, p. 129, 2011.

ONUMULHERES. **Mulheres lésbicas contam início da mobilização por direitos e desafios atuais para exercício de cidadania**, 2019. Disponível em: <https://www.onumulheres.org.br/noticias/mulheres-lesbicas-contam-inicio-da-mobilizacao-por-direitos-e-desafios-atuais-para-exercicio-de-cidadania/> Acesso em maio de 2020.

PAIM, J. S. (Coord.). **O ensino das profissões de saúde**: entrevista. Rede Ida Brasil, 1996.

PAULINO, DANILO BORGES; RASERA, EMERSON FERNANDO; TEIXEIRA, FLAVIA DO BONSUCESSO. Discursos sobre o cuidado em saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais (LGBT) entre médicas(os) da Estratégia Saúde da Família. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]**, v. 23, 2019. e180279. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/Interface.180279>>. Epub 10 Jul 2019. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/Interface.180279> Acessado Março 2021.

PEREIRA, Henrique. Homosexual Identity: Theorizing a multidimensional concept in SOKOLEC, Jeanne E. and Dentato, Michael P., **The effect of marginalization on the healthy aging of LGBTQ older adults**, Chicago, Social Justice, Paper 51, 2014.

PINHEIRO, R. **As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde**: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.) Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro, IMS UERJ, p. 65-112, 2001.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. IMS/UERJ – ABRASCO, Rio de Janeiro, 6 ed, 2006.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F.L. Cuidado e Integralidade: por uma Genealogia de Saberes e Práticas no Cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Cepesc/UERJ/ABRASCO, 2006. p. 21-36.

POMPILI, M.; LESTER, D.; FORTE, A.; SERETTI, M.E.; ERBUTO, D.; LAMIS, D.A. Amore M & Girardi, P. Bisexuality and suicide: A systematic review of the current literature. **The Journal of Sexual Medicine**. 1903-13, 2014. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1743609515300965> Acesso em Set. 2018.

PRADO, Marco Aurélio Máximo & MACHADO, Frederico Viana. **Preconceito contra homossexualidades: a hierarquia da invisibilidade**. São Paulo. Editora Cortez, 2012, 2ª edição. p. 147.

REITER, P.L & MCREE, A.L. HPV infection among a population-based sample of sexual minority women from USA. **Sexually Transmitted Infection**, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27165699> Acesso: Set. 2018.

RIBEIRO, Andressa de Freitas. Espaço e sociabilidades: entre o beco e o gueto. **Sex., Salud Soc. (Rio J.)**, Rio de Janeiro, n. 24, p. 130-156, Dec. 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-64872016000300130&lng=en&nrm=iso>. access on 29 Aug. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2016.24.06.a>.

RICH, Adrienne. **Compulsory Heterosexuality and Lesbian Existence**, New York/London: W.W. Norton & Company, 1993.

RICH, Adrienne. Heterossexualidade compulsória e existência lésbica. **Revista Bagoas**. Estudos gays: gênero e sexualidade. Natal, UFRN. n. 05, 2010. p. 17-44. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/bagoas/article/view/2309> Acesso em out de 2018.

RUBIN, Gayle. O tráfico de mulheres: notas sobre a ‘economia política’ do sexo. [1975]. Tradução. Recife: SOS Corpo, 1993.

SACKS, Karen. Engels Revisitado: a mulher, a organização da produção e a propriedade privada. In: Rosaldo, M.Z.; LAMPHERE, L. (orgs.), **A Mulher, a Cultura e a Sociedade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

SANTOS, Tatiana Vasques Camelo dos; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. Demandas cotidianas na atenção primária: o olhar de profissionais da saúde e usuários. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 149-156, Mar. 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000100018&lng=en&nrm=iso>. access on 06 Sept. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000100018>.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE. PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. **DIRETRIZES PARA A ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

DE LÉSBICAS, MULHERES BISSEXUAIS E QUE FAZEM SEXO COM OUTRAS MULHERES, PORTO ALEGRE- RS, 2011. Disponível em:

http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/protocolo_mulheres_lesbicas2.pdf

SHEARER, A.; RUSSON, J.; HERRES, J.; ATTE, T.; KODISH, T & DIAMOND, G. The relationship between disordered eating and sexuality amongst adolescents and young adults. **Eating Behaviours**, v. 19, p. 115-9, 2015. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S147101531500104X?via%3Dihub> Acesso em Set. 2018.

