



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE

UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM

CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

GÉSSICA RAÍSSA FRANCISCO FRANÇA

**ASSISTÊNCIA DE SAÚDE E DE ENFERMAGEM A MULHER LÉSBICA: uma
revisão integrativa**

Cuité – PB

2015

GÉSSICA RAÍSSA FRANCISCO FRANÇA

**ASSISTÊNCIA DE SAÚDE E DE ENFERMAGEM A MULHER LÉSBICA: uma
revisão integrativa**

Trabalho de conclusão de curso, apresentado à coordenação do Curso de Enfermagem, como pré - requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof. Dra. Izayana Pereira Feitosa

Cuité – PB

2015

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

F814a França, Géssica Raissa Francisco.

Assistência de saúde e de enfermagem a mulher
lésbica: uma revisão integrativa. / Géssica Raissa Francisco
França. – Cuité: CES, 2015.

41 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) –
Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2015.

Orientadora: Dra. Izayana Pereira Feitosa.

1. Homossexualidade feminina. 2. Assistência de saúde. 3.
Assistência de enfermagem. I. Título.

CDU 613.885

GÉSSICA RAÍSSA FRANCISCO FRANÇA

**ASSISTÊNCIA DE SAÚDE E DE ENFERMAGEM A MULHER LÉSBICA: uma
revisão integrativa**

Monografia aprovada em: ___/___/_____

BANCA EXAMINADORA:

Prof^ª. Dra. Izayana Pereira Feitosa – Orientadora
(Unidade Acadêmica de Saúde)

Prof^ª. Dra. Deborah Dornelas Ramos
(Membro Interno – Universidade Federal de Campina Grande)

Prof^º. Dr. José Justino Filho
(Membro Interno – Universidade Federal de Campina Grande)

Cuité – PB

2015

Sobretudo a **Deus**, pela dádiva da vida, e por me conceder
sabedoria, discernimento e principalmente coragem para
enfrentar todas as dificuldades encontradas nessa caminhada.

Aos meus amados e queridos pais, **José Rivelino França do Nascimento e
Maria de Fátima Oliveira Francisco**, por me darem total apoio em todos os meus
sonhos, e compartilharem comigo toda essa alegria.

Ao meu doce esposo, **Flauber dos Santos Dantas**, que soube ser calma em
dias onde tudo era agitação.

E a você meu príncipe **Ravi França Dantas**, que mesmo em meu ventre já
desperta em mim uma força espantosa de vontade de vencer.

Por vocês que cheguei até aqui e chegarei bem mais longe.

Essa vitória é nossa!

Dedico

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ser meu tudo, minha força em momentos de aflição, meu consolador em meio as desilusões e por me mostrar esperança quando incansavelmente lhe busquei. “Se algum de vocês tem falta de sabedoria peça a Deus, que a todos dá livremente, de boa vontade; e lhe será concedida” Thiago 1:5.

À minha Rainha doce e amada mãe, **Maria de Fátima Oliveira Francisco** por sempre acreditar que eu seria capaz de chegar a qualquer lugar que eu desejasse, e por apostar todas as suas fichas em mim, acreditando desde a minha infância que a melhor educação que ela pudesse me proporcionar seria minha maior herança, minha gratidão a ti é eterna mãe, tudo que sou vem de você.

Ao meu pai, **José Rivelino França do Nascimento** que se enche de orgulho por essa conquista, meu maior exemplo de inteligência, sempre me espelharei em ti. Sou abençoada por ser tão amada e querida por ti.

Ao meu esposo, **Flauber dos Santos Dantas**, que esteve ao meu lado em terras estranhas, sendo meu chão, em dias que pensei não suportar olhei para o lado e você estava ali. Sempre me incentivando a ser o melhor que eu pudesse ser, e me dando forças para seguir. Agora seremos três, que juntos possamos chegar aonde desejarmos. Essa conquista depende demais de você!

À minha tia materna, **Rizalva de Oliveira Francisco Gomes** (Tia Neguinha), quanto amor temos uma pela outra. Obrigado por sempre me apoiar, por ser tão compreensiva, doce e generosa. Sempre serei grata a ti por todo carinho que dedicas a mim, sei que estais em festa com essa conquista que é nossa.

À minha família, **irmão (Raí França), avós, tias, tios e primos** por também fazerem parte dessa conquista, dando-me todo o apoio sempre que necessário, em todos os momentos dessa jornada, e por quererem me ver sempre bem.

À minha orientadora, **Izayana Pereira Feitosa**, por todo apoio e dedicação dispensados a mim, sempre tão solícita e paciente. Nunca encontramos barreiras em nossa caminhada e isso a tornou ainda mais agradável, com seu jeito sempre tão educado de ser, sempre me ensinando da melhor maneira possível. Agradeço por ser essa pessoa facilitadora, que cativa e encanta pela competência.

Aos professores constituintes da banca examinadora **Dra. Deborah Dornelas Ramos** e **Dr. José Justino Filho** pela atenção dispensada ao meu estudo, e pelas preciosas contribuições.

A todos os meus **amigos** conquistados através do curso de Enfermagem na UFCG, em especial a **Bruna Wanessa e Tuíra Pedrosa**, que estiveram comigo na maior parte do tempo, facilitando e alegrando a minha caminhada, sem dúvidas vocês foram os anjos que Deus enviou a mim nessa jornada, que possamos sempre nos reencontrar.

A minha preciosa amiga **Gabi Moura**, que me acompanhou por toda a graduação, estando comigo em momentos de tristeza e outros de imensa alegria, com quem pude dividir meus maiores segredos e sei que posso contar a qualquer hora.

A todos os **docentes** da UFCG, *campus* Cuité que participaram da minha vida acadêmica. Obrigada pelos ensinamentos, pelas trocas de conhecimentos e experiências que foram importantes na vida acadêmica e pessoal.

Os agradecimentos são extensivos aos que compartilharam momentos alegres e outros nem tanto em **turma**, que com todas as suas particularidades sempre será lembrada.

Enfim, agradeço a todos que, de alguma forma, contribuíram para que eu concluísse mais esta etapa da minha vida e me deram forças para nunca desistir e permanecer lutando sempre.

“Se não puder ser uma árvore sobre a colina, seja um graveto no vale. Más seja o melhor graveto de todas as léguas ao seu redor. Se não podes ser como uma estrada, seja uma vereda. Se não podes ser o Sol, seja uma estrela. O valor não se mede pelas dimensões. Seja o que for, que o seja profundamente.”

Martin Luther King

RESUMO

FRANÇA, G. R. F. **Assistência de saúde e de enfermagem a mulher lésbica: uma revisão integrativa.** Cuité, 2015, 41f. Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)-Universidade Federal de Campina Grande, campus Cuité, 2015.

O termo lésbica se refere à mulher que apresenta atrações homoafetivas por pessoas do mesmo sexo. Essa prática é cada vez mais comum e ainda assim muito discriminada. A assistência à saúde as mulheres homossexuais é negligenciada por ambos os lados, tanto pelos profissionais de saúde quanto pelas próprias mulheres. Este estudo objetivou realizar um levantamento na literatura acerca da assistência de saúde e de enfermagem a mulher lésbica. Trata-se de uma revisão integrativa que utilizou artigos científicos publicados nas bases de dados: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*, Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, e na biblioteca eletrônica *Scientific Electronic Library Online*, entre o período de 2005 a 2015. Que teve como questão de pesquisa: “Qual o conhecimento produzido na literatura acerca da assistência de saúde e de enfermagem à mulher lésbica?”. Os resultados mostram que o ano de 2013 foi o que apresentou o maior quantitativo de artigos apresentados (28%). Em relação aos tipos de estudos, predominaram os estudos de abordagem qualitativa apresentando o percentual de (43%) dos artigos publicados. Verificou-se que a revista que mais publicou trabalhos relacionados ao tema pesquisado foi a Revista Ciência e Saúde Coletiva com 28,50% das pesquisas. Na análise da categoria I, que apresenta Limitações na qualidade da assistência prestada à mulher homossexual os estudos evidenciaram que há grandes limitações na assistência, causada por preconceitos, despreparo dos profissionais, repulsa das mulheres em buscar a assistência, dentre outros fatores. Na categoria II, intitulada Propostas de melhorias no atendimento a paciente lésbica, pôde-se constatar que no âmbito de propostas de melhorias estão presentes a humanização dos profissionais, a capacitação, a ampliação e aplicação das políticas públicas. Existe uma carência de trabalhos relacionados à abordagem da homossexualidade nos serviços de saúde, e principalmente relacionada à assistência de enfermagem.

DESCRITORES: Homossexualidade Feminina; Enfermagem; Saúde; Revisão Integrativa.

ABSTRACT

FRANÇA, GÉSSICA RAÍSSA FRANCISCO. **Health care and nursing lesbian woman: an integrative review.** Cuité, 2015, 41f. Coursework (Bachelor of Nursing) – Federal University of Campina Grande, Cuité, 2015.

