

LIDIANE CAMILA SIMÃO

**A IMPORTÂNCIA DO SEXO SEGURO NA
SAÚDE DA MULHER LÉSBICA:**
Uma análise sobre a perspectiva das mulheres no atendimento
dos(as) profissionais ginecologistas



LIDIANE CAMILA SIMÃO

A IMPORTÂNCIA DO SEXO SEGURO NA SAÚDE DA MULHER LÉSBICA:

Uma análise sobre a perspectiva das mulheres no atendimento
dos (as) profissionais ginecologistas

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Educação Sexual da Faculdade de Ciências e Letras – UNESP / Araraquara, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Educação Sexual. Exemplar apresentado na defesa.

Linha de pesquisa: Sexualidade e Educação sexual: interfaces com a história, a cultura e a sociedade.

Orientador: Prof. Dr. Vagner Custódio

ARARAQUARA – S.P.
2021

S588i Simão, Lidiane Camila
A importância do sexo seguro na saúde da mulher lésbica : uma análise sobre a perspectiva das mulheres no atendimento dos (as) profissionais ginecologistas / Lidiane Camila Simão. -- Araraquara, 2021
53 f.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências e Letras, Araraquara
Orientador: Vagner Custódio

1. Lésbica. 2. Atendimento ginecológico. 3. Sexualidade. I. Título.

Sistema de geração automática de fichas catalográficas da Unesp. Biblioteca da Faculdade de Ciências e Letras, Araraquara. Dados fornecido pelo autor(a).

Essa ficha não pode ser modificada.

LIDIANE CAMILA SIMÃO

A IMPORTÂNCIA DO SEXO SEGURO NA SAÚDE DA MULHER LÉSBICA:

**Uma análise sobre a perspectiva das mulheres no atendimento
dos (as) profissionais ginecologistas**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Educação Sexual da Faculdade de Ciências e Letras – UNESP / Araraquara, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Educação Sexual. Exemplar apresentado na defesa.

Linha de pesquisa: Sexualidade e Educação sexual: interfaces com a história, a cultura e a sociedade.

Orientador: Prof. Dr. Vagner Custódio

Data da defesa: 28/05/2021

MEMBROS COMPONENTES DA BANCA EXAMINADORA:

Presidente e Orientador: Prof. Dr. Vagner Custodio – Fclar – UNESP

Membro Titular: Prof. Dr. Ricardo Desidério – Fclar – UNESP

Membro Titular: Prof. Dra. Bernadete Lema Mazzafera – UNOPAR

Local: Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Ciências e Letras
UNESP – Campus de Araraquara

Aos meus pais, Iraci e Zilda, por sempre acreditarem em mim e por terem abdicado de suas vidas em prol das realizações e da felicidade de seus filhos.

Ao meu amado namorado Léo e ao meu filho Lucas, por todo amor, incentivo, apoio e compreensão. Nada disso teria sentido se vocês não existissem na minha vida.

AGRADECIMENTOS

É o momento de agradecer a todos que de alguma forma contribuíram para a realização desta pesquisa.

Trago em meu coração pessoas que trilharam comigo este percurso e pelas quais tenho gratidão.

Agradeço desta forma, Primeiramente a Deus, pelo dom da vida, por conceder sabedoria nas minhas escolhas, por me fortalecer para não desistir nos momentos mais difíceis

À minha mãe Zilda e meu pai Iraci por todo o esforço ao me criarem à frente de seu tempo com muito amor e dedicação.

Ao meu namorado Léo pela paciência, ajuda e amor me dedicado na reta final dessa dissertação.

Ao meu filho Lucas que se tornou o principal combustível de minha vida para que eu sempre faça o melhor para tornar o mundo um lugar mais humano para ele.

A minhas irmãs Francielen e Sabrina e meus cunhados Sérgio e Matheus por todo companheirismo, risadas e confidências durante essa longa jornada.

Ao Dr. Norival Pazeto e Dra. Sonia Pazeto por todo apoio no início dessa jornada sempre acreditando em meu potencial.

Aos participantes desta pesquisa por contribuírem para a realização deste trabalho.

À professora Dra. Bernadete Lema Mazzafera e ao professor Dr. Ricardo Desidério pelas contribuições fantásticas na minha banca de qualificação e indicações de leitura para o aperfeiçoamento deste trabalho.

Ao meu orientador Dr. Vagner Custódio pela orientação, aulas magníficas, por me apresentar um novo olhar sobre os estigmas da sociedade e acima de tudo ter sido um amigo durante todo o processo de crescimento desse trabalho.

Enfim, a todos que, de alguma maneira, auxiliaram na execução deste trabalho, minha eterna gratidão!

E o futuro é uma astronave que
tentamos pilotar,
Não tem tempo nem piedade, nem tem
hora de chegar.
Sem pedir licença muda a nossa vida,
depois convida a rir ou chorar.
Nessa estrada não nos cabe conhecer ou
ver o que virá.
O fim dela ninguém sabe bem ao certo
onde vai dar.
Vamos todos numa linda passarela.
De uma aquarela que um dia, enfim,
descolorirá.

(Toquinho e Vinícius de Moraes)

Resumo

Esta dissertação teve como objetivo analisar a percepção das mulheres lésbicas no atendimento oferecido a elas pelos (as) profissionais ginecologistas. No primeiro momento foi realizado uma reflexão analítica de caráter qualitativo e ressaltado a urgência de problematizações contextualizadas geradas em torno do questionário aplicado. Ficou disponível em uma plataforma digital um questionário online com as questões que envolvem a saúde da mulher lésbica como um todo e a qualidade do atendimento oferecido a ela. Após a aplicação, os questionários foram reunidos, os resultados foram contabilizados e distribuídos em gráficos, em seguida foram discutidos a fim de elencar os principais problemas mais evidentes de qualidade no atendimento a essas pessoas. Os resultados apontaram que a maioria das mulheres tiveram um bom atendimento ginecológico, evidenciando assim uma percepção positiva acerca do atendimento prestado, porém 73,7% não receberam orientação de como realizar um sexo seguro com sua parceira e 19,3% não tiveram acesso a exames preventivos de doenças gerais relacionadas a saúde da mulher fazendo assim que se levante o questionamento da importância do conhecimento das áreas médicas em torno da sexualidade e identidade das mulheres em consultas ginecológicas.

Palavras-chave: Lésbica; Atendimento ginecológico; Sexualidade.

Abstrac

This dissertation aimed to analyze the perception of lesbian women in the care offered to them by gynecologist professionals. At first, an analytical reflection of a qualitative nature was carried out and the urgency of contextualized problematization generated around the questionnaire was highlighted. An online questionnaire was made available on a digital platform with questions involving the health of lesbian women as a whole and the quality of care offered to them. After the application, the questionnaires were gathered, the results were counted and distributed in graphs, then they were discussed in order to list the main most evident problems of quality in the care provided to these people. The results showed that most women had good gynecological care, thus evidencing a positive perception about the care provided, but 73.7% did not receive guidance on how to have safe sex with their partner and 19.3% did not have access to preventive examinations for general diseases related to women's health, thus raising the question of the importance of knowledge in the medical areas around women's sexuality and identity in gynecological consultations.

Keywords: Lesbian; Gynecological care; Sexuality.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Faixa etária?	35
Gráfico 2	Você se define lésbica?	36
Gráfico 3	Quando foi a sua última visita ao ginecologista aproximadamente?	37
Gráfico 4	Na consulta, você comunicou ao ginecologista sua sexualidade?	37
Gráfico 5	Se não, por quê?	38
Gráfico 6	Como considera o atendimento prestado a você pelo ginecologista?	39
Gráfico 7	O profissional te orientou como realizar um sexo seguro com sua parceira?	40
Gráfico 8	O profissional te solicitou exames de rotina (ultrassom de mamas, exames de sangue para detectar doenças sexualmente transmissíveis e etc)?	42
Gráfico 9	Em algum momento da consulta, você se sentiu constrangida ou hostilizada por conta da sua sexualidade?	43

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transsexuais
SUS	Sistema Único de Saúde
PMI	Programa Materno-Infantil
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ONG	Organização Não Governamental
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
CCU	Câncer de Colo Uterino
HPV	Papilomavírus Humano

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
1. INTRODUÇÃO	14
1.1 Feminismo, patriarcado e a política	16
1.2 A invisibilidade da lesbianidade na ginecologia	22
1.3 A classe médica e o despreparo de suas atribuições ao público lésbico	25
1.4 ISTs como tabu de sexualidade lésbica	27
2. METODOLOGIA	32
2.1 Participantes	33
2.2 Coleta de dados	33
2.3 Análise de dados	34
3. RESULTADOS E DISCUSSÕES	35
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
REFERÊNCIAS	47
ANEXOS	52
ANEXO A – Questionário aplicado	53

APRESENTAÇÃO

Durante os vários anos de trabalho como enfermeira por alguns serviços de saúde que passei nas cidades de Matão e Araraquara, interior do estado de SP, sempre me deparei e ainda me deparo com o sofrimento e angústia da população lésbica de encontrar um serviço de saúde que as vejam como um ser sexualmente legítimo e livre de qualquer preconceito.

Isso sempre me levou a pensar de forma geral mais nessas mulheres, pois através dessa deficiência de atendimento se coloca não só a parte psicológica dessa mulher em real perigo, mas também a parte de saúde física, pois sem um bom atendimento ela está apta a desenvolver várias doenças que poderiam ser diagnosticadas precocemente ou até mesmo evitadas com a solicitação de exames preventivos e as devidas orientações de um sexo seguro.

Consciente do meu papel como enfermeira decidi buscar suporte teórico e metodológico para encaminhar, junto às pessoas que atuo, de forma mais adequada, temas envolvendo a sexualidade dessa parcela da sociedade que ainda sofre tanto com o preconceito.

Como dito, devido ao preconceito perceptível ainda hoje pela sociedade e classe médica, a hipótese desta análise é de que a saúde sexual dessa população possa ser insatisfatória, principalmente pela falta de informação e despreparo dos profissionais afetando-as psicologicamente e as impedindo de terem uma qualidade de vida melhor e mais segura. Ou seja, a hipótese é de que a orientação sexual em si não é o principal causador de prejuízo da qualidade de vida/saúde das mesmas e sim o estigma que a envolve. Diante desse cenário, o objetivo dessa pesquisa é analisar a percepção das mulheres lésbicas sobre o atendimento dos (as) ginecologistas oferecidos a elas.

Desta forma as questões sobre a qualidade do atendimento ginecológico dado a esse público sempre esteve presente em meus pensamentos mais como forma de questionamento e de buscar entender e encontrar ferramentas que as ajude nessas questões sexuais e que esse tema seja visto cada vez com menos com preconceito e mais como saúde pública.

1. INTRODUÇÃO

Diante das diversas discussões sobre a ampla diversidade sexual e de gênero no Brasil, o tema da diversidade sexual, no geral, que há pouco tempo se era menos debatido, vem tendo um crescimento bastante significativo devido à repercussão midiática acerca da doutrinação política vivida nos tempos atuais. Apesar de ainda se obter poucos dados satisfatórios do tema que enfoque a segurança da saúde sexual da mulher lésbica nas áreas de pesquisa.

A heterossexualidade, nos diz Monique Wittig (1992), é naturalizada de tal forma nas Ciências Sociais que, por mais que certos teóricos aceitem que não existe nada de “natural”, que tudo é cultura, dentro dessa cultura ainda existe uma relação que é excluída da análise social. Essa relação permanece dentro da cultura e se assemelha à natureza, não é considerada uma variável, essa é a relação heterossexual (Witting, 1992).

Quando se fala em saúde, precisam-se levar em consideração vários aspectos para se confirmar que um indivíduo encontra-se fidedignamente saudável, considerando aspectos físicos, psicológicos e sociais, porém, quando lidamos com grupos que são estigmatizados pela civilização por conta de sua sexualidade, como das mulheres lésbicas, já podemos debater vários critérios que nos confirmariam que esse indivíduo pode não ter uma vida social tão saudável quanto uma pessoa com o aspecto heteronormativo que hoje é empregado e enaltecido pela sociedade. No entanto, mesmo que não levássemos a saúde social desse grupo em consideração, fica a dúvida se a saúde física dessas mulheres também vem sendo negligenciada pela falta de conhecimento e, talvez até falta de ética da classe médica de ginecologistas. Portanto, o tema é relevante para que assim possamos analisar qual a percepção dessa mulher no atendimento ginecológico oferecido a ela, seja na atenção básica do Sistema único de saúde ou em caráter particular.

Neste contexto, destaca-se a importância de visibilizar e dar voz às mulheres lésbicas dentro da consulta ginecológica, uma vez que a demanda se torna diferente e o acolhimento torna-se possível a partir da identificação e do atendimento de suas necessidades específicas. Este diálogo pode ser construído pela enfermeira na Atenção Primária à Saúde (APS), que é porta de entrada para receber e acolher esta mulher com o desenvolvimento de ações de acordo com a cultura e concepções inerentes ao universo de cada lésbica, incluindo cuidados básicos como a alimentação, prática de atividade física, estética corporal, saúde física e mental, bem como a consulta ginecológica (Facchini, 2008).

