

RESSALVA

Atendendo solicitação do(a) autor(a), o texto completo desta dissertação será disponibilizado somente a partir de 28/08/2024.



Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu
Departamento de Saúde Coletiva

STÉFANIE CRISTINA PIRES AMANCIO

**Experiência de mulheres lésbicas e bissexuais com o cuidado de sua
saúde sexual e reprodutiva**

**Botucatu
2020**

STÉFANIE CRISTINA PIRES AMANCIO

**Experiência de mulheres lésbicas e bissexuais com o cuidado de sua
saúde sexual e reprodutiva**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual Paulista
“Julio de Mesquita Filho”, Campus de
Botucatu, para obtenção do título de Mestre em
Saúde Coletiva

Orientadora: Profa. Dra. Marli Teresinha Cassamassimo Duarte
Coorientadora: Profa. Associada Silvia Cristina Mangini Bocchi

**Botucatu
2020**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÊC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Amancio, Stefanie Cristina Pires.

Experiência de mulheres lésbicas e bissexuais com o cuidado de sua saúde sexual e reprodutiva / Stefanie Cristina Pires Amancio. - Botucatu, 2020

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Marli Teresinha Cassamassimo Duarte

Coorientador: Silvia Cristina Mangini Bocchi

Capes: 40602001

1. Lésbicas. 2. Bissexuais. 3. Homossexualidade feminina. 4. Saúde sexual. 5. Saúde reprodutiva.

Palavras-chave: Homossexualidade feminina; Pesquisa qualitativa; Saúde sexual e reprodutiva.

**Trabalho realizado com suporte financeiro da
Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de
São Paulo (FAPESP), Processo 2018/19649-0.**

A minha mãe, a mulher mais forte e sonhadora do mundo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a força maior que me guia nessa jornada chamada vida e me proporciona a evolução como ser humano.

A toda minha família, mas principalmente a meus pais, Maria e Alencar, minha irmã Andreza e minha prima Gabriela que me ensinaram que os laços de sangue não estabelecem necessariamente os laços entre os espíritos e que os verdadeiros laços de família são os da simpatia e da comunhão de pensamentos para a felicidade um do outro.

Aos meus amigos, pois seja o que vier, venha o que vier, amigo é coisa para se guardar, no lado esquerdo do peito, mesmo que o tempo e a distância digam "não".

Aos meus professores e colegas do programa de Saúde Coletiva que contribuíram para minha formação, com ensinamentos essenciais e únicos.

À minha coorientadora Prof.^a Associada Silvia Cristina Mangini Bocchi, pela paciência na orientação e incentivo, que tornou possível a conclusão desta dissertação.

À minha orientadora Profa. Dra. Marli Teresinha Cassamassimo Duarte, pelo carinho, amizade, sabedoria, paciência e ajuda nos momentos difíceis, a pessoa que tornou possível a realização deste trabalho e esteve ao meu lado sempre que precisei.

E as mulheres que aceitaram participar da pesquisa, segundo Beauvoir a representação do mundo é obra dos homens; eles o descrevem a partir de seu próprio ponto de vista. Espero que possamos como mulheres descrever o mundo de uma forma diferente, um mundo melhor, com igualdade, liberdade, respeito e amor ao próximo.

Obrigada

*“Caminante, son tus huellas
el camino y nada más;
Caminante, no hay camino,
se hace camino al andar.
Al andar se hace el camino,
y al volver la vista atrás
se ve la senda que nunca
se ha de volver a pisar.
Caminante no hay camino
sino estelas en la mar ”*

Antonio Machado

AMANCIO, S.C.P. **Experiência de mulheres lésbicas e bissexuais com o cuidado de sua saúde sexual e reprodutiva.** 2020. 85 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2020.

RESUMO

Introdução: Os dados a respeito da saúde de mulheres lésbicas e bissexuais são escassos. Aprofundar o conhecimento sobre essa temática, na perspectiva dessas mulheres, mostra-se primordial para obter subsídios com vistas a contribuir com a formulação de políticas que qualifiquem o cuidado em saúde desse grupo populacional. **Objetivo:** Compreender a experiência de mulheres lésbicas e bissexuais sobre o seu cuidado com a saúde sexual e reprodutiva e elaborar modelo teórico dessa experiência. **Método:** Pesquisa de cunho qualitativo, onde os dados foram obtidos por meio de entrevistas, não diretivas, áudio gravadas e transcritas na íntegra, foi utilizada a saturação teórica a partir da análise dos dados obtidos. O método de análise empregado foi a Teoria Fundamentada nos Dados e os resultados foram discutidos à luz do Interacionismo Simbólico. **Resultados:** Participaram do estudo oito mulheres, quatro auto referiu-se lésbicas e quatro bissexuais, quatro brancas e quatro pardas, duas com nível superior completo de escolaridade e seis com pós-graduação completa e todas residentes em municípios do interior do Estado de São Paulo. A presente investigação permitiu compreender a experiência de mulheres lésbicas e bissexuais sobre o seu cuidado com a saúde sexual e reprodutiva e elaborar modelo teórico representativo da mesma, denominado: Movendo-se entre o cuidado e o descuido da saúde: a experiência de mulheres lésbicas e bissexuais autogerindo sua saúde, mediadas pela percepção, conhecimento e seu relacionamento sexual. Esse modelo teórico demonstra movimento cíclico empreendido por estas mulheres entre autocuidando-se e descuidando de si, destacando-se neste movimento o lugar ocupado pela saúde sexual e reprodutiva. As categorias que retrataram experiências de autocuidado foram: Buscando continuamente o bem-estar no equilíbrio físico, mental e social; Cuidando-se a partir da percepção do corpo e de seu autoconhecimento; Realizando exame ginecológico; Buscando serviços de saúde para prevenção de IST; Avaliando seus conhecimentos sobre IST; Cuidando da saúde sexual e reprodutiva na perspectiva do relacionamento sexual. Negligenciando a prevenção de IST a partir da perspectiva do relacionamento sexual percebido como seguro; reconhecendo atraso na realização do exame ginecológico e reconhecendo lacunas e barreiras para melhorar seu autocuidado foram as categorias ligadas ao descuidando-se de si. **Considerações Finais:** Esta pesquisa possibilitou a construção de um referencial norteador para compreender a experiência de mulheres lésbicas e bissexuais sobre o seu cuidado com a saúde sexual e reprodutiva, trazendo importantes contribuições que podem subsidiar políticas e práticas de cuidado que atendam suas singularidades, com vistas ao cuidado integral em saúde.

