



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES – CFP  
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM – UAENF  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**MYLENA CAROLINE MAGALHÃES MARQUES**

**SAÚDE DA MULHER LÉSBICA NA ATENÇÃO BÁSICA DE  
CAJAZEIRAS – PARAÍBA**

**CAJAZEIRAS – PB  
2016**

**MYLENA CAROLINE MAGALHÃES MARQUES**

**SAÚDE DA MULHER LÉSBICA NA ATENÇÃO BÁSICA DE  
CAJAZEIRAS – PARAÍBA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, na Unidade Acadêmica de Enfermagem, Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Campina Grande – *Campus* Cajazeiras.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Ms. Sofia Dionizio Santos  
(UACV/CFP/UFCG)

**CAJAZEIRAS – PB  
2016**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)  
Denize Santos Saraiva - Bibliotecária CRB/15-1096  
Cajazeiras - Paraíba

M585a Marques, Mylena Caroline Magalhães.  
Saúde da mulher lésbica na atenção básica de Cajazeiras - Paraíba /  
Mylena Caroline Magalhães Marques.- Cajazeiras, 2016.  
60p.: il.  
Bibliografia.

Orientadora: Profa. Ma. Sofia Dionizio Santos.  
Monografia (Bacharelado em Enfermagem) UFCG/CFP, 2016.

1. Saúde da mulher lésbica. 2. Atenção básica. 3. Homossexualidade  
feminina. I. Santos, Sofia Dionizio. II. Universidade Federal de Campina  
Grande. III. Centro de Formação de Professores. IV. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU - 614-055-34-055.2

**MYLENA CAROLINE MAGALHÃES MARQUES**

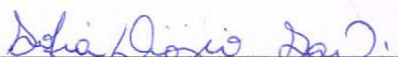
**SAÚDE DA MULHER LÉSBICA NA ATENÇÃO BÁSICA DE  
CAJAZEIRAS – PARAÍBA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, na Unidade Acadêmica de Enfermagem, Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Campina Grande – *Campus* Cajazeiras.

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup>. Ms. Sofia Dionizio Santos

Aprovada em 06/10/2016

**BANCA EXAMINADORA:**



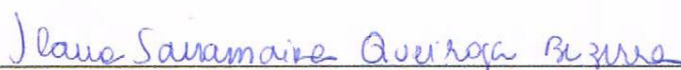
---

Presidente Prof<sup>ª</sup>. Ms. Sofia Dionizio Santos  
Unidade Acadêmica de Ciências da Vida/CFP/UFCG  
Orientadora



---

Prof. Dr<sup>ª</sup>. Anúbes Pereira de Castro  
Unidade Acadêmica de Enfermagem/CFP/UFCG  
Examinadora



---

Prof. Dr<sup>ª</sup>. Ilana Sanamaika Queiroga Bezerra  
Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras/CFP/UFCG  
Examinadora

*A síntese da visibilidade é a seguinte: se a gente não existe, a gente não tem demanda.*

Rede Feminista de Saúde

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiro agradeço aos meus avós, Francisco Marques e Maria Caju pelo apoio emocional e hospedagem. Aos meus pais, Janrubstein e Renata, e irmãs, Mayara e Gabrielle, pelo carinho e companheirismo. Assim como a toda minha família, cada membro familiar possui uma participação importante no decorrer desses quatro anos e meio de formação.

Agradeço também a Universidade Federal de Campina Grande, por me acolher nos últimos anos, possibilitando oportunidades de crescimento profissional. Assim como todos os professores que contribuíram para a minha formação acadêmica.

Presto reconhecimentos à orientadora da pesquisa Sofia Dionizio e a Anúbes Pereira, professora da disciplina do Trabalho de Conclusão de Curso, ambas por compartilhar seus amplos conhecimentos e acreditar na potencialidade do trabalho.

Assim como aos enfermeiros atuantes na Atenção Básica de Cajazeiras que contribuíram com a pesquisa, e demonstraram reconhecimento quanto à importância do estudo para o melhor funcionamento do SUS na instância primária do atendimento de saúde que são as UBS.

Por fim, agradeço à minha companheira Andréa Monteiro, por dividir os momentos de derrota e de vitória ultrapassados ao longo desses últimos meses, por acreditar que seria possível a conclusão dessa pesquisa e me fazer acreditar nisso, essa vitória também pertence a você.

MARQUES, Mylena Caroline Magalhães. **Saúde da Mulher Lésbica na Atenção Básica de Cajazeiras – Paraíba**. Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) – Unidade Acadêmica de Enfermagem (UAENF), Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Cajazeiras, 2016. 60 pág.

## RESUMO

A mulher lésbica encontra-se invisível ao olhar da saúde pública, tanto no quesito saúde em reprodução quanto nos outros aspectos que visam à integralidade do ser, atrasando os estudos e práticas relacionadas à saúde destas. Assim, este trabalho discute sobre os desafios para a equipe de saúde nas Unidades de Atenção Básica da cidade de Cajazeiras no que se refere à assistência de mulheres lésbicas. Logo, aspectos teóricos e históricos mostraram-se primordiais para fundamentação da pesquisa, como a relevância dos movimentos sociais, o cenário político e os direitos sexuais e reprodutivos. O objetivo do trabalho foi conhecer e avaliar, a partir dos relatos dos profissionais de saúde, o atendimento prestado às mulheres lésbicas na cidade de Cajazeiras – Paraíba. Os relatos dos profissionais também ajudaram a entender os motivos que levam as mulheres a não buscarem o sistema de saúde, na Atenção Básica, com exceção de casos extremos. A pesquisa foi qualitativa, quantitativa e exploratória, com uma etapa de levantamento bibliográfico. A coleta de dados consistiu na aplicação de questionário junto aos enfermeiros da Atenção Básica do município, evidenciando a sistemática da assistência às mulheres lésbicas. Os resultados provenientes da pesquisa apontaram uma fragilidade do sistema de saúde do município, ocasionando a invisibilidade destas mulheres, e vulnerabilizando, portanto, a comunidade lésbica em demandas notórias como a saúde.

**Palavras-chaves:** Homossexualidade Feminina. Saúde. Atenção Básica.

MARQUES, Mylena Caroline Magalhães. **Health of the Lesbian Woman in the Primary Care of Cajazeiras – Paraíba.** Work Course Conclusion (TCC) - Nursing Academic Unit (UAENF), Federal University of Campina Grande (UFCG), Cajazeiras, 2016. 60 p.

### **ABSTRACT**

A lesbian woman is invisible to the eye of public health, both in the category health reproduction as in other aspects aimed at completeness of being, delaying the studies and practices related to the health of these. This work has the intention to advocate the challenges to the health team in Care Units Basic City of Cajazeiras as regards the assistance of lesbian women. Thus, theoretical and historical aspects were paramount for reasons of research, the relevance of social movements, the political landscape and sexual and reproductive rights. The aim of the study was to evaluate and, from the reports of health professionals, the care provided to lesbian women in the city of Cajazeiras – Paraíba. The professional reports also helped to understand the reasons why women do not seek the health system in primary care, except for extreme cases. The research was qualitative, quantitative and exploratory, and data collection was the questionnaire with the nurses of Primary Attention of the city, showing the systematic assistance to lesbians. The results from the survey showed a weakness of the municipal health system, causing the invisibility of these women, vulnerability therefore the lesbian community in notorious demands such as health.

**Keywords:** Female Homosexuality. Health. Primary Care.



## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Identificação do Profissional da Saúde (Enfermeiro) em Cajazeiras – 2016.	41
---------------------------------------------------------------------------------------------	----

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> – Da capacitação dos enfermeiros sobre atendimento e política LGBT.	44
<b>Gráfico 2</b> – Da confiança das mulheres lésbicas em relação ao atendimento.	45
<b>Gráfico 3</b> – Do planejamento da equipe de profissionais de saúde da UBS na busca ativa por mulheres lésbicas da comunidade.	46
<b>Gráfico 4</b> – Da articulação da UBS com o movimento LGBT.	47

## **LISTA DE SIGLAS**

AIDS – Acquired Immunodeficiency Syndrome

ACS – Agente Comunitário de Saúde

CFM – Conselho Federal de Medicina

HIV – Human Immunodeficiency Virus

HPV – Human Papiloma Virus

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LGBT – Lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

SENALE – Seminário Nacional de Lésbicas

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFCG – Universidade Federal de Campina Grande

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>2. OBJETIVOS .....</b>	<b>15</b>
2.1 Objetivo Geral.....	15
2.2 Objetivos Específicos.....	15
<b>3. METODOLOGIA.....</b>	<b>16</b>
3.1 Tipo de Estudo .....	16
3.2 Local da Pesquisa .....	17
3.3 População .....	17
3.4 Procedimentos de coleta e análise dos dados.....	18
3.5 Posicionamento ético do pesquisador .....	18
<b>4. ASPECTOS TEÓRICOS E HISTÓRICOS SOBRE A SAÚDE DA MULHER LÉSBICA.....</b>	<b>19</b>
4.1 Contexto Histórico da Saúde Relacionado à Homossexualidade Feminina .....	19
4.2 A Relevância dos Movimentos Sociais .....	22
4.3 O Cenário Político na Conjuntura da Diversidade Sexual .....	24
4.4 Visibilidade da Mulher Lésbica .....	27
4.5 Direitos Sexuais e Reprodutivos .....	30
4.6 Saúde da Mulher Lésbica .....	33
4.7 Modalidades Assistenciais na Atenção Básica .....	36
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>40</b>
5.1 Perfil dos Profissionais Entrevistados.....	40
5.2 Atendimento de Enfermagem na Atenção Básica de Saúde.....	42
5.3 A Realidade do Atendimento de Saúde a Mulher Lésbica no Município de Cajazeiras – PB .....	47
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>49</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>51</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>55</b>
APÊNDICE A.....	55
APÊNDICE B .....	57

## 1 INTRODUÇÃO

A perspectiva da saúde relacionada apenas à reprodução é um obstáculo enfrentado pela mulher em relação à sua saúde como um todo, sem o cuidado de um olhar singular sobre cada pessoa, suas individualidades e práticas pessoais.

Neste contexto, a lésbica encontra-se invisível ao olhar da saúde pública, no caso, tanto no quesito saúde em reprodução quanto nos outros aspectos que visam à integralidade do ser, e isso tem atrasado os estudos e práticas relacionadas à saúde das mulheres que se envolvem sexualmente e emocionalmente com outras mulheres.

A Atenção Básica de Saúde no Brasil, entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS) e encarregada da prevenção e promoção de saúde na comunidade, deve conseguir dialogar e prestar orientações pertinentes às lésbicas considerando o comportamento e práticas, orientação sexual<sup>1</sup>, identidade de gênero<sup>2</sup>, direitos sexuais e discutir com o grupo sobre os riscos quanto à saúde física e mental. (BRASIL, 2013, p. 29).

Adicionalmente, é necessário que os profissionais de saúde entendam que a lesbofobia, assim como toda forma de discriminação e preconceito, envolve situações que favorecem e produzem doença e sofrimento. Além disso, os profissionais também devem considerar que essas formas de preconceitos podem surgir de modo concomitante com o machismo, cultura patriarcal, racismo, entre outros tipos de discriminação social. (BRASIL, 2010, p. 81).

O cuidado direcionado às mulheres historicamente excluídas coloca-se como um desafio para a equipe de saúde nas unidades de Atenção Básica da cidade de Cajazeiras. O processo de acolhimento, da escuta qualificada, de procedimentos adequados às devidas práticas e vivências das usuárias, a identificação e aproximação das mulheres lésbicas à unidade, realização de atividades educativas em grupos e individuais, devem ser respeitados e inseridos na rotina das Unidades Básica de Saúde (UBS). A base desses cuidados não permeia a segregação das mulheres lésbicas, mas possui o intuito de inclusão no âmbito da Atenção Básica, o que envolve, também, a oferta de cuidados e momentos de orientação especificamente voltados para elas.

Observa-se uma maior tentativa de inclusão das mulheres lésbicas, conduzida pelos movimentos feministas, resultando em avanços das políticas públicas como a

---

<sup>1</sup> Construção identitária com a que se lidará, subjetivamente e socialmente, com os prazeres, sensações, fantasias, imaginação e práticas eróticas (SOUSA, 2009).

<sup>2</sup> A identidade de gênero é a sensação vivida individualmente de gênero relativo a cada um, que condiz ou não ao sexo concedido de nascimento. (BRASIL, 2010, p. 79).

Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Travestis e Transexuais (BRASIL, 2013), que regula e garante os direitos sexuais e reprodutivos, conquistas civis, políticas, sociais e econômicas.

Portanto, a procura das lésbicas pelo atendimento primário deve ser crescente, mas para que isso ocorra é necessária uma maior sensibilização dos enfermeiros na busca ativa pelas mulheres, buscando compreender os motivos pelos quais as pacientes não procuram a unidade com frequência.

A identidade sexual<sup>3</sup> e de gênero, quando não seguem o modelo imposto como padrão, heterossexual, coloca as lésbicas às margens da sociedade devido à discriminação, e conseqüentemente submete essas mulheres a uma posição de vulnerabilidade. (CARDOSO, 2012, p. 553). Neste sentido, os direitos à saúde da mulher são violados, criando barreiras permanentes de acesso ao sistema, devido à discriminação acerca das suas práticas afetivas e sexuais.

O presente trabalho torna-se de relevância para a comunidade acadêmica, profissionais de saúde e pacientes envolvidas, assim como para a família e comunidade, pois faz emergir e expõe um assunto pouco discutido que deixa milhares de mulheres vulneráveis a diversas doenças por falta de orientações e atendimentos básicos, muitas delas passíveis de prevenção.