The term Lesbian refers to women that presenting affective attractions by people of the same sex. This practice is increasingly common and still very segregated. Health care homosexual women is neglected by both sides, not only by health professionals and by women themselves. This article aimed to survey the literature on the health care and nursing assistance to lesbians women. This is an integrative review that used scientific articles published in databases: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online, Latin American and Caribbean Health Sciences, and in the electronic library “Scientific Electronic Library Online”, between 2005 and 2015. That had as research question: "What is the knowledge produced in the literature about the health and nursing care to lesbian?". The results show that in 2013 was the year with the largest quantity of articles submitted (28%). Regarding the types of studies, the predominant qualitative approach studies showing the percentage of (43%) of published articles. It was found that the magazine that most published papers related to the topic that was searched was Science and Public Health Magazine with 28.50% of searches. In the analysis of category I, which presents limitations in the quality of care provided to women homosexuals studies have shown that there are major limitations in care, caused by prejudice, professional unpreparedness, disgust of women seek assistance, among other factors. In category II, entitled Proposals for improvements in care of lesbian patient, it might be noted that under the proposed improvements are presente the humanization of professionals, the continuous training, the expansion and implementation of public policies. There is a lack of work related to the approach of homosexuality in health services, especially related to nursing care.

Keywords: Female Homosexuality; Nursing; Health; Integrative Review.

LISTA DE SIGLAS

ABL- Articulação Brasileira de Lésbicas

AIDS- Síndrome da imunodeficiência adquirida

BVS- Biblioteca Virtual em Saúde

DST- Doenças sexualmente transmissíveis

IST's- Infecções Sexualmente Transmissíveis

GLBTT- Gays, lésbicas, bissexuais, transexuais e travestis

GLT- Gays, Lésbicas e Travestis

HIV- Vírus da imunodeficiência humana

HPV- Papiloma vírus humano

LBL- Liga Brasileira de Lésbicas

LGBT- Lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros

LILACS- Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde

MEDLINE- Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

MGL- Movimento de Gays e Lésbicas

MHB- Movimento Homossexual Brasileiro

PAISM- Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

SCIELO- Scientific Electronic Library Online

SENALE- Seminário Nacional de Lésbicas

SUS- Sistema Único de Saúde

UAS- Unidade Acadêmica de Saúde

UFCG- Universidade Federal de Campina Grande

Sumário

1. INTRODUÇÃO	12
2. JUSTIFICATIVA	14
3. OBJETIVOS	14
3.1 Objetivo Geral:	14
3.2 Objetivos Específicos:	14
4. REFERENCIAL TEÓRICO	15
4.1 Entendendo as diferenças entre gênero e sexo	15
4.2 Resgate histórico do movimento lésbico no Brasil	18
4.3 Assistência de enfermagem a mulher lésbica	20
5. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	22
5.1 Tipo de Estudo	22
5.2 Universo e Amostra	22
5.3 Procedimentos Para a Coleta de Dados	24
5.4 Análise e apresentação dos dados	24
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	26
6.1 CATEGORIA I	28
6.2 CATEGORIA II	33
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
8. REREFENCIAS	39

1. INTRODUÇÃO

O conceito de lésbica se refere à mulher que apresenta atrações homoafetivas por pessoas do mesmo sexo, buscando um marco inicial para o lesbianismo encontra-se Safo, uma poetisa grega que vivia na ilha de Lesbos, seus escritos eram platônicos e exaltava o amor sexual e emocional entre ela e outras mulheres. Suas poesias foram censuradas, porém alastraram-se séculos afora, dando ascendência ao marco lesbianismo, ao amor entre duas mulheres, ao homossexualismo feminino. Apesar de não apresentar uma data definida para o início da prática lésbica, os historiadores utilizam como demarcador geográfico a ilha de Lesbos e como demarcador temporal tomam como base os anos 630-560 a.C. (CASTELARE, 2013).

Uma pesquisa realizada em 2002 pela Coordenação DST/AIDS do Ministério da Saúde demonstra que na população lésbica há uma menor frequência de realização de exames ginecológicos, de Papanicolau e de prevenção de câncer de mama, com relação ao exame de Papanicolau entre as mulheres heterossexuais a cobertura na realização nos últimos três anos é de 89,7%. Já entre as lésbicas e mulheres bissexuais a cobertura cai para 66,7%, mesmo entre pessoas com maior escolaridade e renda.

Conforme Barbosa e Facchini (2009), essas mulheres não procuram os serviços de saúde quando é necessário e só o fazem quando surgem sérios problemas e em períodos de maiores agravos à sua saúde, valorizando ainda mais esse padrão, os profissionais de saúde solicitam menos a realização desses exames a essas mulheres. A menor procura pelos serviços de saúde está associada à existência de discriminação e despreparo dos profissionais para lidar com as “especificidades” desse grupo populacional e às dificuldades das mulheres em revelar à homo ou a bissexualidade aos profissionais de saúde, resultando em um contingente significativo de lésbicas sem acesso aos serviços de atenção/cuidado à saúde, por ineficiência dos serviços prestados.

Para Bertolin et al (2010), a consulta ginecológica é, para a paciente e para o profissional, um momento delicado. O diálogo é muito importante para fortalecer a relação interpessoal, de forma que essas mulheres fiquem à vontade para falar abertamente sobre sua orientação sexual e expor suas inquietações, pois para a maioria delas é um momento de exposição da intimidade física e comportamental. A homossexualidade feminina e sua relação com a saúde deve-se ter um olhar mais atento se comparada à homossexualidade masculina,

devido à existência de vários fatores associados a diferentes problemas na saúde das mulheres, tais como câncer de mama e colo do útero, menor utilização de serviços de saúde, uso abusivo de álcool e drogas ilícitas, tabagismo e níveis elevados de sofrimento psíquico.

Zanardo e Andrade (2013) consideram que há uma carência na abordagem dos temas referentes às diversidades sexuais durante a graduação dos profissionais de saúde, acarretando em prejuízos a assistência que será prestada. Os autores propõem que haja a criação e execução de disciplinas que estimulem o aluno a afrontar seus conceitos de mundo, bem como, aprender pela prática a questionar valores ditados até então por uma educação formal e informal. Acredita-se que somente através de um processo reflexivo acerca de seus próprios atos e ideias é que o profissional será capaz de exercer a arte de cuidar.

A enfermagem atua em diversas áreas devendo estar despida de preconceitos para atender a todas as demandas, seguindo os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) onde todos devem ser tratados com universalidade, integralidade e equidade, a mulher homossexual deve ser assistida com ênfase em suas singularidades, e os profissionais de enfermagem necessitam ter conhecimento sobre a prática lésbica para atender a essas mulheres. Partindo dessa premissa, o presente estudo buscou apresentar sobre a forma de revisão integrativa os estudos publicados acerca da assistência de enfermagem a mulher homossexual.

2. JUSTIFICATIVA

Esse estudo resultou do interesse em aprofundar o conhecimento acerca da assistência qualificada à mulher em suas particularidades e diferenças sexuais, visto que, enquanto acadêmica, na disciplina de saúde da mulher, não houve a abordagem de como tratar uma mulher com essa peculiaridade. No decorrer da experiência prática dos estágios na atenção básica pude observar empiricamente que a falta desse conhecimento reflete na qualidade da assistência prestada, tornando o atendimento falho.

Destarte, esperou-se que esse estudo possa contribuir com a práxis dos profissionais de saúde, em especial do enfermeiro atuante na atenção básica, e que esses despertem para a necessidade de aprofundar os conhecimentos acerca das diversidades que abrangem o universo feminino e dispam-se de preconceitos que rodeiam a homossexualidade, atuando assim como profissionais eficientes na prevenção de agravos a saúde.

Ante o exposto a questão norteadora dessa pesquisa foi: Qual o conhecimento produzido na literatura acerca da assistência de saúde e de enfermagem à mulher lésbica? O presente estudo buscou obter respostas para o questionamento sobre a forma de revisão integrativa.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral:

- ✓ Realizar um levantamento na literatura acerca da assistência de saúde e de enfermagem a mulher lésbica.

3.2 Objetivos Específicos:

- ✓ Observar as limitações na qualidade da assistência prestada à mulher lésbica;
- ✓ Identificar as propostas de melhoria do atendimento à paciente homossexual.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Entendendo as diferenças entre gênero e sexo

Braga (2011) referenciando Scott (1995) afirma que o surgimento do conceito de gênero surgiu a partir das feministas das décadas de 1960-1970. Era dito que o gênero não poderia ser restrito a uma ligação linear e direta com o sexo biológico, mas com aquilo que socialmente se construiu e se representou sobre os sexos. Para Olinto (1998), o termo gênero é um conceito das Ciências Sociais que expressa todo um sistema de relações que inclui sexo, mas que transcende a diferença biológica. Sexo por sua vez é uma categoria que demarca os campos do que é ser fêmea e do que é ser macho, sendo somente a caracterização genética e anátomo-fisiológica dos seres humanos. É fácil definir sexo, gênero por sua vez perpassa por questões complexas, e entender essas diferenças é essencial para todo profissional adentrar ao universo feminino.

