



Pesquisas SOS CORPO

# Lésbicas, Sexualidade e Saúde

Síntese dos Resultados da Pesquisa Direitos Sexuais  
e Necessidades de Saúde de Lésbicas e Mulheres Bissexuais  
na Percepção de Profissionais de Saúde e Usuárias do SUS

Este caderno apresenta uma síntese dos resultados da pesquisa Direitos Sexuais e Necessidades de Saúde de Lésbicas e Mulheres Bissexuais na Percepção de Profissionais de Saúde e Usuárias do SUS. Esse estudo foi realizado pelo SOS CORPO Instituto Feminista para a Democracia, com o apoio técnico e financeiro do Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais (MS/SVS/DST-AIDS E HEPATITES VIRAIS), por meio do Projeto de Cooperação Técnica Internacional 914/BRA/1101 firmado entre o Governo brasileiro e a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura – UNESCO por meio do Termo de Cooperação Técnica TC 248/07.



# Lésbicas, Sexualidade e Saúde

Síntese dos Resultados da Pesquisa Direitos Sexuais  
e Necessidades de Saúde de Lésbicas e Mulheres Bissexuais  
na Percepção de Profissionais de Saúde e Usuárias do SUS



Ministério da Saúde  
Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais  
Termo de Cooperação Técnica 248/07

Recife, outubro de 2009

### **Equipe de Pesquisa**

Instituição Responsável: SOS Corpo Instituto Feminista para a Democracia  
Instituição Parceira: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz

### **Coordenação**

Ana Paula Portella  
Verônica Ferreira

### **Pesquisadoras**

Ana Gabriella de S. Andrade  
Ana Paula Lopes de Melo  
Bruna Inojosa da Costa Lima  
Danielle F. Sant'anna  
Domitila Almeida de Andrade  
Maria Antonieta Albanez de Medeiros  
Paula Rafaela Gonçalves Lima  
Sheila Bezerra  
Taciana Gouveia

### **Administração**

Eleny Xavier  
Fabiana Carvalho

### **Secretaria**

Fátima Santos  
Caline Nascimento

### **Redação**

Ana Paula Portella

### **Capa, Projeto Gráfico e Diagramação**

Triade Design

### **Impressão**

Provisual Divisão Gráfica Ltda

*Sugerimos e motivamos a reprodução total ou parcial das idéias aqui expostas por todos os meios (conhecidos ou desconhecidos). Para a cópia e difusão dos materiais publicados, favor citar as fontes.*

---

Portella, Ana Paula

Lésbicas, sexualidade e saúde: síntese dos resultados da Pesquisa Direitos Sexuais e Necessidades de Saúde de Lésbicas e Mulheres Bissexuais na percepção de profissionais de saúde e usuárias do SUS / Ana Paula Portella; coordenação de Verônica Ferreira e Ana Paula Portella.- Recife: SOS Corpo – Instituto Feminista para a Democracia, 2009.

40 p.

1. Lésbicas. 2. Mulheres bissexuais. 3. Profissionais de saúde. 4. Sistema Único de Saúde. 5. Direitos sexuais. I. Ferreira, Verônica, coord. II. Portella, Ana Paula, coord.

---

# Sumário

|    |                                                  |    |
|----|--------------------------------------------------|----|
| 1  | Introdução                                       | 7  |
| 2  | Contexto e Objetivos                             | 8  |
| 3  | Metodologia                                      | 11 |
| 4  | Perfil dos/as respondentes                       | 13 |
| 5  | Trajetória de Vida das Mulheres                  | 16 |
| 6  | Concepções sobre sexualidade lésbica e bissexual | 21 |
| 7  | Necessidades de saúde                            | 23 |
| 8  | A assistência a lésbicas nos serviços de saúde   | 27 |
| 9  | Situações de discriminação nos serviços de saúde | 33 |
| 10 | Considerações finais e recomendações             | 36 |
| 11 | Bibliografia Utilizada na Análise                | 38 |





## Siglas

LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais

MS – Ministério da Saúde

SAE – Serviço de Atendimento Especializado

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

SUS – Sistema Único de Saúde

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis





# 1 Introdução

Este caderno apresenta uma síntese dos resultados da pesquisa Direitos Sexuais e Necessidades de Saúde de Lésbicas e Mulheres Bissexuais na Percepção de Profissionais de Saúde e Usuárias do SUS. Esse estudo foi realizado pelo SOS CORPO Instituto Feminista para a Democracia, com o apoio técnico e financeiro do Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais (MS/SVS/DST-AIDS E HEPATITES VIRAIS), por meio do Projeto de Cooperação Técnica Internacional 914/BRA/1101 firmado entre o Governo brasileiro e a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura – UNESCO por meio do Termo de Cooperação Técnica TC 248/07.