Descritores: homossexualidade feminina, saúde sexual e reprodutiva, pesquisa qualitativa

AMANCIO, S.C.P. **EXPERIENCE OF LESBIAN AND BISEXUAL WOMEN IN CARING FOR THEIR SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH.** 2020. 85 f Thesis (Master) – Faculty of Medicine of Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2020.

ABSTRACT

Introduction: Data on the health of lesbian and bisexual women is scarce. Deepening the knowledge on this theme, from the perspective of these women, is essential to obtain subsidies in order to contribute for the formulation of policies that qualify the health care of this population group. **Objective:** To understand the experience of lesbian and bisexual women about their care for sexual and reproductive health and develop a theoretical model of this experience. **Method:** Qualitative research, where the data were obtained through interviews, non-directives, neither audio recorded and transcribed in full, the theoretical saturation was used from the analysis of the data obtained. The method of analysis employed was Grounded Theory and the results were discussed under guidance of Symbolic Interactionism. **Results:** Eight women participated in the study, being four self-reported lesbian and four bisexual, four white and four brown, two with complete college education and six with complete postgraduate education and all residing in cities in the interior of the state of São Paulo . The present investigation allowed us to understand the experience of lesbian and bisexual women about their care with sexual and reproductive health and to elaborate a theoretical model representative of it, called: Moving between care and carelessness of health: the experience of lesbian and bisexuals self-managing their health, mediated by perception, knowledge and their sexual relationship. This theoretical model demonstrates a cyclical movement undertaken by these women between self-care and neglect of themselves, highlighting in this movement the place occupied by sexual and reproductive health. The categories that portrayed self-care experiences were: Continuously seeking well-being in physical, mental and social balance; Taking care of oneself from the perception of the body and its self-knowledge; Performing gynecological examination; Seeking health services for STI prevention; Assessing your knowledge of STI; Taking care of sexual and reproductive health from the perspective of sexual relationship. Neglecting STI prevention from the perspective of the sexual relationship perceived as safe; recognizing delay in carrying out the gynecological exam and recognizing gaps and barriers to improve self-care were the categories linked to neglecting oneself. **Final Considerations:** This research enabled the construction of a guiding reference to understand the experience of lesbian and bisexual women about their care with sexual and reproductive health, bringing important contributions that can subsidize policies and practices of care that meet their singularities, with a view to comprehensive health care.

Descritores: homossexualidade feminina, saúde sexual e reprodutiva, pesquisa qualitativa

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Diagrama 1.....	48
-----------------	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Subprocessos, categorias, subcategorias e elementos relativos à experiência de mulheres lésbicas e bissexuais com o cuidado da própria saúde de mulheres de municípios do interior paulista, 2020.....	29
Quadro 2	Subcategoria A1.1. Concebendo a saúde como equilíbrio entre os aspectos físico, mental e social: códigos. Experiência de mulheres lésbicas e bissexuais de municípios do interior paulista, 2020.....	70
Quadro 3	Subcategoria A1.2. Adotando hábitos saudáveis para manter a saúde e a qualidade de vida: elementos e códigos. Experiência de mulheres lésbicas e bissexuais de municípios do interior paulista, 2020.....	70
Quadro 4	Subcategoria A1.3. Fazendo acompanhamento com profissionais da saúde e realizando exames periódicos: códigos. Experiência de mulheres lésbicas e bissexuais de municípios do interior paulista, 2020.....	71
Quadro 5	Subcategoria A1.4. Valorizando práticas de terapias integrativas e complementares: códigos. Experiência de mulheres lésbicas e bissexuais de municípios do interior paulista, 2020.....	71
Quadro 6	Subcategoria A1.5. Considerando a participação na pesquisa como estratégia para melhorar o cuidado de sua saúde: códigos. Experiência de mulheres lésbicas e bissexuais de municípios do interior paulista, 2020.....	71
Quadro 7	Subcategoria 2.1. Tomando a decisão a partir do autoconhecimento e auto-observação de sinais e sintomas em seu corpo: elementos e códigos. Experiência de mulheres lésbicas e bissexuais de municípios do interior paulista, 2020.....	72
Quadro 8	Subcategoria A2.2. Decidindo sobre o uso de métodos contraceptivos a partir da reflexão entre vantagens e desvantagens: elementos e códigos. Experiência de mulheres lésbicas e bissexuais de municípios do interior paulista, 2020.....	72
Quadro 9	Subcategoria A2.3. Compartilhando com a companheira observações do corpo: códigos. Experiência de mulheres lésbicas e bissexuais de municípios do interior paulista, 2020.....	73
Quadro 10	Subcategoria A2.4. Guiando a procura por serviço de saúde a partir da percepção de anormalidades em seu corpo: códigos. Experiência de mulheres lésbicas e bissexuais de municípios do interior paulista, 2020.....	73
Quadro 11	Subcategoria A3.1. Valorizando o conhecimento e realizando exame de Papanicolau na periodicidade preconizada: códigos. Experiência de mulheres lésbicas e bissexuais de municípios do interior paulista, 2020.....	74
Quadro 12	Subcategoria A3.2. Superando barreiras vivenciadas na realização do exame ginecológico: elementos e códigos. Experiência de mulheres lésbicas e bissexuais de municípios do interior paulista, 2020.....	74
Quadro 13	Subcategoria A3.3. Valorizando a prática e a relação profissional-paciente: códigos. Experiência de mulheres lésbicas e bissexuais de municípios do interior paulista, 2020.....	75