Para Kofes (1992), gênero seria o conhecimento sobre a diferença sexual, entendido como: sempre relativo; produzido por amplos e complexos quadros epistêmicos e referindo-se não apenas às ideias, mas tudo aquilo que constituiria as relações sociais. Sendo então gênero uma organização social da diferença sexual, que estabelece significados para diferenças corpóreas. “Na tentativa de extrapolar a compreensão do que é ser homem e ser mulher para além de determinações biológicas, formulou-se a categoria de *gênero*” (RODRIGUES, 2011, p. 29).

Segundo Rodrigues (2011), por muito tempo os seres humanos foram separados em duas categorias distintas – machos e fêmeas – diante de suas diferenças biológicas que pré determinavam uma normatização de comportamentos masculinos e femininos que deveriam ser seguidos por homens e mulheres, respectivamente.

Para autores como Silveira (2009) e Rodrigues (2011), as diferenças anatômicas entre os sexos são usadas como argumentos para explicar as desigualdades morais e políticas entre homens e mulheres. A anatomia e fisiologia determinaram comportamentos sexuais adequados às mulheres e aos homens. A partir do exercício da maternidade, foram se definindo características típicas das mulheres; bem como a partir do exercício de provedor da família e de atuante na esfera política, definiam-se também para o homem seus atributos e os comportamentos adequados. Diante das diferenças sexuais entre homens e mulheres foi se

organizando a divisão sexual do trabalho, onde existiam atividades privativas dos homens e das mulheres. O masculino foi associado à cultura, àquilo produzido, criado pela ação humana, e o feminino foi associado à natureza, àquilo já determinado pela biologia. Esses padrões sociais, por sua vez, desencadearam relações de poder assimétricas entre homens e mulheres, estabelecendo a submissão das mulheres, configurando o patriarcalismo como modelo/padrão dominante da relação entre os dois gêneros. Outras associações vinculadas ao sexo foram sendo elaboradas: atribuiu-se aos homens a racionalidade, o pensamento lógico, o cálculo; às mulheres, a afetividade, as emoções, a intuição. O feminino estava intimamente ligado a questões maternas e de procriação.

De acordo com Santos e Machado (2012), a categoria gênero focaliza o processo de construção sociocultural da feminilidade e da masculinidade em diferentes sociedades, tendo como parâmetro o Marxismo, por exemplo, o ponto da questão é a exploração que começaria na família devido à subordinação do trabalho feminino ao patriarcalismo. “Os gêneros deveriam ser pensados no âmbito das relações sociais não apenas como polos distintos (a mulher em oposição ao homem e vice-versa), mas como sujeitos, homens e mulheres, que, interagem e constroem suas masculinidades e feminilidades” (BRAGA, 2011, p. 14).

Em seu trabalho, Silveira (2009) mostra que para Rousseau um filósofo iluminista, a educação devia ser distinta entre homens e mulheres. As mulheres tinham que ser educadas para agradar os homens e ser mães, viver em uma reclusão sexual e castidade; deviam aprender a estimular o desejo masculino e ao mesmo tempo impedir o desejo de outros homens. A sedução é própria de sua natureza; elas são desejosas de agradar, modestas, tolerantes da injustiça, ardilosas, vãs, e artísticas em grau menor. Na família, os homens devem governar essas frívolas criaturas.

As mulheres deveriam ser ensinadas a satisfazer inclusive os desejos alimentícios por guloseimas dos homens, no entanto a fome feminina é retratada como algo que precisa ser refreado, algo ilícito, vergonhoso. É evidente que a questão não se trata apenas do alimento, mais exatamente, de quão minuciosa é a construção da feminidade, onde as mulheres crescem com conceitos de que até o apetite deve ser controlado (JAGGAR; BORDO, 1988).

A sociedade sempre quis impor subordinação da mulher ao poder masculino. Rousseau defendia a ideia de que mulheres deviam ser submissas aos homens baseados na natureza diversificada entre os gêneros. O positivista Auguste Comte, por exemplo,

argumentava que os cérebros das mulheres eram menores que os dos homens e que, portanto, as mulheres deviam ser subordinadas. A classe feminina reagiu. Grandes mulheres se destacaram na luta por direitos iguais, como: a francesa Olympe de Gouges que em 1791, elaborou a Declaração dos Direitos das Mulheres e das Cidadãs, a escritora inglesa Mary Wollstonecraft lutou reivindicando cidadania e uma educação igual para ambos os sexos. Após grandes esforços as mulheres adentraram ao mercado de trabalho com condições abusivas por cumprirem longas jornadas e receber salários inferiores aos dos operários homens, tais condições deram origem ao Dia Internacional da Mulher – 8 de Março (SILVEIRA, 2009).

Jaggar e Bordo (1988) consideram que o disciplinamento e a normatização do corpo feminino, são as opressões de gênero que se exercem por si mesmo, ainda que variem em graus e formas diferentes, dependendo da idade, raça, classe e orientação sexual, sempre vão existir opressões relacionadas ao corpo e ao comportamento. Há uma preocupação contemporânea com a aparência que afeta muito mais as mulheres do que os homens.

Para Cardoso e Ferro (2012), a população LGBT, por não adequar gênero com o sexo biológico, tem seus direitos humanos básicos agredidos, e muitas vezes se encontra em situação de vulnerabilidade. A partir deste cenário, o Ministério da Saúde reconhece que a identidade sexual e a identidade de gênero são constituintes de um processo complexo de discriminação e de exclusão, diante disto derivam-se os fatores de vulnerabilidade, tais como “a violação do direito à saúde, à dignidade, à não discriminação, à autonomia e ao livre desenvolvimento” (BRASIL, 2008b, p. 571).

“O indivíduo que se identifica homossexual, bem como aquele que adota uma identidade de gênero diferente de seu sexo biológico, sofre grande exposição de sua vida sexual” (ZANARDO; ANDRADE, 2013, p. 5).

Independente de gênero, o fato de ser homem ou mulher implica em probabilidades diferentes de adquirir determinadas doenças, partindo desta premissa deve-se existir uma assistência diferenciada, e o mesmo acontece para mulheres heterossexuais e homossexuais.

4.2 Resgate histórico do movimento lésbico no Brasil

Os movimentos sociais em defesa das liberdades sexuais surgiram no Brasil ao final da década de 1970, mesmo período da eclosão de outros movimentos sociais que impulsionaram a redemocratização do país. A liberdade sexual conquistada a partir desses movimentos desencadeou profundas mudanças na sociedade e no campo da saúde alterando de índices de fecundidade ao papel da mulher na família e comunidade (SANTOS; MURAI, 2011).

Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção. Neste novo programa que surgia, foram incluídas ações educativas, preventivas, de diagnósticos, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal e puerpério, em planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis, câncer de colo útero e de mama, climatério, entre outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres.

Barbosa e Facchini (2009) afirmam que embora tenham estado presentes desde as primeiras iniciativas do movimento homossexual no Brasil (finais dos anos de 1970), os primeiros grupos exclusivamente lésbicos foram formados a partir de 1980, e o termo "lésbicas" foi incluído no nome do movimento apenas a partir do ano de 1993, com o VII Encontro Brasileiro de Lésbicas e Homossexuais.

No ano de 1993, o movimento homossexual aparece descrito como Movimento Homossexual Brasileiro (MHB); depois de 1993, como Movimento de Gays e Lésbicas (MGL); após 1995, aparece primeiramente como um movimento de Gays, Lésbicas e Travestis (GLT) (BARBOSA; FACCHINE, 2009).

O I Seminário Nacional de Lésbicas (SENALE) aconteceu em 1996, no Rio de Janeiro, com o tema "Saúde, Visibilidade e Organização". Neste evento foram propostas políticas públicas e sociais para mulheres lésbicas. O movimento lésbico criou, em 2003, a Liga Brasileira de Lésbicas (LBL), em 2005, a Articulação Brasileira de Lésbicas (ABL).

Em 2007, ocorreu a 13ª Conferência Nacional de Saúde que deliberou: "Assegurar a gays, lésbicas, bissexuais, transexuais e travestis – GLBTT, o acesso, equânime, respeitoso e

de qualidade aos cuidados e serviços de saúde nas três esferas de governo, inclusive na abordagem da soropositividade do HIV e às doenças sexualmente transmissíveis” (BRASIL, 2008*apud* SANTOS; MURAI, 2011, p. 49).

Em junho de 2008, houve a I Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais (GLBTT), este evento foi um marco na luta dos movimentos sociais, tendo como principal objetivo apresentar propostas para o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de GLBTT, formalizando as principais reivindicações dessa população. A partir desta conferência, não sem antes haver grande polêmica, aprova-se o uso da sigla LGBT para a denominação do movimento, o que se justificaria pela necessidade de aumentar a visibilidade do segmento de lésbicas.