Assim, produz-se um acervo maior de informações, que permitirá, aos profissionais, qualidade da busca, acolhimento, atendimento e orientações pertinentes e, às pacientes, o sentimento de segurança e credibilidade no serviço.

O objetivo do trabalho foi conhecer e avaliar, a partir dos relatos dos enfermeiros, o atendimento prestado às mulheres lésbicas na cidade de Cajazeiras – Paraíba. Os relatos destes profissionais também podem ajudar a entender os motivos que levam as mulheres a buscarem ou não o sistema de saúde, na Atenção Básica, com exceção de casos extremos.

Também foi objetivo da pesquisa apresentar o contexto histórico e a participação dos movimentos sociais na construção da visibilidade lésbica, entendendo as dificuldades de acesso ao sistema de saúde e os riscos inerentes ao grupo por decorrência dos obstáculos.

Dentre os aspectos abordados no trabalho acadêmico alguns tópicos foram destacados, com a finalidade de facilitar a compreensão. Neste sentido, o trabalho foi

---

<sup>3</sup> Percepção individual sobre o gênero que uma pessoa percebe para si mesma (ANJOS, 2000).

estruturado inicialmente com a metodologia, seguido pela apresentação dos resultados da etapa de levantamento bibliográfico da pesquisa, abordando o contexto histórico, assim como a participação dos movimentos sociais durante o processo e visibilidade da mulher lésbica. Também foram discutidos tópicos sobre a saúde da mulher lésbica, a vulnerabilidade do grupo e sobre as modalidades assistenciais disponibilizados na rede de atenção básica de saúde.

O trabalho ainda apresentou a pesquisa de campo, exibindo a realidade do atendimento de saúde da mulher lésbica no município de Cajazeiras por intermédio do levantamento de dados obtidos através do Questionário e com a análise dos resultados oferecidos.

Refletindo sobre o tema, é inquestionável a dimensão do impacto que vivenciam as mulheres lésbicas, em seu estado de vulnerabilidade devido à sua invisibilidade, diante do distanciamento da assistência na Atenção Básica de Saúde, tanto no que se refere a cuidados físicos como mentais.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

- Conhecer e avaliar o atendimento oferecido às mulheres lésbicas pelos enfermeiros nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Cajazeiras, no estado da Paraíba.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Levantar possíveis motivos que dificultam o acesso de mulheres lésbicas, que dependem de atendimento no SUS, à atenção básica, sob a ótica dos enfermeiros;
- Entender, a partir da bibliografia, os principais impactos sofridos pelas mulheres que não frequentam o sistema de saúde na atenção básica no que tange à saúde sexual, física, mental, além de outros processos de saúde-doença;
- Resgatar os relatos da literatura sobre o contexto que serviu de parâmetro para a construção das lutas dos movimentos sociais, culminando com o debate sobre a visibilidade lésbica.

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 Tipo de Estudo

O trabalho de pesquisa contou com investigação científica e procedimentos técnicos com a finalidade de alcançar os seus objetivos, sendo de natureza aplicada, já que pretendeu-se que a produção de conhecimento do investigador sobre o tema tenha sido utilizada para intervir na problemática em suas especificidades. O estudo ainda caracterizou-se como exploratório, que procura entender o problema buscando habituar-se ao mesmo, buscando conhecer os elementos envolvidos com a problemática.

A abordagem do trabalho de pesquisa foi qualitativa e quantitativa. A pesquisa foi quantitativa em razão da utilização de dados numéricos e procedimentos estatísticos, enfatizando a objetividade na coleta e na análise de dados. Além disso, destacou-se o uso de procedimentos estruturados e instrumentos formais de coleta de dados. Assim, “A pesquisa quantitativa se centra na objetividade. Influenciada pelo positivismo, considera que a realidade só pode ser compreendida com base na análise de dados brutos, recolhidos com o auxílio de instrumentos padronizados e neutros” (FONSECA, 2002, p.20).

Através da escolha do questionário como instrumento para coleta das informações junto aos participantes, buscou-se uma maior sistematização dessa etapa da pesquisa, sem deixar de lado questões subjetivas que são essenciais para a exploração do tema.

Geralmente empregados em pesquisas com abordagem qualitativa, os questionários são usados para coletar dados primários capazes de identificar os problemas de pesquisa que possam ajudar a formular estruturas conceituais. Isso quer dizer que esse tipo de pesquisa não se preocupa em buscar evidências que comprovem hipóteses previamente definidas, e sim, em formular teorias a partir da análise dos dados coletados. (MARCHESAN, 2012, p. 452).

A caracterização qualitativa deu-se pela busca de respostas sobre um fenômeno, definido pela escolha de abordagem dos profissionais enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde. Pois, ao concordarem em participar da pesquisa, permitiram a coleta de dados e estudos relacionados ao tema, reunindo e interpretando informações, confrontando-as com as descobertas de outros autores cujos trabalhos serviram de referência e utilizando a dupla abordagem, quantitativa e qualitativa, a fim de elaborar ideias e definições de relevância científica. “A investigação científica depende de um



conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos para que seus objetivos sejam atingidos” (PRODANOV, 2013, p. 126).

O processo de pesquisa também esteve fundamentado no levantamento bibliográfico realizado nas seguintes bases de dados: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), bibliotecas virtuais *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), na Biblioteca Virtual da USP e da UERJ e documentos do Ministério da Saúde, disponível no site do Governo Federal. As buscas foram realizadas no período anterior à aplicação do questionário, com a finalidade de alcançar os objetivos desta pesquisa que estão relacionados ao aprofundamento teórico do assunto e agrupamento de informações e orientações sobre o atendimento prestado às mulheres lésbicas nos serviços de saúde.

### **3.2 Local da Pesquisa**

A pesquisa realizou-se no município de Cajazeiras, cidade localizada no Estado da Paraíba, mais precisamente na mesorregião do Sertão Paraibano. O município apresenta uma área de 565.899 km<sup>2</sup>, e densidade demográfica de 107,85 hab./km<sup>2</sup>, possui, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), aproximadamente 58 446 habitantes, sendo o sétimo município mais populoso do Estado.

### **3.3 População**

A população participante da pesquisa foi composta por um único grupo. Este grupo foi representado por profissionais de Enfermagem (enfermeiros) de 17 (dezessete) Unidades Básicas de Saúde, localizados na Zona Urbana da cidade de Cajazeiras, Estado da Paraíba.

Assim, as UBS pesquisadas foram: UBS Bela Vista, UBS Maria José de Jesus, UBS Dr. José Jurema, UBS João Bosco Braga Barreto, UBS José Leite Rolim, UBS Mutirão 1, UBS Mutirão 2, UBS Simão de Oliveira, UBS Dr. Vital Rolim, UBS Cristo Rei, UBS Amélio Estrela de Cartaxo, UBS Sol Nascente, UBS São José, UBS Populares, UBS São Francisco, UBS Tancredo Neves e UBS Esperança.

### **3.4 Procedimentos de coleta e análise dos dados**

O instrumento de coleta de dados foi efetuado através de questionário, subdividido em duas etapas: Identificação do Profissional Enfermeiro e Aspectos do Serviço na Atenção Básica de Saúde, nessa ordem. A investigação considerou o perfil do profissional e a relação do trabalho de enfermagem com o público em que esteve focado o de estudo. No total, o questionário foi composto por 16 (dezesesseis) questões do tipo mistas, com predominância de perguntas fechadas. Quanto à coleta de dados, esta foi classificada como direta, visto que aconteceu no local da ocorrência do fenômeno, onde o pesquisador fez a visita.

Após a aplicação do questionário, fez-se necessário analisar os dados colhidos com o intuito de identificar o problema e elaborar interpretações. “[...] a última perspectiva refere-se à análise de dados, cujo objetivo é identificar os procedimentos adotados pelo autor (aluno) para obter informações dos dados coletados.” (PRODANOV, 2013, p. 129). As tabulações e análises estatísticas foram processadas por intermédio do software do Microsoft Office, denominado Excel.

A apresentação dos dados foi feita através de gráficos de barra, pois representam dinamicamente os dados a serem discutidos, elaborados por meio do mesmo software utilizado para o processamento dos dados.

### **3.5 Posicionamento ético do pesquisador**

Com fundamento na Resolução 466/12 – documento que trata da pesquisa com seres humanos - do Conselho Nacional de Saúde, órgão atrelado ao Ministério da Saúde, esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG).

Em seguida, após a aprovação (CAAE: 58452616.5.0000.5575 e Parecer: 1.703.208), iniciou-se a coleta, e posteriormente, a análise dos dados, com estrito cumprimento do sigilo dos participantes da pesquisa. A participação no bojo da pesquisa deu-se de modo voluntário, sem qualquer interesse financeiro, sem conflitos por parte da pesquisadora, com motivação científica.

## **4 ASPECTOS TEÓRICOS E HISTÓRICOS SOBRE A SAÚDE DA MULHER LÉSBICA**

### **4.1 Contexto Histórico da Saúde Relacionado à Homossexualidade Feminina**

Ao investigar o conceito de lesbianismo em diferentes períodos históricos, identifica-se que ele é utilizado em referência à homossexualidade feminina, o que remete à ilha de Lesbos, pertencente à Grécia, em meados do Século VII a.C. O termo é oriundo do local de nascimento da poetisa Safo, que dedicou poemas a outras mulheres. Já na Antiguidade greco-romana, acreditava-se que os corpos eram iguais, diferenciados apenas por níveis de perfeição. O homem possuía o corpo livre de imperfeições ao externar o seu órgão reprodutivo e a mulher ainda estaria em fase de evolução ao manter seu órgão reprodutivo interno. (ROHDEN, 2003, p. 202).

Sabe-se que a discussão sobre a diferenciação sexual percorre várias áreas, como a religião, política, biologia, estudos científicos, filosofia, antropologia e a sociedade, sendo que, ao longo do tempo, cada uma posicionou uma opinião sobre o tema. (ARAÚJO, 2005, p. 44). O conceito exclusivo da mulher representada apenas como reprodutora e cuidadora da casa sofreu o primeiro abalo no século XVII, quando as mulheres passaram a ter acesso ao estudo, proporcionando uma diminuta liberdade.

Porém, devido às características peculiares atribuídas a cada sexo (masculino e feminino), obteve-se a associação entre as diferenças corporais e os atributos que seriam por elas justificados. Diante disso, o homem foi relacionado ao poder, como o ser forte, sério, racional e a mulher, aos atributos emotivos e sensíveis. (ROHDEN, 2003, p. 204).

Nessa mesma época houve o reconhecimento do útero como órgão reprodutor, e a sua valorização devido às questões hereditárias, de aumento da prole, associando a mulher ao universo materno e doméstico e considerando o sexo apenas para fins de reprodução, no caso das mulheres. Posto isso, era constado como proibida a questão do desejo sexual.

A partir desses conceitos de diferenciação sexual, iniciou-se uma abordagem científica em torno da sexualidade e saúde. Logo, apenas a heterossexualidade era admitida como prática sexual, interações sexuais com pessoas do mesmo sexo eram vistas como atividades “promíscuas”, pois violavam a moral da sociedade e os estudos científicos as consideravam um dano à saúde pública.

A homossexualidade foi conceituada como doença a partir do século XIX, pois, no período anterior, a psiquiatria médica emergia, explicando essa prática “desviante” como uma anomalia, entendida como uma inversão do sexo. Acreditava-se que as mulheres que sentiam desejo por outras mulheres possuíam a alma masculina e buscavam tornar-se homem, necessitando de acompanhamento psiquiátrico e tratamento para o problema. Deste modo, a terminologia “homossexual” surgia sem diferenciar orientação sexual de identidade de gênero. (GROSSI, 2015, p. 39).

Em 1948, foi aprovada a Declaração Universal dos Direitos Humanos, na Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), atuando na defesa dos Direitos Humanos. Embora não haja nenhum trecho específico sobre a saúde das lésbicas, a Declaração teve sua importância, pois significou a primeira contribuição a favor dos direitos à igualdade.

Assim, estava ocorrendo um progresso que permitiu que os grupos estigmatizados<sup>4</sup> pudessem contribuir politicamente e tornarem-se mais presentes no âmbito da saúde com base na promoção dos direitos humanos, reivindicando seus direitos e lutando contra a discriminação, criticando e contrariando a tese da “alma no corpo errado”, inversão sexual.

Oposto ao conceito de homossexualidade como doença foi criado na década de 1980 o termo orientação sexual, desconstruindo a crença histórica da patologização homossexual. (FILHO, 2006, p. 03). Neste sentido, considerava o desejo sexual pelo mesmo sexo como integrado à sexualidade humana.

Em 1979, a homossexualidade deixou de ser considerada doença, passando a ser reconhecida como variação da orientação sexual, assim como a heterossexualidade e a bissexualidade. Durante os anos de 1980 a 1990, a maioria dos países desenvolvidos descriminalizou a homossexualidade e proibiu a discriminação contra gays e lésbicas. Na atualidade, a homossexualidade ainda é considerada crime em países socialmente conservadores, como no mundo árabe e na África. Nos países ocidentais, o século XXI trouxe mudanças sociais significativas acerca da homossexualidade, tais como: direito a união civil, constituição de uma família por meio do acesso a técnicas de reprodução assistida ou adoção, e reconhecimento destes novos arranjos familiares pela sociedade. (GROSSI, 2015, p. 39).

---

<sup>4</sup> Os atributos não proporcionais com o estereótipo que a “normatização” imposta culturalmente cria para um determinado tipo de indivíduo caracterizam o processo de estigmatização (GOFFMAN, 1975).