Quadro 14	Subcategoria A3.4. Satisfazendo-se com atendimento profissional acolhedor da orientação sexual: códigos. Experiência de mulheres lésbicas e bissexuais de municípios do interior paulista, 2020.....	76
Quadro 15	Subcategoria A3.5. Considerando-se livre de barreiras para realizar o exame ginecológico: códigos. Experiência de mulheres lésbicas e bissexuais de municípios do interior paulista, 2020.....	76
Quadro 16	Categoria A4. Buscando serviços de saúde para prevenção de IST: códigos. Experiência de mulheres lésbicas e bissexuais de municípios do interior paulista, 2020.....	76
Quadro 17	Subcategoria A5.1. Constatando saber sobre algumas IST e sua forma de transmissão: códigos. Experiência de mulheres lésbicas e bissexuais de municípios do interior paulista, 2020.....	77
Quadro 18	Subcategoria A5.2. Refletindo sobre meios de obtenção e lacunas de conhecimento sobre IST: elementos e códigos. Experiência de mulheres lésbicas e bissexuais de municípios do interior paulista, 2020.....	77
Quadro 19	Categoria A6.1. Relatando seu desejo /atração sexual: códigos. Experiência de mulheres lésbicas e bissexuais de municípios do interior paulista, 2020.....	78
Quadro 20	Subcategoria A6.2. Não se preocupando com o risco de uma gravidez não planejada por fazer sexo com outra mulher: códigos. Experiência de mulheres lésbicas e bissexuais de municípios do interior paulista, 2020.....	78
Quadro 21	Subcategoria A6.3. Prevenindo-se de IST no sexo com homem: elementos e códigos. Experiência de mulheres lésbicas e bissexuais de municípios do interior paulista, 2020.....	78
Quadro 22	Subcategoria B1.1. Não utilizando proteção para IST nas relações sexuais com mulheres, confiando no pacto de fidelidade com a parceira fixa: códigos. Experiência de mulheres lésbicas e bissexuais de municípios do interior paulista, 2020.....	79
Quadro 23	Subcategoria B1.2. Não acreditando no risco de adquirir uma infecção sexualmente transmissível por fazer sexo com outra mulher: códigos. Experiência de mulheres lésbicas e bissexuais de municípios do interior paulista, 2020.....	79
Quadro 24	Subcategoria B1.3. Não se percebendo em risco de adquirir uma IST por fazer sexo com mulher: códigos. Experiência de mulheres lésbicas e bissexuais de municípios do interior paulista, 2020.....	79
Quadro 25	Subcategoria B1.4. Considerando a minimização do risco de adquirir uma IST porque realiza junto com a parceira exames periódicos (ginecológico e ou sorologias): códigos. Experiência de mulheres lésbicas e bissexuais de municípios do interior paulista, 2020.....	79
Quadro 26	Subcategoria B1.5. Reconhecendo a disponibilidade restrita de insumos de proteção para as práticas homossexuais entre mulheres: códigos. Experiência de mulheres lésbicas e bissexuais de municípios do interior paulista, 2020.....	80
Quadro 27	Subcategoria B1.6. Considerando que os insumos disponíveis para proteção no sexo com mulher são pouco práticos e esteticamente repulsivos: códigos. Experiência de mulheres lésbicas e bissexuais de municípios do interior paulista, 2020.....	80

Quadro 28	Subcategoria B1.7. Refletindo sobre sua incapacidade de colocar em prática os conhecimentos para a utilização de barreiras de proteção para prevenção de IST: códigos. Experiência de mulheres lésbicas e bissexuais de municípios do interior paulista, 2020	80
Quadro 29	Subcategoria B2.1. Apontando as barreiras que a impediram de realizar o exame ginecológico: elementos e códigos. Experiência de mulheres lésbicas e bissexuais de municípios do interior paulista, 2020.....	80
Quadro 30	Subcategoria B2.2. Referindo estar procurando com cautela um profissional qualificado: códigos. Experiência de mulheres lésbicas e bissexuais de municípios do interior paulista, 2020.....	81
Quadro 31	Categoria B3. Reconhecendo lacunas e barreiras para melhorar seu autocuidado: códigos. Experiência de mulheres lésbicas e bissexuais de municípios do interior paulista, 2020.....	81

LISTA DE ABREVIATURAS

LGBT- Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais

CIPD-Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento

IST- Infecções Sexualmente Transmissíveis

SPM-Secretaria de Política para as Mulheres

PNPM-Plano Nacional de Políticas para as Mulheres

MS- Ministério da Saúde

PAISM- Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PNAISM-Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

SUS- Sistema Único de Saúde

AIDS- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

HPV- Human Papiloma Virus

MSM-Mulher que faz sexo com Mulher

IDH-Índice de Desenvolvimento Humano

NASF -Núcleo de Apoio à Saúde da Família

UBS-Unidades Básicas de Saúde

CSE-Centro de Saúde Escola

FMB-Faculdade de Medicina de Botucatu

CTA-Centro de Testagem e Aconselhamento

TDF-Teoria Fundamentada em Dados

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
2. OBJETIVO	22
3. ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	23
4. RESULTADOS	28
5. DISCUSSÃO	49
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
7. REFERÊNCIAS	60
APÊNDICES.....	66

1. INTRODUÇÃO

A presente investigação tem como foco o cuidado dedicado à própria saúde por mulheres lésbicas e bissexuais, e, mais especificamente, à sua saúde sexual e reprodutiva.