A pesquisa teve como objetivo estudar as atitudes de profissionais de saúde do SUS no atendimento a lésbicas e mulheres bissexuais, a partir das perspectivas dos próprios profissionais de saúde e de usuárias lésbicas e bissexuais. Foi realizada no Recife, envolvendo 29 profissionais de saúde e 17 usuárias. Utilizou-se metodologia qualitativa, baseada em entrevistas semiestruturadas e observação do cotidiano de cinco unidades de saúde. Os resultados caracterizam o perfil sócio-demográfico de usuárias e profissionais, descrevem as unidades de saúde e analisam as percepções de usuárias e profissionais com relação ao atendimento de lésbicas e mulheres bissexuais nos serviços de saúde. Procurou-se, ainda, identificar práticas homofóbicas por parte das equipes profissionais. Com isso, pretendeu-se identificar e analisar criticamente os campos problemáticos na oferta e qualidade da assistência a este grupo populacional, produzindo recomendações para os serviços de saúde.

Esperamos que a análise aqui apresentada possa colaborar para a melhoria das políticas públicas de assistência à saúde sexual e prevenção às DST e HIV/AIDS entre lésbicas e mulheres bissexuais.

O consentimento livre e esclarecido foi obtido de todas/os as/os participantes e o protocolo dessa pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisa Ageu Magalhães – CpqAM da FIOCRUZ, com o número 014/2008, em 19/03/2008.





## 2 Contexto e Objetivos

São poucas as informações sobre as necessidades de saúde de mulheres lésbicas e bissexuais, bem como sobre os comportamentos, atitudes e crenças relacionadas ao exercício da sexualidade lésbica, o que pode reforçar a crença de que o relacionamento entre mulheres não traz riscos à saúde sexual e, por consequência, deixando-as mais expostas às DST e ao HIV/Aids. A seguir, apresentamos uma lista com algumas informações oriundas das poucas pesquisas brasileiras que tratam dessa questão:

1. Pesquisa do MS (2008) sobre conhecimento, atitudes e práticas da população brasileira relacionadas à sexualidade verificou que 7,6% das pessoas sexualmente ativas já tiveram relação com alguém do mesmo sexo na vida. Entre as mulheres, esse percentual é de 5,2% e entre os homens, de 10%.
2. Mulheres que fazem sexo com mulheres fazem menos exames ginecológicos, exames de Papanicolau e de prevenção de câncer de mama (BARBOSA E FACCHINE, 2009).
3. 60% das mulheres que faziam sexo com mulheres em uma unidade de saúde de São Paulo tinham queixa de DST. Após os exames, as prevalências encontradas foram: fungos (25,6%), vaginose bacteriana (33,8%), trichomonas (3,5%), clamídia (1,5%), citologia com alterações benignas (90%) e citologia com outras alterações (7,7%). Apesar disso, apenas 2,1% dessas mulheres usam proteção em todas as suas relações sexuais; 80,4% nunca fazem uso de proteção porque consideram que não há necessidade, confiam na companheira ou desconhecem formas de se proteger (PINTO, 2004).
4. O HIV facilita a aquisição de outras DST e estas, por sua vez, favorecem à infecção pelo HIV: as úlceras genitais, por exemplo, podem aumentar o risco de transmissão do HIV em até 18 vezes (PINTO, 2004).
5. As lésbicas, assim como as mulheres heterossexuais, podem se infectar com o HIV através do uso de drogas injetáveis, sexo com homens, uso de acessórios sexuais (dildos, chamados popularmente de “conso-los”, e vibradores), inseminação artificial, transfusão de sangue, exposição ocupacional, além do contato com sangue menstrual (PINTO, 2004).
6. Pouco mais da metade (52%) das mulheres que fazem sexo com mulheres, entrevistadas pelo Grupo Arco-Íris, no Rio de Janeiro, não usava nenhum tipo de proteção contra DST; 48% usavam a camisinha feminina, 30% a camisinha cortada e em torno de 25% usavam luvas, gel ou papel filme. Observou-se uma razoável rejeição a práticas de penetração vaginal, seja com o dedo – rejeitada por 47% das mulheres – ou com o uso de acessórios – rejeitado por 68% das entrevistadas (ARCO-ÍRIS, 2008).



7. Com relação às DST, 78% relataram que nunca tiveram nenhuma dessas enfermidades, o que é consistente com suas percepções sobre o risco de lésbicas contraírem DST. Para 54% das mulheres esse risco não existe para o HIV e para 44% não existe para as DST em geral (ARCO-ÍRIS, 2008).