A sexualidade se refere a um conceito amplo, considerando questões fisiológicas, psicológicas e sociais. Embora a sexualidade possa ser explicada por suas questões orgânicas, a manifestação desta é fortemente influenciada por fatores psicossociais, que sofrem influências do meio, na medida em que sua expressão envolve a relação entre as pessoas em um determinado contexto social (Maia, 2011, p. 153).

Desta forma, torna-se evidente a importância de se relacionar todos esses domínios para que a qualidade de vida/saúde de uma pessoa possa ser analisada, principalmente em pessoas com orientação sexual atípica, o preconceito tornam as dificuldades maiores para o exercício da sexualidade normatizada. A intenção do estudo a saúde da mulher lésbica é válida por elencar os principais problemas que afetam a saúde desse público dentre todos os relatos bibliograficamente, criando assim fundamentos para que a falta de informação seja cessada inicialmente dentro desse grupo, pois, em muitos casos o estigma pode torna-las desmotivadas a procurarem o atendimento ginecológico, discutirem questões de interesse nas consultas médicas e de gozarem de uma vida sexual segura assim como a das mulheres heterossexuais. O ponto inicial é de que elas se sintam preparadas e informadas para que possam enfrentar os empasses e terem uma qualidade de vida sexual mais ativa e, principalmente, segura.

O atendimento às mulheres lésbicas é, muitas vezes, fragmentado e descontextualizado, pois não aborda a orientação sexual das mesmas, que são atendidas como heterossexuais. No entanto, os cuidados a essas mulheres devem ser culturalmente apropriados aos seus valores e estilos de vida, o que justifica a utilização de técnicas e habilidades específicas na entrevista para garantir uma adequada anamnese e condução das orientações (Araújo et al., 2006; Barbosa & Facchini, 2009).

A identidade lésbica nasce, portanto, com o movimento homoerótico feminino e ela tem estreita relação com a ideologia da visibilidade. Esta identidade foi constituída sob condições adversas de rejeição e exclusão, tanto no âmbito privado – rejeição da rede familiar, exclusão de grupos de amigos, adiamento de projetos de carreira profissional – como também na esfera pública – exclusão de políticas públicas, discriminação social. A subjetividade lésbica, portanto, é interseccionada pelo sentimento de rejeição e inconformismo, o que fez com que suas lutas vocalizassem a favor da sua aceitação (Almeida & Heilborn, 2008).

A partir disso, faz-se necessário levantar a hipótese de que o preconceito as torna envergonhadas e amedrontadas quanto discussões a esse respeito após abordagens iniciais negativas nos consultórios de ginecologia e colocam em risco sua saúde.

Após várias conquistas referentes à comunidade LGBT no decorrer dos anos, analisando o contexto geral, tem-se muito a pensar e questionar sobre os direitos dessa mesma classe. Sabe-se que as variações de gênero criam um mal-estar que abalam os alicerces de uma sociedade heteronormativa, porém, o questionamento que fica é, até onde se pode aceitar que esse preconceito prejudique a vida, a saúde e a autoestima do público em questão?

A identidade lésbica foi definida politicamente e envolve vários aspectos de debate à matriz heterossexista e às formas de subjetivação arbitrária que as determina como sujeitos a-históricos. Reivindica-se, pois, a reversão do estado de preconceito e discriminação em virtude das normas vigentes balizadas pelos sistemas de gênero e sexualidade. A luta ancora-se no direito à existência (pois o que não se fala, não existe), à autonomia e à própria vida (Almeida, 2010; Almeida & Heilborn, 2008; Mello, 2005).

Coloca-se, portanto, contra qualquer forma de normatização, especialmente, em oposição à heteronormatividade que predomina nas sociedades contemporâneas. Questiona também as políticas de identidade do próprio movimento homoerótico que parece situar os sujeitos, *gays* e lésbicas, numa ordem de normalização e estabilidade. A política pós-estruturalista enfoca, portanto, uma política da diferença, e não uma política de identidade (Gomine, 2007; Louro, 2001).

1.1 Feminismo, patriarcado e a política

A História das mulheres possui características bem peculiares em sua trajetória, quando levamos em consideração a questão de ser mulher no Brasil já podemos exemplificar vários fatores negativos que esse gênero carrega pelo fato do machismo ser enraizado em nossa sociedade. Quando associamos isso a uma conduta homossexual, que é vista como desviante, podemos ir além às questões que, conseqüentemente, tornam essa mulher um ser atípico e estigmatizado socialmente.

Para entender a manutenção e (re)produção das normativas de gênero e sexuais, Rich (1980) usa o conceito de heterossexualidade compulsória, uma instituição que se concentra nos muitos tipos de intensa pressão que a sociedade exerce especialmente sobre as mulheres para garantir que a heterossexualidade se torne destino comum de seu sexo. As sexualidades são produzidas a partir do equivalente geral da heterossexualidade, ou seja, é vista como norma compulsória que, investida de poder, desqualifica, desacredita, vulnerabiliza e oprime toda e qualquer outra forma de expressão das sexualidades. Além disso, a heterossexualidade compulsória contribui com a produção da opressão dos homens sobre as mulheres, a

legitimação das relações afetivo-sexuais heterossexuais, e manutenção da dominação masculina:

O sexo torna-se o mais importante, torna-se a pauta do dia desde que encerrado nos limites do inteligível, da norma. Por isso, algumas Feministas apontam a heterossexualidade compulsória justamente como sistema que acomoda e hierarquiza as relações de gênero, onde o homem é o modelo para todas as relações, inclusive aquelas na qual ele não está presente, a explicação está ancorada na sua falta, como o argumento da falta do pênis, da falta de um homem de verdade para pôr fim às relações lésbicas. (Lessa, 2004, s.p.)

Simone de Beauvoir inicia sua obra de referência para os estudos sobre gênero, *O segundo sexo*, em evidente irritação por verificar que pouco foi esclarecido na história da filosofia sobre este ser designado muitas vezes como “fêmea” ou simplesmente como “mulher” – e ainda por notar o quão pesado é culturalmente este último termo, que traz consigo muitas definições, papéis e incumbências pré-definidas. Em geral, designar o sujeito com esses termos implica considerar sua constituição biológica e sua construção cultural, ou seja, para muitos o que define alguém como fêmea é o sexo (sua constituição biológica) e o que define alguém como mulher é o gênero (sua constituição cultural). Essa é a primeira regra define os sujeitos em sociedade e os condena a estarem eternamente resignados com sua condição, atribuições ou características, como num processo lógico, imutável ou como uma fórmula matemática hipotética e simplista (Reis, 2013).

De acordo com Judith Butler (2008), a presunção de haver uma identidade comum da “mulher”, no interior do feminismo, também atraiu o mesmo a presumir uma forma singular de opressão das mulheres, invariante nos diferentes contextos culturais, o que ficou concebido como patriarcado. Assim, o patriarcado universal seria um conceito amplamente invocado para oferecer a contingência histórica das mulheres, em termos de opressão patriarcal ou masculina, além disso, a autora nos esclarece a invocação urgente a esse status universal do patriarcado tinha o objetivo de fortalecer a representatividade das reivindicações do feminismo, motivando ocasionalmente a universalidade categórica ou fictícia da dominação, considerada como responsável pela produção da experiência auto idêntica das “mulheres”.

O sujeito é uma questão crucial para a política, e particularmente para a política feminista, pois os sujeitos são invariavelmente produzidos por via de práticas de

exclusão que “aparecem”, uma vez estabelecida a estrutura jurídica da política. Em outras palavras, a construção política do sujeito procede vinculada a certos objetivos de legitimação e exclusão, e essas operações políticas são efetivamente ocultas e naturalizadas por uma análise política que toma as estruturas jurídicas como seu fundamento. O poder jurídico “produz” inevitavelmente o que alega meramente representar; conseqüentemente, a política tem de se preocupar com essa função dual do poder: política e produtiva (Butler, 2003, p. 19).

Basicamente, o ser humano mulher só se legitima socialmente e politicamente através das faces do patriarcado, ou seja, só existe uma mulher na sociedade que se represente atrás da figura de um homem? Serão então só as mulheres heterossexuais as figuras validadas socialmente e politicamente?

Como explica Judith Butler (2003), a sociedade exige uma coerência entre sexo gênero-desejo e prática sexual e, ao fazer isso, heterossexualidade deixa de ser apenas uma entre tantas formas de viver a sexualidade para se tornar uma imposição, uma coerção sobre os corpos. A ideia de instrumentalização das mulheres sobre seus corpos para que elas possam tomar suas próprias decisões, inclusive acerca de sua sexualidade, mobilizou uma reivindicação pelo autodomínio do corpo. Tal postura colocou em evidência os diferentes tipos de expressão sexual e a decisão dos sujeitos sobre a escolha de suas práticas sexuais, levantando questionamentos sobre a heterossexualidade como único padrão fixo de sexualidade (Freitas, 2008).

Mesmo com a atualidade e a questão ser bem menos complexa que antigamente, nota-se a nítida resistência de alguns grupos de mulheres lésbicas em se autoafirmarem socialmente. Questiona-se o fato da sociedade, a medicina e afins quererem encaixar os corpos em gêneros e a sexualidade em padrões, sem dar a liberdade de a pessoa ser o que é sem ter que fazer parte de uma categoria binária/sexual. Trata-se da psicanálise se atentar ao ser de uma maneira ampla, sem levar em consideração os paradigmas sociais, tratando o ser como não binário. As expectativas e demandas sociais e familiares de nossa cultura heterossexista, na qual questões de foro íntimo (como a escolha do/a parceiro/a) podem gerar desapontamento, nojo e até revolta, favorecem uma discriminação opressiva (consciente ou não) contra aqueles que ousam declarar seu modo de ser e de estar no mundo de um modo diferente dos demais (Sanders, 1994).

Segundo Adrienne Rich (1980), heterossexualidade não é apenas uma preferência sexual entre tantas outras; ela é propagandeada, administrada, organizada, imposta e mantida a

força. Por esse fator de obrigatoriedade ela fala sobre a heterossexualidade compulsória, termo que me auxilia em minhas análises nessa monografia. A heterossexualidade compulsória é uma instituição que visa garantir o acesso físico, econômico e emocional das mulheres para os homens (Rich, 1980).

Judith Butler defende que a heteronormatividade cria os corpos inteligíveis, ou seja, aqueles que são considerados aceitáveis, compreendidos, justamente porque estão inscritos dentro da matriz hegemônica, mas que, ao mesmo tempo, essa própria heteronormatividade produz também os corpos impensáveis, abjetos, não inteligíveis. “Desde o meu ponto de vista, a performatividade não trata somente de atos de fala. Também trata sobre os atos corporais” (Butler, 2006, p. 281). Levando a lógica acima em consideração, poderíamos dizer que se a heteronormatividade cria o que é aceito ou não na sociedade, a mulher lésbica se sente fora desse padrão e muitas vezes a torna excluída. Podemos ir além, o fato de uma mulher se autodeclarar lésbica para si e para sociedade em questão, seria também um ato político para a quebra de paradigmas impostos pela sociedade patriarcal? A violência que resulta desse discurso é de suma importância para enfatizar e encorajar as quebras desses paradigmas. Pois, para Bourdieu (2003), apreende-se que a violência simbólica é uma “violência suave, insensível, invisível as suas próprias vítimas” (p. 7). Destarte, a dominação simbólica se instaura através de um processo sustentado pela existência e pelo reforço de pensamentos e predisposições alinhados às estruturas impostas, refletindo em ações de conhecimento, reconhecimento e submissão ao instituído por parte dos dominados, que julgando auto evidente tais processos não conseguem romper com o mesmo, conspirando para a sua própria dominação (Bourdieu, 1975, 1998, 2003).

Esse sistema de dominação marcado pela violência simbólica se institucionaliza e se reproduz graças à construção sócio-histórica da desigualdade e da exclusão, por meio de instituições específicas, tais como a Família, a Igreja, a Escola e o Estado (Bourdieu, 1975, 1996, 2003). O preconceito que caracteriza a exclusão daqueles que se distanciam do padrão de normalidade social é talvez a manifestação mais insidiosa da violência simbólica e fundamenta-se no paradoxo que define tal violência, impedindo-nos de ver o que não vemos, ou seja, impossibilita ao sujeito identificar os limites de sua própria percepção da realidade, “atua ocultando razões que justificam determinadas formas de interiorizações históricas, naturalizadas por seus mecanismos” (Prado e Machado, 2008, p. 67). Sanders (1994) enfatiza que vivendo o conflito do segredo e da revelação, encontram-se pessoas que nutrem um amor profundo. A genitalização da experiência amorosa desqualifica a vivência homossexual como afiliação amorosa, reduzindo-a a uma dimensão exclusivamente sexual-genital. Segundo Judith

Butler (2000) a abjeção “relaciona-se a todo tipo de corpos cujas vidas não são consideradas 'vidas' e cuja materialidade é entendida como 'não importante’” (p. 155). O abjeto designa aqui precisamente aquelas zonas “inóspitas” e “inabitáveis” da vida social, que são, não obstante, densamente povoadas por aqueles que não gozam do status de sujeito, mas cujo habitar sob o signo do “inabitável” é necessário para que o domínio do sujeito seja circunscrito (Butler, 2000).