Paralela à discussão sobre orientação sexual, possibilitada principalmente pelos movimentos sociais, ampliou-se uma associação entre homossexualidade e risco de infecção pelo vírus *Human Immunodeficiency Virus* (HIV), e essa distorção fortaleceu as atitudes preconceituosas. (JR; 2002, p. 148). Esse evento, marcado na história da homossexualidade e da busca por direitos à saúde, desfavoreceu o reconhecimento das lésbicas, pois o enfoque principal estava voltado para a relação homens (gays) e o HIV/AIDS.

Contudo, com o aumento do índice de mulheres com AIDS, na década de 90 no Brasil, proporcionou-se a expansão da discussão sobre a saúde das mulheres lésbicas, causando preocupação para as ativistas do movimento lésbico e para os pesquisadores que suspeitavam que a transmissão viral (HIV/AIDS), assim como as outras DSTs seriam possíveis nas relações sexuais entre mulheres. (ALMEIDA, 2009, p. 305).

A partir de então, aumentaram as reivindicações e a preocupação quanto à saúde das mulheres que se envolviam com mulheres, iniciando a busca por visibilidade junto ao Estado e por direitos no âmbito da saúde. No ano de 2003, houve a realização da 12ª Conferência Nacional de Saúde, que emitiu medidas inclusivas sobre orientação sexual e identidade de gênero direcionado a mulher lésbica. (BRASIL, 2004, p. 24).

Em 2004, intensificou-se o avanço quanto à saúde homossexual ao ser apresentada a primeira Política Pública direcionada inteiramente ao grupo LGBT, o Programa Brasil Sem Homofobia (Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e de Promoção da Cidadania Homossexual).

Nos anos seguintes, os movimentos sociais pressionaram por mais Políticas Públicas que garantissem o cumprimento dos direitos à saúde, a exemplo da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (BRASIL, 2013), aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, no ano de 2009.

Em 2013, foi aprovada a Resolução CFM nº 2.013/2013 pelo Conselho Federal de Medicina, que consiste na garantia da reprodução assistida para casais construídos por pessoas do mesmo sexo. Neste mesmo ano, também houve o I Seminário Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (BRASIL, 2015), na perspectiva de implantar a Política Nacional de Saúde Integral de LGBT no SUS.

Embora, tenham sido obtidas muitas conquistas relevantes a respeito da saúde da mulher lésbica, ainda percebe-se um déficit no alcance do cumprimento de todos esses

direitos e Políticas Públicas, causando vulnerabilidade no processo saúde-doença da população homossexual feminina.

#### **4.2 A Relevância dos Movimentos Sociais**

Ao longo dos anos a saúde da mulher, em especial, das lésbicas, contou com o apoio dos movimentos sociais, que reivindicaram fervorosamente os direitos das minorias. O objetivo era que as instituições de saúde e os profissionais observassem a necessidade do público direcionando um olhar crítico em relação ao processo saúde-doença feminina mediante suas relações afetivas e sexuais.

Os movimentos sociais estavam inseridos junto a outros setores da sociedade na elaboração de Políticas e Diretrizes que favoreciam a inclusão das mulheres no sistema de saúde disponibilizado no Brasil, buscando que a instância governamental programasse ações de saúde efetivas, promovendo a diminuição de doenças e até óbitos decorrentes de causas passíveis de prevenção.

Esses agravantes ocorrem principalmente devido à visão restrita quanto à saúde da mulher, considerando apenas questões reprodutivas e maternas, abstendo-se de questões como a própria sexualidade, identidade de gênero e orientação sexual. “Com forte atuação no campo da saúde, o movimento de mulheres contribuiu para introduzir na agenda política nacional, questões, até então, relegadas ao segundo plano, por serem consideradas restritas ao espaço e às relações privadas.” (BRASIL, 2004, p. 15).

Neste sentido, elaborou-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes, em 2004, uma realização de relevância que contou com o apoio do movimento feminista, o qual questionou a direção que a saúde estava seguindo e revelou críticas à invisibilidade de outros problemas femininos que emergiam, causando um processo de adoecimento.

Neste processo, os saberes estão sendo apropriados e se entrecruzam com interesses governamentais e dos movimentos sociais lésbicos para gestão da vida destas mulheres, colocando o tema da saúde voltada às lésbicas em pauta nas agendas das políticas públicas brasileiras. Os argumentos utilizados em alguns documentos acadêmicos, governamentais e dos movimentos sociais lésbicos referem-se à invisibilidade e à privação de acesso aos seus direitos, sendo a profusão de conhecimentos sobre as especificidades de saúde voltadas as lésbicas uma forma de reverter o quadro de exclusão ao qual estas mulheres foram

submetidas historicamente, promovendo o direito à cidadania plena. (CALDERARO, 2011, p. 39).

É importante que o movimento feminista ocupe espaço nas discussões e nos avanços das Políticas de Saúde direcionadas para as mulheres, pois este segmento conhece a realidade do grupo, e assim, pode sugerir e criticar as diretrizes propostas.

Neste sentido, os movimentos sociais de mulheres mobilizaram o Seminário Nacional de Lésbicas (SENALE) que trouxe à tona em suas pautas diversos temas direcionados a homossexualidade feminina, inclusive sobre a saúde lésbica.

De acordo com o V Seminário Nacional de Mulheres Lésbicas, realizado em junho de 2003, a elaboração de políticas públicas precisa incorporar o entendimento de que as mulheres lésbicas também são mulheres e, portanto, devem ser contempladas no conjunto das ações de atenção à saúde da mulher. A agenda de necessidades de saúde desse grupo populacional diz respeito, dentre outras, ao atendimento na área da ginecologia, em que os profissionais partem do pressuposto de que a vida sexual ativa das mulheres é sempre de caráter heterossexual. (BRASIL, 2004, p. 49).

O significativo evento ocorrido na década de 90, com o avanço das doenças sexualmente transmissíveis e AIDS causada pelo vírus HIV confirmada em mulheres, reforçou a importância dos movimentos sociais e possibilitou uma melhor organização do movimento lésbico, fortalecendo o diálogo frente ao governo brasileiro.

Neste sentido, outra conquista bastante importante foi a construção da Política Nacional de Saúde Integral LGBT que trouxe avanços para a saúde das lésbicas assim como para o restante do grupo. Foi a partir da Política que o SUS considerou questões de saúde relacionadas aos grupos minoritários. A construção efetiva e a implantação dessa Política contou com a participação do movimento LGBT de todo o país, assim como do Ministério da Saúde.

As articulações das mulheres lésbicas e bissexuais junto ao movimento feminista reivindicaram fervorosamente a participação social na construção de diretrizes, políticas e direitos. Posto isso, propôs-se uma sensibilização de gestores e profissionais de saúde na busca de um olhar mais atento aos segmentos de saúde e no combate à discriminação evidenciada em relação às lésbicas. “O movimento feminista vem paulatinamente incluindo (ainda que timidamente) a especificidade lésbica em sua agenda política, assim como o faz em relação à mulher negra e à proveniente do meio rural, por exemplo.” (CONDE, 2004, p. 94).

Em 2001, houve uma matéria da Rede Feminista de Saúde, intitulada “Direitos que não podem calar” que coloca em foco a saúde feminina no cenário da política. “A saúde é o próximo tema da matéria, que inicia chamando a atenção para a falsa crença das lésbicas em serem imunes às DSTs, câncer de mama e colo de útero por não terem relações sexuais com homens.” (CALDERARO, 2011, p. 50).

O movimento social ainda luta pela efetivação de algumas propostas, como a identificação das usuárias nas fichas de preenchimento existentes na Atenção Básica e pela busca efetiva da lésbica ao serviço, identificando a sua orientação sexual, entre outras questões.

Na Paraíba os movimentos sociais como o Grupo de Mulheres Lésbicas e Bissexuais Maria Quitéria, Movimento do Espírito Lilás, Marcha Mundial de Mulheres, Associação do Orgulho LGBT de Cajazeiras articularam-se junto a outros segmentos na execução da II Conferência Estadual de Políticas Públicas e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT da Paraíba “Paraíba – Pela promoção da cidadania LGBT e contra a homofobia”. O evento elencou algumas propostas para a questão da saúde LGBT, buscando capacitar profissionais de saúde com ênfase em orientação sexual e identidade de gênero da população LGBT, com atendimento humanizado e ético, garantindo-lhes a resolutividade nas suas demandas de saúde, incentivar e sensibilizar profissionais de saúde para a orientação às mulheres lésbicas, bissexuais e transexuais da necessidade dos exames preventivos de Papanicolau, câncer de mama e de colo do útero; qualificar a atenção do planejamento reprodutivo considerando a diversidade de configuração da família. (PARAÍBA, 2011, p. 30).

Nota-se então que os movimentos sociais de lésbicas, feministas e LGBT tiveram participação essencial na evolução das Políticas de Saúde existentes e continuam contribuindo através de lutas, reivindicações e elaborações de novas propostas que incidam na formulação de políticas e diretrizes construtivas em relação à integridade da saúde do grupo que diversas vezes tem seus direitos violados por serem minorias.

### **4.3 O Cenário Político na Conjuntura da Diversidade Sexual**

A origem dos Direitos Humanos desencadeou o impulso para a expansão de antigas liberdades e o nascimento de novos direitos inerentes aos indivíduos. Os Direitos Humanos instrumentalizam os direitos básicos que possibilitam a dignidade da pessoa humana.



Com o surgimento das Nações Unidas, os países participantes se uniram com o objetivo principal de impedir que novas atrocidades decorrentes da guerra acontecessem novamente. Além disso, a ONU (Organização das Nações Unidas), em 1948, após diversos debates e reuniões, redigiu a Declaração Universal dos Direitos Humanos, documento primordial para elencar os direitos básicos do ser humano.

Após a Declaração Universal dos Direitos Humanos, surgem outros documentos como o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, que em 1966 abordou temas sobre a coletividade, como direito à igualdade entre homens e mulheres, direito ao trabalho, proteção e assistência à família, direito a educação, direito à participação na vida cultural e direito à saúde. (BARRETTO, 2013, p.152).

Tais direitos pactuados nos documentos acima citados foram os primórdios das Políticas Públicas que permitem a aplicação dos direitos básicos dos cidadãos. Convenções, Declarações e Conferências buscaram intensificar a luta pelos direitos humanos de homens que amam homens e mulheres que amam mulheres, com intuito principal de diminuir a discriminação em relação à sua condição sexual. A defesa de direitos básicos, principalmente à saúde, significa a expressão da cidadania da coletividade LGBT. Assim, é oportuno afirmar que:

É a partir da busca por direitos que os movimentos gay, lésbico e feminista dão sua contribuição estratégica para a emergência dos conceitos sexuais e direitos reprodutivos. Para estes movimentos, essa é uma questão central na configuração de novos sentidos para a cidadania. (CORRÊA, 2012, p.23)

O processo de redemocratização em países que foram destruídos da Ditadura Militar possibilitou avanços no sentido de fortalecimento e ampliação de grupos marginalizados, como a comunidade LGBT. Nesse percurso histórico, houve a remodelação do movimento de defesa de gays, lésbicas, bissexuais e transexuais.

Deve-se destacar a relevância da busca pela prevenção de crimes que atinjam a comunidade LGBT no que se refere à sua condição sexual. Contudo, não se pode deixar de evidenciar o desenvolvimento jurídico atinente aos direitos civis, a partir do reconhecimento pelo Supremo Tribunal Federal, em 2011, da união civil entre pessoas do mesmo sexo. A norma que serviu de parâmetro para a defesa dos direitos fundamentais dos cidadãos brasileiros, e obviamente da população LGBT foi a Constituição Federal de 1988.

Na esfera do direito à saúde, é importante registrar a instituição do Sistema Único de Saúde, programa concebido com a promulgação da Constituição Federal de 1988. O SUS é moldado na tríade “universalidade – integralidade – equidade”, princípios básicos que sustentam o sistema de serviço destinado ao amparo da saúde dos indivíduos.

Nesse sentido, com base unicamente nos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde, nota-se a imprescindibilidade de políticas públicas voltadas para a saúde da comunidade LGBT, principalmente às mulheres lésbicas. O próprio governo, por intermédio do Ministério da Saúde, percebeu a necessidade de introduzir a comunidade LGBT no sistema de saúde.

Acerca disso, Maria Eduarda Corrêa discute:

Com o atual alargamento da perspectiva da integralidade na atenção à saúde desses segmentos populacionais brasileiros, reconhece-se que a orientação sexual e a identidade de gênero constituem situações muito mais complexas e são fatores de vulnerabilidade para a saúde. Tal reconhecimento deve-se ao fato da população LGBT ser mais propícia a vivenciar agravos decorrentes do estigma, dos processos discriminatórios e de exclusão social, que viola seus direitos humanos, entre os quais, o direito à saúde, à dignidade, à não-discriminação, à autonomia e ao livre desenvolvimento. (CORRÊA, 2012, p.30).

O surgimento da “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher” foi fator político primordial na inserção da mulher lésbica nas políticas públicas voltadas para a saúde, com um tópico direcionado exclusivamente para a homossexualidade feminina. Esta inserção evidenciou que a mulher lésbica merece o mesmo tratamento e cuidado nas instituições de saúde, principalmente por se tratar de segmento vulnerável da sociedade.

Por conseguinte, a “inclusão das necessidades das mulheres lésbicas na PNAISM aponta para um avanço quanto ao enfrentamento das questões ligadas à saúde de homossexuais femininos” (RODRIGUES, 2011, p. 48).

Apesar das relevantes conquistas, algumas lacunas não foram preenchidas, como aduz Maria Eduarda Corrêa:

Percebe-se que ainda falta muito para promover a saúde integral das mulheres que se identificam como lésbicas ou bissexuais e de todas as mulheres que mantêm relações afetivo-sexuais com outras mulheres. As ações voltadas à saúde das lésbicas ainda são bastante incipientes e, em larga medida, realizadas de maneira descentralizada/desarticulada por organizações da sociedade civil. A construção da mulher lésbica, como sujeito de direitos e

cuidados diferenciados de saúde, tem estimulado, em âmbito internacional, uma busca pelas especificidades de saúde dessas mulheres (CORRÊA, 2012, p.37).