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

Diante de todo percurso do movimento lésbico no Brasil, nota-se a população lésbica foi adquirindo seu espaço e ganhando visibilidade nas políticas públicas, a enfermagem como profissão atuante em todos os serviços de saúde, deve ser capacitada para atender esse grupo, bem como qualquer outro pertencente às diversidades sexuais. Neste sentido, apresentamos a seguir a assistência de enfermagem à mulher lésbica.

4.3 Assistência de enfermagem a mulher lésbica

Há uma necessidade de que profissionais de saúde tenham cuidado ao lidar com categorias de classificação presentes na população, já que o significado de palavras como “lésbica” ou “bissexual” pode não ser o mesmo para o profissional e para sua interlocutora, podendo gerar uma situação desconfortável (BARBOSA; FACCHINI, 2009). O documento *Brasil sem Homofobia* utiliza o termo lésbica para designar a homossexualidade feminina, ou seja, “mulheres que mantêm relacionamentos afetivos e sexuais com outras mulheres” (BRASIL, 2008 *apud* CARDOSO; FERRO, 2012, p. 557).

Almeida (2009) afirma que o fato dos profissionais de saúde não conhecerem as práticas lésbicas e as formas de como tratá-las, favorece ao aumento da incidência de algumas Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) neste grupo populacional. Quando o tratamento é feito, geralmente apenas uma mulher do casal lésbico participa, permitindo a ocorrência de reinfecção.

Bertolin et al (2010) enfocaram o conhecimento das mulheres que fazem sexo com mulheres sobre o papiloma vírus humano (HPV), onde a transmissão pode ocorrer por meio do contato direto com o epitélio vaginal, oral ou anal, estando essa população vulnerável para a contaminação por HPV devido à presença dos fatores de risco, tais como: idade precoce da primeira relação sexual, tabagismo, etilismo e, principalmente, a ausência de barreiras físicas nas relações sexuais com mulheres. Com relação aos fatores de risco, deve ser considerada a inexistência de barreiras de proteção que sejam práticas e populares para o sexo entre mulheres, sendo usado o plástico filme como alternativa. A pesquisa conclui que o conhecimento sobre as formas de prevenção e transmissão do HPV, é escasso.

Almeida (2009) afirma que a falta de ambiente propício à especificidade lésbica na assistência a saúde pode fazer com que o atendimento seja superficial e as informações sejam negligenciadas bilateralmente, uma vez que as usuárias do serviço não se sentiam à vontade para declarar sua sexualidade e falarem sobre suas vivências. Isso tanto pode acirrar as vulnerabilidades, inclusive no quesito saúde mental, assim como fazer com que os profissionais de saúde não prestem a essas usuárias uma assistência qualificada.

O Ministério da Saúde reconhece que os indivíduos pertencentes às diversidades sexuais encontram-se numa situação de vulnerabilidade na saúde, este conceito vai além da observação de práticas sexuais de risco, constata-se que este grupo sofre com processos

discriminatórios e preconceituosos, suprimindo seu direito à saúde, à dignidade, a não-discriminação, à autonomia e ao livre desenvolvimento (BRASIL, 2008).

Devido a não adequação de gênero com o sexo biológico ou à identidade sexual não heteronormativa, a população LGBT tem seus direitos humanos básicos violados, e muitas vezes se encontra em situação de vulnerabilidade. Diante desse cenário, o Ministério da Saúde reconhece que a identidade sexual e a identidade de gênero são constituintes de um processo complexo de discriminação e de exclusão, do qual derivam os fatores de vulnerabilidade, tais como “a violação do direito à saúde, à dignidade, a não discriminação, à autonomia e ao livre desenvolvimento” (BRASIL, 2008b, p. 571).

Conforme Lionço (2008), a identidade sexual e a identidade de gênero podem construir conceitos que confundem os profissionais da área de saúde, acarretando em desconhecimento das problemáticas, levando a um déficit de encaminhamentos pertinentes à “especificação da realidade de vida e saúde” da população LGBT. A falta de conhecimento das redes de apoio e das políticas públicas e até mesmo a generalização dos problemas, configuram uma barreira para o acesso dessa população a um serviço de saúde que atenda de forma integral.

A função de cuidar exercida pelos trabalhadores de saúde deve ser revestida de atenção com cada mulher, já que nenhuma paciente é igual à outra. Porém, tratar um paciente de forma diferente, simplesmente por este não apresentar as mesmas concepções (religiosa, moral ou sexual) que o profissional, não é considerado uma prática ética. A regra fundamental é tratar todos os pacientes sem distinção, sem preconceitos e com humanidade (LOPEZ, 1982 *apud* ZANARDO; ANDRADE, 2013).

Partindo desta premissa, é necessário que os profissionais da área da saúde tenham conhecimento das políticas públicas desse público alvo, bem como, discernimento para identificar as problemáticas específicas da população lésbica. Portanto, o enfermeiro deve estar atento às reações em cadeia que implica o processo de vulnerabilidade que leva ao adoecimento dessas mulheres. Agir como facilitador do acesso ao sistema de saúde deve ser encarado pelos profissionais como função essencial.

5. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

5.1 Tipo de Estudo

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura com o propósito de reunir e sintetizar o conhecimento pré-existente sobre a assistência de enfermagem a mulher lésbica, cuja finalidade é melhorar a assistência a esse público na atenção primária à saúde. Segundo Mendes, Silveira e Galvão (2008), esse tipo de estudo permite a síntese de estudos publicados e possibilita conclusões de uma particular área de estudo, além de apontar lacunas do conhecimento que necessitam de novos estudos.

A revisão integrativa tem o potencial de construir conhecimento em enfermagem, produzindo, um saber fundamentado e uniforme para os enfermeiros realizarem uma prática clínica de qualidade. Além disso, pode reduzir alguns obstáculos da utilização do conhecimento científico, tornando os resultados de pesquisas mais acessíveis, uma vez que em um único estudo o leitor tem acesso a diversas pesquisas realizadas, ou seja, o método permite agilidade na divulgação do conhecimento (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para Souza, Silva e Carvalho (2010) essa abordagem metodológica tem uma compreensão abrangente de determinado fenômeno ou problema de saúde, além de possibilitar diferentes perspectivas acerca do fenômeno em estudo.

No geral, para a construção da revisão integrativa é preciso percorrer seis etapas distintas, no primeiro passo é feito o estabelecimento da hipótese ou questão da pesquisa, no segundo passo é feito a busca da amostragem na literatura, no terceiro passo é feita a categorização dos estudos, no quarto passo é realizada a avaliação dos estudos incluídos na revisão, no quinto passo é feita a interpretação dos resultados e no sexto e último passo é realizada a síntese do conhecimento ou apresentação da revisão (SILVEIRA, 2005).

5.2 Universo e Amostra

O universo desse estudo foi composto de artigos científicos publicados nas bases de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Literatura Latino

Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (c), e na biblioteca eletrônica *ScientificElectronic Library Online* (SciELO).

Para a delimitação da amostra, foram utilizados como critérios de inclusão: estar no idioma português, estar disponível na íntegra, ter tempo de publicação dos últimos dez anos (2005 a 2015), o que refinou a pesquisa. Foram excluídos os artigos repetidos, monografias, e artigos indisponíveis na íntegra.

A estratégia de busca ocorreu com o uso do indicador booleano AND. A busca dos artigos se deu por meio dos seguintes descritores: Homossexualidade Feminina; Cuidados de Enfermagem e Saúde. Para a pesquisa nas bases, a estratégia utilizada foi: “Homossexualidade feminina AND Cuidados de enfermagem”. Utilizando os descritores: “Homossexualidade feminina AND Saúde” obteve-se o seguinte resultado: 11 artigos na LILACS, sendo selecionados 2. Na MEDLINE 3 artigos achados, e escolhidos 1. E Na biblioteca eletrônica SCIELO, foram encontrados 5 artigos, sendo 3 destes escolhidos, que atendiam aos critérios de inclusão e aos objetivos do estudo.

Dessa forma, a tabela abaixo, ilustra a quantidade de artigos encontrados (21), os quais fizeram parte do universo da pesquisa e aqueles que compuseram a amostra (7 artigos).

<p>LILACS</p>	<p>Homossexualidade feminina AND Cuidados de enfermagem”</p> <p>Encontrado 01 artigo</p> <p>Selecionado 01 artigo</p>	<p>“Homossexualidade feminina AND Saúde”</p> <p>Encontrados 11 artigos</p> <p>Selecionados 02 artigos</p>
<p>MEDLINE</p>	<p>“Homossexualidade feminina AND Cuidados de enfermagem”</p> <p>Nenhum artigo encontrado</p>	<p>“Homossexualidade feminina AND Saúde”</p> <p>Encontrados 03 artigos</p> <p>Selecionados 01 artigo</p>

<p style="text-align: center;">SciELO</p>	<p style="text-align: center;">“Homossexualidade feminina <i>AND</i> Cuidados de enfermagem”</p> <p style="text-align: center;">Encontrado 01 artigo</p> <p style="text-align: center;">Nenhum selecionado</p>	<p style="text-align: center;">“Homossexualidade feminina <i>AND</i> Saúde”</p> <p style="text-align: center;">Encontrados 05 artigos</p> <p style="text-align: center;">Selecionados 03 artigos</p>
--	--	--

Figura 1. Distribuição do número de artigos encontrados e selecionados nas bases de dados LILACS, MEDLINE, biblioteca SciELO. **Fonte:** dados da pesquisa, 2015.