SCOTT, Joan Wallach.. Prefácio a Gender and politics of History. **Cadernos Pagu**, v. 3, p. 11-27, 1994.

_____. **Gênero: uma categoria útil de análise histórica**. Educação & Realidade, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71-99, jul./dez. 1995.

SHIVELY, M., & DECECCO, J. Components of sexual identity. **Journal of Homosexuality**, 3, 1997.

SILVA, Jéssica Maiza Nogueira; PAULINO, Danilo Borges; RAIMONDI, Gustavo Antonio. Gênero e Sexualidade na Graduação em Saúde Coletiva do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 6, p. 2335-2346, jun. 2020 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000602335&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 28 mar. 2021. Epub 03-Jun-2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.25822018>.

SILVA, A.F.G. **A construção do currículo na perspectiva popular crítica**: das falas significativas às práticas contextualizadas [tese]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2004.

SIQUEIRA, Sandra Aparecida Venâncio de; HOLLANDA, Eliane; MOTTA, José Inácio Jardim. Políticas de Promoção de Equidade em Saúde para grupos vulneráveis: o papel do Ministério da Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 5, p. 1397, May 2017 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002501397&lng=en&nrm=iso>. access on 28 Mar. 2021. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.33552016>.

SMITH, DOROTHY E. **The Everyday World as Problematic**: A Sociology for Women. Boston: Northeastern University Press, 1989.

SOUSA, Josueida de Carvalho et al. Promoção da saúde da mulher lésbica: cuidados de enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 35, n. 4, p. 108-113, Dec. 2014. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472014000400108&lng=en&nrm=iso>. Access on 29 Nov. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.04.45308>.

SOUZA, Carolina Rogel; BOTAZZO, Carlos. Construção social da demanda em saúde. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 2, p. 393-413, June 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-

73312013000200005&lng=en&nrm=iso>. access on 22 Oct. 2018.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312013000200005>.

TOLEDO, Livia Gonsalves; FILHO, Fernando Silva Teixeira. Lesbianidades e as referências legitimadoras da sexualidade. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro , v. 10, n. 3, p. 729-749, dez. 2010 . Disponível em
 <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812010000300006&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 14 mar. 2021.

TONG, Allison; SAINSBURY, Peter; CRAIG, Jonathan. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **International Journal for Quality in Health Care**. 2007. Volume 19, Number 6. Disponível em: http://cdn.elsevier.com/promis_misc/ISSM_COREQ_Checklist.pdf Acesso em: maio de 2018.

TONIETTE, M. A. Um breve olhar histórico sobre a homossexualidade. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, São Paulo, v. 17, n. 1, 2006.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VAITSMAN, Jeni; MOREIRA, Rasga; COSTA, Nilson do Rosário. Entrevista com Jairnilson da Silva Paim: "um balanço dos 20 anos do Sistema Único de Saúde (SUS)". **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 3, p. 899-901, June 2009 . Available from
 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300025&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Oct. 2018.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000300025>.

VALADAO, R.C; GOMES, R. A homossexualidade feminina no campo da saúde: da invisibilidade à violência. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1451-1467, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000400015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 Maio 2018.

VILLARDI, M.L; CYRINO, E.G; BERBEL, N.A.N. A problematização em educação em saúde: percepções dos professores tutores e alunos [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015, 118 p. ISBN 978-85-7983-662-6. Available from SciELO Books .

VINUTO, J. A amostragem de bola de neve em pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, Campinas, v. 22, n. 44, p. 203-220, 2014. Disponível em:
<https://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/tematicas/article/view/2144/1637> Acesso em Julho de 2019.

WELCH, S., COLLINGS, S. C. D., & HOWDEN-CHAPMAN, P. Lesbians in New Zealand: their mental health and satisfaction with mental health services. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, v. 34, n. 2, p. 256-263, 2000.

WINGO, E., INGRAHAM, N., & ROBERTS, S. C. M. (2018). Reproductive Health Care Priorities and Barriers to Effective Care for LGBTQ People Assigned Female at Birth: A

Qualitative Study. **Women's Health Issues**, v. 28, n. 4, p. 350–357, 2018. Disponível em: doi:10.1016/j.whi.2018.03.002

WITTIG Monique, “**La pensée straight**”, *Questions féministes*, 7, 1980, pp. 45-54 [Publicado em inglês nos Estados Unidos: “The Straight Mind”, *Feminist Issues*, 1, 1980. Republicado em francês: in WITTIG Monique, *La Pensée straight*, Paris, Balland, 2001. 1992].