Assim, ao dizer que alguns corpos importam socialmente, ao serem legitimados pelo discurso, e que “outros” corpos não importam socialmente porque não têm uma existência legítima, permanecendo no plano do inteligível, ao mesmo tempo em que afirma a irrefutabilidade das experiências dos corpos abjetos enquanto materialidade excluída que vive, come, sente dor e morre, Judith Butler realiza uma operação que desvela o papel histórico da ontologia enquanto instrumentos de poder “para fins de hierarquia e subordinação e também com vistas á exclusão e à produção de domínios do inimaginável”, e ainda subverte os efeitos nocivos do ontológico ao atribuir existência àquilo que tem sido sistematicamente destituído do privilégio de existir (Prins & Meijer, 2002, p.161).

Tais desafios também são enfrentados intensamente por suas famílias. A qualidade afiliativa da condição de homossexual deve ser salientada para que os familiares tenham condições de perceber a capacidade e a necessidade de amar de seus membros, respeitando seu direito de amar alguém do mesmo sexo e propiciando-lhes um lugar na família (Sanders, 1994).

Prado e Machado (2008) apontam que as transformações dos discursos sobre a sexualidade tornaram possíveis a resignificação da sexualidade humana, provocando uma desnaturalização, desessencialização e desbiologização da sexualidade, permitindo que elementos fundamentais da sustentação do preconceito social e da legitimação fossem questionados. Lentamente, os sujeitos que eram até então completamente excluídos das preocupações da sociedade capitalista conservadora passaram a ser seu alvo de interesse, uma vez que se mostraram potenciais consumidores e trabalhadores com perfil desejado. As relações homoeróticas, por exemplo, tornam-se então exóticas aos olhos de parte da sociedade, sendo até mesmo incorporadas em campanhas de merchandising. “A diferença nesses casos, é instigadora, é merchandising: é o diferente exibido como curiosidade, como exceção, o que de fato serve para reforçar a norma” (Navarro-Swain, 2000, p. 65).

Portanto, falar dos corpos abjetos, reconhecer sua existência, atribuir-lhe importância por meio de contradiscursos é empoderar esses corpos, subvertendo os discursos hegemônicos que os invisibilizam. Talvez, ligar a questão principal dessa narrativa como abjeção ao corpo, seja mais pertinente nos casos de mulheres lésbicas que mantém um estereótipo mais

masculinizado, porém, é de extrema dificuldade generalizar esse ponto central, pois, o medo da autoafirmação pode ter vários pontos empíricos, mas o que aparece sempre em unanimidade é a não aceitação social, isso acontece porque a elaboração do conflito identitário vivenciado por elas perpassa a aceitação familiar/social em primeiro lugar. No que se diz respeito à violência, simbólica ou literal, podemos afirmar que se nota em quase todos os aspectos da vida da mulher lésbica, seja ela estereotipada ou não. Concluiu-se então, que cada vez mais há a necessidade de se falar no tema e cada vez mais a sugestão e demanda de pesquisas futuras que contemplem os sujeitos de pesquisa que estudamos, pois escassas são as pesquisas a elas dirigidas, seja na área da psicanálise ou outras afins.

O que vemos com esses relatos é que as normatividades de gênero e de sexualidade estão presentes em nossa sociedade atuando na produção dos modos de subjetivação, desvalorizando e dessexualizando as mulheres e relegando as lesbianidades a um lugar de abjeção. Reconhecer a existência lesbiana é rever todo o sistema heteronormativo e androcêntrico, é desconstruir o sistema de sexo binário e ir além do sexo, pois podemos pensar os modos de vivenciar o prazer, a sexualidade e as relações afetivo-sexuais não como baseadas na natureza ou na biologia, na masculinidade genitalizada, ou mesmo como determinismos culturais, mas produzidas, construídas, e, exatamente por isso, múltiplas e passíveis de mudança. Reconhecer a potencialidade sexual entre mulheres é, a partir da abjeção de uma subjetivação/vivência/singularidade dassexualidades, rever o sistema hegemônico. Estudos mais aprofundados para responder a essa temática se fazem necessários. O que não se pode perder de vista é que inserir os discursos sobre as lesbianidades no sistema androcêntrico e heteronormativo é negar a legitimidade desse desejo, fazendo visíveis modos estigmatizados e estereotipados para encobrir suas variedades de existência múltiplas, fluídas e mesmo contraditórias, ajustando-as aos padrões inteligíveis homogeneizantes (Toledo & Teixeira, 2010).

Se faz necessária uma análise crítica dos sentidos e significados que as lesbianidades recebem, pois o que temos são normas, não essências de subjetivação já que as identidades sexuais e de gênero (homem, mulher, gay, lésbica, transexual, etc.) não são constructos psicológicos, mas atribuições sócio-históricas e culturais, assim como são construídos os gêneros e os sexos para a manutenção de uma certa ordem sexual e social. O que sabemos é que essa mesma norma produz desigualdades e hierarquias e, arbitrariamente, considera algumas formas de vivenciar as sexualidades como inteligíveis, legítimas e normais e outras como ininteligíveis, ilegítimas e anormais. Por isso, é a própria construção das normas que

deve ser posta em questão, e não a forma como as pessoas vivem suas sexualidades, pois é claro que esta é diversa assim como a própria existência humana.

1.2 - A invisibilidade da lesbianidade na ginecologia

A política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais – LGBT, é um conjunto de diretrizes, em vigor no Brasil desde o ano de 2010, que objetiva promover a saúde dessas pessoas, eliminando a discriminação e o preconceito institucional e contribuindo para a redução das desigualdades e para a consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS. A Política LGBT é composta por um conjunto de diretrizes cuja operacionalização requer planos contendo estratégias e metas sanitárias e sua execução requer desafios e compromissos das instâncias de governo, especialmente das secretarias estaduais e municipais de saúde, dos conselhos de saúde e de todas as áreas do Ministério da Saúde (Brasil, 2013b).

O compromisso do Estado brasileiro com o oferecimento de serviços públicos de saúde foi firmado na Constituição de 1988. A saúde integra o Sistema de Seguridade Social, em conjunto com a Previdência e a Assistência Social, representando a responsabilidade do Estado com o bem estar da população (Brasil, 2013a). Os três princípios do Sistema Único de Saúde brasileiro são a universalidade, a integralidade e a equidade (Brasil, 2013b). É o princípio da equidade que justifica a criação de programas que tentam atender demandas específicas que partem principalmente de movimentos sociais, como é o caso do Programa Mais Saúde – Direito de Todos –, empreendido pelo Ministério da Saúde. Esse programa apresenta metas para promover ações de enfrentamento a iniquidades e desigualdades em saúde, em grupos populacionais como pessoas negras, quilombolas, LGBT, população em situação de rua e outros. A criação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais é parte do compromisso do Ministério da Saúde com políticas voltadas para a equidade no SUS (Brasil, 2013a).

A inclusão das especificidades da população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e transgêneros (LGBTs) nas políticas de saúde é uma das lutas fundamentais dos movimentos sociais desde os anos 80. Já o marco histórico para o fortalecimento de políticas específicas para o movimento das lésbicas se deu em 1996, no Rio de Janeiro/RJ, após a organização do I Seminário de Lésbicas (SENALE), oriundo da necessidade de se ter um espaço onde as especificidades das lésbicas pudessem ser discutidas de maneira mais ampla e democrática, já que nos encontros mistos esse espaço era insuficiente (Conti, 2006).

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

Lésbica é o termo utilizado para designar mulheres que se identificam como mulheres e se relacionam sexual e afetivamente com outras mulheres. A palavra lésbica vem do latim *lesbius* e originalmente referia-se somente aos habitantes da ilha de Lesbos, na Grécia. A ilha foi um importante centro cultural onde viveu a poetisa Safo, entre os séculos VI e VII A.C., muito admirada por seus poemas sobre amor e beleza, em sua maioria dirigida às mulheres. Por esta razão, o relacionamento sexual entre mulheres passou a ser conhecido como lesbianismo ou safismo (Brasil, 2013a).

A identidade lésbica nasce, portanto, com o movimento homoerótico feminino e ela tem estreita relação com a ideologia da visibilidade (Almeida & Heilborn, 2008). Esta identidade foi constituída sob condições adversas de rejeição e exclusão, tanto no âmbito privado – rejeição da rede familiar, exclusão de grupos de amigos, adiamento de projetos de carreira profissional – como também na esfera pública – exclusão de políticas públicas, discriminação social. A subjetividade lésbica, portanto, é interseccionada pelo sentimento de rejeição e inconformismo, o que fez com que suas lutas vocalizassem a favor da sua aceitação.

A homossexualidade feminina é considerada como o gosto feminino pelo sexo do mesmo gênero, além de manter relações sexuais exclusivamente com mulheres. Já o bissexualismo caracteriza-se por mulheres que mantêm relações sexuais com homens e mulheres, sem distinção de gênero (Bertolin et al., 2010; Araújo & Penna, 2014).

Sabe-se que as práticas sexuais das mulheres, ou seus comportamentos sexuais, não definem exclusivamente suas identidades (Costa, 1995; Gomine, 2007). Além disso, o não se assumir, não necessariamente, relaciona-se à negação da orientação sexual das mulheres lésbicas, mas “pode estar associado simplesmente ao desinteresse por alguns símbolos e comportamentos associados à *lesbianidade*, ou ao conjunto de significados a ela atribuídos” (Almeida & Heilborn, 2008, p. 233). Por fim, é necessário reconsiderar a ideia de que a mulher lésbica é categorizada como tal mediante a sua gramática corporal, dos seus gestos, das suas vestimentas, do estilo de vida que expressa o gênero feminino (Carvalho, 1994). A mulher

lésbica não precisa se dissociar do gênero feminino porque se relaciona afetiva e/ou sexualmente com outras mulheres.

A Política de Saúde de LGBT é um grande avanço e tem como objetivo geral a promoção da saúde integral da população de LGBT, enfrentando a discriminação e o preconceito institucional, contribuindo para a redução das desigualdades e para a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo. São objetivos específicos da Política de Saúde de LGBT, que contemplam as mulheres, entre outros: prevenir novos casos de cânceres ginecológicos (cérvico-uterino e de mamas) entre mulheres lésbicas e bissexuais e ampliar o acesso ao tratamento qualificado; garantir os direitos sexuais e reprodutivos da população de LGBT no âmbito do SUS; atuar na eliminação do preconceito e da discriminação da população de LGBT nos serviços de saúde; fortalecer a participação de representações da população de LGBT nos conselhos e conferências de saúde; promover o respeito à população de LGBT em todos os serviços do SUS; reduzir os problemas relacionados à saúde mental, drogadição, alcoolismo, depressão e suicídio entre lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, atuando na prevenção, promoção e recuperação da saúde; incluir ações educativas nas rotinas dos serviços de saúde voltadas à promoção da autoestima entre lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais e à eliminação do preconceito por orientação sexual, identidade de gênero, raça, cor e território para a sociedade em geral; incluir o tema do enfrentamento às discriminações de gênero, orientação sexual, raça, cor e território nos processos de educação permanente dos gestores, trabalhadores da saúde e integrantes dos conselhos de saúde (Brasil, 2013a).

Como dito, sabe-se que todo esse grupo é estigmatizado pela sociedade, portanto faz-se necessário focalizar nas necessidades de um atendimento digno as mulheres lésbicas quanto á parte de ginecologia, seja no âmbito público ou privado, pois, de acordo com um estudo desenvolvido na cidade de São Paulo observa-se que 18% a 35% da população de mulheres que fazem sexo com mulheres nunca haviam realizado o exame de Papanicolau. Essas estimativas são maiores do que as encontradas para a população geral feminina residente na mesma cidade, 13,9%. Tais dados sinalizam que um contingente significativo de mulheres que fazem sexo com mulheres encontra-se excluído dos serviços de atenção/cuidado à saúde. Com isso podemos dizer que o princípio de universalidade quanto os de integralidade e equidade adotados pelo Sistema Único de Saúde estão sendo descumpridos, visto que há um contingente de mulheres excluída da assistência e que elas tendem a ser vistas de modo unidimensional e, muitas vezes, são discriminadas e desestimuladas a acessar serviços de saúde (Rodrigues, 2013).

Lésbicas, pessoas trans, gays e outras pessoas que não cabem nas normas relativas a gênero e sexualidade sofrem opressões que muitas vezes se manifestam de maneiras violentas a partir de mecanismos de desumanização no mundo ocidental (Gaard, 1997). Apesar de pontos em comum e da importância que a soma de forças possui na conquista de movimentos civis, a experiência de homens gays, que compartilham a categoria homossexualidade junto com as lésbicas, apaga constantemente as especificidades da experiência lesbiana (Rich, 1980; Lee e Dow, 2001).