5.3 Procedimentos Para a Coleta de Dados

A busca pelos artigos foi realizada entre os meses de março a junho de 2015, na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados MEDLINE, LILACS e na biblioteca eletrônica SciELO, tendo como questão norteadora: Qual o conhecimento produzido na literatura acerca da assistência de enfermagem à mulher lésbica?

Na coleta de dados, buscou-se informações relacionadas à identificação do artigo, autor (es), periódico publicado, ano da publicação, características metodológicas do artigo, objetivos e considerações finais.

5.4 Análise e apresentação dos dados

A análise de conteúdo consiste em uma técnica de análise de dados popularizada por Laurence Bardin. Conforme Bardin (2006), a análise do conteúdo é um conjunto de instrumentos de cunho metodológico em constante mudança e aperfeiçoamento, que se aplicam a discursos (conteúdos e continentes) extremamente diversificados. Essa análise traz consigo iniciativas de explicitação, sistematização e expressão do conteúdo de mensagens, com o intuito de realizar deduções lógicas e justificadas a respeito da origem das mensagens. Algumas etapas são necessárias para a consecução da análise, sendo estas organizadas em três

fases: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A etapa da pré-análise, é a fase que compreende a organização do material a ser analisado. Tem como fundamento a realização de quatro processos: (i) a leitura fluente; (ii) escolha dos documentos (seleção do que será analisado); (iii) formulação de hipóteses e objetivos (afirmações provisórias, que o pesquisador se propõe a verificar); (iv) elaboração de indicadores (BARDIN, 2006).

Exploração do material é a segunda etapa, refere-se a codificação do material e na definição de categorias de análise. Esta etapa é fundamental pois irá possibilitar o incremento das interpretações e inferência. Destarte, a codificação, a classificação e a categorização são básicas nesta fase. Na formulação das categorias, o pesquisador deve-se ater ao critério exclusividade, a fim de que um elemento não seja classificado em mais de uma categoria. Na terceira e última etapa, trabalha-se com os resultados, inferência e interpretação. Nesta etapa, ocorre a condensação e o destaque das informações para análise, é o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica (BARDIN, 2006).

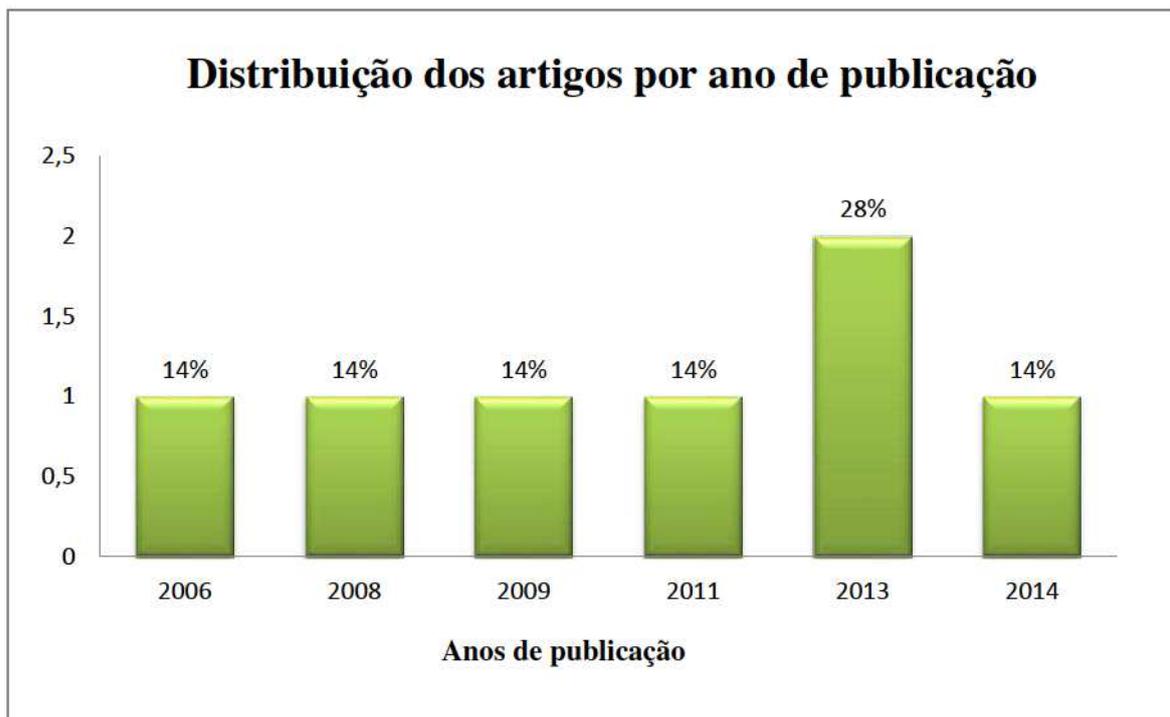
Os sete estudos selecionados, foram impressos, lidos na íntegra, sendo dispostos e apresentados em quadros. Os principais aspectos abordados, sobre a assistência de saúde e de enfermagem à mulher lésbica foram categorizados em duas temáticas: **Limitações na Qualidade da Assistência Prestada à Mulher Homossexual e Propostas de melhorias no atendimento a paciente lésbica**. Na análise, as informações foram comparadas item por item, sendo logo após, categorizadas e agrupadas de acordo com suas similaridades. Posteriormente foi efetuada a discussão conforme a literatura pertinente

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diante dos estudos selecionados, foi possível realizar uma síntese do conhecimento produzido sobre a temática, com o intuito de compreender as fragilidades da assistência prestada à mulher homossexual e discriminação ou preconceito por parte dos profissionais de saúde.

A amostra foi constituída por 07 publicações, que atenderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos e que foram publicados entre os anos de 2005 e 2015.

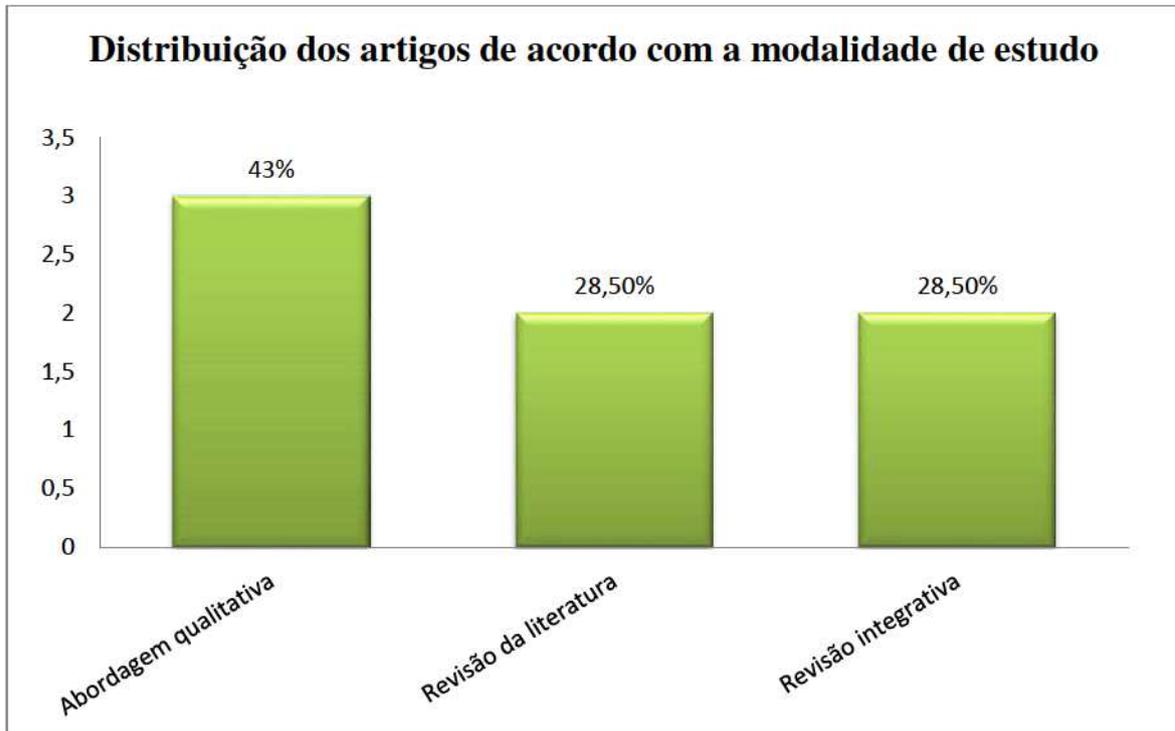
Gráfico 1: Distribuição dos artigos inseridos na pesquisa referente ao ano de publicação



Fonte: Material do estudo, 2015

Conforme os dados apresentados no Gráfico 1, podemos notar que nos anos de 2005, 2007, 2010, 2012 e 2015 não houveram artigos publicados. No entanto, o ano de 2013 foi o que apresentou dois artigos publicados. Deve-se atentar para a pequena quantidade de artigos pertinentes à temática.