Dadas as insuficiências encontradas em outras políticas públicas, foi necessária a concepção de política pública específica. Assim, surge a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (BRASIL, 2013), instituída pela Portaria nº 2.836 de 1º de dezembro de 2011.

O documento visa atingir as demandas da comunidade LGBT, buscando alcançar os objetivos almejados na Constituição Federal de 1988, nos princípios norteadores do SUS e de documentos internacionais de defesa dos direitos humanos, primordialmente em relação ao direito à saúde. (BRASIL, 2013, p. 22).

Certamente a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais tem seus méritos na defesa dos direitos da população LGBT. Contudo, não se pode interromper a busca por mais direitos e sedimentar os já estabelecidos no decorrer dos anos.

Em Cajazeiras, sertão paraibano, houve a I Conferência Municipal de Políticas Públicas e Direitos Humanos de LGBT, no ano de 2011. O evento contou com a presença de representantes políticos da cidade, um dos temas abordados foi: Acesso e acolhimento da população LGBT às políticas públicas, saúde e educação, ministrada pela Gerente Regional de Saúde.

Na cidade, é perceptível a ampla porcentagem populacional LGBT, sendo a única do Estado a eleger um vereador homossexual. O município também conta com o movimento LGBT forte e atuante, principalmente no combate à lesbofobia e homofobia, juntamente com o Conselho Municipal LGBT.

#### **4.4 Visibilidade da Mulher Lésbica**

Historicamente, as mulheres foram marginalizadas em seu acesso aos benefícios adquiridos pela sociedade, unicamente por serem mulheres e assim, consideradas frágeis e sensíveis. Essa marginalização pode ser ampliada quando caracterizadas, também, pelos seguintes atributos: mulher, lésbica, “masculinizada”, pobre e negra. Desse modo, a questão da invisibilidade ocorre, principalmente, devido ao silêncio ao longo da história, prejudicando a ascensão de mulheres que se envolviam com mulheres, justificado pela cultura patriarcal imposta.

A imposição da “normatização” heterossexual como padrão comportamental, contribuiu ainda para silenciar o grupo LGBT e, mormente, as lésbicas. Assim, a imperceptibilidade lésbica culmina nas fragilidades quanto às questões de saúde e determina o estado de vulnerabilidade ao qual estão sujeitas.

A invisibilidade lésbica alicerça-se nas relações de poder entre os gêneros. [...] O sistema de saúde não enxerga, a comunicação não divulga e a sociedade ignora. Os movimentos sociais ligados à causa lésbica têm buscado construir uma agenda política com a sociedade e os meios de comunicação, mas o poder hegemônico da heterossexualidade como princípio normativo da orientação sexual das mulheres tem dado trabalho para a militância lésbica feminista. (SILVA, 2013, p. 02).

A preocupação quanto à omissão em relação a este grupo decorre da ausência de um olhar crítico governamental, e assim, a inexistência do atendimento adequado. Sendo assim, diversas mulheres lésbicas não possuem o tratamento apropriado ou não conseguem acesso ao Sistema de Saúde.

É necessário que os profissionais da saúde reconheçam o estado de vulnerabilidade do grupo e proponham ações de cuidados em saúde direcionados para a demanda. “Ainda hoje, vemos dificuldades e silenciamentos ligados à sexualidade e principalmente sobre a homossexualidade feminina, que se reflete nos cuidados e no acesso em relação à saúde dessa população.” (CARVALHO, 2013, p. 118).

A problemática emerge devido à falta de aprofundamento nos estudos e pesquisas de alguns profissionais que ainda seguem o modelo de atendimento com base no pressuposto da heterossexualidade, intimidando a população lésbica que busca o serviço. Ocultar a existência de uma sexualidade feminina distinta da heterossexual é renegar os princípios estabelecidos pelo SUS, fundamentados na equidade e na integralidade da saúde fornecido a todos e a todas.

Posto isso, nota-se que os próprios profissionais intimidam o público lésbico, mesmo com todas as Políticas e Diretrizes elaboradas com a finalidade de evidenciar as necessidades de saúde da homossexualidade feminina. Em decorrência disso, perfazem as conquistas em torno da saúde e expõem as lésbicas, tornando-as vítimas de doenças e violências.

Acerca disso, SILVA aduz:

Mulheres lésbicas e bissexuais sentem-se inibidas em procurar ajuda médica no sistema de saúde público. Revelar a intimidade

num contexto social de enorme preconceito não é uma tarefa fácil. E ainda existe o medo do uso dos aparelhos (como o espelho) para aquelas que não sofrem penetração nas suas relações sexuais. (SILVA, 2013, p. 06).

Porém, a responsabilidade quanto à vulnerabilidade não ocorre apenas no âmbito profissional, também estão envolvidas as instituições de ensino e pesquisas e o Estado, que demonstram fragilidades na disseminação de informações e de estratégias de inclusão, possuindo parcelas de responsabilidades na manutenção da invisibilidade lésbica e saúde.

Deste modo, alguns autores discutem sobre a importância de evidenciar a saúde da mulher lésbica e proporcionar destaque para a temática. A exemplo pode-se citar Regina Facchini que discorre com propriedade em seu texto:

Nesse sentido, devem se integrar ações de atores presentes nos movimentos feminista e lésbico, pesquisadores e profissionais e técnicos na área da saúde, a partir de medidas como: a inclusão do quesito orientação sexual em fichas médicas; o financiamento de pesquisas rápidas e com divulgação dos resultados para subsidiar a prática clínica dos profissionais; a organização de seminários para divulgação de estudos e avaliação de experiências em serviços de saúde; a produção e veiculação de campanhas de comunicação contra o preconceito e informando direitos. (FACCHINI, 2004, p. 41).

As lésbicas estão sujeitas a diversas doenças, assim como as demais mulheres, e também a doenças específicas, que são ocultadas devido à sua invisibilidade, suas ações comportamentais relacionadas ao processo saúde-doença ainda são pouco discutidas e estudadas, trazendo diagnósticos médicos e orientações de saúde vagas. “Ao não visibilizar estas mulheres, o sistema cria uma barreira na detecção e prevenção de doenças de toda ordem.” (SILVA, 2013, p. 06).

Neste sentido, propõem-se tentativas inclusivas de saúde no âmbito coletivo, referenciado pela Atenção Básica, que é a instância primária de acesso a saúde. Uma forma de inclusão é a identificação de gênero e a orientação sexual dispostas nas fichas de atendimento e nos prontuários das Unidades Básica de Saúde, para que as mulheres identifiquem-se e adquiram visibilidade relativa à quantidade de mulheres que necessitam de atendimento direcionado conforme suas atitudes e comportamentos.

Devido à falta deste recurso identificativo, elas passam despercebidas pelo serviço, ou muitas vezes, o seu estereótipo é o que a caracteriza, atribuído geralmente a

características “masculinizadas”, por exemplo: tipo de roupa, tipo de corte do cabelo e tamanho, trejeitos considerados masculinos, entre outras. Mas, esta forma de abordagem de identificação é errônea, considerando que nem toda lésbica possui as características acima.

É importante salientar que a construção de gênero nos corpos é diferente da construção biológica. Culturalmente as mulheres foram projetadas para seguir determinados comportamentos que confluem na fragilidade imposta pelo poder machista. Conseqüentemente, têm-se desconstrução buscada atualmente na tentativa de romper o elo determinado pelo corpo feminino sendo sinônimo de delicadeza, susceptibilidade e o corpo masculino caracterizado pela força, poder e dominação. As discussões sobre esta desconstrução de conceitos estabelecidos historicamente adquire espaço essencial nos Movimentos Sociais.

A cidade de Cajazeiras e o atuante Movimento LGBT Cajazeirense, reconhecido nacionalmente por suas lutas, caracteriza o alto percentual populacional do grupo LGBT no município e o reconhecimento por diversas vitórias frente às formações políticas em prol dos direitos, principalmente à saúde.

Apesar disso, mesmo com tantas conquistas e com o apoio eminente do movimento feminista, o número de lésbicas que participam dos espaços organizativos e reivindicatórios ainda é reduzido, retornando ao estado de invisibilidade e vulnerabilidade. Muitas lésbicas preferem manter a discrição por temer o preconceito e a discriminação perante a família e a sociedade.

#### **4.5 Direitos Sexuais e Reprodutivos**

Ao desejar constituir família, as lésbicas necessitam enfrentar algumas etapas/instituições para a garantia o seu direito, exemplificado pela oficialização perante a lei da união civil, que envolve questões jurídicas, sociais, econômicas e tecnológicas, também aplicadas à reprodução assistida decorrente da inseminação, barriga de aluguel, fertilização in vitro.

As opiniões acerca da maternidade entre pessoas do mesmo sexo são diversas, a maioria fomentada pela ignorância e preconceito. Por exemplo, acreditam alguns que a criança necessite, durante seu desenvolvimento, do papel masculino como referência, ou que filhos de casal homossexual sejam necessariamente gays ou lésbicas.

Nesse caso, contribuindo para a limitação dos já escassos direitos sexuais e reprodutivos. (CORRÊA, 2012, p. 46).

Os direitos reprodutivos referem-se à escolha de ter ou não filhos, assim como informações pertinentes aos meios, métodos e técnicas disponíveis e a liberdade de praticar a sexualidade sem discriminação, imposição ou violência.

Já os direitos sexuais compreendem a liberdade de explicitar sua orientação sexual, com informações educativas acerca de práticas sexuais e reprodutivas seguras, expressar sua sexualidade livre de medo, culpa ou vergonha, entre outros. (BRASIL, 2010, p. 15).

A compreensão da definição de direitos sexuais e reprodutivos é essencial para o entendimento da perspectiva da saúde da mulher lésbica. Tais direitos, apesar de apresentarem conceituações distintas, possuem elo estreito, sendo necessários para o avanço das garantias básicas relativas à saúde.

Desta forma, é importante destrinchar as questões conceituais acerca do que sejam direitos sexuais e direitos reprodutivos e a importância destes para a homossexualidade feminina, alertando para as diferenças conceituais, mas também ressaltando suas similaridades. Assim, se mostra oportuno destacar entendimento de Flávia Piovesan sobre o tema:

De um lado, aponta a um campo da liberdade e da autodeterminação individual, o que compreende o livre exercício da sexualidade e da reprodução humana, sem discriminação, coerção e violência. Eis um terreno em que é fundamental o poder de decisão no controle da fecundidade. Consagra-se o direito de mulheres e homens tomar decisões no campo da reprodução (o que compreende o direito de decidir livre e responsabilmente acerca da reprodução, do número de filhos e do intervalo entre seus nascimentos). Trata-se de direito de auto-determinação, privacidade, intimidade, liberdade e autonomia individual, em que se clama pela não-interferência do Estado. (PIOVESAN, 2002, p.5).

Portanto, têm-se os direitos reprodutivos, que almejam alcançar direitos individuais, viabilizando a garantia de elementos como o exercício da sexualidade e reprodução, assim defendendo Míriam Ventura:

Os Direitos Reprodutivos são constituídos por princípios e normas de direitos humanos que garantem o exercício individual, livre e responsável, da sexualidade e reprodução humana. É, portanto, o direito subjetivo de toda pessoa decidir sobre o

número de filhos e os intervalos entre seus nascimentos, e ter acesso aos meios necessários para o exercício livre de sua autonomia reprodutiva, sem sofrer discriminação, coerção, violência ou restrição de qualquer natureza. (VENTURA, 2009, p.19).

Nessa esfera, o exercício livre e adequado desses direitos depende de políticas públicas que coloquem em prática as conquistas obtidas nas últimas décadas em prol da efetivação dos direitos humanos, mormente as realizadas no campo da saúde.

É importante destacar que há um desafio para as Políticas de Saúde, visto que nem todos estão engajados em propiciar uma melhoria de vida para as minorias, seja por desconhecimento de políticas públicas voltadas para estas comunidades, ou seja por puro descaso. Nesse contexto, destaca-se o seguinte:

Uma política pública de saúde comprometida com a promoção integral dos direitos reprodutivos e sexuais representará uma conquista política para democracia. Fortalecerá o processo de democratização da sociedade brasileira, contribuindo para superar suas heranças autoritárias, patriarcais e homofóbicas. Contribuirá também, para alterar os limites impostos pelo Estado à vida privada e assim contribuirá para uma cidadania que se estende à vida cotidiana. É importante lembrar a influência do poder e saber médicos nas definições tradicionais das regras que serviram para reprimir e controlar as vivências sexual e reprodutiva (AVILA, 2003, p.468).

Com a finalidade de efetivação e garantia das leis, torna-se necessário o enfrentamento das condições em que os direitos da população LGBT são violados ou negligenciados, sendo fundamental para o avanço e consolidação dos direitos sexuais e reprodutivos para essa população. (CORRÊA, 2012, p. 25).

Embora sejam elaboradas diversas Políticas Públicas, Diretrizes e leis que garantam a saúde das mulheres lésbicas, essas medidas parecem se restringir ao âmbito da teoria, na prática o cotidiano dessas mulheres é marcado pela falta de acesso aos serviços de saúde primários.

Em razão do não alcance pleno, enfrentado pela maioria das mulheres no que se refere aos seus direitos reprodutivos, as lésbicas estão sujeitas a modos não seguros e insatisfatórios para a realização do desejo de maternidade, potencializando a sua vulnerabilidade no quesito saúde.