Para dar conta de tal problemática, precisa-se entender primeiramente se a lesbianidade tem sido invisibilizada e discriminada no âmbito da saúde e como esta invisibilização é causa de sofrimento social, causando assim um desestímulo à procura do serviço. Posteriormente, analisar mais diretamente mulheres lésbicas e suas relações com a ginecologia, enfatizando as dificuldades, falta de conhecimento e preconceitos enfrentados nesse atendimento.

1.3 - A classe médica e o despreparo de suas atribuições ao público lésbico

Foi no século XIX que a medicina inaugurou uma série de mudanças em relação aos cuidados com as doenças femininas e aprimorou seus conhecimentos em relação à reprodução. Através da análise de textos na área da história da medicina, tenciona-se apresentar algumas discussões em torno do surgimento da ginecologia e da obstetrícia. (Freitas, 2008).

Discussões sobre a sexualidade da mulher, incluindo aspectos da sua vida sexual e do prazer, para além da sua função reprodutiva são relativamente recentes. Nota-se, historicamente, um interesse diferenciado por parte da medicina no que diz respeito a homens e mulheres na passagem do século XIX para o XX. Nesse período há uma preocupação médica com a sexualidade e com a reprodução - nesse momento as fronteiras entre as especialidades médicas ou não existiam, ou ainda eram bastante indefinidas (Rohden, 2002).

De acordo com a autora, a vida da mulher era descrita a partir das passagens que sofre em função da preparação, exercício e perda da capacidade reprodutiva, criando uma especialidade médica para tal regulação, a ginecologia. No Brasil, somente depois da década de 1980, com a reformulação do Programa Materno-Infantil (PMI), com a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e com as Conferências de Cairo (1994) e Pequim (1995) que as dimensões da sexualidade e da reprodução começaram a ser problematizadas na qualidade de esferas individuais e autônomas - ressaltando que caberia à mulher tomar suas próprias decisões sobre as questões relativas à sua saúde sexual e reprodutiva, livre de coerção, discriminação e violência (Freitas, 2008).

A ideia de instrumentalização das mulheres sobre seus corpos e sua saúde para que elas possam tomar suas próprias decisões, inclusive acerca de sua sexualidade, mobilizou uma reivindicação pelo autodomínio do corpo. Tal postura colocou em evidência os diferentes tipos de expressão sexual e a decisão dos sujeitos sobre a escolha de suas práticas sexuais, levantando questionamentos sobre a heterossexualidade como único padrão fixo de sexualidade (Freitas, 2008).

O atendimento às mulheres lésbicas é, muitas vezes, fragmentado e descontextualizado, pois não aborda a orientação sexual das mesmas, que são atendidas como heterossexuais. No entanto, os cuidados a essas mulheres devem ser culturalmente apropriados aos seus valores e estilos de vida, o que justifica a utilização de técnicas e habilidades específicas na entrevista para garantir uma adequada anamnese e condução das orientações (Barbosa e Facchini, 2009).

Pesquisas revelaram que após a lésbica manifestar a sua orientação sexual, os profissionais da área da saúde deram encaminhamento ao atendimento mais rápido ou não solicitaram exames, o que pode comprometer o atendimento. Além disso, sugeriram que as lésbicas são menos propensas a obter cuidados de rotina, o que inclui exames ginecológicos, mesmo tendo o risco aumentado de câncer de mama e do endométrio devido à alta incidência de nuliparidade. (Valadão & Gomes, 2011).

No entanto, para que as decisões reprodutivas e sexuais sejam tomadas de forma consciente, é necessário que existam certas condições de materiais e de infraestrutura, tais como transporte, creches, serviços de saúde acessíveis, humanizados e bem equipados. Portanto, não basta existir um conjunto de direitos que defendam a integridade e autonomia dos corpos das mulheres, é necessário construir uma rede de infraestrutura, com intervenções sociais, que possibilite que tais direitos sejam de fato usufruídos (Rodrigues & Schor, 2010).

De acordo com Rohden, (2012), observa-se que as definições são bastante abrangentes e podem ser resumidas na noção de ciência ou estudo da mulher. Certamente essa preocupação da medicina em dedicar-se ao estudo da mulher não nos causaria espanto se houvesse também uma ciência ou estudo do homem. Nos mesmos dicionários citados acima não há qualquer referência à andrologia, a disciplina que teria se constituído para tratar da sexualidade e reprodução do homem. Quanto à urologia, só em alguns casos sua definição expressa, além do estudo e tratamento do aparelho urinário em ambos os sexos, a preocupação com os órgãos sexuais masculinos. Jamais a noção de um estudo do homem apareceu nas referências. Como isso também não se revela no quadro das teses defendidas na Faculdade de Medicina ou em outras fontes consultadas, podemos suspeitar que há uma diferença de consideração a respeito das duas metades que compõem a humanidade. O que estou querendo sugerir é que, de um

lado, a mulher é tratada no discurso médico como eminentemente presa à função sexual/reprodutiva, diferentemente do homem. De outro lado, quando se fala em reprodução, quase que maciçamente se evoca a mulher e raras vezes o homem. Um rápido exemplo disso pode ser visto no que se refere aos debates em torno da esterilidade ainda no século XIX. Na grande maioria dos casos, os médicos pressupõem que as causas desse problema são femininas. A infecundidade do casal é pensada como resultado de falhas na capacidade reprodutiva da mulher. Somente raras vezes, e mesmo assim depois que ela tenha passado por todas as investigações possíveis, é que se cogita que o problema resida no homem.

As razões para essa percepção diferenciada da mulher e do homem em relação à sexualidade e à reprodução devem ser buscadas no contexto de surgimento das novas especialidades médicas no século passado. A onda de novos desenvolvimentos científicos e a fomentação de novas ideologias nos fornecem indícios para compreendermos o significado mais amplo da construção de um saber específico e único sobre a mulher, retratado na ginecologia (Rohden, 2012).

Analisando o primeiro item dos princípios básicos do código de ética médica do Brasil, a medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e será exercida sem discriminação de nenhuma natureza. Contudo, quando se fala na saúde sexual de mulheres lésbicas, nota-se que o cenário dessa teoria para a prática é bastante divergente, verificando-se que tais princípios não vêm sendo cumpridos, levando a violação grave desse código e enfatizando a não preocupação do profissional ginecologista em estabelecer critérios para o acesso à recuperação, promoção e prevenção da saúde das mulheres dessa orientação sexual. A principal preocupação acerca dos estudos da saúde sexual da mulher se dá, muitas vezes, em volta da capacidade reprodutiva da mesma, ou seja, na percepção errônea da sociedade médica em questão, uma mulher lésbica fica impossibilitada de reproduzir tornando-se assim parte secundária das áreas mais estudadas da ginecologia.

1.4 - ISTs como tabu de sexualidade lésbica

Segundo Almeida (2009) além da ênfase no corpo feminino como reprodutivo, a homossexualidade era interpretada como mais uma das expressões da ninfomania ou das patologias psiquiátricas, que uma "boa intervenção higienista" poderia suprimir. O século XIX foi a época do surgimento de um saber médico sobre a homossexualidade, sobrepondo-se ao teológico e ao popular, pois daí em diante foram os médicos que reivindicaram a autoridade de

falar a verdade sobre a sexualidade. O crime exigia a punição, mas a doença exige a cura e a correção.

Os estudos relacionados a ISTs¹ (Infecções Sexualmente Transmissíveis) no mundo são, em sua maioria, voltados a aspectos sociais cotidianos e típicos que envolvem em quase sua totalidade a norma da heterossexualidade, temos inúmeras informações sobre os vários tipos de doenças que se pode contrair em um sexo desprotegido mas nenhuma dessas informações são relativamente validas se a discussão envolver o público homossexual feminino, nota-se que até o público gay masculino se beneficia pelo simples fato de serem homens e as principais pesquisas serem viabilizadas para a proteção do pênis em si. Podemos discutir a questão do machismo enraizado nesse contexto somado ao patriarcado heteronormativo que a nossa sociedade prioriza na saúde da população. Métodos pesquisados e desenvolvidos para o sexo protegem os homens, que secundariamente protegem as mulheres que se relacionam intimamente com homens e as custas disso, homens que se relacionam com homens tem a vantagem do benefício pelo simples fato do gênero biológico ser o mesmo e esse já vir historicamente, carregado de benefícios de vários âmbitos e conseqüentemente, na saúde.

Desse modo, é possível perceber a ideia de maior vulnerabilidade associada à presença masculina na relação, ficando subjacente nos discursos que o relacionamento apenas entre mulheres poderia ser um fator de proteção em decorrência da existência de uma crença de gênero socialmente construída em que as mulheres seriam naturalmente mais cuidadosas e responsáveis com sua saúde e, conseqüentemente, em suas relações, se comparadas aos homens, sendo estes considerados como descuidados, com comportamentos vulneráveis e, assim, com maior risco de transmitirem IST (Lima & Saldanha, 2020).

Em um estudo realizado por Barbosa e Facchini (2009) também foi verificado, nos discursos das participantes, a ideia de que as infecções sexualmente transmissíveis, incluindo-se o HIV/aids, estariam relacionadas a homens, e as respondentes acreditavam ser o relacionamento sexual entre mulheres um fator de proteção. Já um estudo realizado pelo Grupo Arco-íris (2008) verificou que para 44% das mulheres entrevistadas não existiria risco de lésbicas contraírem IST nas relações com outras mulheres, e 54% afirmaram que este risco também não existiria para o HIV. Trata-se de um quadro preocupante, pois de certa forma responsabiliza a figura masculina pela transmissão de IST, o que pode trazer à tona as ideias

¹ A terminologia Infecções Sexualmente Transmissíveis (**IST**) passou a ser adotada em substituição à expressão Doenças Sexualmente Transmissíveis (**DST**), porque destaca a possibilidade de uma pessoa ter e transmitir uma infecção, mesmo sem sinais e sintomas (Ministério da saúde, 2016).

existentes inicialmente na medicina, e que em seguida se espalharam por toda a sociedade, de que os homens eram responsáveis pela disseminação do HIV, principalmente os homossexuais masculinos. Este fato isenta o corpo feminino lésbico da possibilidade de também ser capaz de adquirir e transmitir IST, o que também pode afetar na forma como essas mulheres mantêm suas práticas sexuais; a exemplo disso, se fazem uso de algum método preventivo ou não, ou se costumam realizar exames preventivos para detectar possíveis IST.

Nota-se que, em análise histórica, a preocupação com a classe de mulheres lésbicas desfrutarem de um ato sexual saudável e seguro teve primeiros movimentos em meados dos anos 90, onde se era bem difundida a questão da AIDS no país, podemos notar que a movimentação aconteceu e pegou um gancho nesse marco em que a AIDS é estigmatizada e tratada pelas grandes camadas sociais como doença de gay. Ongs e discursos pró feminismo ganharam força política e social envolvendo debates de assuntos relacionados a mulheres homossexuais. Segundo Almeida (2009) o discurso pró-possibilidade de infecção também promoveu a preocupação com a higiene e o monitoramento dos sintomas corporais da presença de DST. O melhor monitoramento de sintomas seria o realizado em parceria, pelo casal. Era então acionada a figura da *companheira*. Recomendando-se que as leitoras se utilizassem da presença da companheira para discutir alterações na cor, espessura e cheiro "dos líquidos que temos na área genital". O recurso à presença da companheira também foi utilizado como estímulo para que lésbicas e bissexuais pudessem "conhecer melhor seus corpos". Recomendou-se o uso do espelho para visualização das partes íntimas, e ainda, que a mulher dividisse "este prazer" com a companheira. Apesar de a figura da companheira surgir nestes momentos, ela não foi incorporada como coadjuvante na erotização das barreiras, como é usual nos materiais elaborados para o público heterossexual. Em apenas um panfleto, a imaginação e a erotização das barreiras apareceram como recurso para motivar a adesão do casal ao sexo mais seguro.

Pôde ser percebido que as recomendações de "sexo seguro" ou "mais seguro" voltadas para lésbicas, foram produzidas a partir de uma discussão sobre as práticas sexuais mais frequentes entre as ativistas do movimento, tal o detalhamento das recomendações, como demonstra um dos panfletos da UOO, que desenvolveu uma classificação em três divisões das práticas sexuais realizadas entre lésbicas em: "totalmente seguras", "provavelmente seguras" e "não seguras, arriscadas". (Almeida, 2009, p. 308).

Segundo Pinto (2004), no Brasil ainda não há, para fins de registro e critério epidemiológico, uma categoria de transmissão de HIV/aids que enfoque mulheres que fazem sexo com mulheres. Isso torna necessário destacar a possibilidade de existência de

subnotificações: os casos de possíveis transmissões do HIV nas relações entre lésbicas poderiam estar sendo erroneamente notificados como ocorrendo a partir de supostas relações heterossexuais. Nesse sentido, entende-se que as relações afetivo-sexuais entre mulheres quase sempre foram percebidas como um tabu e algumas vezes colocadas à margem da sociedade. As formas como as lésbicas são vistas pela sociedade refletem em diferentes setores de suas vidas, inclusive no campo da prevenção e da promoção da saúde.