WHO. **Global summary of the AIDS epidemic**, 2016 Disponível em: http://www.who.int/hiv/data/epi_core_july2016.png?ua=1, 2016. Acesso em set. 2018.

APÊNDICES

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

APÊNDICE A- Informações à participante

Meu nome é **Leticia da Silva Cabral**, sou aluna regular do Curso de Doutorado em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia e estou realizando uma pesquisa intitulada **DEMANDAS DE SAÚDE DE MULHERES LÉSBICAS: construção de bases para o cuidado**, sob orientação da Prof^a Dr^a Edméia de Almeida Cardoso Coelho e coorientação da Prof^a Dr^a Jeane Freitas Oliveira. A referida pesquisa tem como objetivos identificar demandas por cuidado à saúde segundo a realidade vivenciada por mulheres lésbicas; analisar as demandas das mulheres lésbicas no âmbito da atenção à saúde das mulheres; apresentar estratégias para o cuidado a mulheres lésbicas na rede de saúde.

A coleta de informações será feita mediante a realização de grupo focal e, entrevista semiestruturada. Esta pesquisa poderá ser importante, pois pretende problematizar questões específicas das mulheres lésbicas e suas demandas de cuidado, de modo a fomentar discussões sobre a prática e contribuir com alteração desse cenário. Consideramos que só será possível a partir de uma maior participação das mulheres lésbicas no diálogo e diagnóstico do que é relevante diante de suas singularidades. Sua participação é livre e você poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, conforme a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº. 466, de 12 de dezembro de 2012, sem nenhum prejuízo. A sua privacidade será mantida através da não identificação do seu nome na descrição de resultados e o que for falado será mantido em sigilo. Além disso, haverá a garantia de um espaço específico para realização da coleta de informações. Considero que a pesquisa não confere riscos, no que diz respeito à sua integridade física e moral. No entanto, se você, durante a coleta de informações, sentir desconforto psicológico, psíquico, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual, poderá desistir de participar da pesquisa e, eu imediatamente acatarei a sua decisão. Ao mesmo tempo em que, caso eu perceba tais desconfortos, também discutirei sobre a sua saída da pesquisa, se assim for sua vontade. Caso haja algum prejuízo decorrente da realização deste estudo, será providenciada a devida reparação dos danos pelas responsáveis da pesquisa.

Caso aceite participar desta pesquisa, solicitamos ainda, a autorização para que usemos o gravador de voz para registro das falas. Os resultados da Pesquisa serão transformados em transcrições e o material será guardado por cinco anos, e ao final, você poderá tê-las ou autorizar a destruição delas. Depois de analisadas as informações, os resultados serão utilizados para a produção de artigos técnicos e científicos e para apresentação em congressos científicos.

Você receberá o termo de consentimento livre e esclarecido em duas vias, para as quais solicito sua assinatura, caso concorde em participar.

Agradecemos a participação e colaboração.



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

APÊNDICE B- Termo de Consentimento Livre Esclarecido

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa intitulada “**DEMANDAS DE SAÚDE DE MULHERES LÉSBICAS: CONSTRUÇÃO DE BASES PARA O CUIDADO**”, que tem como objetivos: Identificar demandas por cuidado à saúde segundo a realidade vivenciada por mulheres lésbicas. Analisar as demandas das mulheres lésbicas no âmbito da atenção à saúde das mulheres. Apresentar estratégias para o cuidado a mulheres lésbicas na rede de saúde.

Trata-se de um projeto de tese desenvolvido pela pesquisadora Letícia da Silva Cabral, discente do Curso de Doutorado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, com orientação da Prof^a Dr.^a Edméia de Almeida Cardoso Coelho e coorientação da Prof^a Dr^a Jeane Freitas Oliveira.

Você poderá participar ou não da pesquisa, bem como, desistir em qualquer fase do estudo ou anular este consentimento, sem qualquer prejuízo. Caso aceite, as informações serão coletadas em ambiente privativo, sem interrupções de pessoas estranhas, e o seu nome será omitido, de modo que não será identificado/a, garantindo o sigilo e o anonimato e assegurando a privacidade. Há risco presumível até por conta de desconforto que poderá ser gerado com a oficina. Neste caso a atividade será interrompida e a pesquisadora oferecerá todo apoio necessário, bem como durante realização da entrevista.