Busca-se avançar na garantia de ambos os direitos no âmbito da Saúde Pública, principalmente nos cuidados iniciais, em saúde sexual, encontrados na Atenção



Básica através das UBS, focando na atenção à reprodução da mulher lésbica, planejamento familiar, atuando no combate a violência doméstica e sexual, entre outras:

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde sexual como um estado físico, emocional, mental e social de bem-estar em relação à sexualidade; não é meramente ausência de doenças, disfunções ou debilidades. A saúde sexual requer abordagem positiva e respeitosa da sexualidade, das relações sexuais, tanto quanto a possibilidade de ter experiências prazerosas e sexo seguro, livre de coerção, discriminação e violência. Para se alcançar e manter a saúde sexual, os direitos sexuais de todas as pessoas devem ser respeitados, protegidos e satisfeitos. . (BRASIL, 2010, p. 49).

As famílias formadas por pessoas do mesmo sexo devem ser acolhidas com a mesma qualidade que casais heterossexuais, respeitando a singularidade de cada conjuntura familiar.

Portanto, percebe-se que respeitar e garantir os direitos sexuais e reprodutivos da mulher lésbica é um elemento substancial para a plenitude da saúde integral do segmento. Posto isso, a saúde deve caminhar conjunto a justiça e educação para a efetivação do cumprimento desses direitos.

#### **4.6 Saúde da Mulher Lésbica**

A saúde da mulher lésbica encontra-se delimitada de acordo com a saúde das mulheres heterossexuais, limitando assim as questões específicas da população lésbica, o que provoca vulnerabilidade do grupo, pois a desresponsabilização e a falta de atendimento de saúde adequado, podem levar ao processo de adoecimento.

Neste sentido, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes (BRASIL, 2004, p. 49) contempla um tópico sobre a saúde das mulheres lésbicas no seu conjunto de ações e levanta debates no intuito de reconhecer que as lésbicas também são mulheres e necessitam de atenção qualificada.

É preciso que os serviços de saúde disponham de profissionais capacitados para o atendimento às mulheres, considerando a possibilidade de parte da clientela ser composta por mulheres que fazem sexo com mulheres. Isso é necessário para que saibam atender às mulheres lésbicas dentro de suas especificidades, e respeitando seus direitos de cidadania. (BRASIL, 2004, p. 49).

Para entender as questões de saúde relacionadas especificamente às lésbicas são necessárias a compreensão da existência e do significado de gênero, identidade sexual, orientação sexual, homo-erotismo<sup>5</sup>, sexualidade, lesbofobia, entre outros.

A mulher, neste contexto social, está associada à maternidade, acreditando-se na existência do “instinto materno”. Porém, sabe-se que muitas mulheres não desejam filhos e/ou construir família. No entanto, o contexto social, erroneamente, define características e comportamentos a serem seguidos que são considerados masculinos e femininos e assim estabelecidos como corretos, desconsiderando a diversidade dos comportamentos e, com isso, segregando uma parte da população.

Esse comportamento heteronormativo imposto está intimamente ligado aos conceitos aprendidos no âmbito familiar tradicional, por meio da religião, do ensino escolar, grupo de amigos, no trabalho, entre outros espaços de convivência. Deste modo, é importante que as instituições de saúde desconstruam esse pensamento arcaico de comportamento, pois este distancia um segmento da população que necessita de cuidados de saúde.

A idéia de que existe um modelo masculino ou feminino universal não se sustenta mais. Sob a égide da pluralidade e da singularidade, surgem diferentes *modos de ser* da masculinidade e da feminilidade que convivem, de forma já não tão conflituosa, com as matrizes hegemônicas de gênero ainda existentes. (ARAÚJO, 2005, p. 50).

Ao contrário do que a normativa social tenta impor como verdade, a heterossexualidade não é a expressão “natural” dos relacionamentos sexuais e afetivos, existem outras formas de relação divergentes da heteronormativa. Mas a maioria dos profissionais de saúde não questiona sobre a orientação sexual das pacientes durante as consultas, muitas vezes motivados pelo pressuposto que todas as mulheres são heterossexuais, ou até mesmo pela vergonha, visualizando o assunto como tabu.

“Desse modo, alguns profissionais consideram que esse tipo de informação não faz diferença na consulta, sendo algo do âmbito da intimidade que não deve ser abordado se a usuária não sentir à vontade para falar espontaneamente.” (BENTO, 2012, p. 20).

Posto isso, para facilitar a visualização do público abordado é essencial a inclusão nos prontuários da família, formulários, fichas dos ACS e no próprio sistema de

---

<sup>5</sup> Caracteriza-se por homo-erotismo a escolha objetal por pessoas do mesmo sexo (PEREIRA, 2007).

informação em saúde, o questionamento sobre orientação sexual, possibilitando assim, que as lésbicas sintam-se à vontade para verbalizá-la.

A falta de embasamento teórico durante a formação do profissional e até mesmo durante o período de atuação profissional, em decorrência do Estado pouco disponibilizar capacitações, incide na atuação desses profissionais no serviço de Atenção Básica, prejudicando a aproximação, promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde das diversas orientações sexuais femininas: heterossexuais, lésbicas e bissexuais.

Entre as mulheres que relataram ao ginecologista sua orientação sexual esperando em contrapartida alguma orientação específica, foi comum o desapontamento pelo fato de o profissional não estar preparado para atendê-las com a mesma desenvoltura e habilidade, acessando muitas vezes uma série de conhecimentos estereotipados como guia para sua conduta durante a consulta. (BARBOSA E FACCHINI, 2009, p. 296).

É fundamental que as formações e capacitações sobre o tema incluam toda a equipe de profissionais de saúde, suscitando a sensibilização dos trabalhadores acerca das necessidades das mulheres que se envolvem com mulheres.

A integralidade do cuidado, durante a escuta qualificada, o acolhimento e toda a consulta, com respeito e ética, é uma exigência vinculada aos princípios do SUS. O cuidado das mulheres que necessitam de atendimento do sistema de saúde e que possuem a orientação sexual lésbica também é responsabilidade do trabalhador de saúde.

Portanto, torna-se essencial o conhecimento sobre o tema gênero e a reflexão crítica sobre os riscos de um pensamento excludente e a influência deste na vulnerabilidade lésbica, o que causa impacto à saúde da mulher devido ao atendimento desqualificado, com base na discriminação e preconceito, promovendo, até mesmo, o agravamento das circunstâncias de adoecimento.

A lesbofobia caracteriza-se pelo preconceito, discriminação e intolerância à orientação sexual de lésbicas, e culmina na violência física, social, institucional e psíquica, podendo se refletir no uso abusivo de álcool e drogas, observado no grupo, além de prejuízos à saúde mental ocasionados pelo sofrimento provocado pela intolerância social. (BRASIL, 2010, p. 81).

Segundo o Caderno de Atenção Básica - Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva, a sexualidade corresponde a “uma importante dimensão da vida, abrangendo aspectos biológicos, psíquicos, sociais, culturais e históricos. Não se restringe à meta reprodutiva,

sendo constitutiva das relações amorosas e do laço afetivo entre as pessoas.” (BRASIL, 2010, p. 16).

Porém, um grande empecilho para que haja o acolhimento e o atendimento humanizado às lésbicas encontra-se exposto nas ações disponibilizadas nas próprias UBS. A maioria das condutas de acompanhamento às usuárias é organizada partindo do pressuposto do atendimento à mulher relaciona à gravidez e à maternidade, como: pré-natal, planejamento familiar, vacinação, puericultura, entre outros.

Neste sentido, o serviço abrange apenas as mulheres com intuito reprodutivo, o que, além de invisibilizar a lésbica, ainda acarreta prejuízos a algumas mulheres que necessitam do serviço, mas que não são adequadamente atendidas por ele. (BRASIL, 2014, p. 26).

As estratégias de saúde elaboradas pelas equipes das UBS necessitam levar em conta o respeito à diversidade, considerando a singularidade e o modo de vida de cada mulher, exemplificado pela interação entre orientação sexual e outras especificidades como condição socioeconômica, religião, cor, entre outros. As mulheres lésbicas, ao serem atendidas com preconceito ou discriminação, desertam o serviço de saúde, possibilitando agravos e ameaça à sua saúde.

Portanto, percebe-se que a atenção à saúde da mulher lésbica ainda está longe de alcançar a sua plenitude, embora haja inúmeras legislações que garantam o direito à saúde, nota-se a necessidade de uma qualificação das ações para a efetivação desses direitos.

#### **4.7 Modalidades Assistenciais na Atenção Básica**

Diversas ações em saúde direcionadas às lésbicas podem ser executadas na Atenção Básica. Porém, para que isto seja possível, o profissional precisa ampliar seu pensamento crítico, observando todos os fatores envolvidos no sofrimento da usuária, sendo importante a utilização de fundamentos como criatividade no planejamento de atividades que incluam as minorias.

O atendimento às mulheres homossexuais 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. (SOUSA, 2014, p. 109).

Posto isso, o atendimento às mulheres lésbicas deve percorrer as etapas estabelecidas pelo sistema, compreendendo os aspectos mais abrangentes. Pois, embora o corpo feminino seja semelhante, independente da orientação sexual, existem as particularidades que podem influenciar no processo saúde-doença.

Muitas lésbicas não recebem atendimento ginecológico, dado que tanto a mulher quanto os profissionais muitas vezes não consideram o procedimento necessário, ficando isentas dos cuidados de rotina que culmina na não realização de exames importantes para o auxílio diagnóstico de doenças presentes principalmente nas mulheres. (SOUSA, 2014, p. 109).

Outra questão relevante é que muitas lésbicas encontram dificuldades para engravidar, pois alguns procedimentos não são seguros e outros são de alto custo, outras mulheres apenas não demonstram interesse na gestação, formando um grupo de mulheres nulíparas que contribui para o risco maior de câncer de mama e de útero. (CARVALHO, 2013, p. 113).

Além disso, existem preocupações relativas ao excessivo consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo, múltiplas parceiras sexuais, falta de cuidados quanto à higienização, infecção pelo HPV, entre outros riscos.

Segundo as Diretrizes para a Assistência à Saúde de Lésbicas, Mulheres Bissexuais e que fazem Sexo com Outras Mulheres, elaborada pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, em 2011: “Há evidências de que mulheres que se relacionam exclusivamente com outras mulheres apresentam taxas de displasia cervical semelhantes às das mulheres heterossexuais”. (PORTO ALEGRE, 2011, p. 11).

Outro elemento importante a ser investigado e discutido nas consultas são as doenças sexualmente transmissíveis e AIDS/HIV, considerando a existência de mulheres bissexuais e de mulheres que só se envolvem com mulheres. Posto isso, tornam-se essenciais as orientações quanto ao uso de métodos preventivos. Porém, ainda que tenham algum conhecimento sobre os métodos de prevenção, muitas lésbicas demonstram pouco ou nenhum interesse acerca dos meios adequados às suas práticas sexuais.

Outro aspecto pouco mencionado nas orientações para a Atenção Primária de Saúde é a violência sexual e psicológica, frequente em pessoas que possuem orientação sexual divergente da heterossexualidade. Geralmente, a violência está presente em

relacionamentos do tipo familiar, institucional, social, entre outros, que causam sofrimento psíquico, levando a um processo de perturbação e adoecimento, necessitando de acompanhamento profissional.

O receio da reação de familiares, o medo de ser colocada para fora de casa ou de sofrer punições (especialmente entre as mais novas que ainda dependiam financeiramente de seus responsáveis), não conhecer ambientes de socialização em que tivessem mulheres “com essa vontade também”, não saber como abordar garotas, não saber “reconhecer” quem eram mulheres lésbicas, medo da retaliação de amigos antigos, majoritariamente heterossexuais, foram algumas dificuldades vivenciadas, acompanhadas de grande sofrimento. (RODRIGUES, 2011, p. 228).

Outro fator que contribui para o sofrimento e dano no âmbito psicológico é quanto ao estereótipo, pois algumas mulheres possuem características consideradas “masculinas”, fugindo do padrão considerado normal, mas o enfermeiro precisa investigar, pois as características físicas nem sempre condizem com os comportamentos e práticas afetivos e sexuais.

Neste sentido, é necessário estar atento aos cuidados pautados no preconceito com as mulheres “masculinizadas”, não dando visibilidade às lésbicas consideradas “femininas”, que passam despercebidas pelo sistema, assim os estereótipos acarretam entraves na concretização dos cuidados em saúde.

Os profissionais devem desconsiderar o estereótipo durante o atendimento, pois as mulheres com características masculinas estão mais sujeitas a sofrerem atitudes preconceituosas, estando assim, numa condição de vulnerabilidade maior. “Aqueles mulheres lésbicas que, no processo de construção de suas identidades se distanciaram dos preceitos culturais de feminilidade, foram as que referiram sofrer ações discriminatórias mais frequentes” (RODRIGUES, 2011, p. 231).

Geralmente a questão da orientação sexual homossexual implica dificuldades que causam sofrimento psicológico. Pois, ao enfrentar uma sociedade machista e com forte fundamentação religiosa, são produzidos sentimentos de confusão, ansiedade, isolamento, culpa, entre outros, que podem resultar em sofrimento mental.

Portanto, o enfermeiro na Atenção Básica precisa estar atento a esses tópicos relacionados à saúde da mulher lésbica, buscando direcionar o olhar crítico durante o atendimento e também distanciar-se do protocolo rígido adquirido na rotina de trabalho,

possibilitando a inclusão e abordagem da homossexualidade feminina nas ações de enfermagem e na UBS.