Apesar dessa crença entre profissionais de saúde, lésbicas não estão imunes às DST. Pesquisas em saúde sobre transmissão de doenças em mulheres que fazem sexo com mulheres, mostram que mesmo entre mulheres que não têm relações sexuais com homens há muito tempo ou que nunca as tiveram, existem casos de tricomoníase, clamídia, HPV e um índice alto de vaginoses bacterianas, com evidência de transmissão sexual dessas doenças (Bailey et al, 2004; Skinner et al, 1996; Pinto, 2004). Existem poucas informações sobre a transmissão do vírus HIV em relações sexuais entre mulheres, consideradas de baixo risco para a infecção desse vírus, mas existem pesquisas com estudos de caso que mostram que essa possibilidade deve ser considerada e que os casais lesbianos sorodiscordantes, em especial, devem receber recomendações sobre métodos de prevenção da transmissão do HIV (Kwakwa e Ghobrial, 2003).

Nesse sentido é importante a afirmação da pesquisa de Ana Paula Portella e Verônica Ferreira, da ONG feminista SOS Corpo que relata que para a maior parte dos/as profissionais, as lésbicas estariam menos expostas às DST, seja porque nas relações entre mulheres haveria menos troca de fluídos corporais ou porque as relações lésbicas seriam mais estáveis e monogâmicas. Estar menos exposta, porém, não significa estar imune e, nesse sentido, as lésbicas se deparam com dois outros problemas importantes: a ausência de meios adequados de proteção e a menor procura por serviços de saúde. (Portella e Ferreira, 2009)

Em concordância com o tema trazido por Almeida (2009) de que é preciso aumentar o acesso a informações sobre DST/Aids às lésbicas se o que se deseja é a redução da vulnerabilidade, mas permanece estratégico na disseminação de informações o papel ocupado pela sociedade civil organizada na produção de ações mais eficazes pelo Estado. São os grupos que funcionam como polo de atratividade das mulheres afiliadas a uma identidade lésbica ou bissexual e constituem, ao lado das empresas do mercado rosa, as únicas agências capazes de executar o trabalho de agregação identitária. Por mais que o discurso médico "alternativo" forneça argumentos técnicos sobre a vulnerabilidade, ele é impotente sozinho, face ao desafio de mudar comportamentos, o que, em última instância, é muito mais: é o desafio de influir na cultura sexual das lésbicas que se envolve uma das principais temáticas desse trabalho,

envolver a sociedade e estado em questões que viabilizem a saúde dessa porção da população brasileira que já é estigmatizada pelo comportamento tido como desviante pela sociedade.

2. METODOLOGIA

De acordo com Marconi e Lakatos (2003, p.83), “não há ciência sem o emprego de métodos científicos”. Acrescentam os autores que método é o conjunto de atividades sistemáticas e racionais que, com maior segurança e economia, permite alcançar o objetivo conhecimentos válidos e verdadeiros, traçando o caminho a ser seguido, detectando erros e auxiliando as decisões do cientista (Marconi & Lakatos, 2003).

As questões foram pautadas em um referencial bibliográfico que envolve a percepção das mulheres lésbicas para analisar o atendimento do (a) profissional ginecologista. Os estudos analisam o preconceito e a influência que isso pode oferecer na sexualidade dessas mulheres, mostrando que conseqüentemente a saúde e a qualidade de vida sexual é afetada. Esses tópicos são desenvolvidos através de autores que estudam essas áreas, e esse estudo é uma junção de todos esses itens para que o objetivo seja alcançado.

A revisão bibliográfica inicial foi a narrativa, que é entendida como uma consulta bibliográfica que busca reunir estudos recentes e clássicos sobre conceitos centrais do trabalho - no caso, atendimento ginecológico ao público lésbico -, mas não possui uma padronização na busca por tais estudos (Rother, 2007).

Esta revisão bibliográfica foi realizada para embasar a justificativa dessa dissertação. Para isso, foram utilizados os descritores: “Lésbica”, “Atendimento Ginecológico” e “Sexualidade” em diferentes bases de dados para uma busca de artigos recentes. Foram selecionados artigos publicados entre 2000 e 2020, que estivessem redigidos em português e inglês, pertencentes às ciências humanas ou saúde, cujo texto estivesse disponível completo e gratuito. As bases de dados utilizadas para essa revisão foram a SciELO (Scientific Electronic Library Online) e BVS (Biblioteca Virtual em Saúde).

Por meio dessa busca e seguindo critérios previamente estabelecidos foram localizados artigos relevantes para a temática, porém constatou-se que há uma dificuldade existente de estudos que relacionem a qualidade do atendimento ginecológico a essa parcela de mulheres da sociedade.

2.1 - Participantes

Participaram desse estudo 57 mulheres que se identificaram como lésbicas ou bissexuais. Esse questionário foi aplicado para todas as mulheres lésbicas maiores de 18 anos que acessaram o formulário e que se propuseram a responder aceitando o termo de consentimento proposto. Os critérios de inclusão foram: pertencer ao sexo feminino; ter entre 18 e acima de 50 anos; estar disponível para o preenchimento do questionário online e termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) assinado no ato do preenchimento do questionário.

2.2 – Coleta de dados

Neste estudo, os dados foram coletados por meio da aplicação de um questionário fechado autoaplicável, cujo conteúdo está relacionado ao tema abordado no referencial teórico. (Gil, 2008). Na maioria dos casos, os questionários são autoaplicados, ou seja, são propostos por escrito aos respondentes. A partir das respostas é possível descrever as características da população alvo da pesquisa ou, ainda, testar hipóteses elaboradas no momento do planejamento da pesquisa (Gil, 2008). O questionário foi elaborado pela pesquisadora com questões autoaplicáveis de caráter de múltipla escolha. Ficou disponibilizado o questionário de maneira digital através de várias ferramentas de redes sociais Facebook e Whatsapp que envolvam a temática lésbica.

As participantes foram convidadas para colaborar no estudo como prescrito pelo método *Snowball*, também conhecido como Bola de neve. Nesse método, conforme Fernandes e Carvalho (2000), as participantes entram em contato com outras potenciais participantes e as indicam para colaborarem com a pesquisa, que neste caso foi de maneira virtual. A pesquisadora enviou uma mensagem através da mesma ferramenta online para os organizadores desses grupos das redes sociais solicitando participar dos grupos. Também escreveu uma mensagem pública nos grupos pedindo a permissão para participar e pedindo para que as mulheres lésbicas realizassem o preenchimento do questionário.

O questionário foi divulgado nas redes sociais durante o prazo de um mês, de 20/02/2020 a 20/03/2020 para o levantamento do número de participantes.

2.3 – Análise de dados

A tabulação dos dados deste estudo foi executada através de uma planilha eletrônica, utilizando o software Microsoft Excel. Neste estudo, os dados foram analisados e interpretados de acordo com os passos propostos por Gil (2008):

- estabelecimento de categorias;
- codificação;
- tabulação;
- análise estatística dos dados;
- avaliação das generalizações obtidas com os dados;
- inferência de relações causais;
- interpretação dos dados.

Como dito, a metodologia utilizada foi um questionário na forma quantitativa, visto que, a análise utiliza a somatória como meio de obtenção de resultados os quais, foram organizados em gráficos para que em seguida fossem verificados os aspectos que envolviam as respostas, discutindo e comparando os resultados numéricos com o referencial bibliográfico.

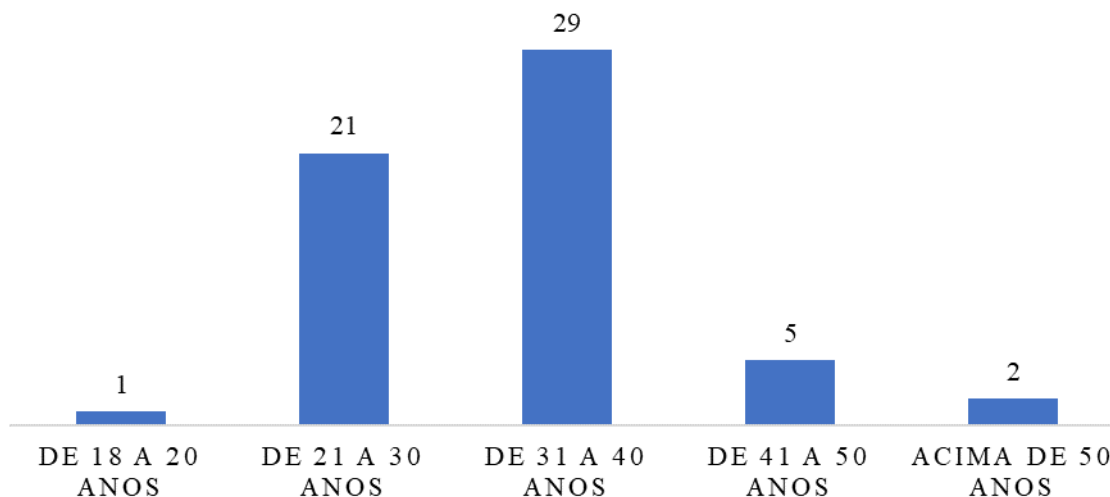
Os itens foram discutidos com embasamento teórico no qual, a pesquisadora elencou textos sobre a temática. Pretendeu-se levantar questões sobre as atitudes dos (as) ginecologistas, verificando assim a percepção dessas mulheres frente ao atendimento prestado pelos mesmos (as).

As perguntas do questionário foram desenvolvidas com o intuito de relacionar os itens mais preocupantes com a saúde das mulheres, para contribuir no esclarecimento de dúvidas, contornando a ignorância, o medo da procura ao atendimento e a intolerância sobre o assunto para uma análise sobre a percepção delas nesse atendimento. Promover condutas e valores particulares e individuais, contribuir para um reforço da importância da consulta de qualidade que fazem parte dos itens mais relevantes do estudo.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste tópico serão apresentados em formato de gráficos as repostas obtidas na aplicação do questionário descrito na metodologia.

Gráfico 1: Qual sua faixa etária?

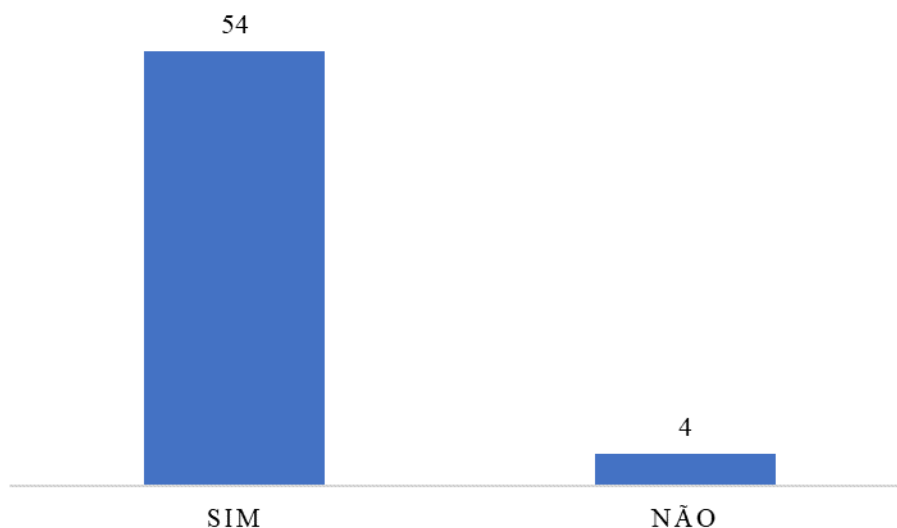


Fonte: Elaboração própria.

Na pesquisa, mais de 50% das mulheres tem idade de 31 a 40 anos. Esse dado se torna importante porque é exatamente essa faixa etária que mais o câncer de colo de útero acomete.

Segundo Soares et al. (2010), o câncer de colo uterino (CCU) constitui um grave problema de saúde que atinge as mulheres em todo o mundo. Os países em desenvolvimento são responsáveis por 80% desses casos, e o Brasil representa uma taxa expressiva desta estatística. A distribuição de novos casos, de acordo com a localização primária, é bem heterogênea entre os estados e capitais brasileiras. As taxas mais elevadas se encontram nas regiões Sul e Sudeste; Norte e Nordeste mostram taxas mais baixas, enquanto a região Centro-oeste apresenta taxas intermediárias. Com relação ao CCU, a região Sul apresenta uma incidência de 28/100.000; região Norte, 22/ 100.000; Centro-oeste, 21/100.000; e Nordeste, 17/100.000 ocorrências.

Gráfico 2: Você se define lésbica?