Estudos diversos indicam que ainda é baixo o grau de conhecimento das mulheres, especialmente as mais jovens e pobres, sobre os processos corporais e sexuais, o que lhes dificulta a expressão clara de suas demandas e necessidades de saúde e o diálogo com os profissionais. Em um contexto de intensa discriminação e preconceito com relação às sexualidades “desviantes”, a relação das lésbicas e mulheres bissexuais com os serviços de saúde se dá praticamente no vazio. Dito de outra forma estrutura-se em torno do silêncio e da invisibilidade.

Práticas se baseiam em concepções. A despeito das normas e programas do Ministério da Saúde voltados para esta população, as práticas discriminatórias se mantêm. Os processos de capacitação, por sua vez, têm se revelado insuficientes e, muitas vezes, ineficazes se não logram identificar e transformar as concepções que movem a prática dos profissionais. Estabelece-se, assim, uma via de mão dupla um tanto quanto perversa: as mulheres não se sentem motivadas a procurar os serviços de saúde expressando de forma clara a sua orientação sexual, e os/as profissionais preferem não ver e tomam como dado que as lésbicas não frequentam os serviços.

Assim, assumimos para esta pesquisa que a sexualidade lésbica não é visível nos serviços de saúde. As equipes profissionais não percebem as experiências sexuais das mulheres que fazem sexo com mulheres e, consequentemente, não identificam especificidades na sua situação de saúde. Este processo de invisibilização é marcado por concepções preconceituosas que, muitas vezes, resultam em ações de violação dos direitos das mulheres. Por isso, tomou-se como hipóteses orientadoras deste trabalho as que se seguem abaixo:

1. Os serviços públicos de saúde da Região Metropolitana do Recife não oferecem ações assistenciais voltadas especificamente para as mulheres lésbicas e bissexuais.
2. As equipes profissionais atuam de forma preconceituosa e discriminatória com relação às mulheres lésbicas e bissexuais.
3. As mulheres lésbicas e bissexuais encontram dificuldades para expressar seus problemas de saúde relacionados à vivência da sexualidade e para buscar prevenção e tratamento contra DST, HIV/Aids.
4. As equipes dos serviços especializados apresentam maior sensibilização para as demandas e situação específica das mulheres lésbicas e bissexuais do que aquelas que atuam em outro tipo de unidade de saúde.

Nesse quadro, foi estabelecido como **objetivo geral** da pesquisa:

Estudar as atitudes de profissionais de saúde do SUS no atendimento a lésbicas e mulheres bissexuais, a partir das perspectivas dos próprios profissionais de saúde e de usuárias lésbicas e bissexuais.

Como **objetivos específicos** foram definidos:

- 1) Identificar e caracterizar as necessidades de saúde das mulheres lésbicas e bissexuais usuárias do SUS, especialmente no que se refere à prevenção e tratamento de DST, HIV/Aids.

- 2) Estudar a percepção das usuárias com relação ao atendimento que recebem nos serviços de saúde do SUS.
- 3) Estudar a percepção dos profissionais de saúde com relação à sexualidade lésbica e às necessidades de saúde de lésbicas e mulheres bissexuais.

Pernambuco é um estado que concentra um grande número de movimentos sociais, com especial destaque para os movimentos de mulheres. Na última década, foram formados vários grupos populares de defesa da diversidade sexual, alguns dos quais integrados exclusivamente por lésbicas e auto-identificados como tal.

Para esta pesquisa, entrevistamos lésbicas que integram estes grupos populares e que são também usuárias do SUS, de forma que o processo de pesquisa e os seus resultados contribuíssem para o fortalecimento destes sujeitos.

Os resultados aqui apresentados, portanto, pretendem produzir impactos nos movimentos sociais que atuam no campo da liberdade e diversidade sexual e, de forma mais direta, na rede pública de saúde, através de recomendações construídas a partir dos resultados e da interlocução direta com as Secretarias de Saúde do Estado e dos municípios da Região Metropolitana. Além disso, quer se constituir em uma base inicial de conhecimento sobre as experiências das lésbicas e mulheres bissexuais nos serviços de saúde, que, por sua vez, pode inspirar novos estudos e pesquisas nessa direção.