Esse protocolo fundamentado no pressuposto da heterossexualidade deve ser revisado, viabilizando cuidados de saúde para todas, assim como um acolhimento confiável para que haja o conhecimento sobre a orientação sexual pela equipe de profissionais de saúde. Porém, é importante não deduzir a sexualidade das usuárias fundamentadas na imagem preconcebida de determinada pessoa, e sim considerar que toda mulher deve ser convidada a expressar sua singularidade e as questões que levam aos prejuízos à sua saúde.

Portanto, percebe-se a importância de eliminar o preconceito e a discriminação nas condutas de enfermagem, abordando o tema com clareza e respeito, na busca por aproximar a população da Unidade de Saúde, possibilitando a aderência a um atendimento humanizado, com cuidados e ações que fortaleçam o bem estar da comunidade. “Os enfermeiros necessitam atentar para seus próprios preconceitos, os quais podem vir a prejudicar a qualidade do cuidado prestado a determinadas populações, em particular no contexto deste estudo, as mulheres lésbicas.” (SOUSA, 2014, p. 109).

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este tópico foi destinado a apresentar o resultado da pesquisa de campo, juntamente com a discussão desses resultados. No primeiro momento, foi realizada a análise do perfil dos profissionais da Saúde (enfermeiros), com aporte de uma tabela, auxiliando a visualização e entendimento das respostas dadas no questionário. Posteriormente, foi dada ênfase às questões relacionadas ao atendimento das mulheres lésbicas na Atenção Básica de Saúde, com os resultados apresentados por intermédio de gráficos e seus respectivos dados estatísticos.

### 5.1 Perfil dos Profissionais Entrevistados

Com o objetivo de melhor compreender o atendimento de Enfermagem na Atenção Básica de Saúde no município de Cajazeiras, fez-se necessário delinear o perfil dos profissionais entrevistados, visto que questões com enfoque pessoal como religião, estado civil e grau de escolaridade podem, porventura, influenciar na pesquisa em tela.

**Tabela 1** – Identificação do Profissional da Saúde (Enfermeiro) em Cajazeiras - 2016

<b>Variáveis</b>	<b>Categorias</b>	<b>%</b>
<b>Idade</b>	Entre 25-35 anos	76,47%
	Entre 36-45 anos	11,76%
	Acima de 45 anos	11,76%
<b>Gênero</b>	Feminino	88,23%
	Masculino	11,76%
	Transgênero	0%
<b>Grau de Escolaridade</b>	Superior	29,41%
	Especialização	58,82%
	Mestrado	11,76%



**Tabela 1 – Identificação do Profissional da Saúde (Enfermeiro) em Cajazeiras – 2016  
(continuação)**

<b>Variáveis</b>	<b>Categorias</b>	<b>%</b>
<b>Religião</b>	Católica	76,47%
	Evangélica	0%
	Afro-brasileira	5,88%
	Espírita Kardecista	11,76%
	Nenhuma	5,88%
<b>Estado Civil</b>	Solteiro	47,05%
	Casado/a	23,52%
	Divorciado/a	11,76%
	União Estável	11,76%
	Viúvo/a	8,58%
<b>Tempo na área de Saúde</b>	Entre 02 anos e 05 anos	41,17%
	Entre 06 anos e 10 anos	47,05%
	Mais de 10 anos	11,76%
<b>Tempo na UBS</b>	Entre 6 meses e 5 anos	70,58%
	Entre 6 anos e 10 anos	17,64%
	Mais de 10 anos	11,76%

**Fonte:** Respostas ao questionário da pesquisa.

Observa-se que a rede de enfermeiros na Atenção Primária está formada com predominância de profissionais relativamente jovens, adultos entre 25 a 35 anos, sendo que apenas 11,76% dos entrevistados possuem mais de 45 anos. Em relação ao grau de escolaridade, a maioria dos profissionais respondeu que possui especialização, totalizando 58,88% dos entrevistados. Apenas dois entrevistados afirmaram ter mestrado na área de Saúde, e nenhum deles possui doutorado.

A religião dos entrevistados foi tema de perguntas no bojo do questionário. Assim, dentre as alternativas elencadas, 76,47% dos sujeitos pesquisados responderam que são católicos. Outras crenças também foram escolhidas, tais como afro-brasileira e espírita, mas com percentual reduzido.

É importante ressaltar o tópico da pesquisa que aborda o tempo de atuação dos profissionais enfermeiros na área da Saúde, indicando que 41,17% possuem entre 2 e 5 anos de participação profissional neste setor. Ainda nesse sentido, 47,05% estão trabalhando na área de Saúde entre 06 e 10 anos. Apenas 02 profissionais atuam há mais de 10 anos na área de Saúde. Por fim, destaca-se o resultado referente ao tempo de atuação na Unidade Básica de Saúde (UBS), em que a grande maioria (70,58%) respondeu que atua entre 06 meses e 05 anos.

Considerando, por um lado, que o machismo e a cultura patriarcal ainda determinam o funcionamento da nossa sociedade, e, por outro lado, que a religião e a política interferem na maneira como essas duas estruturas se manifestam, tornou-se relevante conhecer o perfil dos enfermeiros na busca por uma compreensão sobre o atendimento no setor inicial de acesso à saúde e sobre as possibilidades de criação de vínculos com o grupo pertencente à homossexualidade feminina.

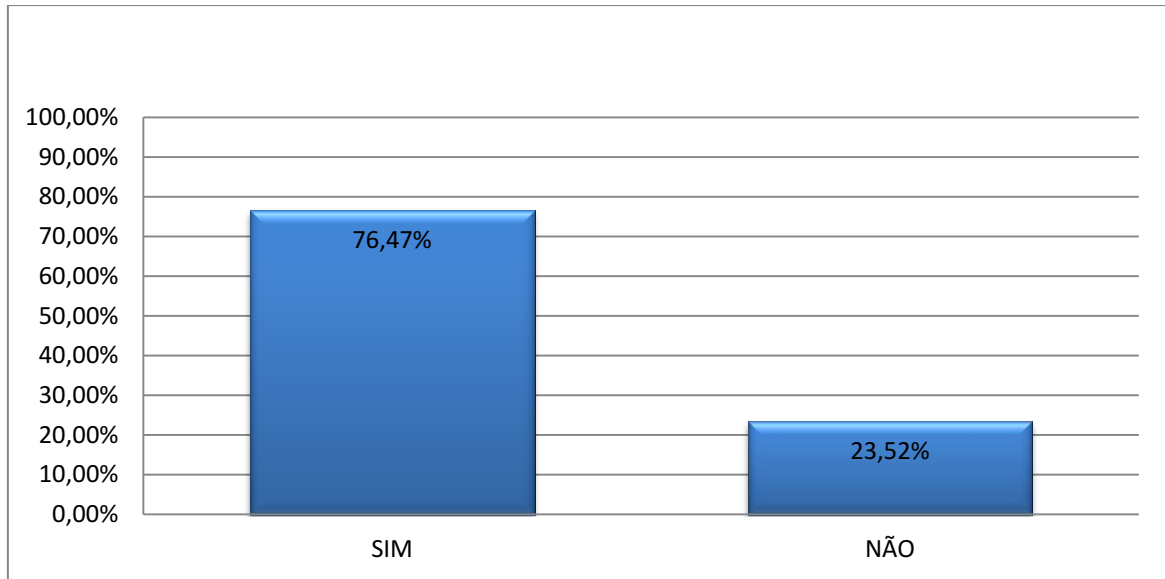
Neste sentido, a abertura do profissional em dispor um atendimento livre de preconceito, facilita a relação com a usuária sendo essencial para manter a qualidade no atendimento, possibilitando à paciente confiança para relatar sua orientação sexual sem qualquer tipo de medo ou vergonha. (ARAÚJO, 2006, p. 324).

## **5.2 Atendimento de Enfermagem na Atenção Básica de Saúde**

Um dos vetores do questionário que serviu de suporte à pesquisa, trata dos aspectos do serviço na Atenção Básica de Saúde, notoriamente voltados para a assistência ao grupo de mulheres lésbicas da região urbana de Cajazeiras. Dentre as indagações atinentes aos questionários, mostrou-se de relevância questões a respeito da capacitação para os profissionais (Enfermeiros) da Atenção Básica de Saúde, sobre a confiança das mulheres lésbicas quanto ao atendimento nas UBS e em relação ao planejamento da equipe de profissionais de saúde na busca ativa por mulheres lésbicas da comunidade.

Nesse sentido, este tópico foi reservado a uma análise pormenorizada sobre as respostas colhidas durante o levantamento de dados, com a conjunção de pressupostos acadêmicos outrora estudados.

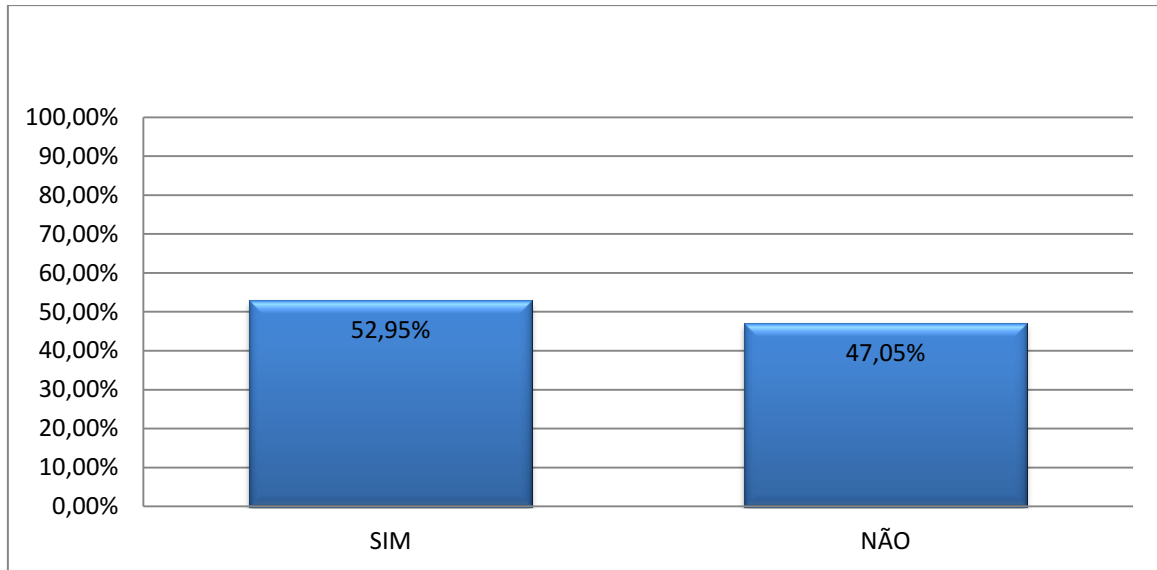
O gráfico 1 retratou o resultado das respostas obtidas acerca das capacitações para os profissionais sobre o atendimento e as Políticas direcionadas para a comunidade LGBT, através da Secretaria de Saúde do município. Embora haja uma Política Nacional de Saúde Integral LGBT e diversas diretrizes, programas, entre outros, ricos em conhecimentos pertinentes, os gestores ainda estão pouco atentos quanto à capacitação e orientação de seus profissionais em relação às ações e serviços de saúde direcionados ao grupo específico.

**Gráfico 1** – Da capacitação dos enfermeiros sobre atendimento e Política LGBT

**Fonte:** Respostas ao questionário da pesquisa.

Ao serem questionados a respeito da disponibilidade de capacitação sobre atendimento LGBT, 76,47% relataram terem participado desse tipo de qualificação, porém, de forma breve e sem aporte teórico ou orientações direcionadas a lésbicas, e 23,52% demonstraram, provavelmente, ter pouco ou nenhum conhecimento sobre o programa Brasil sem Homofobia e Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT. Durante a aplicação dos questionários, diversos pesquisados relataram ter pouco conhecimento acerca das políticas LGBT vigentes. Logo, se não são bem preparados não podem oferecer um serviço de qualidade.

O Gráfico 2 teve como objetivo analisar a confiança da mulher em relatar sua orientação sexual na UBS que frequenta, sentindo-se segura quanto à ausência de preconceitos e discriminações. Neste sentido, a pesquisa certificou que 47,05% dos enfermeiros não acreditam que as lésbicas se sentem seguras e confiantes para relatar sua orientação sexual, demonstrando o despreparo do sistema de saúde no acolhimento da homossexualidade feminina.

**Gráfico 2** – Da confiança das mulheres lésbicas em relação ao atendimento

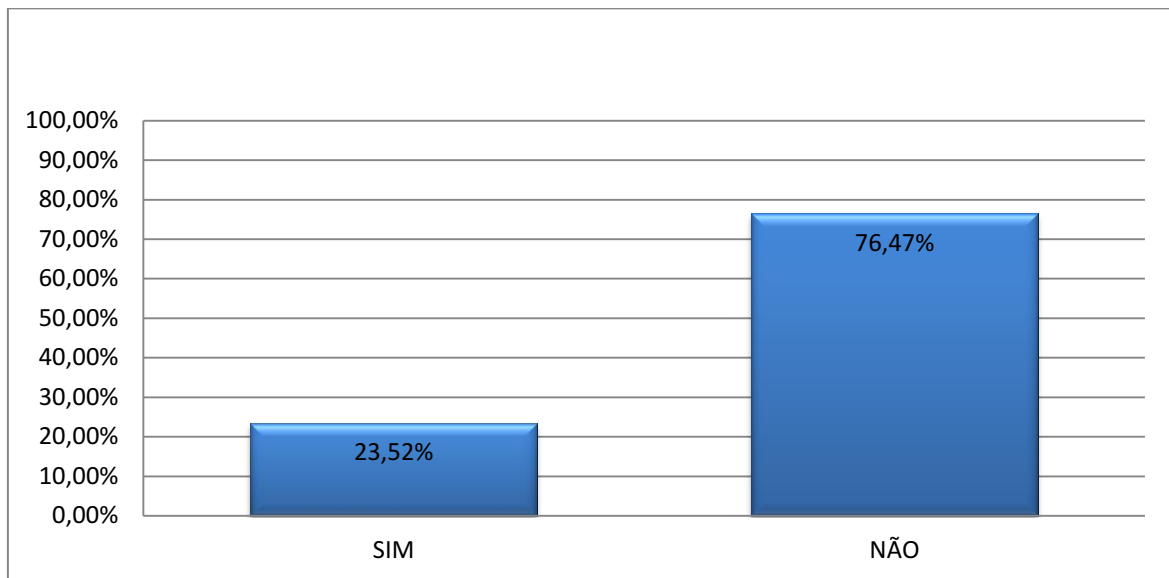
**Fonte:** Respostas ao questionário da pesquisa

Diante disso, o Dossiê Saúde das Mulheres Lésbicas – Promoção da Equidade e da Integralidade (2006) apresentou alguns dados, por intermédio da Política Nacional de Saúde Integral LGBT, que demonstram a deficiência ainda existente entre o serviço de saúde e a mulher lésbica: “Com relação às mulheres que procuram atendimento de saúde, cerca de 40% não revelam sua orientação sexual. Entre as mulheres que revelam, 28% referem maior rapidez do atendimento do médico e 17% afirmam que estes deixaram de solicitar exames considerados por elas como necessários.” (BRASIL, 2013, p. 14).