Gráfico 2: Distribuição dos artigos inseridos na pesquisa quanto às modalidades de estudo:



Fonte: Material do estudo, 2015

Como apresentado no gráfico 2, foi observado que os estudos de abordagem qualitativa apresentam o maior percentual (43%).

Tabela 1: Distribuição dos artigos inseridos na pesquisa quanto às revistas de publicações:

REVISTAS	Fr	Fr(%)
Revista Ciência e Saúde Coletiva	2	28,60
Escola Anna Nery Revista Enfermagem	1	14,28
Online Brazilian Journal of nursing	1	14,28
Revista Gaúcha de	1	14,28

Enfermagem		
Revista Saúde e sociedade	1	14,28
Revista Cadernos de Saúde Pública	1	14,28
TOTAL	7	100

Mediante o exposto na tabela 1, nota-se que a revista que mais publicou trabalhos relacionados ao tema pesquisado somando 28,50% das pesquisas foi a Revista Ciência e Saúde Coletiva, que é considerada um espaço científico para discursões, debates e apresentações de pesquisas sobre a área de saúde coletiva.

Após a análise qualitativa do material empírico, acerca da assistência de saúde e de enfermagem à mulher lésbica surgiram as seguintes categorias: **CATEGORIA I: Limitações na Qualidade da Assistência Prestada à Mulher Homossexual;** **CATEGORIA II: Propostas de melhorias no atendimento a paciente lésbica.**

6.1 CATEGORIA I – Limitações na Qualidade da Assistência Prestada à Mulher Homossexual

Realizou-se uma análise de conteúdo dos artigos, que deu origem as seguintes subcategorias:

I. Despreparo/Negligência: Encontram-se nesta subcategoria artigos que mostram que há alguns profissionais despreparados para atender a população lésbica por não ter conhecimento sobre as práticas sexuais desse grupo, bem como das orientações e cuidados a serem prestados com vistas à prevenção de doenças e promoção da saúde. No que tange a negligência, o atendimento pode ser descuidado, onde o profissional age com desleixo sem dar a devida importância à mulher homossexual. Exemplos: “Olhares profissionais generalizantes não só revelam um *despreparo* para se lidar com as especificidades sexuais, mas também não permitem que mulheres revelem sua lesbiandade ou sua bissexualidade” (VALADÃO; GOMES, 2010). “As mulheres participantes deste estudo avaliaram que há um

despreparo dos profissionais de saúde no cuidado as mulheres lésbicas e bissexuais” (CARVALHO et al, 2013). “Cabe ressaltar algumas impressões de lésbicas a respeito do atendimento oferecido por profissionais de saúde, em que elas relatam episódios de *negligência*, discriminação e abuso por parte dos prestadores de cuidados” (SOUSA et al, 2014). “As utentes lésbicas dizem receber informações e aconselhamento profissional que não lhe são úteis nem adequados, deixando por cumprir apoios que correspondem às suas necessidades e vulnerabilidades particulares” (MARQUES; OLIVEIRA; NOGUEIRA, 2013).

II. Preconceito/Discriminação: Esta subcategoria elencou os artigos que apontam o preconceito e a discriminação sofridos pelas mulheres lésbicas nos serviços de saúde. Esse preconceito diz respeito a uma diferenciação no atendimento a partir do momento que o profissional descobre que sua paciente se trata de uma mulher homossexual, adotando um comportamento hostil. Exemplos: “Os tabus e *preconceitos* sobre a vida sexual e reprodutiva, pelas concepções de gênero e sexualidade, tem se constituído um impedimento para a atenção integral de qualidade à lésbica” (SOUSA et al, 2014). “Há diferenciação no atendimento realizado nos serviços de saúde no que diz respeito à realização do exame preventivo de câncer cérvico uterino, situação que denota *discriminação* e iniquidade” (CARVALHO et al, 2013).

III. Invisibilidade social/Vulnerabilidade: Foram reunidos nesta subcategoria artigos que reportam a questões de invisibilidade social, muitas vezes desencadeadas pelas próprias mulheres, que temem sofrer preconceitos nos serviços de saúde e acabam negligenciando a busca pelos serviços, sendo conduzidas a uma situação de invisibilidade na sociedade. Esta realidade acaba colocando-as em uma posição de maior vulnerabilidade, pois terminam ficando mais expostas a agravos e doenças. Exemplos: “Silêncio sobre a orientação sexual por parte das lésbicas pode contribuir tanto para a sua *vulnerabilidade* quanto para a *invisibilidade social*” (VALADÃO; GOMES, 2010). “O pouco conhecimento destas mulheres sobre a prevenção e a prática de sexo seguro é resultado da *vulnerabilidade individual e social* instaurada pelo preconceito e pelo modelo heterossexual instalado” (CARVALHO et al, 2013).

IV. Heterossexismo: Inclui artigos em que os autores apontam que alguns profissionais veem a homossexualidade como uma prática anormal, ou tratam todas as pacientes como heterossexuais. Exemplos: “*Heterossexismo* é definido como a crença de que o mundo é heterossexual, e que qualquer outro tipo de orientação é considerado prática

insalubre” (SOUSA et al, 2014). “Durante o atendimento, os profissionais de saúde não questionam qual a orientação sexual da mulher, pressupondo que *todas são heterossexuais*” (CARVALHO et al, 2013). “O autor propõe redimensionar a noção de homofobia para a ideia de *heterossexismo*, evidenciando o prejuízo social decorrente da não adequação de pessoas ao padrão heterossexual” (LIONÇO, 2008). “Tendencialmente, os serviços e os profissionais de saúde consideram que os utentes que os procuram são *heterossexuais*” (MARQUES; OLIVEIRA; NOGUEIRA, 2013).

V. Resistência das lésbicas em procurar os serviços de saúde: Aqui foram inclusos artigos que mostram que as próprias pacientes lésbicas tem certo receio em buscar os serviços de saúde, algumas vezes por medo do preconceito que supõem vir a sofrer, devido essa prática ser tão comum, e em outros casos por acharem que não necessitam de cuidados uma vez que não tem relações sexuais com homens. Exemplos: “*O medo de não ser compreendida* pelos profissionais de saúde, de ser estigmatizada ou discriminada, afasta as mulheres homossexuais ou bissexuais dos serviços de saúde” (CARVALHO et al, 2013). “Foi muito comum a referência à *ausência de necessidade*. Essa argumentação incluiu a falta de necessidade por não ter corrido riscos, e por ausência de sintomas” (BARBOSA; FACCHINE, 2009).

Tabela 2: Limitações na Qualidade da Assistência Prestada à Mulher Homossexual, referente aos estudos, selecionados entre os anos de 2005 a 2015.

LIMITAÇÕES NA ASSISTÊNCIA	Fr	Fr(%)
Despreparo/Negligência	7	27
Preconceito/Discriminação	6	23,1
Invisibilidade social/Vulnerabilidade	5	19,2
Heterossexismo	5	19,2
Resistência das lésbicas em procurar os serviços de saúde	3	11,5
TOTAL	26	100%

A **CATEGORIA I:** *Limitações na Qualidade da Assistência Prestada à Mulher Homossexual*, disposta na tabela 2, considera os estudos que retratam as dificuldades encontradas para que seja prestado um atendimento de qualidade as pacientes lésbicas.

Nesta perspectiva, pôde-se ver que o despreparo profissional surge como um dos principais empecilhos na hora de se prestar uma boa assistência, sendo apontado em 27% dos estudos. Autores como Barbosa e Facchine (2009) apontam que a menor procura pelos serviços de saúde está associada à existência de discriminação no momento do atendimento, e ao despreparo dos profissionais para lidar com as “especificidades” desse grupo populacional. Os profissionais de saúde não tem conhecimento suficiente para orientar e tratar as mulheres homossexuais, e acabam negligenciando o atendimento, deixando de colher informações cruciais, não realizando exames de rotina, e tratando com descaso a orientação sexual da paciente. Reafirmando situações como esta, Sousa et al (2014) apontam que após a lésbica manifestar sua orientação sexual, os profissionais dão encaminhamento ao atendimento mais rápido ou não solicitaram exames, o que compromete o atendimento.

A análise das publicações demonstrou que, após o relato da orientação sexual as mulheres geralmente afirmam receber tratamento inadequado, e os profissionais por sua vez apresentam mudança de atitude, comentários preconceituosos, ausência de oferta de exames clínicos, de mamas ou Papanicolau. A queixa mais comum refere-se ao fato de o profissional, após o relato, agir como se não tivesse recebido a informação ou como se não tivesse nada a comentar ou orientar a respeito, aparentando assim uma conduta de esquiva, quer seja por falta de informação a respeito, ou preconceito (BARBOSA; FACCHINE, 2009). Nesta mesma linha vale ressaltar que 23,1% dos estudos mostraram o preconceito e a discriminação como grandes dificultadores na qualidade da assistência, uma vez que acabam afastando as mulheres dos serviços de saúde.