Entendemos, portanto, que é necessário aprofundar o conhecimento sobre o acolhimento nos serviços de saúde das mulheres lésbicas e bissexuais que utilizam a rede pública de saúde, como um elemento importante para o acompanhamento clínico e terapêutico dessas usuárias. Tratou-se, sobretudo, de ouvir essas mulheres, revelando suas vivências nos serviços de saúde, na tentativa de identificar de forma clara suas demandas. Não estaria completo este quadro se não ouvíssemos também as equipes profissionais, para entender como percebem as usuárias lésbicas e bissexuais e sua sexualidade e necessidades de saúde. O contraponto entre estas percepções nos auxiliou a compreender de que forma os direitos sexuais e o direito à saúde deste grupo populacional vêm sendo tratados pelos serviços públicos de saúde.

Pesquisas como essa são importantes, portanto, porque permitem identificar as concepções que orientam as práticas, possibilitando, além disso, o reordenamento dos serviços para acolher, tratar e garantir direitos. De maneira geral, os resultados aqui apresentados podem contribuir para:

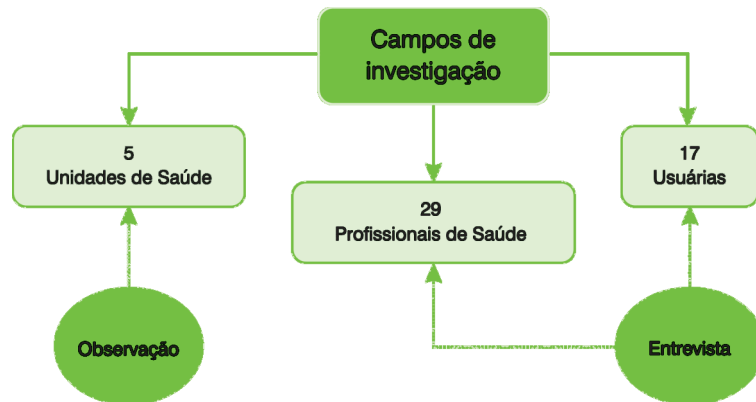
1. Conhecer a realidade dos serviços de saúde, permitindo melhor adequação assistencial dos mesmos às necessidades de mulheres lésbicas e bissexuais, especialmente no que toca à prevenção e ao tratamento de DST e HIV/Aids;
2. Sensibilizar os serviços pesquisados para a questão e permitir uma capacitação inicial com a devolutiva dos resultados globais da pesquisa, agendada para o último mês do processo;
3. Subsidiar a formulação e implantação de políticas públicas de assistência à saúde sexual e prevenção às DST e HIV/Aids entre lésbicas e mulheres bissexuais.

### 3 Metodologia

Esta é uma pesquisa qualitativa que se utilizou da entrevista semiestruturada e da observação como principais meios de produção das informações. O universo de pesquisa foi composto por três campos de investigação: a) unidades de saúde; b) profissionais de saúde atuantes nas unidades de saúde; c) lésbicas e mulheres bissexuais usuárias das unidades de saúde. Os critérios de elegibilidade foram: ser mulher, ser usuária do SUS, ser lésbica, bissexual ou fazer sexo com mulheres, ainda que não se identificasse como lésbica.

No total foram entrevistadas 17 mulheres e 29 profissionais de saúde, atuantes em cinco unidades de saúde. Cada unidade de saúde foi observada durante cinco dias ou durante nove ou dez turnos de trabalho, durante os quais também foram realizadas as entrevistas. Foram estudados um serviço de urgência/emergência de um grande hospital da rede estadual de saúde, uma policlínica, dois serviços especializados em DST e HIV/ Aids e uma unidade de saúde da família. A figura abaixo sintetiza o trabalho de campo:

Figura 1 – Produção de dados de acordo com o campo de investigação e técnica de pesquisa utilizada.



Fonte: Dados da Pesquisa

O roteiro de entrevista para as mulheres continha questões referentes ao perfil sócio-demográfico, à vida sexual e reprodutiva, às necessidades de saúde, à relação com os serviços de saúde e a experiências de discriminação e violência dentro e fora destes serviços. Para a observação foi utilizado um roteiro de orientação

com informações sobre a estrutura física e o ambiente geral da unidade, a equipe de trabalho, o fluxo de atendimento e a caracterização de usuários/as. Não foram observadas consultas médicas ou de enfermagem mas tanto usuárias quanto profissionais foram perguntados sobre as mesmas. Observou-se as salas de espera, as situações de triagem, o entorno da unidade, ações de prevenção e de educação em saúde e, no caso do PSF, visitas domiciliares.