Observa-se, portanto, um reflexo dos valores conservadores da sociedade fundamentada ainda em questões machistas, patriarcais e heteronormativas, com a imposição de um modelo padrão de prática sexual, impedindo que as mulheres lésbicas sintam-se à vontade para relatar a sua sexualidade perante aos profissionais.

O Gráfico 3 considerou os questionamentos pertinentes ao planejamento da equipe e a realização da educação continuada direcionada para a homossexualidade feminina na UBS. Acerca disso, 76,47% dos enfermeiros responderam que não há planejamento da equipe de saúde quanto aos cuidados e buscas às lésbicas. Deste modo, indicando esta como uma das dificuldades enfrentadas para a realização do atendimento integral, assim como a falta de ações e educação continuada direcionada especificamente para o atendimento da mulher lésbica.

**Gráfico 3** – Do planejamento da equipe de profissionais de saúde da UBS na busca ativa por mulheres lésbicas da comunidade.

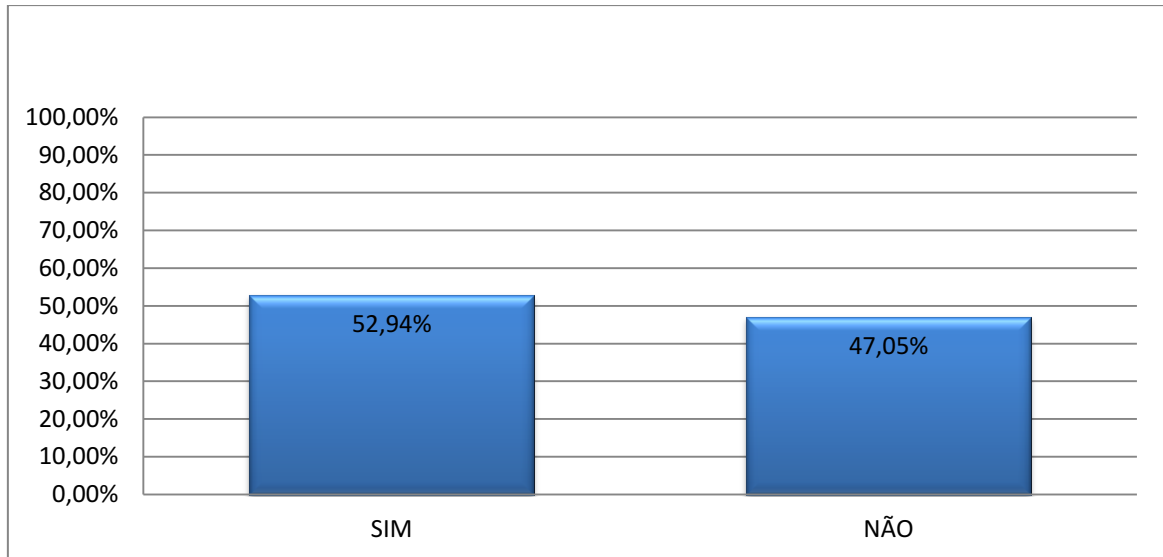


**Fonte:** Respostas ao questionário da pesquisa.

No intuito de sanar as desigualdades em saúde, estabelecendo o sistema de saúde e seus princípios, é essencial observar todos os segmentos da comunidade, e com isso, torna-se pertinente identificar as necessidades pertencentes às lésbicas e planejar ações de saúde voltadas para este grupo, a fim de promover, prevenir e recuperar a saúde. (BRASIL, 2013, p. 27).

Ao relacionar a disparidade dos questionamentos percebemos a interligação entre eles, o que culmina na vulnerabilidade social, educativa e de saúde a que as lésbicas estão expostas, contribuindo para a diminuição da procura por atendimentos de enfermagem.

O Gráfico 4 evidenciou as articulações entre o movimento LGBT e as UBS de Cajazeiras, considerando que os movimentos sociais foram essenciais para a inclusão das mulheres lésbicas nos serviços de saúde. Neste sentido, 52,94% dos questionados mencionaram respostas favoráveis à articulação da UBS com o movimento LGBT de Cajazeiras, ainda que limitado.

**Gráfico 4** - Da articulação da UBS com o movimento LGBT

**Fonte:** Respostas ao questionário da pesquisa

Os enfermeiros também demonstraram reconhecimento ao movimento social organizado e engajado do município, que buscam pressionar pela implementação de políticas públicas para o grupo LGBT ou ainda contribuindo com informações importantes acerca do tema nas próprias UBS, tanto para a equipe de saúde quanto para os usuários.

Por fim, é importante evidenciar que no bojo da pesquisa foi questionado se as respectivas UBS atendem mulheres lésbicas, se estas mantêm vínculo com a instituição de saúde e se estas autodeclaram sua sexualidade. Nesse contexto, após o levantamento de dados, observou-se que em 70,58% das Unidades Básicas de Saúde há a presença de lésbicas, totalizando 31 mulheres atendidas com esta orientação sexual. Cumpre destacar que em apenas 3, equivalente a 29,42%, Unidades Básicas de Saúde não há relato da frequência do segmento lésbico ao serviço de saúde.

Considerando todas as dificuldades discutidas anteriormente, torna-se importante evidenciar o total de 31 mulheres que conseguem receber atendimento na Atenção Básica de Saúde de Cajazeiras, revelando ainda que apenas três UBS não atendem nenhuma mulher lésbica.

### **5.3 A Realidade do Atendimento de Saúde a Mulher Lésbica no Município de Cajazeiras – PB**

A percepção quanto à fragilidade relativa ao SUS, mencionada rotineiramente, torna-se realista ao investigar o funcionamento do sistema. As respostas aos questionários certificaram que o atendimento primário de saúde, este muitas vezes sendo o único meio de acesso para muitas usuárias, ainda necessita avançar e cumprir o que está preconizado, como os seus próprios princípios norteadores, pautados na universalidade, integralidade, igualdade, direito a informação, da humanização, do vínculo, objetivando a diminuição de riscos a doenças, além de outros agravos a saúde.

Embora a população pertencente a Cajazeiras seja de aproximadamente 58.446 habitantes (IBGE, 2010), apenas 31 mulheres, segundo dados levantados nos questionários, se autodeclaram lésbicas nas UBS urbanas da cidade do Sertão, mesmo com a presença de movimentos sociais engajados e inclusivos e todo o aporte legal de universalização do SUS como direitos de todos.

A preocupação reitera-se ao notar que diversas mulheres estão descobertas, invisíveis aos serviços de saúde, culminando, muitas vezes, no agravamento da doença e sendo encaminhadas diretamente ao serviço secundário e terciário, situação que poderia ser prevenida com facilidade na Atenção Primária, através das UBS. A promoção, proteção e recuperação são alguns dos principais objetivos do SUS destacados com maior predominância na Atenção Básica.

Ao referir quesitos que poderiam considerar dificuldades enfrentadas pela instituição de saúde (UBS) para a realização do atendimento integral às lésbicas, alguns enfermeiros sentiram-se livres para citar outros fatores que contribuem para a precariedade da assistência de mulheres lésbicas cajazeirenses.

Diante disso, um entrave mencionado pelos entrevistados foi em relação à falta da autoidentificação da homossexualidade feminina por meio das usuárias, dificultando o atendimento e orientações, que resultam em agravos inerentes à saúde do grupo e em procura tardia, apenas em casos avançados de doença. Contudo, um dos motivos que impedem a autodeclaração sobre a sexualidade é o temor das lésbicas frente ao preconceito estabelecido pela sociedade.

Quanto às mulheres homossexuais, suas demandas específicas ressentem-se de acolhimento face aos preconceitos sexuais dominantes na sociedade. Desse modo, elas enfrentam inúmeras

barreiras para revelar sua orientação sexual nos serviços de saúde. Temem, principalmente, um provável impacto negativo na qualidade da assistência. (ARAÚJO, 2006, p. 324).

Outro entrevistado relatou a mesma preocupação quanto à autodeclaração pelas usuárias, caracterizando como uma dificuldade para o atendimento da demanda, porém complementou, destacando que o preconceito e a discriminação ainda permeiam o âmbito da unidade, não apenas pelos profissionais, mas pelos próprios usuários pertencentes à comunidade, afastando assim o público LGBT.

Por fim, traz-se à discussão mais um óbice relevante: a sobrecarga de trabalho pelos enfermeiros referente às atividades e ações na UBS, assim, priorizando os serviços de saúde aos grandes públicos como HiperDia, Puericultura, Saúde na Escola, entre outros programas que não englobam as minorias, vulnerabilizando ainda mais a população lésbica, bissexual, gay, travesti, transexual, comunidade cigana, em situação de rua, entre outras.

As políticas públicas criadas para sanarem as desigualdades oriundas de anos de marginalização em relação à homossexualidade não possuem eficácia plena, como foi comprovada por intermédio da pesquisa, capitaneada pelo questionário em discussão. Múltiplos elementos foram enumerados como fonte de vicissitudes para a adequada realização dos princípios orientadores da aplicação da Atenção Básica, revelando assim, a necessidade de reformular e concretizar o direito à saúde.



## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Sistema Único de Saúde, com propósito de alcançar os princípios da universalidade, equidade, integralidade, cuja formulação conceitual se expressa na ideia de que todo cidadão, sem qualquer discriminação, deve ser incorporado pelos serviços e ações voltadas para a saúde, criou artifícios para tentar realizar a inserção de grupos ainda estigmatizados na sociedade.

Com efeito, criou-se a Política Nacional de Atenção Integral LGBT, documento que dispõe sobre a efetivação dos direitos à saúde e norteador para a atuação dos profissionais de saúde quanto às demandas das mulheres lésbicas da comunidade cajazeirense, entre outros usuários. A porta de entrada para o SUS concretiza-se nas Unidades Básicas de Saúde, setor responsável por acolher a comunidade e atuar na promoção, prevenção e recuperação no processo saúde-doença a longo tempo.

Porém, a partir da pesquisa realizada, percebe-se a fragilidade do sistema atuante no município. Os princípios do SUS são esquecidos, o que é evidenciado pela estatística demonstrando o percentual de que apenas 23,52% das equipes de saúde planejam, buscam e realizam educação continuada para capacitação de atendimento ao público lésbico.

Esta pesquisa buscou investigar o atendimento prestado às mulheres lésbicas do município de Cajazeiras, na tentativa de entender se a homossexualidade feminina é discutida no âmbito da Atenção Básica, e o resultado denuncia que ainda há diversos direitos a serem conquistados. Devido aos aspectos históricos que fazem a sociedade ser marcada pela cultura patriarcal, heteronormativa e o machismo, o preconceito e discriminação ainda persistem, influenciando de forma negativa na confiança das mulheres em se autodeclararem lésbicas, buscarem atendimento e atenção nas UBS.

Nas UBS o enfermeiro é responsável por organizar o setor e as ações articuladas junto à equipe de profissionais, tornando-se fundamental no acolhimento às minorias, portanto, é necessário que o profissional possua uma visão holística ao receber as mulheres na unidade de saúde, a fim de que essas mulheres sintam-se seguras e compartilhem sua orientação sexual, sanem suas dúvidas, recebam orientações e criem vínculo com a unidade.

Embora essa perspectiva de atendimento esteja disposta em lei, a realidade demonstra ser outra. As políticas públicas conquistadas por meio de tantas lutas, mediante os movimentos sociais, não são vigentes e efetivadas, vulnerabilizando as

mulheres lésbicas nos aspectos da saúde sexual, saúde mental, violência física e psicológica, planejamento familiar, além de outros processos de saúde-doença.

Seria ingenuidade de estudantes, de profissionais e da comunidade LGBT, entre outros envolvidos, imaginar que as políticas públicas, assim como diretrizes e leis, sejam efetivadas e que as mulheres sejam atendidas com respeito e em sua totalidade, em um curto período de tempo. Porém, é certo que o assunto deve ser discutido e pesquisado, e garantida ampla divulgação e transparência desses resultados para a sociedade, principalmente para os sujeitos para os quais se criam tais políticas, possibilitando o reconhecimento e correção da deficiência identificada no sistema.