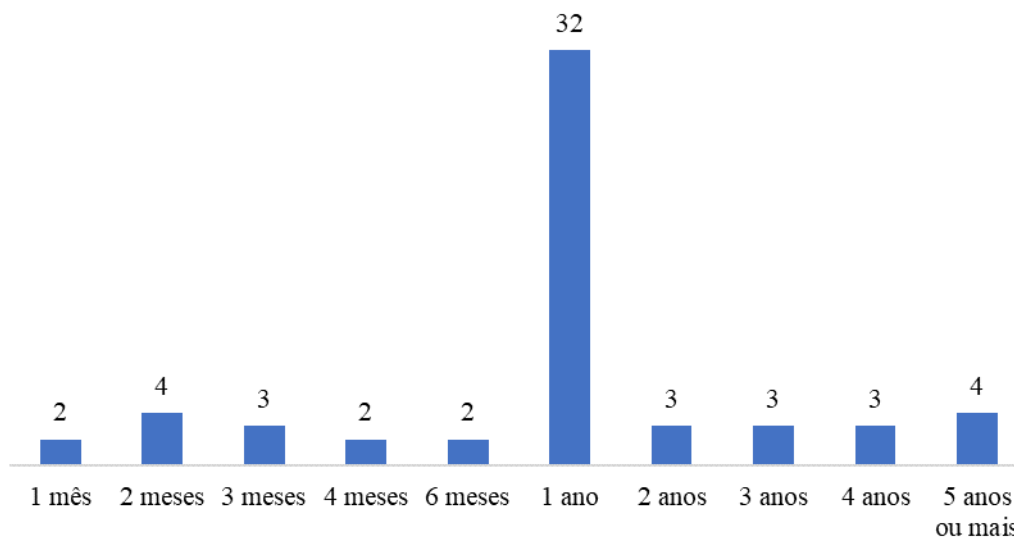


Fonte: Elaboração própria.

Pouco mais de 5% não se identifica como lésbica, mas mantem ou já manteve relações sexuais com outras mulheres. Muitas vezes homossexuais tem a sexualidade negada pela coletividade heteronormativa, pois devido ao estigma de serem muito desviantes, muitas vezes, carregam também o estigma de serem doentes, no sentido de não terem direito ao sexo com a mesma liberdade e direitos que os heterossexuais, mesmo que as informações da patologinização desse grupo sejam cada vez menos fidedignas, continuam estigmatizantes. Esse fator faz com que uma parcela da população homossexual tenha dificuldades em expor a sua sexualidade de uma maneira livre.

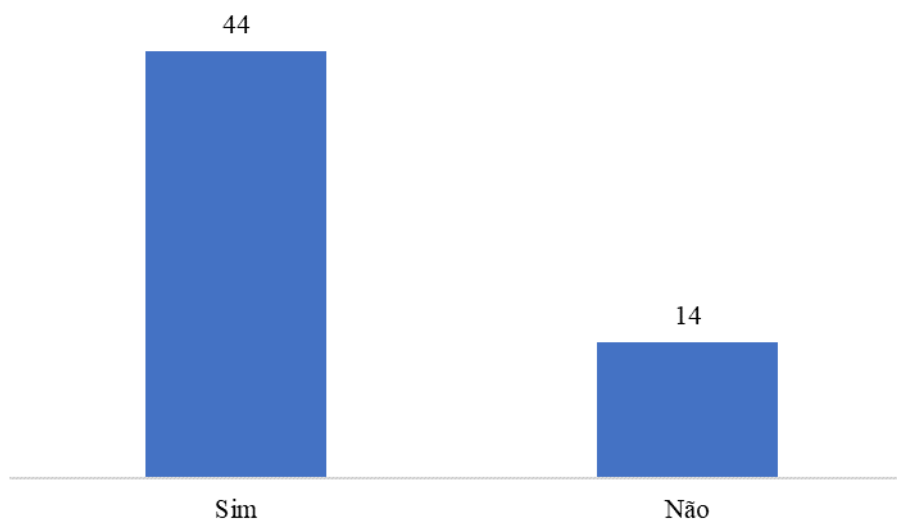
A sociedade impõe um modelo de sexualidade que segundo eles, é considerado dentro do padrão da normalidade. Esse padrão é constituído por relações entre homens e mulheres com base em um contexto histórico, político e social. As pessoas para serem aceitas como normais, precisam fazer parte deste modelo para evitar o constrangimento em determinadas situações, a discriminação e a exclusão pela sociedade (Araújo & Penna, 2014; Albuquerque, 2013).

Gráfico 3: Quando foi sua última visita ao ginecologista?



Fonte: Elaboração própria.

Gráfico 4: Na consulta você comunicou ao ginecologista sua sexualidade?

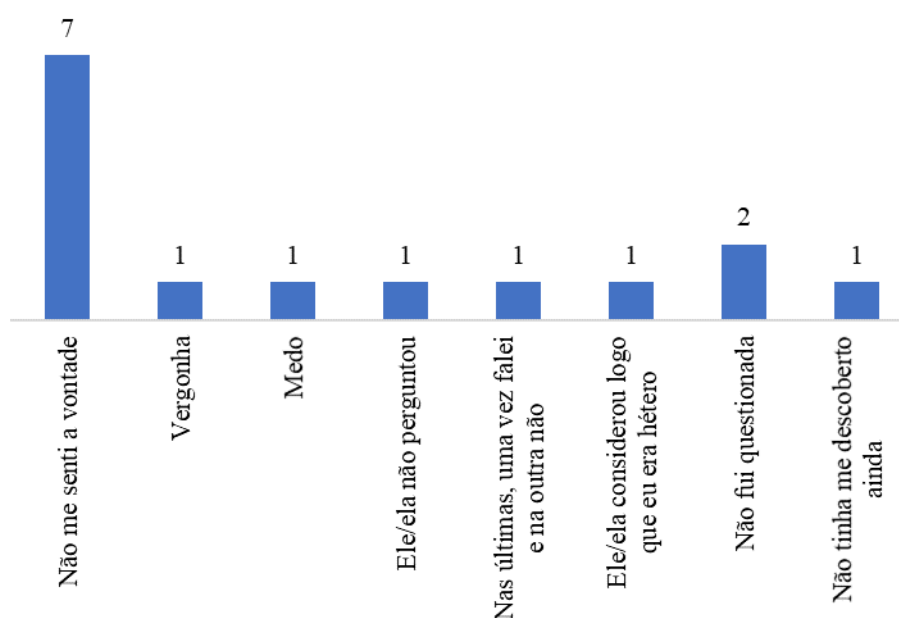


Fonte: Elaboração própria.

Diante desse contexto, Rodrigues (2011), afirma que essas mulheres por perceberem um tratamento diferenciado ou até mesmo negligenciado por parte das instituições de saúde e dos próprios profissionais, passam a não procurar as unidades, seja pelo receio de falar sobre sua opção sexual, seja por medo de sofrer preconceito ou até mesmo por perceberem falta de interesse dos profissionais em atendê-las.

Bertolin et al. (2010), ressalta ainda que todos esses problemas citados anteriormente associado a falta de conhecimento dessas mulheres e a dificuldade que algumas delas possuem em assumir sua própria sexualidade, dificultam o seu acesso aos serviços de saúde e, assim, deixando de aderir aos exames preventivos.

Gráfico 5: Se não, por quê?



Fonte: Elaboração própria.

A maioria das mulheres pesquisadas seguem a recomendação médica de visita ao ginecologista pelo menos uma vez ao ano. Isso mostra a preocupação dessas mulheres acerca de sua saúde sexual. 43,8% das mulheres não se sentiram à vontade em relatar sua sexualidade ao profissional, essa questão abre margem para discutirmos o porquê a sexualidade atípica ainda não se é discutida por profissionais da área da saúde e quase 25% das mulheres pesquisadas não comunicaram ao ginecologista a sua sexualidade.

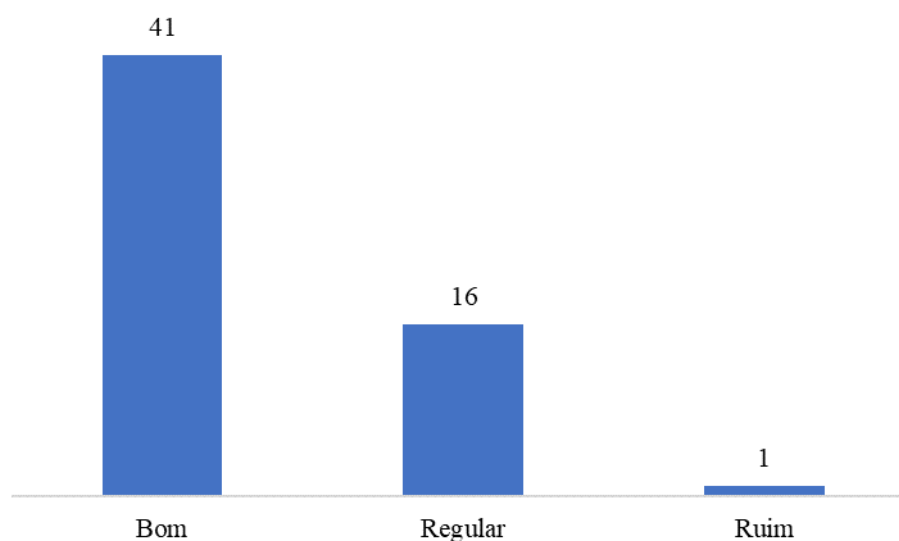
Essas questões acendem várias vertentes de como a autoaceitação ainda é um tabu a ser quebrado e como esse tabu prejudica não só a saúde psicológica, mas também física das mulheres que se relacionam sexualmente com outras mulheres. Questiona-se o fato da sociedade, a medicina e afins quererem encaixar os corpos em gêneros e a sexualidade em padrões, sem dar a liberdade de a pessoa ser o que é sem ter que fazer parte de uma categoria binária/sexual. Trata-se das pesquisas na área se atentarem ao ser de uma maneira ampla, sem levar em consideração os paradigmas sociais, tratando o ser como não binário.

A consulta médica, de maneira geral, tem grande importância na vida dos pacientes. No caso das mulheres, a consulta ginecológica é fundamental para prevenção do câncer,

especialmente o cérvico-uterino e o de mama, sendo também indispensável em programas de planejamento familiar, pré-natal, atendimento a patologias obstétricas e controle de doenças sexualmente transmissíveis (Simão et al., 2002).

No que diz respeito à saúde, a homossexualidade feminina deve ser observada com mais atenção pelos serviços de saúde, pois, se percebe a falta de adequação dos serviços de saúde em assistir as mulheres com opções sexuais fora daquele tipo considerado padrão. Se comparado à homossexualidade masculina, este grupo possui maior exposição durante o ato sexual, possivelmente pela falta de orientação adequada e dificuldade de ter acesso aos métodos contraceptivos, podendo contrair inúmeras doenças adquiridas por via sexual oral e vaginal (Bertolin et al., 2010).

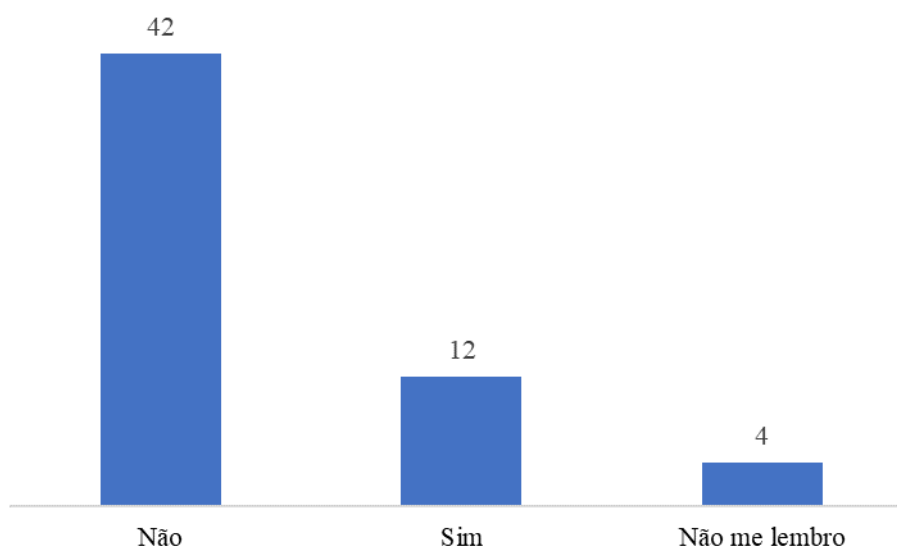
Gráfico 6: Como considera o atendimento prestado a você pelo ginecologista?



Fonte: Elaboração própria.

Segundo Araújo (2006), o acesso universal à assistência à saúde integral e equânime é assegurado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), mas verifica-se que a assistência fornecida pelos profissionais da saúde não é adequada, sendo necessária readequação dos serviços e preparo dos profissionais, especialmente em temas relacionados à abordagem da sexualidade e o estabelecimento do vínculo entre profissional e usuário. As práticas dos profissionais são marcadas de preconceitos e tabus, principalmente quando se trata da homossexualidade feminina, o que evidencia a dificuldade na abordagem deste tema.

Gráfico 7: O profissional te orientou como realizar sexo seguro com sua parceira?



Fonte: Elaboração própria.

Na questão 6, mais de 70% das mulheres acharam o atendimento bom, mas isso pode ajudar a fazermos uma ponte para a discussão da questão seguinte. Quase 74% das mulheres pesquisadas afirmaram que o profissional não orientou acerca de sexo seguro. Não é possível afirmar então que o atendimento foi bom se não tiveram informações sobre sexo seguro.