A coleta dos dados será realizada mediante a sua prévia autorização por escrito. As informações serão coletadas a partir de grupos focais, a princípio programado 02 encontros, por entrevista com o uso de um gravador e diário de campo, produtos porventura, gerados poderão ser fotografados, porém você não aparecerá.

Concordando em participar poderá ter acesso, retirar ou acrescentar quaisquer informações, que serão transcritas. As entrevistas e os termos de consentimento serão arquivados por nós pesquisadoras durante cinco anos. Nesse período, caso tenha interesse em

acessar os materiais, os mesmos estarão disponibilizados. Após este período, serão desprezados.

Garantimos que os registros da sua participação nesse estudo serão mantidos em sigilo e somente as pesquisadoras responsáveis terão acesso a essas informações.

Ao participar desta pesquisa, você não terá nenhum tipo de despesa, bem como nada será pago, mas se tiver algum gasto decorrente da sua participação, será ressarcida, caso solicite.

As participantes serão beneficiadas, sobretudo a médio e longo prazo devido aos resultados a serem apontados pelo estudo que fornecerão subsídios para a implementação de políticas públicas, discussão da temática em eventos nacionais e internacionais, bem como pela publicização dos resultados, o que trará visibilidade ao tema e aos achados. As pesquisadoras não serão remuneradas para a realização desta pesquisa, bem como as participantes não receberão benefícios financeiros para a sua participação. Os resultados deste estudo serão publicados na tese, artigos científicos e divulgados em eventos científicos.

Os aspectos acima mencionados respeitam a Resolução nº. 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, que trata dos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos.

Quando desejar maiores informações sobre o estudo, poderá entrar em contato com: **Letícia da Silva Cabral – pesquisadora responsável** (71)993672912, leticiacabral1109@gmail.com, Rua Desembargador Baldoíno Andrade, Nº 82, Chame-chame, Salvador-BA e com o **Comitê de Ética (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia**, (71) 3283-895, Avenida Reitor Miguel Calmon s/n, Vale do Canela, CEP: 40.110-100 Salvador – Bahia.

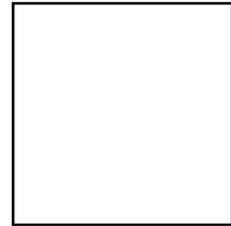
Diante do exposto, pedimos a sua permissão para participar desta pesquisa. Caso esteja bem informada e aceite participar, favor assinar esse documento em 02 (duas) vias, sendo que uma ficará com você e a outra ficará com as pesquisadoras.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que entendi todas as informações relacionadas à minha participação nesta pesquisa intitulada “**DEMANDAS DE SAÚDE DE MULHERES LÉSBICAS: CONSTRUÇÃO DE BASES PARA O CUIDADO**”, que li ou que foram lidas por mim. Conversei com a pesquisadora Letícia da Silva Cabral, sobre a minha participação voluntária no estudo. Não tenho dúvida de que não receberei benefícios financeiros. Concordo em participar, de forma

voluntária, podendo desistir em qualquer etapa e retirar meu consentimento, sem penalidades, ou prejuízo, ou perda de benefícios aos quais tenho direito conforme a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466 de 12 de dezembro de 2012 e nº510 de 07 de abril de 2016. Terei acesso aos dados registrados e reforço que não fui submetida à coação, indução ou intimidação.

Nome da Participante da Pesquisa



Impressão Digital

Assinatura da Participante da Pesquisa

_____, ____/____/____

Letícia da Silva Cabral
Pesquisadora Responsável



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

APÊNDICE C - Termo de Confidencialidade Individual

Eu, _____ abaixo assinado comprometo-me a manter confidencialidade com relação a todas as discussões realizadas durante os encontros a serem desenvolvidos no projeto de pesquisa “DEMANDAS DE SAÚDE DE MULHERES LÉSBICAS: construção de bases para o cuidado”, desenvolvido pela discente Letícia da Silva Cabral, orientado pela docente Dr^a. Edméia de Almeida Cardoso Coelho e coorientado pela Prof^a Dr^a Jeane Freitas Oliveira, todas pertencentes a Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Comprometo-me e concordo em: Não divulgar a terceiros a natureza e o conteúdo de qualquer informação que componha ou tenha resultado de atividades da pesquisa realizada; Não explorar, em benefício próprio, informações e documentos adquiridos através da participação em atividades do projeto de pesquisa; Não permitir o uso por outrem de informações adquiridas através da participação em atividades do projeto de pesquisa. Declaro ter conhecimento de que as informações pertinentes às atividades relacionadas ao projeto de pesquisa somente podem ser acessadas por aquelas que assinaram o Termo de Confidencialidade e/ou quando as informações já pertencerem ao domínio público.