A partir da observação das unidades foram identificados e selecionados os profissionais entrevistados, tal como se vê no quadro abaixo:

**Quadro 1 – Número de profissionais entrevistados, de acordo com a unidade de saúde**

| Unidade                          | Nº de profissionais |
|----------------------------------|---------------------|
| Emergência                       | 6                   |
| Policlínica                      | 5                   |
| Serviço especializado DST/Aids 1 | 5                   |
| Serviço especializado DST/Aids 2 | 7                   |
| PSF                              | 6                   |
| <b>Total</b>                     | <b>29</b>           |

Fonte: Dados da Pesquisa

O roteiro de entrevista continha questões referentes ao perfil sócio-demográfico, às concepções sobre sexualidade, homossexualidade e direitos sexuais; às suas percepções sobre os problemas e necessidades de saúde de lésbicas e mulheres bissexuais e sua presença nos serviços; e à forma como acolhe e atende lésbicas e mulheres bissexuais.

Todas as entrevistas foram gravadas e a análise foi feita a partir da identificação de recorrências e diferenças significativas nos discursos dos sujeitos.

O presente projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz, sob nº 014/2008 (Anexo 1). Todas as entrevistas foram realizadas após a leitura em voz alta do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2) pela entrevistadora e após a assinatura do mesmo pelas entrevistadas. Além disso, foi mantido o sigilo e a confidencialidade das informações prestadas pelas/os entrevistadas/os. Todos os nomes apresentados nesse relatório são fictícios.



## 4 Perfil dos/as respondentes

Nesta pesquisa, foram entrevistadas 17 mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde. As três primeiras foram identificadas a partir de sua participação no movimento de mulheres, como representantes de grupos políticos de defesa da diversidade sexual.

Das 17 mulheres entrevistadas, a grande maioria (11 entrevistadas) era jovem, na faixa etária de 19 a 35 anos; as demais tinham entre 41 a 51 anos de idade. Todas as entrevistadas residiam na Região Metropolitana do Recife, nos municípios de Recife, Olinda, Jaboatão dos Guararapes, Paulista e Camaragibe. Quanto à escolaridade, a maioria estava cursando ou havia concluído o ensino médio (10 entrevistadas); 04 estavam cursando ou haviam terminado curso superior e três entrevistadas possuíam o ensino fundamental incompleto. A grande maioria se auto-declarou negra (10 entrevistadas); as demais se identificaram como indígenas (03 entrevistadas), pardas (02 entrevistadas), e brancas (02 entrevistadas). O quadro abaixo traz o perfil das entrevistadas quanto à ocupação e renda.

Quadro 2 – Perfil geral das mulheres entrevistadas – Profissão, Ocupação e Renda

| Nº | Ocupação            | Renda (R\$) |          |
|----|---------------------|-------------|----------|
|    |                     | individual  | familiar |
| 1  | Professora          | 1.280,00    | 2.580,00 |
| 2  | Servidora           | 570,00      | 570,00   |
| 3  | Téc. em informática | 625,00      | 625,00   |
| 4  | Téc. em informática | 520,00      | 2.995,00 |
| 5  | Secretária          | 1.200,00    | 2.200,00 |
| 6  | Desempregada        | nenhuma     | 465,00   |
| 7  | Desempregada        | nenhuma     | não sabe |
| 8  | Educadora           | 915,00      | 1.330,00 |
| 9  | Desempregada        | nenhuma     | 1.400,00 |

| Nº | Ocupação            | Renda (R\$) |          |
|----|---------------------|-------------|----------|
|    |                     | individual  | familiar |
| 10 | Arte-educadora      | 850,00      | não sabe |
| 11 | Professora          | 900,00      | 900,00   |
| 12 | Superv. de cobrança | 1.300,00    | 1.300,00 |
| 13 | Aux. de secretaria  | 585,00      | 585,00   |
| 14 | Pintora de paredes  | 320,00      | 320,00   |
| 15 | Comerciante         | 1.000,00    | 2.000,00 |
| 16 | Aposentada          | 415,00      | 415,00   |
| 17 | Estudante           | nenhuma     | 415,00   |

Foram entrevistados/as 29 profissionais de saúde, que atuavam nas cinco unidades de saúde cuja rotina de atendimento foi observada. Dentre as/os entrevistadas/os, 23 eram mulheres e 06 eram homens, todas/os residentes na Região Metropolitana do Recife. Quanto à faixa etária, cerca de metade das/os profissionais (14) tinha entre 36 e 50 anos, seguidas/os de profissionais com idade entre 50 e 58 anos; 05 tinham entre 25 e 35 anos. Diferentemente das/os usuárias, mais de metade das/os profissionais se auto-declarou branca (13), 05



se auto-declararam negras(os)/pretas(os) ou morenas, 08 pardas/os e 01 amarela/o. A seguir, apresentamos o quadro de escolaridade, função na unidade e renda de cada entrevistada/o.