O engajamento social e a luta contra a sociedade opressora e conservadora deve prosseguir, contudo, o Poder Público e sua rede estruturada de atenção à saúde precisam concretizar as medidas estampadas no papel e colocar em prática o reconhecimento de direitos que asseguram a dignidade da mulher lésbica.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 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, Rio de Janeiro, v.19, n.2, p.301-331, jan/mar. 2009.
- ANJOS, Gabriele dos. **Identidade sexual e identidade de gênero: subversões e permanências**. p. 274–305, 2000
- ARAÚJO, M. F. **Diferença e igualdade nas relações de gênero: revisitante o debate**. Revista Psic. Clín. Rio de Janeiro, vol.17, n.2, p.41-52, 2005.
- ARAÚJO, M.A.L. **Relação usuária-profissional de saúde: experiência de uma mulher homossexual em uma unidade de saúde de referência de fortaleza**. Revista de Enfermagem Escola Anna Nery, Fortaleza, p.323-327, 6 de agosto. 2006.
- AVILA, M. B. **Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(Sup. 2):S465-S469, 2003.
- AZEVEDO, L. H. de. **Para ser Mulher: Feminismo, Revolução Sexual e a Construção de uma Nova Mulher em Revistas no Brasil (1960 – 1975)**. ANPUH – XXIII SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA – Londrina, 2005.
- BARBOSA, Regina Maria; FACCHINI, Regina. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Sup 2, p. S291-S300, 2009.
- BARRETTO, Rafael. **Direitos Humanos**. Salvador: Editora Juspodium, 2013.
- BENTO, A.P. **A saúde das mulheres lésbicas: uma perspectiva bibliográfica**. 2012. 39p. Trabalho de conclusão de curso (especialização). Faculdade de Medicina – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.
- BRASIL. **12.ª Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca: Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003: relatório final / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 3.ed. Brasília, 2011.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília, 2013.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional à Saúde Integral da Mulher – Princípios e Diretrizes**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas estratégicas. Brasília, 2004. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Mulheres lésbicas e bissexuais: direitos, saúde e participação social**. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Relatório do Seminário Nacional de Saúde LGBT, I** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Relatório da Oficina Atenção à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais**. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Brasília, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Relatório do Seminário Nacional de Saúde LGBT**. Brasília, 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Humaniza SUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed. – Brasília, 2008.

CARVALHO, C.S; SOUZA, S.L; CALDERARO, F. **O dispositivo “Saúde de Mulheres Lésbicas”: in (visibilidade) e direitos**. Psicologia Política, vol.13, n. 26, p.111-127, jan-abr. 2013.

CALDERARO, F. **Políticas de Saúde voltadas às lésbicas: um estudo sobre as possibilidades de reverter um quadro histórico de invisibilidade**. 2011. 136p. Dissertação (mestrado em Psicologia). Departamento de Psicologia – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2011.

CARDOSO, M. R; FERRO, L. F. **Saúde e população LGBT: Demandas e especificidades em questão**. Revista Psicologia: ciência e profissão, Paraná, p.552-563, 2012.

CAYE, D. P; **Princípios de Yogyakarta e sua interação com o direito interno e políticas públicas no Brasil**. In: X Salão de Iniciação Científica da PUCRS, 2009, Porto Alegre. Livro de Resumos do X SIC PUCRS, 2009.

CONDE, M. C. F. **O Movimento Homossexual Brasileiro, sua Trajetória e seu Papel na Ampliação do Exercício da Cidadania**. Defendida e aprovada em 27 de agosto de 2004. 350 f. Dissertação de Mestrado – Universidade Federal De Goiás Faculdade De Ciências Humanas E Filosofia. 2004.

CORRÊA, M.E.C. **Duas mães? Mulheres Lésbicas e maternidade**. 2012. 213p. Tese (doutorado em Saúde). Faculdade de Saúde Pública – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

DIREITO INTERNACIONAL, Legislação. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Adotada e proclamada pela resolução 217 (III) da Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas, de 10 de dezembro de 1948. Disponível em: <<http://unesdoc.org/images/0013/001394/139423por.pdf>>. Acesso em 06 de agosto de 2016.

PORTO ALEGRE. **Diretrizes para a assistência à saúde de lésbicas, mulheres bissexuais e que fazem sexo com outras mulheres**. Secretaria Municipal de Saúde, 2011.

FACCHINI, R. Mulheres, Diversidade Sexual, Saúde e Visibilidade Social. In: Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids: Homossexualidade – Produção Cultural, Cidadania e Saúde. 2004, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro. 2004, p.34-43.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

FILHO, A. de S. **Orientação sexual: construção política do desejo, ou crítica da substancialização**. 2006.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Trad. Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes. Rio de Janeiro: LTC, 1975.

GROSSI, F. S; LUCENA, B. B. de; ABDO, C. H. N. **Disfunções sexuais em homossexuais**. Diagn. Tratamento. 2015.

JR, V. T. **Homossexualidade e Saúde: Desafios para a Terceira Década de Epidemia de HIV/AIDS**. Horizontes Antropológicos, Porto Alegre, ano 8, n. 17, p. 147-158, junho de 2002.

MARCHESAN, M.T.N; RAMOS, A.G. **Check list para a elaboração e análise de questionários em pesquisas de crenças**. Revista Eletrônica de Linguística, v. 6, n. 1, p. 449-460, 1º Semestre 2012.

OLIVEIRA, F. P. **A gênese social das identidades sexuais divergentes como problema social e de pesquisa**. Revista Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP. Macapá, v.7 n.1, p.01-13, jan-jun/2014. Disponível em <http://periodicos.unifap.br/index.php/procs> ISSN 1984-4352

PARAÍBA, Secretaria de Estado da Mulher e Diversidade Humana. **2ª Conferência Estadual de Políticas Públicas e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais da Paraíba**, 28 de novembro de 2011: relatório final, João Pessoa, 2011.

PEREIRA, W.C.C. **Homoerotismo**. Janu, Lorena, v. 4, n. 5, p. jan-jun/ 2007.

PIOVESAN, F. Os direitos reprodutivos como direitos humanos. Buglione S, organizadora. **Reprodução e Sexualidade: Uma questão de justiça**. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Editor e Themis-Assessoria Jurídica e Estudos de Gênero, 2002.

PRODANOV, Cleber Cristiano. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo, Feevale, 2013.

RODRIGUES, J.L. **Estereótipos de gêneros em cuidado em saúde sexual de mulheres lésbicas e bissexuais**. 2011. 251p. Dissertação (mestrado em Saúde). Faculdade de Saúde Pública – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

ROHDEN, F. **A construção da diferença sexual na medicina**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19 (Sup.2), p.201-212, 2003.

SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Relatório sobre violência homofóbica no Brasil**. Relatório. Brasília, 2012.

SILVA, José Afonso da Silva. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. São Paulo: Editora Malheiros. 31º ed. 2009.

SILVA, M.L; SILVA, S.S. **Imagens em comunicação e saúde: lésbicas e bissexuais no Sistema Único de Saúde no Brasil – olhares freirianos**. 2013. 15p.

SOUSA, J.C. *et al.* **Promoção de Saúde Lésbica: cuidados de enfermagem**. Revista Gaúcha Enfermagem, p.108-113, dezembro, 2013.

SOUSA FILHO, Alípio. **Teorias sobre a gênese da homossexualidade: ideologia, preconceito e fraude**. In: JUNQUEIRA, Rogério Diniz (org). *Diversidade Sexual na educação: problematização homofobia nas escolas*. Brasília, Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade, 2009.

VENTURA, M. **Direitos reprodutivos no Brasil**. 3ª ed. Brasília, 2009.

## APÊNDICES

### *APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*

#### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

O presente estudo intitulado “SAÚDE DA MULHER LÉSBICA NA ATENÇÃO BÁSICA DE CAJAZEIRAS – PARAÍBA” tem como objetivo principal conhecer e avaliar o atendimento oferecido às mulheres lésbicas pelos profissionais de saúde nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Cajazeiras, no estado da Paraíba. Trata-se de uma pesquisa para apresentação de Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem da aluna Mylena Caroline Magalhães Marques. O estudo deverá contribuir para a compreensão do atendimento prestado, a partir dos relatos dos profissionais, e melhoria dos serviços.

A participação no estudo é de caráter voluntário, sigiloso e poderá ser interrompida a qualquer momento. Será aplicado um Questionário para obtenção dos dados necessários. As informações obtidas serão utilizadas exclusivamente para essa pesquisa e toda divulgação dos resultados obedecerá rigorosamente o critério de sigilo, garantindo que os participantes não sejam identificados.

As possibilidades de riscos ou desconforto para os participantes são mínimas, já que será solicitado apenas o preenchimento de um Questionário. Caso ocorram, o participante deverá entrar em contato com as pesquisadoras responsáveis, que tomarão os procedimentos necessários para atendimento e acompanhamento do caso. Embora não estejam previstos benefícios diretos da participação, ela contribuirá para um maior conhecimento do tema e melhora dos serviços a ele relacionados.

O participante também está livre de qualquer ônus referente à pesquisa, cujo financiamento corresponde às pesquisadoras responsáveis.

Durante qualquer fase da pesquisa, poderão ser obtidos esclarecimentos através do contato com as pesquisadoras responsáveis:

**Sofia Dionizio Santos**

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, S/N, Cajazeiras-PB

Telefone: (83) 996898005

e-mail: [psycosofya@hotmail.com](mailto:psycosofya@hotmail.com)

**Mylena Caroline Magalhães Marques**

Endereço: Rua Desembargador Bôto, 828, Cajazeiras-PB

Telefone: 3532-2000 ou (83) 9 9993-5307

E-mail: mylenacmm@hotmail.com

Esclarecimentos também poderão ser obtidos através do Comitê de Ética responsável pela autorização desta pesquisa:

**Comitê de Ética em Pesquisa do CFP/UFCG**

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, S/N, Cajazeiras-PB

Telefone: (83) 3532-2075

E-mail: cep@cfp.ufcg.edu.br

**AUTORIZAÇÃO:**

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, do qual recebi uma cópia, declaro que autorizo minha participação neste estudo, pois fui informado(a) de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento ou coerção, sobre a natureza e finalidade da pesquisa, assim como sobre os temas que serão abordados na entrevista.

Assinatura da pesquisadora \_\_\_\_\_

Assinatura do (a) entrevistado (a) \_\_\_\_\_

Cajazeiras (PB), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2016.



**APÊNDICE B** - Instrumento de Coleta de Dados



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES - CFP  
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM - UAENF  
CAMPUS DE CAJAZEIRAS**

**QUESTIONÁRIO**  
ENFERMEIROS (AS) – DATA DO PREENCHIMENTO  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**QUESTÕES**

**1. IDENTIFICAÇÃO DO (A) PROFISSIONAL DE SAÚDE:**

1.1 Nome: \_\_\_\_\_ . [optativo]

1.2 Idade: \_\_\_\_\_ .

1.3 Gênero: ( ) F ( ) M ( ) T

1.4 Grau de Escolaridade: ( ) Superior ( ) Especialização ( ) Mestrado ( )  
Doutorado

1.5 Qual a sua religião?

(a) Católica

(b) Evangélica

(c) Afro-brasileira

(d) Espírita Kardecista

(e) Nenhuma

(f) Outra [especificar] \_\_\_\_\_ .

1.6 Estado civil:

- (a) Casado/a
- (b) Divorciado/a
- (c) União Estável
- (d) Viúvo/a
- (e) Outro **[especificar]** \_\_\_\_\_.

1.7 Há quanto tempo trabalha na área da Saúde? \_\_\_\_\_.

1.8 Há quanto tempo trabalha na UBS? \_\_\_\_\_.

## **2. ASPECTOS DO SERVIÇO NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE**

2.1 A Secretaria de Saúde do município realiza capacitação para os profissionais da Atenção Básica de Saúde sobre o atendimento e a Política LGBT?

Sim  Não

2.2 Você acredita que as mulheres lésbicas se sentem confiantes quanto ao atendimento com qualidade, sem discriminação e preconceito, se sentindo segura para relatar a sua orientação sexual na UBS que você atua?

Sim  Não

2.3 Existe planejamento da equipe de profissionais de saúde da UBS na busca ativa por mulheres lésbicas da comunidade?

Sim  Não

2.4 A UBS realiza educação continuada e/ou desenvolve ações voltadas para lésbicas?

Sim  Não

2.5 Na UBS em que você trabalha é atendida alguma paciente declarada como lésbica?

Sim, quantas \_\_\_\_\_.  Não

2.6 Existe alguma articulação da UBS que você trabalha com o movimento LGBT?

Sim  Não

2.7 Você tem conhecimento do programa Brasil Sem Homofobia e do Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT?

Sim  Não

2.8 Quais são as dificuldades enfrentadas pela instituição de saúde (UBS) para a realização de atendimento integral as lésbicas? **[múltipla escolha]**

- (1) Falta de condições e/ou materiais propícios na UBS;
- (2) Falta de disponibilização de material para pesquisa e estudo, como artigos, cartilhas, folder, Caderno de Atenção Básica sobre o assunto, para os profissionais;
- (3) Falta de conhecimento prévio dos profissionais sobre o assunto;
- (4) Falta de qualificação dos gestores/as e funcionários/as no âmbito das demandas da população LGBT;
- (5) Falta de apoio dos gestores/as e/ou resistência da equipe de profissionais de saúde;
- (6) Falta de planejamento;
- (7) Falta de sensibilidade e/ou vontade política das autoridades municipais sobre a discussão e implementação de ações voltadas à promoção da cidadania LGBT;
- (8) Falta de um movimento social organizado e engajado no município/Estado que pressione a implantação de políticas públicas para LGBT;
- (9) Falta de aparato legal anti-discriminatório e/ou anti-homofóbico;
- (10) Nenhuma
- (11) Não sei
- (12) Outro **[especificar]** \_\_\_\_\_.