_____, ____/____/____



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

APÊNDICE D- Dados sociodemográficos e roteiro da entrevista

Universidade Federal da Bahia

Escola de Enfermagem

FONES: (71) 99367-2912/ (89)99930-6999

Título do projeto: **DEMANDAS DE SAÚDE DE MULHERES LÉSBICAS: construção de bases para o cuidado**

Pesquisadora Responsável: Leticia da Silva Cabral

Orientadora: Profª Drª Edméia de Almeida C. Coelho

Coorientadora: Profª Drª Jeane Freitas Oliveira

Data: __/__/__

Caracterização da participante:

Entrevista nº: _____ Início: _____ Término: _____

1.1 Dados sociodemográficos:

Dados sociodemográficos
V1. Idade: _____
V2. Escolaridade? 1.Ensino Fundamental () 2.Ensino Médio() 3.Ensino Superior()
V3. Situação Conjugal: 1.Casada () 2.Separada() 3.Viuva () 4.Namora() 5.Relacionamentos esporádicos “Fica” () 6.Nenhum relacionamento () 7.Relacionamento Estável ()

V4. Cor:

1.Branca () 2.Preta () 3.Parda() 4.Outra()

V5. Atividade laboral:

- 1.() Apenas estuda
 2.() Trabalha formalmente
 3.() Estuda e trabalho formalmente
 4.() Trabalha informalmente
 5.() Estuda e trabalha informalmente
 6.() Outros _____

V6. Com quem mora (Pode marcar vários):

- 1.() Mãe/pai
 2.() Familiares (com companheira)
 3.() Familiares (sem companheira)
 4.() Companheira
 5.() Sozinha

V7. Renda Familiar

- 1.() Zero à R\$ 1.254,00
 2.() R\$ 1.255,00 à R\$ 2.004,00
 3.() R\$ 2.005,00 à R\$ 8.640,00
 4.() R\$ 8.641,00 à R\$ 11.261,00
 5.() R\$ 11.262,00 à -

V8. Qual a sua religião?

- 1.Católica() 2.Evangélica()
 3.Espírita() 4.Umbanda/Candomblé()
 5.Nenhuma() 6.Outra() _____



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

APÊNDICE E- Roteiro para as sessões de grupo focal

Pesquisa:

DEMANDAS DE SAÚDE DE MULHERES LÉSBICAS: CONSTRUÇÃO DE BASES PARA O CUIDADO

Primeiro encontro

Objetivo: Problematizar as experiências de cuidado à saúde segundo a realidade vivenciada por mulheres lésbicas

1. Reapresentação dos objetivos da pesquisa.
2. Dinâmica de apresentação do grupo.
3. Desenvolvimento do tema: Será reunido o grupo e colocado no meio da sala cartazes com frases com conteúdo do Plano Operativo vigente para a saúde LGBT (2017-2019), de modo que as mulheres presentes possam ter acesso ao que é proposto para realização por parte dos serviços públicos de saúde. A partir dessa leitura, serão afixadas cartolinas com os seguintes estímulos para que completem verbalmente o que se pede:

-Considerando que cada pessoa tem particularidades e enfrenta desafios no exercício da sexualidade, em relação a minha orientação sexual posso afirmar:

- Viver como mulher lésbica é: _____
- Para cuidar da saúde, tenho que enfrentar: _____
- Em relação ao cuidado à minha saúde, eu me proporciono: _____
- Em relação ao cuidado à minha saúde, os serviços de saúde me oferecem: _____
- Para me sentir cuidada, eu preciso que profissionais de saúde: _____
- Para promover mudanças na atenção à saúde, eu gostaria que: _____

Uma vez respondidas as questões, a facilitadora pede para que todas discutam as afirmações feitas.

4. Síntese: Após a discussão, será realizada pela facilitadora uma síntese das questões abordadas;

5. Avaliação: Será solicitado ao grupo que avalie a atividade e a facilitadora se colocará à disposição para sanar possíveis dúvidas.