Quadro 3 – Perfil geral dos/as entrevistados/as

| Nº | Escolaridade        | Função na unidade           | Renda total |
|----|---------------------|-----------------------------|-------------|
| 1  | Superior            | Assistente Social           | 2.000,00    |
| 2  | Médio               | Auxiliar de enfermagem      | 2.000,00    |
| 3  | Superior            | Enfermeira                  | 3.594,00    |
| 4  | Médio               | Maqueiro                    | 615,00      |
| 5  | Superior            | Médica                      | 6.500,00    |
| 6  | Superior incompleto | Auxiliar de enfermagem      | 1.800,00    |
| 7  | Superior            | Auxiliar de enfermagem      | 3.500,00    |
| 8  | Médio               | Auxiliar de enfermagem      | 690,00      |
| 9  | Superior            | Nutricionista               | 3.000,00    |
| 10 | Superior            | Psicólogo                   | 5.000,00    |
| 11 | Superior            | Recepcionista               | 2.500,00    |
| 12 | Pós-graduação       | Enfermeira                  | 3.000,00    |
| 13 | Pós-graduação       | Infectologista              | 7.900,00    |
| 14 | Pós-graduação       | Médica                      | 4.000,00    |
| 15 | Pós-graduação       | Nutricionista               | 8.000,00    |
| 16 | Pós-graduação       | Auxiliar de enfermagem      | 1.900,00    |
| 17 | Especialização      | Aconselhadora               | 4.900,00    |
| 18 | Pós-graduação       | Aconselhadora               | 2.700,00    |
| 19 | Especialização      | Assistente Social           | 1.700,00    |
| 20 | Pós-graduação       | Médica                      | 2.520,00    |
| 21 | Mestrado            | Psicóloga                   | 2.900,00    |
| 22 | Superior incompleto | Auxiliar de enfermagem      | 1.700,00    |
| 23 | Médio               | Técnico de laboratório      | 1.040,00    |
| 24 | Médio               | Agente comunitária de saúde | 776,00      |
| 25 | Médio               | Agente comunitária de saúde | 680,00      |
| 26 | Fundamental         | Auxiliar de higiene         | 490,00      |
| 27 | Superior            | Enfermeira                  | 4.600,00    |
| 28 | Superior incompleto | Estagiário de enfermagem    | 600,00      |
| 29 | Especialização      | Médica                      | 10.000,00   |



É grande o diferencial sócio-econômico entre as mulheres e os/as profissionais entrevistados/as. A presença dos/as profissionais de nível superior eleva a média de praticamente todos os indicadores desse campo, quando comparada a das mulheres: é maior a renda, o nível de escolaridade e as condições de moradia, dadas pelo tipo de residência e pelo acesso a bens de consumo. Não se pode esquecer, contudo, que o perfil sócio-econômico do subgrupo dos/as profissionais de nível médio ou fundamental é praticamente igual ao das mulheres entrevistadas. Entre os/as profissionais, a maioria eram mulheres, com uma média de idade superior a das mulheres entrevistadas que, quando comparados/as a estas, apresentaram uma proporção muito maior de pessoas que se identificaram como negras, o que pode ser resultado da exposição ao debate sobre a igualdade racial e os processos de inclusão do quesito raça/cor nos sistemas de informação em saúde.

Mas também foram encontradas semelhanças entre os dois grupos, sobretudo no que se refere aos arranjos familiares: a maior parte dos domicílios é composta por pessoas adultas, mulheres em sua maioria, que já não residem com sua família de origem. Outra semelhança é o pouco conhecimento com relação às políticas públicas voltadas para esta população. Poucas pessoas citaram os planos e programas que tratam das questões de saúde das lésbicas, o que evidencia a falta de divulgação e debate sobre este tema na rede pública de saúde e entre a população em geral. Ao que parece, o debate está restrito ao nível da gestão, e mesmo entre as lideranças lésbicas, o conhecimento é restrito.

Entre as mulheres, a maior parte conhecia muitas das organizações não governamentais que atuam no campo dos direitos sexuais e reprodutivos. O trabalho desses grupos foi bem avaliado, sobretudo porque leva o debate para a sociedade e produz transformações no âmbito das políticas públicas, contribuindo para a superação dos preconceitos e para a garantia dos direitos de lésbicas e mulheres bissexuais. Já entre as/os profissionais foram poucos os/as que conheciam essas organizações, o que é demonstrativo do distanciamento entre as equipes que atuam “na ponta” da assistência e os movimentos de defesa dos direitos e da diversidade sexual.