É necessário para o desenvolvimento da temática proposta a identificação da população investigada, para possibilitar a comparação dos resultados obtidos com os de outras pesquisas¹, e para se evitarem vieses na avaliação de indicadores de saúde para esse grupo de mulheres². Compreende-se que a orientação sexual pode ser descrita como constituída por, pelo menos, três dimensões: comportamental (práticas sexuais), desejo/atração e identidade e que, não necessariamente, caminham da mesma maneira e na mesma direção¹, ou seja, há possibilidade de descompasso entre as três dimensões. Na presente investigação, optou-se por identificar a identidade das participantes que se autodeclararam lésbicas ou bissexuais.

1.1 Políticas públicas para mulheres lésbicas e bissexuais

Barbosa e Facchini (2006) apontam que a compreensão do crescimento da preocupação com a temática da saúde de mulheres lésbicas e bissexuais se deve ao crescimento da visibilidade do movimento de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT) na sociedade brasileira contemporânea; a segmentação de categorias no interior desse movimento e a explicitação em separado da categoria "lésbica"; o contexto em que vêm se dando as reivindicações em torno da saúde das mulheres nos últimos anos no Brasil; a produção e a divulgação de conhecimentos sobre (homo)sexualidade; e os avanços conceituais na luta por direitos, com a afirmação dos direitos sexuais¹.

Declarados por leis nacionais e internacionais, direitos sexuais e direitos reprodutivos são Direitos Humanos, estabelecido pela IV Conferência Mundial sobre a Mulher 1995, na qual foram reafirmados os acordos estabelecidos no Cairo em 1994 na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), que levou em consideração para o desenvolvimento do ser humano, as questões sobre a mulher e que conferiu um papel primordial à saúde sexual e reprodutiva^{3,4}.

Comumente usados juntos, os termos sexual e reprodutiva, tratam de duas dimensões separadas, visto que, a atividade sexual não obriga a reprodução, entretanto, para reprodução, normalmente, importa a relação sexual, porém, com técnicas de fertilização *in vitro* é possível a reprodução sem a ocorrência desta. Os direitos à saúde sexual permeiam uma forma de melhorar a qualidade de vida e as relações pessoais, auxiliando nas questões ligadas às infecções sexualmente transmissíveis (IST) e gerando independência das questões relativas à

reprodução. Os direitos reprodutivos definem-se como o direito de tomar decisões sobre a sua reprodução livre de opressão, hostilidade e imposição por meio da sociedade^{3,4}.

Destaca-se que no Brasil, tanto o movimento feminista quanto o de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais (LGBT) foram essenciais para o avanço do campo da saúde sexual e direitos homossexuais. No campo da promoção dos direitos humanos, o Plano Nacional de Direitos Humanos de 1996 foi o primeiro documento oficial a reconhecer publicamente as pessoas homossexuais^{5,6,7}. Desde 2003, com a criação da Secretaria de Política para as Mulheres (SPM) as políticas voltadas a este grupo têm avançado, culminando em 2013 com o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM), incluindo demandas lésbicas com relação à saúde, à educação e à discriminação⁸. Outro espaço governamental que incluiu demandas lésbicas foi a Secretaria Especial de Direitos Humanos, elevada à categoria de Ministério em 2003, que, em 2004, lançou o programa Brasil sem Homofobia, de combate à violência contra a população LGBT e promoção da cidadania homossexual⁵.

No campo da saúde, destaca-se que, diante da mobilização intensa do movimento feminista, juntamente com o Ministério da Saúde (MS), em 1983 consolidou-se a proposta do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM)^{9,3} o qual contemplava, além da tradicional assistência materno-infantil, o tratamento e prevenção de IST, prevenção do câncer de colo uterino e mama, planejamento familiar, assistência às mulheres nas diversas fases do ciclo da vida e educação em saúde e ações integradas a cada visita da mulher ao serviço de saúde¹¹. Desta forma, procurou-se romper com a atenção à saúde da mulher focada no pré-natal, no parto e no puerpério, preponderante na década de 1970^{9,10}. Entretanto, apenas em 2004 com a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), surgem as primeiras abordagens no plano de ação em saúde de grupos historicamente excluídos, como as lésbicas¹².

Porém, em 2005, no documento publicado pelo MS “Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: Uma Prioridade do Governo” ainda não se abordara esses direitos à população homossexual¹³. A partir de então, atendendo às reivindicações dos movimentos de mulheres, tem-se procurado elaborar projetos específicos para determinados grupos de população feminina¹¹. Divulga-se em 2006 o livreto especial para mulheres lésbicas e bissexuais: “Chegou a hora de cuidar da saúde”, contendo orientações sobre cuidados à saúde da mulher, sexualidade e legislação¹⁴.

Em 2009, após a aprovação na I Conferência Nacional de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) ocorrida no ano anterior do documento que formaliza as

principais exigências dessa população, o MS lançou o Caderno de Saúde Sexual e Reprodutiva, que descreve os fatores determinantes e condicionantes de saúde e os requisitos para assistência, prevenção e promoção à saúde desse grupo populacional^{3,15}.

Outro marco que demonstra avanço nas políticas de saúde voltadas a grupos minoritários, foi a Política Nacional de Saúde Integral de LGBT (Portaria nº 2.836 de 1º de dezembro de 2011). Dentre seus objetivos, inclui instituir mecanismos de gestão para atingir maior equidade no Sistema Único de Saúde (SUS), com especial atenção às demandas e necessidades em saúde da população LGBT, incluídas as especificidades de raça, cor, etnia, território e outras congêneres; ampliar o acesso desse grupo à saúde; qualificar a informação sobre características específicas dessa população; oferecer assistência integral no âmbito das IST, com ênfase ao HIV/aids e hepatites virais e garantir os direitos sexuais e reprodutivos dessa população, no âmbito do SUS. Na mesma portaria, o artigo terceiro, referente ao processo das ações em saúde, destaca a necessidade de produção de conhecimentos científicos e tecnológicos visando à melhoria da condição de saúde da população LGBT^{16,17}.