6. Agradecimento às participantes e agendar o próximo encontro.

Segundo Encontro

Objetivo: Construir estratégias para atenção à saúde de mulheres lésbicas

1. Apresentação do objetivo da reunião;

2. Resgate dos temas discutidos na reunião anterior na forma de síntese pela facilitadora

3. Solicitação ao grupo que discuta, complemente e faça novas sugestões para traçarmos estratégias a serem propostas para o cuidado à mulher lésbica.

4. Avaliação final pelo grupo

5. Confraternização em grupo.



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

APÊNDICE F- Roteiro semiestruturado para entrevistas

- ✓ Fale-me sobre suas necessidades de saúde, considerando sua orientação sexual;
- ✓ Comente sobre a assistência nos serviços de saúde para suas demandas de saúde sexual;
- ✓ Fale sobre a livre expressão sexual no atendimento à saúde.
- ✓ Alguma vez você se sentiu pouco à vontade em razão da sua orientação sexual durante atendimentos nos serviços de saúde? Fale sobre essa experiência.
- ✓ Diga-me como se sente e como age quando uma demanda sua não é atendida nos serviços de saúde;
- ✓ Caso você tenha alguma demanda de saúde, relacionada a sua orientação sexual que não tenha sido atendida nos serviços de saúde, fale sobre a mesma e como você gostaria que ela fosse atendida
- ✓ Fale-me sobre outras formas ou fontes de busca de informações, caso você tenha alguma.
- ✓ Diga-me como você gostaria que fosse o cuidado nos serviços de saúde

ANEXO

ANEXO A- COREQ

COREQ (Consolidated criteria for REporting Qualitative research) Checklist

A checklist of items that should be included in reports of qualitative research. You must report the page number in your manuscript where you consider each of the items listed in this checklist. If you have not included this information, either revise your manuscript accordingly before submitting or note N/A.

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
Domain 1: Research team and reflexivity			
<i>Personal characteristics</i>			
Interviewer/facilitator	1	Which author/s conducted the interview or focus group?	<input type="text"/>
Credentials	2	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	<input type="text"/>
Occupation	3	What was their occupation at the time of the study?	<input type="text"/>
Gender	4	Was the researcher male or female?	<input type="text"/>
Experience and training	5	What experience or training did the researcher have?	<input type="text"/>
<i>Relationship with participants</i>			
Relationship established	6	Was a relationship established prior to study commencement?	<input type="text"/>
Participant knowledge of the interviewer	7	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	<input type="text"/>
Interviewer characteristics	8	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	<input type="text"/>
Domain 2: Study design			
<i>Theoretical framework</i>			
Methodological orientation and Theory	9	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	<input type="text"/>
<i>Participant selection</i>			
Sampling	10	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	<input type="text"/>
Method of approach	11	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	<input type="text"/>
Sample size	12	How many participants were in the study?	<input type="text"/>
Non-participation	13	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	<input type="text"/>
<i>Setting</i>			
Setting of data collection	14	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	<input type="text"/>
Presence of non-participants	15	Was anyone else present besides the participants and researchers?	<input type="text"/>
Description of sample	16	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	<input type="text"/>
<i>Data collection</i>			
Interview guide	17	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	<input type="text"/>
Repeat interviews	18	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?	<input type="text"/>
Audio/visual recording	19	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	<input type="text"/>
Field notes	20	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?	<input type="text"/>
Duration	21	What was the duration of the interviews or focus group?	<input type="text"/>
Data saturation	22	Was data saturation discussed?	<input type="text"/>
Transcripts returned	23	Were transcripts returned to participants for comment and/or	<input type="text"/>

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
		correction?	
Domain 3: analysis and findings			
<i>Data analysis</i>			
Number of data coders	24	How many data coders coded the data?	
Description of the coding tree	25	Did authors provide a description of the coding tree?	
Derivation of themes	26	Were themes identified in advance or derived from the data?	
Software	27	What software, if applicable, was used to manage the data?	
Participant checking	28	Did participants provide feedback on the findings?	
<i>Reporting</i>			
Quotations presented	29	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	
Data and findings consistent	30	Was there consistency between the data presented and the findings?	
Clarity of major themes	31	Were major themes clearly presented in the findings?	
Clarity of minor themes	32	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	

Developed from: Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007. Volume 19, Number 6: pp. 349 – 357

Once you have completed this checklist, please save a copy and upload it as part of your submission. DO NOT include this checklist as part of the main manuscript document. It must be uploaded as a separate file.