É recorrente na literatura a indicação sobre a falta de esclarecimento entre as lésbicas acerca da existência de métodos preventivos para evitar IST nas relações sexuais. Quando estas possuem algum conhecimento acerca de um ou mais métodos, costumam tratá-los com estranheza e desconfiança, seja por não considerarem métodos adequados e específicos para as práticas sexuais entre mulheres ou por não sentirem interesse em utilizá-los por considerarem adaptações. Subjacentes aos relatos das participantes, encontram-se a ausência de informações claras, a falta de discussões amplas nos setores de saúde sobre os possíveis métodos para prevenção e a dúvida sobre a eficácia desses itens, bem como seus meios corretos de utilização e formas de aquisição (Lima & Saldanha 2020).

Portanto, levando em consideração essa questão de sexo seguro, o dado mais expressivo da análise resulta da falta de orientação referentes ao sexo homoafetivo feminino seguro, pois não se tem dados fidedignos de métodos que sejam pensados para esse público e nem pesquisas relevantes com essa temática, portanto, tende-se a pensar que a falha não seja do profissional ginecologista em sua totalidade.

Apesar de as opções de barreiras para um sexo seguro entre mulheres não serem comprovadas cientificamente, existem algumas informações que o ginecologista pode repassar

as pacientes para um sexo entre mulheres seja o mais seguro possível. A falta de dispositivos próprios faz me levantar uma questão de como não há incentivos de pesquisa nessa área. Algumas opções presentes no mercado são:

- Preservativos de língua: eles são anatômicos para língua, aromatizados, lubrificados e embalados de forma segura, a meu ver não são tão eficientes, pois protegem só a língua e por isso há trocas de fluídos entre os corpos, é uma alternativa para quem possui piercing na língua ou está com ferimentos, mas com acho necessário complementado com mais uma alternativa, como a membrana ou calcinha apresentada a seguir.

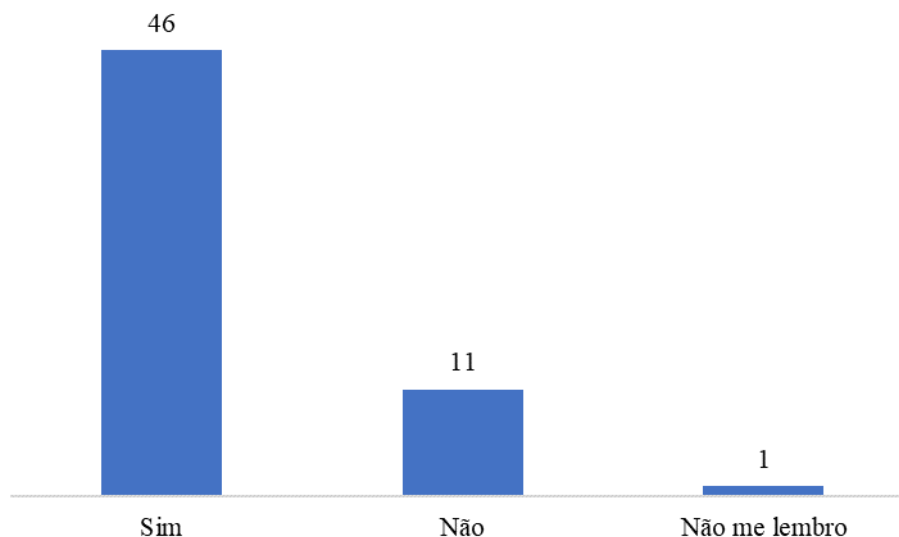
- Membrana de látex: a membrana de látex é para ser usada sobre a região a ser protegida, possui sabor e são superfinais para que não impacte na sensibilidade da região, é pouco vendida porque não há informação e por isso não há procura. Para usar é simples é só colocar sobre a região (vulva ou anus), porém tem que segurar a membrana para que fique sobre a região.

- Calcinha de látex: a calcinha de látex é feita da mesma membrana acima, mas possui o formato de calcinha, o bom dela é que a pessoa não precisa ficar segurando-a enquanto estimula a parceira.

- Preservativo feminino: embora esse tipo de preservativo foi desenvolvido pensado pela contracepção podemos recorrer em uma falta de outros métodos, inclusive, é um dispositivo conhecido entre os ginecologistas e com comprovação científica, mas que mesmo assim não se é orientado o uso.

- Preservativo masculino: para quem usa próteses e vibradores é necessário o uso de camisinha e se há troca de uso do mesmo, deve ter também a troca de camisinha, há materiais de próteses que são porosos e há acúmulo de sujeira, mesmo lavando os vibradores quem pode assegurar que saiu tudo de lá, além de fazer com que o produto dure mais também, então use camisinha no vibrador, seja lá qual o formato dele haverá uma camisinha que poderá ser usada.

Gráfico 8: O profissional te solicitou exames de rotina (ultrassom de mamas, exames de sangue para detectar infecções sexualmente transmissíveis e etc)?



Fonte: Elaboração própria.

Tirando a falta de informação sobre sexo seguro, outro dado que ascende a preocupação é que 19% das mulheres não tiveram nem acesso aos exames de rotina que se possa diagnosticar patologias.

Segundo Araújo et al. (2019), em relação às mulheres lésbicas, não existem estatísticas precisas sobre seu número no Brasil. Isso se deve, em grande medida, à heterogeneidade de autoclassificação e ao medo resultante da expectativa de discriminação, relacionada à declaração da homossexualidade, o que pode inclusive explicar a escassez de pesquisas brasileiras direcionadas a este grupo de mulheres.

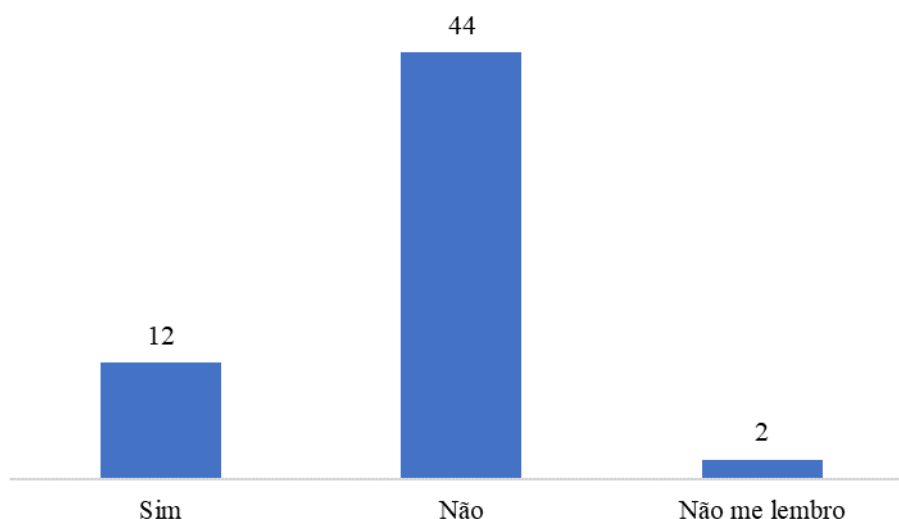
Nos Estados Unidos da América foram realizados estudos sobre a homossexualidade feminina, que, majoritariamente, apontaram para um alto índice de morbidade a esta população, como câncer de mama e do colo do útero e obesidade. Os fatores que contribuíram para esta condição estavam relacionados ao uso abusivo de álcool, drogas ilícitas, tabagismo, a não utilização do serviço de saúde e a fragilidade de ações em saúde voltadas para as lésbicas (Barbosa & Koyama, 2006).

Pesquisas revelaram que após a lésbica manifestar a sua orientação sexual, os profissionais deram encaminhamento ao atendimento mais rápido ou não solicitaram exames, o que pode comprometer o atendimento. Além disso, sugeriram que as lésbicas são menos propensas a obter cuidados de rotina, o que inclui exames ginecológicos, mesmo tendo o risco

aumentado de câncer de mama e do endométrio devido à alta incidência de nuliparidade (Facchini & Barbosa, 2006; Valadão & Gomes 2011).

Seja qual for o problema de saúde de uma mulher, sua detecção precoce é fundamental, e a maior parte dos cuidados recomendados às mulheres, no campo da saúde sexual e reprodutiva, é desenvolvido no âmbito da atenção básica, e realizado por enfermeiras e médicos. Portanto, os profissionais deste campo podem ser considerados informantes privilegiados sobre a atenção à saúde das lésbicas.

Gráfico 9: Em algum momento da consulta, você se sentiu constrangida ou hostilizada por conta de sua sexualidade?



Fonte: Elaboração própria.

Mais de 21% das mulheres se sentiram constrangidas ou hostilizadas, ou seja, mais um reflexo de como a consulta ginecológica deve ser naturalizada sendo vista como algo importante e sem tabus.

Segundo Araújo et al. (2019), as consequências dessa invisibilidade lésbica incluem o desconhecimento sobre seu perfil, suas demandas e dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Assim, esse silêncio contribui tanto para uma maior vulnerabilidade da mulher lésbica, quanto para a sua invisibilidade social, trazendo dificuldades para que as políticas públicas possam melhor contemplá-las. Sabe-se que as lésbicas no Brasil tendem a procurar os serviços de saúde com menor frequência do que as mulheres heterossexuais, sendo apontadas como causas as experiências de discriminação no atendimento, pelos próprios profissionais de saúde. Além da discriminação resultante do preconceito, o despreparo dos profissionais para lidar com

as especificidades desse grupo e a negação, pelas próprias mulheres, do risco para determinadas doenças, especialmente, as doenças ginecológicas, são motivos apontados para a menor procura de serviços de saúde.

Na questão 10 (Em sua opinião, o que faltou na consulta com o seu ginecologista?), se constatou de uma maneira geral a falta de percepção das mulheres na avaliação desse atendimento, evidenciando falas contraditórias com as respostas assinaladas nos testes. Portanto a utilização desses dados ficou prejudicada ocasionando assim a exclusão dessa questão nas análises realizadas.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como se nota nos resultados e discussões acima, a maioria das mulheres opinaram que tiveram um bom atendimento ginecológico, evidenciando assim uma percepção positiva acerca do atendimento prestado, porém 73,7% não receberam orientação de como realizar um sexo seguro com sua parceira e 19,3% não tiveram acesso a exames preventivos de doenças gerais relacionadas a saúde da mulher. Essas são as informações principais levantadas pelo estudo que devem ser foco de mais pesquisas na área para que se modifique essa realidade. Como orientar sobre um sexo seguro e solicitação padronizada de exames preventivos para se garantir que essa mulher não adoeça prevenindo ISTs através de um ato sexual seguro e que se mantenha saudável através de exames complementares de rotina, pois erroneamente os profissionais entendem que uma mulher lésbica não necessita de tais exames por não praticar sexo heterossexual.

Na luz da ginecologia, a experiência lésbica não esteve historicamente no foco da atenção, pois a reprodução foi o tema fundamental dos estudos e da intervenção médica sobre a mulher. Nesse contexto, coube à medicina, além de identificar os problemas, apontar as intervenções a serem feitas pelos poderes públicos no sentido de melhorar a produção de cidadãos. Os cuidados à saúde de mulheres lésbicas e bissexuais ainda são invisíveis ou entendidos como meio para reprodução, entendimento este que advém da função social da maternidade heterossexual. Esta invisibilidade resulta na ampliação dos contextos de vulnerabilidade de mulheres que, quando recorrem aos serviços de saúde, não são orientadas adequadamente para o exercício da sexualidade autônoma, segura e protegida.

O reconhecimento da população lésbica e bissexual como sujeito de direitos a cuidados diferenciados em saúde induz a necessidade de se prestar uma assistência que respeite as especificidades dessas mulheres. Ao mesmo tempo, destaca-se que as melhorias na atenção à saúde também têm potencial para fomentar melhores condições de saúde e de qualidade de vida das mulheres lésbicas e bissexuais. Portanto, um primeiro passo nesta direção é tornar visíveis suas necessidades de saúde.

Outro ponto que se torna bem evidente é a falta de educação permanente e continuada em relação a esse tema nos cursos de formação de medicina e de saúde no geral, pois de acordo com as leituras realizadas se percebe o quanto que a evolução dessa temática se dá a passos lentos dentro das discussões nas universidades, tanto se percebe isso que temos como exemplo o próprio curso que fez parte essa dissertação, sendo o único curso de uma universidade pública no Brasil que envolva temáticas de educação sexual com uma diversidade de aceite de

profissionais, podendo incluir assim alunos de cursos das áreas da saúde. Portanto, se evidencia a importância de incentivo por parte dos poderes públicos e privados na formação e capacitação dos graduandos dos cursos das áreas da saúde que envolvam o tema.

A perspectiva futura de continuidade dessa desse trabalho é a criação de um aplicativo virtual de celular para que se consiga a interação desse público com publicações de produções acadêmicas e debates para o acesso a informações de qualidade por parte dessas mulheres, pois só com incentivos desse tipo aliados a inserção de pautas com essa temática aos cursos das áreas medicas é que conseguiremos a elucidação, evolução e desconstrução negativa que envolvem as discussões por parte de garantias de saúde e direitos do público de mulheres lésbicas e LGBTQI+ no geral.