Observam-se outros avanços no sentido de se promover a saúde e garantir atendimento integral e humanizado, que leve em conta as especificidades e pluralidades das mulheres lésbicas e bissexuais: em 2014, a realização da oficina “Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais”, promovida pela Secretaria de Política para Mulheres (SPM) e pelo MS, com a participação de ativistas e gestores¹⁸; em 2015, a campanha “Cuidar da Saúde de Todas. Faz bem para a Saúde das Mulheres Lésbicas e Bissexuais. Faz bem para o Brasil” promovidas pelo MS em parceria com a SPM e com a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, lançado o site Saúde LGBT, com diversas informações, estratégias, ações e legislações sobre o grupo¹⁹; em 2016, a realização da 3ª Conferência de Políticas Públicas de Direitos Humanos de LGBT trazendo o tema “Por um Brasil que criminalize a violência contra lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais”, onde se discutiram as políticas públicas abordando a violência contra a população LGBT, com intenção de propor estratégias, associá-las e integrá-las ao Sistema Nacional de Promoção da Cidadania e Enfrentamento à Violência²⁰ e, neste mesmo ano, o MS lançou o Protocolo da Atenção Básica da Saúde da Mulher, abordando a necessidade dos profissionais de saúde se atentar à população lésbica e bissexual, por conta de ser um grupo com diversas vulnerabilidades²¹.

Apesar dos avanços representados pelas políticas e programas voltados para a população LGBT, ainda há muito que ser feito para que estas sejam consolidadas, e principalmente para

as mulheres lésbicas e bissexuais não sejam invisibilizadas e deixem de frequentar serviços de saúde em decorrência da falta de preparo dos profissionais^{22,23}.

Ainda, faz-se necessário destacar que o conservadorismo do cenário político atual não é dos mais favoráveis para as minorias sociais, exemplificado por medidas governamentais que interrompem repasses federais para programas específicos, não promovem cenários de discussão e retiram espaços de participação da população LGBT^{24,25,26}. Frente as ameaças de direitos, políticas e programas conquistados após esforços da comunidade LGBT, faz-se necessário demonstrar necessidades de saúde desse grupo, de forma a reforçar a importância dos avanços até aqui conquistados.

1.2. Saúde de mulheres lésbicas e bissexuais

Estudos internacionais^{27,28}, e nacionais^{2,15,29,30,31} vêm apontando que a saúde relacionada à homo e à bissexualidade feminina se distância dos princípios da integralidade e equidade do Sistema de Saúde Único (SUS), uma vez que esta é permeada por vários fatores que envolvem a invisibilidade do homoerotismo feminino e da própria sexualidade feminina, o preconceito, ainda hoje presentes, em relação à homossexualidade¹⁵ e o padrão heteronormativo empregado pelos profissionais e serviços de saúde e o despreparo profissional^{15,28}.

Neste sentido, considerando-se as mulheres lésbicas e bissexuais, observam-se dificuldades desde o acesso aos serviços de saúde, até a concretização dos cuidados^{15,32}.

Quanto ao acesso a serviços de saúde, a literatura aponta que grande parte da população feminina que se refere como homoafetiva teve irregular ou baixa frequência aos serviços, procurava a unidade somente quando estava doente^{2,15,33}, a maioria não realizava prevenção ginecológica^{7, 13} e, em alguns casos, nunca tinha se submetido ao exame preventivo do câncer do colo uterino^{15,16}. Essa condição implica em perda de oportunidade de realizar rastreio para infecções do trato genital inferior e de lesões pré-neoplásicas e neoplásicas do colo uterino.

O câncer do colo do útero é um dos mais frequentes tumores na população feminina, causado pela infecção persistente por alguns tipos do papilomavírus humano (HPV), especialmente o HPV-16 e o HPV-18, responsáveis por cerca de 70% dos cânceres cervicais. A infecção genital por esse vírus é muito frequente e não causa doença, porém em alguns casos, ocorrem alterações celulares que podem evoluir para o câncer. Essas alterações são descobertas facilmente na consulta ginecológica, por meio do exame ginecológico com coleta de material cervical para o exame de Papanicolaou³⁴.

Considerado sério problema de saúde pública, devido às suas altas taxas de incidência e mortalidade na população feminina, a estimativa mundial aponta que o câncer do colo do útero foi o quarto mais frequente em todo o mundo, com uma estimativa de 570 mil casos novos, representando 3,2% de todos os cânceres. Em termos de mortalidade, no Brasil, em 2017, ocorreram 6.385 óbitos, e a taxa de mortalidade bruta por câncer do colo do útero foi de 6,17/100 mil ³⁵, mesmo assim, ainda é encontrada deficiência na sua adesão por mulheres lésbicas e bissexuais ^{2,33}.

Apontam-se crenças sobre o exame ginecológico como uma das barreiras para sua não realização³⁶. Estudo nacional apontou que há a percepção de mulheres que fazem sexo com mulheres (MSM) de que, quando não há relação sexual heterossexual e práticas sexuais que envolvam a penetração, o exame ginecológico pode “machucar” ou “doer mais”, sendo esse pensamento predominante na população que tem baixa frequência ao ginecologista, podendo ser o significado ou o desconhecimento sobre o procedimento, uma das características que leva a baixa adesão do exame ginecológico dessas mulheres³⁷.

No que se refere aos conhecimentos relativos às IST, estudos apontaram que a maioria das MSM tinha algum conhecimento, porém, acreditava que estas estavam ligadas diretamente ao contato sexual masculino, colocando o relacionamento sexual entre mulheres como um fator de proteção ³¹.

Em contrapartida, a ocorrência de IST e vaginose bacteriana nessa população é relatada e relacionada ao baixo uso de métodos preventivos em suas práticas sexuais³⁸. Estudo realizado no estado da Bahia mostrou que o uso de acessórios sexuais foi a variável independentemente associada à vaginose bacteriana, concluindo a possibilidade de transmissão de fluidos sexuais entre as parceiras durante o ato sexual, o que demonstra necessidade de ações de educação em saúde sexual e reprodutiva ³¹.