## 5 Trajetória de Vida das Mulheres

A orientação sexual afeta de forma decisiva a trajetória de vida das mulheres. Dificuldades de relacionamento na escola, dadas pelas chacotas de colegas e professores/as, muitas vezes resultaram em abandono ou fracasso nos estudos. Do mesmo modo dificultaram o estabelecimento de relações de vizinhança, além dos já esperados conflitos familiares. Conflitos nos processos de profissionalização e no ambiente de trabalho também foram relatados e representaram obstáculos para a construção de carreiras e para a inserção no mundo do trabalho.



*Meus pais viviam brigando. Quando eu nasci eles já tinham sete filhos e aí quando eu tava com oito meses eles me deram pra minha avó. Eu morei com ela até os 17 anos. Mas aí um dia eu tava chegando em casa com uma menina e ela viu a gente se beijando, antes de eu entrar. Acho que ela viu pela janela, tava tudo escuro, não sei. Quando eu entrei em casa não vi nada, só senti a tapa na cara. Aí fui atrás das meninas do SOS Corpo, porque eu não tinha outro apoio, nem de família nem nada. Elas foram falar com a minha família, explicando a situação, pedindo pra entenderem. Mas aí minha família achou melhor me dar um dinheiro e me mandar pro Rio de Janeiro, pra morar com uns parentes que viviam lá (Paloma).*



*Eu acho que me faltou, assim, um certo direcionamento. Para minha família, estudar é aprender a ler e escrever e pronto. Continuar nunca foi muito importante. Minha madrinha é muito machista e eu não sei se isso pode ter me influenciado. Mas pra minha madrinha mulher tem que tá em casa e não pensar em dar um passo à frente. Eu acho que fui discriminada porque tenho essa orientação. Desde criança que as pessoas falavam, e isso me deixou cada vez mais retraída. Até ir pra a escola era complicado porque todo mundo dizia que eu era sapatão. Acho que é por isso que eu sou complicada e interrompo muita coisa na minha vida. Quando eu tinha 19 anos comecei uma relação com uma mulher e entreguei minha vida inteira pra ela. Apesar dela ser dois anos mais nova do que eu, eu dediquei toda a minha vida pra ela, minha vida só caminhava se a dela caminhasse junto. Aí eu parei de estudar. Minha companheira ainda me incentivava, dizia preu fazer cursinho, porque eu gosto de desenhar e gosto de artes plásticas. Ela me incentivava a fazer Artes Plásticas na Federal, mas minha dependência era muito grande. Aí eu não consegui sair deste ciclo (Matilde).*

Foram muitos os relatos de ocorrência de violência, inclusive sexual, tanto na infância quanto na vida adulta, boa parte dos quais foram protagonizados por homens.



*Quando eu era pequena fui violentada quando minha mãe tava internada no hospital. Ela me deixou na casa de uma amiga dela e o marido dessa mulher violentava as filhas dele e aí me violentou também durante todo o tempo que eu tava nessa casa. Eu fiquei traumatizada, por conta disso fiquei sem falar dos 6 aos 13 anos, recebendo educação pra surdo-mudo. Eu só voltei a falar no dia que minha mãe foi agredida pelo namorado, mas minha mãe nunca entendeu porque eu passei esse tempo todo sem falar. Eu acho que isso me influenciou muito mas desde criança eu me relaciono melhor com as mulheres, e quando era pequena cheguei até a me apaixonar por minha professora. Mas hoje em dia eu sei que tanto mulher quanto homem podem ser violentos na relação. (Bruna)*

A revelação do homoerotismo para amigas lésbicas ou amigos gays se constituiu em uma garantia de aceitação bem como na construção da solidariedade e do apoio necessário para enfrentar a discriminação que as mulheres já encontravam desde a infância e que sabiam que iria persistir ao longo de suas vidas. Assim, a identidade lésbica é acionada por praticamente todas as mulheres com orgulho e alegria, devendo-se a ela o equilíbrio e a tranquilidade que encontraram posteriormente em suas vidas. O período em que viviam “no armário” é compreendido como um momento de infelicidade e conflitos, resolvidos ou enfrentados com maior segurança a partir do momento em que se identificaram publicamente como lésbicas.