Autores como Zanardo e Andrade (2013) afirmam que a homofobia sofreu alterações e hoje é normal aos olhos de quem pratica, entende-se que um dos motivos para que isso ocorra sejam as variadas formas que caracterizam o evento. Por se apresentar de muitas maneiras, na maioria das vezes como piadas, olhares de reprovação isolados e comentários avulsos; o indivíduo não percebe que há uma prática discriminatória, e por não perceber não faz uma auto avaliação de seus atos, e não havendo essa reflexão não haverá mudança no comportamento.

O Ministério da Saúde percebe que os indivíduos pertencentes às diversidades sexuais encontram-se numa situação de vulnerabilidade na saúde, este conceito vai além da observação de práticas sexuais de risco, constata-se que este grupo sofre com processos discriminatórios e preconceituosos, suprimindo seu direito à saúde, à dignidade, a não discriminação, à autonomia e ao livre desenvolvimento (BRASIL, 2008).

No atendimento as mulheres lésbicas os profissionais não questionam sua sexualidade, acreditando que todas as mulheres são heterossexuais, a mulher por sua vez sente vergonha ou medo de revelar sua opção sexual e ser mal tratada. O que acaba tornando a assistência fragmentada e descontextualizada, haja vista que serão ofertadas informações que não são de interesse da mulher. Autores como Sousa et al (2014) afirmam que durante a consulta da mulher homossexual deve haver a utilização de técnicas e habilidades específicas na entrevista para garantir uma adequada anamnese e condução das orientações. Para tanto os profissionais devem estar habilitados para reconhecer as necessidades especiais deste grupo e saber como atender aos seus anseios.

Dificuldades encontradas na busca pelo serviço de saúde acabaram criando um distanciamento entre as mulheres lésbicas e o serviço de saúde, quer seja pelo medo do preconceito, ou por achar que não apresentam necessidades. Esse pensamento deve ser desconstruído, e isso só pode acontecer através de informações adequadas.

Desta forma é função dos profissionais de saúde, sobretudo do enfermeiro estar preparado para atender as mulheres de forma holística, se esquivando de uma visão heterossexista, para que assim possamos assistir a mulher lésbica com qualidade, evitando que haja mais limitações na assistência.

6.2 CATEGORIA II – Propostas de Melhorias no Atendimento à Paciente Lésbica

Após a leitura dos estudos foram identificadas nesta categoria, as seguintes subcategorias:

I. Proporcionar um ambiente acolhedor: Nesta subcategoria estão enquadrados os artigos cujos autores apresentam a necessidade de criar um ambiente acolhedor e propício para que o diálogo e a confiança possam ser instaurados. Exemplos: “Destaca-se que o enfermeiro pode *criar um ambiente acolhedor* a partir do diálogo que aborde as crenças, preocupações, e orientações sobre sexualidade” (SOUSA et al, 2014). “A universalidade do direito a saúde requer que se proponham *estratégias de acolhimento* e atenção específicas” (LIONÇO, 2008). “Durante o atendimento cabe ao profissional desenvolver habilidades capazes de favorecer um *ambiente adequado*” (ARAUJO et al, 2006).

II. Humanização/Holismo: Esta subcategoria mostra artigos em que os autores acham crucial para um atendimento de qualidade que haja humanização por parte dos profissionais, e que os pacientes sejam visto de forma holística, como um todo. Exemplos: “É imperioso portanto, que o profissional tenha habilidade para percepção dos indícios verbais e não verbais contidos na mensagem dos usuários” (ARAUJO et al, 2006). “Assegurar o *atendimento humanizado* e livre de preconceito e discriminação por orientação sexual” (LIONÇO, 2008). “O profissional de saúde deve ter *sensibilidade* para perceber se a mulher é heterossexual ou homossexual” (CARVALHO et al, 2013). “*Criando um clima de confiança* e de garantia de confidencialidade” (MARQUES; OLIVEIRA; NOGUEIRA, 2013).

III. Ampliação de estudos científicos sobre o tema: Esta subcategoria apontou que há uma lacuna na produção de estudos científicos acerca da homossexualidade feminina, e este fator desencadeia uma dificuldade na qualidade da assistência, devendo então haver uma ampliação dos estudos. Exemplos: “A uma *escassa produção científica* abordando a temática saúde e homossexualidade feminina no Brasil” (BARBOSA; FACCHINE, 2009). “Mais pesquisas desta temática são necessárias para *aumentar as evidências científicas* e consolidar referências para atuação profissional” (SOUSA et al, 2014). “Conforme se percebeu *existe uma carência de trabalhos* relacionados à abordagem da homossexualidade” (ARAUJO et al, 2006).

IV. Políticas públicas: Na presente subcategoria são apontados artigos em que os autores definem a abrangência de políticas públicas que garantam a equidade de gênero e os direitos da população LGBT como uma excelente estratégia de melhoria na assistência prestada. Exemplos: “A necessidade de uma política de saúde para essa população já foi evidenciada e formalizada em 2004” (LIONÇO, 2008). “Essa luta obtém o seu reconhecimento máximo quando passa ser objeto do campo das políticas, traduzidas no Programa Federal Brasil sem Homofobia (BRASIL, 2004a) e na Política Nacional de Saúde Integral de LGBTT (Ministério da Saúde, 2008)” (VALADÃO; GOMES, 2010).

V. Capacitação profissional sobre sexualidade: Nesta subcategoria se enquadram artigos que apresentaram como proposta de melhoria a qualificação dos profissionais de saúde desde a graduação, formando assim pessoas competentes para lidar com a sexualidade dos pacientes, bem como a educação em saúde continuada de profissionais, para que estes tenham conhecimento sobre as práticas lésbicas e possam orientar e tratar adequadamente as mulheres homossexuais. Exemplos: “A *formação* é uma estratégia necessária para que exista efetivo investimento no desenvolvimento das competências profissionais” (MARQUES; OLIVEIRA; NOGUEIRA, 2013). “Respeito à sexualidade é uma temática que deve ser discutida desde a *formação* nos cursos de graduação da área da saúde” (CARVALHO et al, 2013). “*Unge treinar os profissionais* em técnicas e habilidades de abordagem a sexualidade” (ARAUJO et al, 2006). “Os profissionais de saúde devem ter em seus currículos conteúdos a respeito do enfrentamento do preconceito relacionado à orientação sexual e à identidade de gênero, a fim de que não caiam em naturalizações ou preconceitos” (VALADÃO; GOMES, 2010).

Tabela 3: Propostas de melhorias no atendimento a paciente lésbica, referente aos estudos, selecionados entre os anos de 2005 a 2015.

PROPOSTAS DE MELHORIAS	Fr	Fr(%)
Proporcionar um ambiente acolhedor	6	22,2
Humanização/Holismo	6	22,2
Ampliação de estudos científicos sobre o tema	6	22,2
Políticas Públicas	5	18,5
Capacitação profissional sobre homossexualidade	4	14,9
TOTAL	27	100%

A CATEGORIA II: *Propostas de melhorias no atendimento a paciente lésbica.* A tabela 3 enfoca os estudos que apresentam formas de melhorar a assistência através de algumas medidas que serão discutidas a seguir.

Notou-se que nos estudos utilizados nessa revisão, questões como proporcionar um ambiente acolhedor, tratarem os pacientes de forma mais humanizada tendo uma visão da mulher como um todo, e ampliação dos estudos científicos a cerca da homossexualidade apresentaram maior visibilidade com 22,2%, como sendo as principais propostas de melhorias da assistência. Pôde-se observar que todos esses indicadores estão diretamente ligados aos profissionais de saúde, o que indica de onde deve partir a iniciativa para melhora do atendimento.

Conforme Araújo et al (2006), a relação profissional-usuária é fria, distante, não proporcionando a interação e oportunidade para que as mulheres se coloquem abertamente acerca da sua vida, especialmente em relação ao exercício da sexualidade, podendo uma mulher levar anos sendo atendida pelo menos profissional para poder sentir-se confortável de revelar a ele sua orientação sexual. Para que haja uma comunicação eficaz o profissional deve, sobretudo, respeitar e acolher bem seus pacientes.

O enfermeiro é capaz de tornar o ambiente favorável à conversação, através de iniciativas que demonstrem interesse na vida e, sobretudo na saúde da paciente, criando assim vínculos que favorecem um bom diálogo e confiança, evitando que informações importantes deixem de ser reveladas. Para tanto é imprescindível que o enfermeiro se destitua de preconceitos a fim de desenvolver uma desconstrução de ideologias e mitos sobre este grupo, fazendo assim que haja uma assistência humanizada, pautada no respeito ao próximo e as suas singularidades.