Os poucos estudos sobre prevalência de IST, demonstraram também a transmissão de herpes genital²⁷, e do HPV, que é apontado como um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de colo uterino, sendo os subtipos 16 e 18 os de maior prevalência³⁹, especificamente na população de MSM. Gonorreia e a infecção por *Chlamydia trachomatis* são mais raras e, frequentemente, associadas a mulheres com histórico de parcerias também masculinas ⁴⁰.

Estudo realizado no interior do Estado de São Paulo, que analisou o cuidado com a saúde sexual e reprodutiva de MSM, observou déficit de cuidados entre as participantes ⁴¹. A maioria das MSM investigadas não realizava atendimento ginecológico anual (54,4%), não estava com

o exame de Papanicolaou em dia (63,1%), tinha relação sexual após o consumo de álcool e/ou drogas ilícitas (71,8%), não utilizava preservativo nas relações sexuais anais e vaginais (87,9%), tinha diagnóstico de alguma IST (51,7%), não havia realizado sorologia para IST/aids (47,0%), era tabagista (55,0%) e 34,9% utilizavam drogas ilícitas⁴².

A relevância de se estudar o cuidado com a saúde, e, em especial, a saúde sexual e reprodutiva de mulheres lésbicas e bissexuais fundamenta-se na invisibilidade denotada no percurso histórico de luta social e política desse grupo, na pequena produção nacional de conhecimentos sobre este importante direito de cidadania e na contribuição que poderá trazer para seu cuidado integral em saúde. Assim, considera-se primordial compreender como se configura a experiência de cuidado com a saúde desse grupo populacional, justificando a presente investigação. Esta visa responder as seguintes questões: Como se configura o cuidado dedicado à saúde sexual e reprodutiva por mulheres lésbicas e bissexuais? O que impede que elas realizem esse cuidado a contento?

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para finalizar esta pesquisa, retomamos as argumentações iniciais que moveram sua realização, tendo como objetivo a compreensão da experiência de mulheres lésbicas e bissexuais sobre o seu cuidado com a saúde sexual e reprodutiva e elaborar modelo teórico dessa experiência.

As descobertas foram possíveis pela escolha teórica metodológica - Interacionismo Simbólico articulado com a Grounded Theory, ambos com raízes interacionistas, que, por sua vez criam imagem ativa do humano, rejeitando sua passividade.

A realização deste estudo permitiu obter avanços na compreensão do objeto investigado, reconhecendo nas experiências de mulheres lésbicas e bissexuais o movimento concebendo-se autocuidadoras e descuidando-se de si, mediadas pela percepção, conhecimento e seu relacionamento sexual.

Destacaram-se neste processo múltiplas dificuldades de acesso a serviços de saúde enfrentadas pelas participantes: experiências de heterossexualidade compulsória, violência institucional, atendimento desumanizado e antiético e falta de compreensão de necessidades específicas. Essas dificuldades exigiram que elas, quando da procura por cuidados de saúde, buscassem estratégias que, de alguma forma, as fizessem sentir-se mais seguras, superando problemas encontrados anteriormente, demonstrando seu engajamento ativo com a promoção e prevenção da sua saúde, apesar dos desafios, o que contrasta com dados da literatura. Nossas descobertas fortalecem o argumento para a inclusão de conteúdo sobre saúde sexual e reprodutiva de LGBT nos currículos das carreiras da área da saúde e educação permanente em saúde para profissionais e prestadores de cuidados de saúde.

O estudo permitiu, ainda, reforçar a importância do conhecimento sobre IST e formas de prevenção entre mulheres com práticas homossexuais, apontando que algumas mulheres, mesmo com alta escolaridade, reportaram falta de conhecimento sobre esses cuidados com sua saúde sexual e reprodutiva. Na ótica das participantes, isso se deve pela pouca divulgação de informações, incluindo seu grupo social. Esse achado, reforça a importância das políticas públicas que visam a divulgação e inserção da temática LGBT no aspecto amplo de saúde para toda a população.

No movimento de negligenciar cuidados com a saúde sexual e reprodutiva, destacou-se que a totalidade das mulheres não empregava medidas de prevenção de IST/aids em suas práticas sexuais com mulheres. Fato que remete, para além de questões relativas ao relacionamento percebido como seguro, descrença na possibilidade de transmissão dessas infecções no sexo com mulher e não percepção de risco, para a ausência de insumos de prevenção que atendam as especificidades das práticas sexuais entre mulheres. Assim, este estudo aponta para a necessidade de órgãos governamentais e da indústria voltarem-se para a produção desses insumos, pois sua ausência demonstra a manutenção da invisibilidade da sexualidade de mulheres lésbicas e bissexuais, apesar dos avanços nas políticas voltadas a esse grupo.

Por fim, considera-se que esta pesquisa contribui e possibilita um referencial norteador para compreender a experiência de mulheres lésbicas e bissexuais sobre o seu cuidado com a saúde sexual e reprodutiva, trazendo importantes contribuições que podem subsidiar políticas e práticas de cuidado que atendam suas singularidades, com vistas ao cuidado integral em saúde.