REFERÊNCIAS

- Almeida, G. (2009). Argumentos em torno da possibilidade de infecção por DST e Aids entre mulheres que se autodefinem como lésbicas. *Physis, 19*(2), 301 – 331.
- Almeida, G. (2010). Impasses contemporâneos do protagonismo lésbico: para além da inversão da sigla. In F. Pocahy (Ed.), *Políticas de enfrentamento ao heterossexismo* (pp. 85 – 101). Porto Alegre: Nuances.
- Almeida, G., & Heilborn, M. L. (2008). Não somos mulheres gays: identidade lésbica na visão de ativistas brasileiras. *Gênero, 9*(1), 225 – 249.
- Alves, Z. (1992). *Análise qualitativa de dados de entrevista* (2nd ed.). Ribeirão Preto.
- Araújo, L., & Penna, L. (2014, jan - fev). A relação entre sexo, identidade sexual e de gênero no campo da saúde da mulher. *Revista Enfermagem UERJ, 22*(1), 134 – 138.
- Araújo, L. M., Penna, L. H. G., Carinhaha, J. I., & Costa, C. M. A. (2019). cuidado às mulheres lésbicas no campo da saúde sexual e reprodutiva. *Revista Enfermagem UERJ, 27*, 1 – 7.
- Araújo, M. A. L., Galvão, M. T. G., Saraiva, M. M. M., & Albuquerque, A. D. (2006a, ago). Relação usuária- profissional de saúde: experiência de uma mulher homossexual em uma unidade de saúde de referência de Fortaleza. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, 10*(2), 323 – 327.
- Araújo, M. A. L., Galvão, M. T. G., Saraiva, M. M. M., & Albuquerque, M. D. (2006b, ago). Relação usuária- profissional de saúde: experiência de uma mulher homossexual em uma unidade de saúde de referência de Fortaleza. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, 10*(2), 323 – 327.
- Bailey, J. V., Farquhar, C., Owen, C., & Mangtani, P. (2004, jun). Sexually transmitted infections in women who have sex with women. *Sex Transm Infect, 80*(3), 244 – 246.
- Barbosa, R. M., & Facchini, R. (2009). Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública, 25*(2), 291 – 300.

- Barbosa, R. M., & Koyama, M. A. H. (2006). Mulheres que fazem sexo com mulheres: algumas estimativas para o Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(7), 1511 – 1514.
- Bertolin, D. C., Ribeiro, R. C. H. M., Cesarino, C. B., Silva, D. C., Prado, D. O., & Parro, E. S. (2010, out - dez). Conhecimento de mulheres que fazem sexo com mulheres sobre o papiloma vírus humano. *Revista Cogitare Enfermagem*, 15(4), 730 – 735.
- Bourdieu, P. (1975). *A reprodução: elementos para uma teoria do sistema de ensino*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves.
- Bourdieu, P. (1998). Conferência do prêmio Goffman: a dominação masculina revisitada. In D. Lins (Ed.), *A dominação masculina revisitada* (pp. 34 – 68). Campinas: Papirus.
- Bourdieu, P. (2003). *A dominação masculina* (3rd ed.). Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Brasil. (2013a). Ministério da Saúde. *Mulheres Lésbicas e Bissexuais: Direitos, Saúde e Participação Social*.
- Brasil. (2013b). Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*.
- Brasil. (2016). Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. *Protocolos de Atenção Básica: saúde das mulheres*.
- Butler, J. (2008). *El gênero em disputa*. Barcelona: Paidós.
- Butler, J. (2010). *Problemas de gênero* (3rd ed.). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Carvalho, T. T. (1994). *Homoerotismo feminino* (Mestrado em Antropologia). Universidade Estadual de Campinas.
- Conti, S. (2006). Movimento de mulheres lésbicas como sujeito político. In Anais (Ed.), *Vi seminário nacional de lésbicas* (pp. 9 – 11). Recife.
- Costa, J. F. (1995). *A face e o verso* (1st ed.). São Paulo: Escuta.

- Facchini, R. (2008). Mulheres, (homos)sexualidade e diferenças: uma reflexão sobre políticas públicas segmentadas. In A. B. de Antropologia (Ed.), *26ª reunião brasileira de antropologia*. Porto Seguro: UNB.
- Facchini, R., & Barbosa, R. (2006). *Dossiê Saúde das Mulheres Lésbicas* (Rel. Tec.). Belo Horizonte. Fernandes, L., & Carvalho, M. C. (2000). Por onde anda o que se oculta: o acesso a mundos sociais de consumidores problemáticos de drogas através do método do Snowball. *Revista Toxicodependências*, 6(3), 17-28
- Freitas, P. (2008, jan - jun). “A mulher é seu útero”. A criação da moderna medicina feminina no Brasil. *Antíteses*, 1(1).
- Gaard, G. (1997). Toward a Queer Ecofeminism. *Hypatia*, 12(1), 114 – 137.
- Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (6th ed.). São Paulo: Atlas.
- Goffman, E. (1988). *Estigma* (4th ed.). Rio de Janeiro: LTC.
- Gomine, S. (2007). Formação da identidade lésbica: do silêncio ao queer. In M. Grossi, A. P. Uziel, & L. Mello (Eds.), *Conjugalidades, parentalidades e identidades lésbicas* (pp. 405 – 422). Rio de Janeiro: Garamond.
- Grupo Arco-íris. (2008). *Pesquisa lesbianidade, bissexualidade e comportamento sexual* (Rel. Tec.). Rio de Janeiro.
- Kwakwa, H. A., & Ghobrial, M. W. (2003, feb). Female-to-female transmission of human immunodeficiency virus. *Clin Infect Dis*, 36(3), 40 – 41.
- Lee, W. L., & Dow, L. M. (2001). Queering Ecological Feminism: Erotophobia, Commodification, Art, and Lesbian Identity. *Ethics and the Environment*, 6(2), 1 – 21.
- Lessa, P. (2006, dez). Que ‘babado’ é esse? Corpo, sexualidade e lesbiandade no gay pride. *Labrys*(6).
- Lima, M. A. S., & Saldanha, A. A. W. (2020). (In)visibilidade Lésbica na Saúde: Análise de Fatores de Vulnerabilidade no Cuidado em Saúde Sexual de Lésbicas. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 40, 1 – 13.

- Louro, G. L. (2001). Teoria queer: uma política pós-identitária para a educação. *Revista Estudos Feministas*, 9(2), 541 – 553.
- Maia, A. C. B. (2011). *Inclusão e sexualidade na voz de pessoas com deficiência física* (1st ed.). Curitiba: Juruá. Marconi, M. A., & Lakatos, E. M. (2003). *Fundamentos de metodologia científica* (5th ed.). São Paulo: Atlas. Mello, L. (2005). *Novas famílias*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Navarro-Swain, T. (2000). *O que é lesbianismo?* (1st ed.). São Paulo: Braziliense.
- Nóbrega, B. S. M., Oliveira, J. L., Almeida, R. O., Abdalla, F. T. M., Nichiata, L. Y. I., & Carvalho, P. M. G. (2013). Prevention of sexually transmitted diseases by homosexual and bisexual women: a descriptive study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 12(4), 931 – 941.
- Paschali, L. (2009). Psicometria. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, 43, 992 – 999.
- Pinto, V. M. (2004). *Aspectos epidemiológicos das doenças sexualmente transmissíveis em mulheres que fazem sexo com mulheres* (Mestrado em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública - USP.
- Portella, A. P., & Ferreira, V. (2009). *Lésbicas, sexualidade e saúde* (Rel. Tec.). Recife.
- Prado, M. A. M., & Machado, F. V. (2008). *Preconceito contra homossexualidades: a hierarquia da invisibilidade* (1st ed.). São Paulo: Cortez.
- Prins, B., & Meijer, I. (2002). Como os corpos se tornam matéria: entrevista com Judith Butler. *Revista Estudos Feministas*, 10(1), 155 – 167.
- Prodanov, C. C., & Freitas, E. C. (2013). *Metodologia do trabalho científico* (2nd ed.). Novo Hamburgo: Freevale. Reis, D. F. (2013). Ideias subversivas de gênero em Beauvoir e Butler. *Sapere Aude*, 4(7), 360 – 367.
- Rich, A. (1980). Compulsory Heterosexuality and Lesbian Existence. *Signs*, 5(4), 631 – 660.
- Rodrigues, A. R. S. (2013, junho). (Homo)sexualidades femininas e a ginecologia: uma reflexão sobre gênero, corpo e saúde. *Revista Todavia*, 4(6 e 7).

- Rodrigues, J., & Schor, N. (2010). Saúde sexual e reprodutiva de mulheres lésbicas e bissexuais. In UFSC (Ed.), *Ix seminário internacional fazendo gênero: Diásporas, diversidades, deslocamentos*. Florianópolis.
- Rohden, F. (2002, junho). Ginecologia, gênero e sexualidade na ciência do século XIX. *Horizontes Antropológicos*, 8(17).
- Rohden, F. (2012). *Uma ciência da diferença* (Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social). Museu Nacional - UFRJ.
- Rother, E. T. (2007). Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(2), 1 – 2.
- Sanders, G. L. (1994). O amor que ousa declarar seu nome: do segredo à revelação nas afiliações de gays e lésbicas. In E. Imberblack (Ed.), *Os segredos na família e na terapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Simão, A. B., Miranda-Ribeiro, P., & Caetano, A. J. (2002). O recorte raça/cor e a saúde reprodutiva em Belo Horizonte e Recife: uma análise exploratória sobre a realização de consultas ginecológicas. In ABEP (Ed.), *Xiv encontro nacional de estudos populacionais*. Ouro Preto.
- Skinner, C. J., Stokes, J., Kirlew, Y., Kavanagh, J., & Forster, G. E. (1996, aug). A case-controlled study of the sexual health needs of lesbians. *Genitourin Medicine*, 72(4), 277 – 280.
- Soares, M. C., Mishima, S. M., Meincke, S. M. K., & Simino, G. P. R. (2010, jan - mar). Câncer de colo uterino: caracterização das mulheres em um município do sul do Brasil. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 14(1), 90 – 96.
- Toledo, L. G., & Teixeira, F. S. (2010). Lesbianidades e as referências legitimadoras da sexualidade. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 10(3), 729 – 749.
- Valadão, R. C., & Gomes, R. (2011). A homossexualidade feminina no campo da saúde: da invisibilidade à violência. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 21(4), 1451 – 1467.

ANEXOS

ANEXO A – QUESTIONÁRIO APLICADO

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) do projeto de pesquisa “O estigma na saúde da mulher lésbica: o despreparo dos profissionais ginecologistas” sob responsabilidade da pesquisadora Lidiane Camila Simão do curso de mestrado profissional em Educação Sexual da Unesp – Araraquara. O estudo será realizado através de preenchimento de formulário digital para avaliar o atendimento do ginecologista a mulher lésbica. Você poderá consultar a pesquisadora responsável em qualquer época, por e-mail ou pelo telefone, para esclarecimento de qualquer dúvida. Você está livre para, a qualquer momento, deixar de participar da pesquisa. Todas as informações por você fornecidas e os resultados obtidos serão mantidos em sigilo, e estes últimos só serão utilizados para divulgação em reuniões e revistas científicas. Você não terá quaisquer benefícios ou direitos financeiros sobre os eventuais resultados decorrentes da pesquisa. Este estudo é importante porque seus resultados fornecerão informações para identificarmos os principais problemas originados acerca de consultas médicas ineficazes a saúde da mulher lésbica e traçarmos ajustes nessas questões para benefício do público em questão, melhorando assim, nosso sistema de saúde. Diante das explicações, se você concorda em participar deste projeto, assinale a opção sim, caso não tenha interesse em participar, assinale a opção não ou feche a janela do servidor de internet. *

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE(Conselho Nacional de Saúde, Resolução 466/2012/Resolução 510/2016)

Sim

Não

1 - Faixa etária? *

de 18 a 20 anos

de 21 a 30 anos

de 31 a 40 anos

de 41 a 50 anos

Acima de 50 anos

2 - Você se define lésbica? *

Sim

Não

3 - Quando foi sua última visita ao ginecologista aproximadamente? *

Nunca fui.

1 ano

2 anos

3 anos

4 anos

5 anos ou mais

10 anos ou mais
Outro:
4 - Na consulta você comunicou ao ginecologista sua sexualidade? *
Sim
Não
5- Se não, por que?
Vergonha
Medo
Não me senti à vontade
Esqueci
Outro:
6 - Como considera o atendimento prestado a você pelo ginecologista? *
Bom
Regular
Ruim
7 - O profissional te orientou como realizar um sexo seguro com sua parceira?
Sim
Não
Não me lembro
8 - O profissional te solicitou exames de rotina (ex. Ultrassom de mamas, exames de sangue para detectar doenças sexualmente transmissíveis e etc)? *
Sim
Não
Não me lembro
9 - Em algum momento da consulta, você se sentiu constrangida ou hostilizada por conta de sua sexualidade? *
Sim
Não
Não me lembro
10 - Em sua opinião, o que faltou na consulta com o seu ginecologista? *