Araújo et al (2006) asseguram que para que haja um aconselhamento satisfatório, o profissional de saúde deve desenvolver a habilidade de escuta e estar aberto às demandas da mulher. O desempenho destas atividades implica em uma readequação dos serviços e preparo dos profissionais especialmente em temas relacionados à abordagem da sexualidade, sendo necessárias a capacitação e educação permanente dos mesmos.

As produções científicas acerca da assistência de saúde a mulher lésbica são bastante escassas, comose pôde constatar no decorrer da pesquisa, o que acaba refletindo no atendimento, visto que os profissionais não encontram material necessário para estudo. Esta carência reafirma a invisibilidade social deste grupo.

O treinamento profissional sobre a sexualidade feminina merece destaque, visto que a principal maneira de melhorar o atendimento é capacitando o profissional prestador da assistência. Marques, Oliveira e Nogueira (2013) destacam que há uma falha no desenvolvimento de competências profissionais, ressaltando que a boa formação deve ser assumida como uma das estratégias de desenvolvimento de competências de comunicação dos profissionais, tornando-os assim capazes de: utilizar uma linguagem neutra e não discriminatória das orientações sexuais; não apresentar preconceitos infundados; explicar claramente o motivo de solicitar alguns exames, criando um clima de confiança e de garantia da confidencialidade; conhecer algumas práticas sexuais e terminologia específica; e, por fim,

integrar as necessidades particulares das usuárias dos serviços de saúde lésbicas nas práticas de educação e de aconselhamento em saúde.

Os autores Carvalho et al (2013) também concordam que a sexualidade deve ser discutida desde a formação nos cursos de graduação da área da saúde, formando assim pessoas competentes. Os profissionais de saúde devem ter em seus currículos, conteúdos a respeito do enfrentamento do preconceito relacionado à orientação sexual e à identidade de gênero, a fim de que não caiam em naturalizações, e que não venham a tratar seus pacientes com desprezo e despreparo. Questões como tolerância a diversidade, o respeito aos direitos e a humanização devem ser sempre incentivadas durante o percurso profissional dos trabalhadores da saúde.

Zanardo e Andrade (2013) propõem a criação e execução de disciplinas que estimulem o aluno a afrontar seus conceitos de mundo, aprendendo no cotidiano pela prática a questionar valores ditados até então por uma educação formal e informal. Entende-se que somente através de um processo reflexivo acerca de seus próprios atos e ideias é que o profissional será capaz de exercer a arte de cuidar com qualidade.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta revisão analisou questões acerca das limitações encontradas por mulheres lésbicas na busca por serviços de saúde, bem como as condutas apontadas para melhorias. Como se percebeu, existe uma carência de trabalhos relacionados à abordagem da homossexualidade nos serviços de saúde, e principalmente relacionada à assistência de enfermagem, o que dificultou muito o trabalho, onde apenas 7 artigos foram selecionados nos critérios de inclusão. Há ainda muito a ser estudado, questões como: por que os profissionais não são capacitados para atender a mulher de forma holística; e quais as condutas profissionais específicas para esse grupo, devem ser levantadas.

Em todos os trabalhos pesquisados pode-se notar que há fragilidades na assistência prestada, desencadeada por uma série de fatores. Ações de enfermagem voltadas para esse público são diminutas, e precisam ser criadas, como forma de atrair as mulheres aos serviços de saúde, uma vez que elas mesmas se sentem excluídas.

É ainda na formação dos profissionais de saúde, sobretudo enfermeiros, que se deve incluir disciplinas e informações acerca da assistência a mulher lésbica, para que não venham a ser formados profissionais preconceituosos e incapazes de atender a população por falta de conhecimentos.

Esperamos que os resultados aqui discutidos possam contribuir para uma reflexão acerca da importância da assistência de saúde e enfermagem a mulher lésbica, sugerimos que estudos posteriores se detenham a analisar pesquisas publicadas em outros idiomas.

Assim, é imprescindível que o enfermeiro se destitua de preconceitos para que possibilite a formação de uma assistência integral e igualitária, vendo a mulher como um ser complexo que é.

8. REREFENCIAS

- ALMEIDA, G. **Argumentos em torno da possibilidade de infecção por DST e Aids entre mulheres que se auto definem como lésbicas**. Physis-Revista de Saúde Coletiva, v. 19, n. 2, p. 301-311, 2009.
- ARAÚJO, M. A. L. et al. Relação Usuária-Profissional de saúde: Experiência de uma mulher homossexual em uma Unidade de Saúde de referência de Fortaleza. Escola Anna Nery, v.10, n. 2, p. 323-7, ago. 2006.
- BARBOSA, Regina Maria; FACCHINI, Regina. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Sup2, p. S291-S300, 2009.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo** (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trads.). Lisboa: Edições 70, 2006.
- BERTOLIN, D. C. et al. Conhecimento de mulheres que fazem sexo com mulheres sobre o papiloma vírus humano. **CogitareEnferm.** 2010 Out/Dez; 15(4):730-5.
- BRAGA, D. S. **Novos/outros corpos, gêneros e sexualidades: experiências de lésbicas, gays e transgêneros no currículo escolar**. Educação em Perspectiva, Viçosa, v. 2, n. 1, p. 11-27, jan./jun. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2004). Brasil sem Homofobia: Programa de Combate a Violência e à Discriminação contra GLTB e de Promoção da Cidadania Homossexual. Brasília, DF.
- BRASIL. Política nacional de saúde integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da população de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais. Brasília: Departamento de Apoio à Gestão Participativa / Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa/Ministério da Saúde, 2008a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/texto_da_politica_lgbt_sgep.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais. *Revista de Saúde Pública*, v. 42, n. 3, p. 570-573, 2008b.

CARDOSO, M. R.; FERRO, L. F. **Saúde e População LGBT: Demandas e Especificidades em Questão.** *PSICOLOGIA: CIÊNCIA E PROFISSÃO*, 2012, 32 (3), 552-563.

CASTELARI, M. L. S. **O Discurso do Homossexualismo Feminino.** 2013. 105 F. Dissertação de Mestrado em Análise de Discurso do curso de Letras. Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul. Unidade Universitária de Campo Grande - MS, 2013.

CARVALHO, P. M. G.; et al. **Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis por mulheres homossexuais e bissexuais: estudo descritivo.** 2013.

JAGGAR, A.M.; BORDO, S. R. **Gênero, Corpo, Conhecimento.** Tradução de Brítta Lemos de Freitas. - Rio de Janeiro: Record: Rosa dos Tempos, 1998.

KOFES, S. **CATEGORIAS ANALÍTICA E EMPÍRICA: GÊNERO E MULHER: Disjunções, conjunções e mediações.** XVIII Reunião da Associação Brasileira de Antropologia. Belo Horizonte, 1992.

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

MARQUES, A. M.; OLIVEIRA, J.M.; NOGUEIRA, C. A população lésbica em estudos da saúde: contributos para uma reflexão crítica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(7): 2037-2047, 2013.

MENDES, K. D. S; SILVEIRA, R. C. C. P; GALVÃO, C. M. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem.** *Texto Contexto Enferm.* v. 17, n. 4, p. 758-64, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>> Acesso em: 20 fev. 2015.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Síntese das Diretrizes para a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher- 2004 a 2007.

OLINTO, M. T. A. Reflexões sobre o uso do conceito de gênero e/ou sexo na epidemiologia: um exemplo nos modelos hierarquizados de análise. *Rev. Bras. Epidemiol.* Vol. 1, Nº 2, 1998

RODRIGUES, J. L. **Estereótipos de gênero e o cuidado em saúde sexual de mulheres lésbicas e bissexuais**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2011.

SANTOS, G. B.; MACHADO, I. M. ESTUDO DE CASO SOBRE A CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE SOCIAL EM ESFERA POLÍTICA: GÊNERO, DISCURSO E LEGITIMAÇÃO. **Revista do Curso de Letras da UNIABEU**. Nilópolis, v.3, n. 3, 2012.

SANTOS, M. L.; MURAI, H. C. Homossexualismo feminino: um novo contexto para o trabalho humanizado na enfermagem. **RevEnferm UNISA** 2011; 12(1): 48-51.

SILVEIRA, R. M. G. **Diversidade de gênero – mulheres**, 2009. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/dados/cursos/edh/redh/03/03_rosa1_diversidade_genero.pdf > Acessado em: 26 Fev. 2015

SOUSA, J. C. et al. Promoção da saúde da mulher lésbica: cuidados de enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm**. 2014 dez; 35(4):108-13.

SOUZA, M.T.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*. Vol. 8, n.(1Pt 1), p.102-106, 2010. Disponível em: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1134-Einsteinv8n1_p102-106_port.pdf>. Acesso em: 14 Mar. 2015.

VALADÃO, R. C.; GOMES, R.A homossexualidade feminina no campo da saúde: da invisibilidade à violência. *PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1451-1467, 2010.

ZANARDO, B. V. F.; ANDRADE, S. M. O. Reflexões sobre as diversidades sexuais na saúde: uma revisão de literatura. **Revista Pitágoras** – ISSN 2178-8243, Nova Andradina, v. 4, n. 4, dez/mar.2013.