7. REFERÊNCIAS

1. Facchini R, Barbosa RM. Dossiê saúde das mulheres lésbicas: promoção da equidade e da integralidade. In Dossiê saúde das mulheres lésbicas: promoção da equidade e da integralidade 2006 (pp. 43-43).
2. Rufino AC, Madeiro A, Trinidad A, Santos R, Freitas I. Práticas sexuais e cuidados em saúde de mulheres que fazem sexo com mulheres: 2013-2014. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2018 Nov 8;27:e2017499.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.
4. Corrêa S, Alves JE, de Martino Jannuzzi P. Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. *Livros*. 2015 Sep 25;27-62.
5. Facchini R. Entre umas e outras: mulheres, (homo)sexualidades e diferenças na cidade de São Paulo [Tese de Doutorado]. Campinas: Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas; 2008.
6. Facchini R. Entre compassos e descompassos: um olhar para o "campo" e para a "arena" do movimento LGBT brasileiro. *Bagoas-Estudos gays: gêneros e sexualidades*. 2009;3(04).
7. BRASIL. Presidência da República. Programa Nacional de Direitos Humanos. Brasília: Presidência da República, Secretaria de Comunicação Social, Ministério da Justiça, 1996.
8. BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2015. Brasília, DF, 2013. Disponível em: https://oig.cepal.org/sites/default/files/brasil_2013_pnpm.pdf. Acesso em: 01 ago. 2020.
9. Rattner D. Da saúde materno infantil ao PAISM. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*. 2014 Mar 29;8(1):ág-103.
10. Leão EM, Marinho LF. Saúde das mulheres no Brasil: subsídios para as políticas públicas de saúde. *Revista Promoção da Saúde*. 2002 Oct;6:31-6.
11. Silveira PS, Paim JS, Adrião KG. Os movimentos feministas e o processo da Reforma Sanitária no Brasil: 1975 a 1988. *Saúde em Debate*. 2020 Aug 7;43:276-91.
12. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) 21 anos depois. Brasília 2005.

13. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Direitos sexuais e direitos reprodutivos-uma prioridade do governo-. Brasília; 2005.
14. Ministério da Saúde. Chegou a hora de cuidar da saúde- um livreto especial para lésbicas e mulheres bissexuais-. Brasília; 2006.
15. Barbosa RM, Facchini R. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. Cadernos de Saúde Pública. 2009;25:s291-300.
16. Ministério da Saúde. Portaria nº 2836, de 01 de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). Brasília; 2011.
17. Ministério da saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional De Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília; 2013.
18. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Políticas para as Mulheres. Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais. Relatório da Oficina Atenção à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais Brasília: MS; 2014.
19. Ministério da Saúde (BR). Portal da Saúde. Conferências conjuntas de direitos humanos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [citado 12 Set 2017]. Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/assuntos/conferenciasdh/3a-conferencia-nacional-lgbt>
20. Ministério da Saúde (BR). Portal da Saúde. Relatório Final - 3ª Conferência Nacional de Políticas Públicas de Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. [Internet]. 58 Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [citado 19 Jul 2017]. Disponível em: http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/cao_civel/inc_social_lgbtt/Diversos_LGBTT/relatorio-final-3a-conferencia-nacional-lgbt-1.pdf
21. Ministério da Saúde (BR). Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. 230 p.
22. Carvalho CS, Calderaro F, Jobin S. O dispositivo" saúde de mulheres lésbicas":(in) visibilidade e direitos. Revista Psicologia Política. 2013;13(26):111-27.
23. Sena AG, Souto KM. Avanços e desafios na implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT. Tempus Actas de Saúde Coletiva. 2017 Nov 13;11(1):ág-09.

24. Diário de Pernambuco. MP assinada por Bolsonaro retira população LGBT das Diretrizes dos Direitos Humanos [Acesso 20 jan 20]. Disponível em: <https://www.diariodepernambuco.com.br/noticia/politica/2019/01/mp-assinada-por-bolsonaro-retira-populacao-lgbt-das-diretrizes-dos-dir.html>
25. Brasil. DECRETO Nº 9.453, DE 31 DE JULHO DE 2018. Convoca a 4ª Conferência Nacional de Políticas Públicas de Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais - LGBT. Diário oficial da união, 31 jul 2018.
26. Folha de São Paulo. Paulo Saldaña.Vélez desmonta secretaria de diversidade e cria nova subpasta de alfabetização. [acesso em 20 jan 2020]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/educacao/2019/01/velez-desmonta-secretaria-de-diversidade-e-cria-nova-subpasta-de-alfabetizacao.shtml>
27. Marrazzo JM, Coffey P, Bingham A. Sexual practices, risk perception and knowledge of sexually transmitted disease risk among lesbian and bisexual women. Perspectives on sexual and reproductive health. 2005 Mar;37(1):6-12.
28. Bjorkman M, Malterud K. Lesbian women's experiences with health care: A qualitative study. Scandinavian journal of primary health care. 2009 Jan 1;27(4):238-43.
29. Almeida G. Argumentos em torno da possibilidade de infecção por DST e Aids entre mulheres que se autodefinem como lésbicas. Physis: Revista de Saúde Coletiva. 2009;19(2):301-31.
30. Valadão RD, Gomes R. A homossexualidade feminina no campo da saúde: da invisibilidade à violência. Physis: Revista de Saúde Coletiva. 2011 Dec;21(4):1451-67.
31. Moraes L, Esteves MC. Práticas sexuais de mulheres lésbicas e bissexuais e a relação com a prevenção das DST/HIV/AIDS. Anais do Seminário Internacional Enlaçando Sexualidades, Direito, Relações Etnorraciais, Educação, Trabalho, Reprodução, Diversidade Sexual, Comunicação e Cultura. 2011.
32. Facchini R. Mulheres, diversidade sexual, saúde e visibilidade social. Homossexualidade: produção cultural, cidadania e saúde. 2004:34-43.
33. Freitas, APF. Necessidades de saúde de mulheres que fazem sexo com mulheres e acesso a serviços de saúde. [dissertação] Botucatu (SP). Universidade Estadual Paulista, 2017. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/150404>.
34. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. GLOBOCAN v1. 2, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC Cancer Base No. 10 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2010.

35. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020 : incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: INCA, 2019. Available from: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>
36. Barbosa RM, Koyama MA. Mulheres que fazem sexo com mulheres: algumas estimativas para o Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2006 Jul;22(7):1511-4.
37. Ferreira MD. Motivos que influenciam a não-realização do exame de papanicolaou segundo a percepção de mulheres. *Escola Anna Nery*. 2009 Jun 1:378-84.
38. Ignacio MA, Andrade J, Freitas AP, Pinto GV, Silva MG, Duarte MT. Prevalencia de vaginosis bacteriana y factores asociados en mujeres que tienen sexo con mujeres. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2018;26.
39. Trottier H, Franco EL. Human papillomavirus and cervical cancer: burden of illness and basis for prevention. *Am J Manag Care*. 2006 Dec 1;12(17 Suppl):S462-72.
40. Bailey JV, Farquhar C, Owen C, Mangtani P. Sexually transmitted infections in women who have sex with women. *Sexually Transmitted Infections*. 2004 Jun 1;80(3):244-6.
41. Duarte MTC, Godoy I, Silva MGS, Andrade J, Ignacio MAO, Freitas APF. Acesso a serviços de saúde e saúde sexual e reprodutiva de mulheres que fazem sexo com mulheres [projeto de pesquisa]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu; 2014.
42. Andrade, J. DUARTE, M.T. Vulnerabilidade de mulheres que fazem sexo com mulheres às infecções sexualmente transmissíveis 2014-2017. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade Universidade estadual paulista “Júlio de Mesquita Filho” faculdade de medicina.
43. Minayo MC, Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. In: *Pesquisa social: teoria, método e criatividade* 2016 (pp. 95-p).
44. GOLDENBERG M. A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais. Rio de Janeiro: Record, 1997. HAGUETTE, TMF Metodologias qualitativas na Sociologia. 1997;5.
45. Minayo MC. O desafio do conhecimento. In: *O desafio do conhecimento* 2011 (pp. 269-269).
46. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): Dados disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=350750&search=sao-paulo|botucatu3>, acesso em :11/01/2020.
47. Fundação Seade. Informações dos Municípios Paulistas. São Paulo; 2020 Available: <http://www.imp.seade.gov.br/frontend/#/>

48. Tarozzi, M. O que é grounded theory? Metodologia de pesquisa e de teoria fundamentada nos dados. Petrópolis (RJ): Vozes; 2011.
49. Strauss, A.; CORBIN, J. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da pesquisa fundamentada. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
50. Glaser BG, Holton J. Remodeling grounded theory. InForum qualitative sozialforschung/forum: qualitative social research 2004 May 31 (Vol. 5, No. 2).
51. Glaser BG. Theoretical sensitivity: advances in the methodology of grounded theory. Mill Valley (CA): Sociology Press; 1978.
52. Dantas CD, Leite JL, Lima SB, Stipp MA. Teoria fundamentada nos dados-aspectos conceituais e operacionais: metodologia possível de ser aplicada na pesquisa em enfermagem. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2009 Aug;17(4):573-9.
53. Charmaz K. A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa. Bookman Editora; 2009.
54. Chizzotti A. Pesquisa em ciências humanas e sociais. Cortez editora; 2018 Apr 30.
55. Charon JM. Symbolic interactionism: an introduction, an interpretation, an integration. New Jersey (US): Prentice-Hall; 2010.
56. Rodrigues JL, Schor N. Saúde sexual e reprodutiva de mulheres lésbicas e bissexuais. Fazendo Gênero. 2010;9.
57. Almeida G. Argumentos em torno da possibilidade de infecção por DST e Aids entre mulheres que se autodefinem como lésbicas. Physis: Revista de Saúde Coletiva. 2009;19(2):301-31.
58. Corrêa S, Alves JE, de Martino Jannuzzi P. Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. Livros. 2015 Sep 25:27-62.
59. Knight DA, Jarrett D. Preventive health care for women who have sex with women. American family physician. 2017 Mar 1;95(5):314-21.
60. Canguilhem G. O normal e o patológico. 5a Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2000.
61. World Health Organization. WHO meeting on ethical, legal, human rights and social accountability implications of self-care interventions for sexual and reproductive health, 12–14 March 2018, Brocher Foundation, Hermance, Switzerland: summary report. World Health Organization; 2018.
62. Shooshtari S, Shields M. Determinants of self-perceived health. Health Rep 2001; 13:35-51.

63. Pinto VM, Tancredi MV, Neto AT, Buchalla CM. Sexually transmitted disease/HIV risk behaviour among women who have sex with women. *Aids*. 2005 Oct 1;19:S64-9.
64. Munson S, Cook C. Lesbian and bisexual women's sexual healthcare experiences. *Journal of clinical nursing*. 2016 Dec;25(23-24):3497-510.
65. dos Santos Moscheta M, da Silva Fébole D, Anzolin B. Visibilidade seletiva: a influência da heterossexualidade compulsória nos cuidados em saúde de homens gays e mulheres lésbicas e bissexuais. *Saúde & Transformação Social/Health & Social Change*. 2016 Sep 30;7(3):71-83.
66. Johnson MJ, Nemeth LS. Addressing health disparities of lesbian and bisexual women: a grounded theory study. *Women's Health Issues*. 2014 Nov 1;24(6):635-40.
67. Barbosa RM, Koyama MA. Mulheres que fazem sexo com mulheres: algumas estimativas para o Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2006 Jul;22(7):1511-4.
68. Secretaria Municipal de Saúde de Recife. Cartilha de Atenção à Saúde Integral das Lésbicas. Produto do I Seminário em Atenção à Saúde das Lésbicas e Mulheres Bissexuais e a Integralidade com o SUS, realizado em 2015.
69. GHORAYEB, Daniela Barbeta. saúde mental, qualidade de vida, religiosidade e identidade psicossocial nas homossexualidades. 214 p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007.
70. Valeriano JB. A Homossexualidade no Candomblé em Uberaba. *Anais dos Simpósios da ABHR*. 2011 May 25;12(1).