*Eu era muito bonitinha quando era pequena, todo homem que passava ficava de olho em mim. Quando minha avó saía de casa, cinco vizinhos ficavam de olho em mim, mostravam o pênis – eu ficava louca, gritava, fechava a janela. Não cheguei a ser estuprada mas eles passaram a mão no meu peito. Tive uma paixão por um rapaz mas não rolou nada. Depois tive um namorado, só um, porque minha avó não deixava eu ficar com os meninos. O que me chamou a atenção para o sexo foi a televisão. Para o sexo, para a masturbação e para as mulheres. Mas eu sentia um pouco de vergonha quando me masturbava pensando nas mulheres. Quando vim morar em Recife, ainda adolescente, passei a perguntar por lugares gays. Minha primeira namorada foi aquela menina que a minha avó flagrou comigo; eu tinha 15 ou 16 anos. Achei legal ficar com mulher, é uma coisa diferente que não te machuca. A primeira vez que fiz sexo com uma mulher foi com uma policial que tinha uns 40 anos. Eu conheci ela numa boate. Eu tinha 15 ou 16 anos. Ela era maravilhosa. Ser lésbica foi a melhor coisa que aconteceu em minha vida. (Paloma).*

A trajetória amorosa e sexual das mulheres entrevistadas apresenta muitos pontos em comum com as trajetórias de mulheres heterossexuais. Apesar de o desejo homoerótico ser identificado desde a infância, em geral, elas também se iniciam sexualmente com homens. Algumas casaram, vivenciaram relações conflituosas, insatisfatórias e, em alguns casos, violentas. Há que se dizer, porém, que a maior parte das relações heterossexuais foi eventual, algumas muito conflituosas e nenhuma delas referiu ter vivido uma relação de amor ou paixão com os homens - o mais comum é se referir a essas relações como atração sexual ou amizade. Para essas mulheres a relação com os homens expressa de forma clara a heteronormatividade vigente em nossa sociedade. O desejo pelas mulheres já estava presente para quase todas elas, mas socialmente impedido de se expressar - surgia dolorosamente sob a forma de conflitos nas relações com os homens.



*Desde menina que eu sempre tive essa sensibilidade para as mulheres, eu olhava pra elas de forma diferente. Mas como minha educação foi muito evangélica, eu achava que, de acordo com a Bíblia, aquilo era errado e só de olhar e desejar as mulheres eu já tava pecando. Tive essa criação até meus 13 anos e mesmo na adolescência eu ainda tinha essa ideia de que se envolver com mulher era errado, que a lesbianidade era uma coisa errada e abominável. No bairro onde eu morava não tinha nenhuma lésbica e quando aparecia uma, era um escândalo, todo mundo falava e só faltavam morrer. E aí eu não queria dar desgosto a minha mãe, porque na maioria das famílias isto ainda é visto como desgosto e aí eu tirei totalmente essa ideia da cabeça e comecei a me relacionar com homens. Tive minha primeira filha com 15 anos e depois tive a segunda. Isso foi até eu me envolver com [a ONG em que trabalha] e até sair realmente da igreja. Porque eu já tinha saído uma vez e depois voltei. Então, só depois disso é que eu comecei a enxergar um outro mundo, com outras coisas e debates. Foi aí que eu comecei a ver a lesbianidade como uma orientação sexual como outra qualquer: que é possível que é normal e que as pessoas se amam. Só consegui ver isso quando me apaixonei por uma mulher, a primeira mulher com quem eu vivi e que tive relação sexual, que tive sentimento e isso foi com 22 anos. Então eu acho que essa descoberta minha teve relação com a saída da igreja e com o envolvimento com o movimento social (Claudia).*



*Não foi uma coisa muito difícil não, porque eu era muito curiosa, lia muita revista e via muito filme pornô. Quando testei, gostei e tô nessa até hoje mas sei que meu forte é homem. Antes eu fazia esporte e aí conheci uma garota que me tratava de um jeito diferente e isso despertou meu interesse. Eu fiquei com ela um tempo e depois conheci a segunda mulher e tô vivendo com ela até hoje, já faz três anos. Eu tinha 23 anos quando comecei a me envolver com mulheres. Depois que me separei ainda fiquei um tempo envolvida*

*com meu ex-marido e passei um ano sem me relacionar com ninguém. Quando ele voltou continuou muito agressivo e acabei me separando de novo. Eu não queria mais me envolver com homens porque eu sofria muito e aí comecei a me relacionar com mulher e gostei (Matilde).*

Já a trajetória amorosa e sexual com outras mulheres foi marcada por poucas relações, em geral bastante estáveis, sob a forma de casamento. Parte importante das mulheres viveu relações conjugais que reproduziam fielmente o padrão tradicional de gênero, com uma das mulheres desempenhando o papel masculino de controle sobre a vida da companheira, muitas vezes se utilizando da violência física para isso.

 *Com minha primeira companheira vivi quatro anos. Foi uma relação ótima, minha família gostava dela porque quando a gente começou a namorar eu fiquei mais em casa, deixei de tá na rua me drogando. Porque minha família sempre ia me buscar na rua, nas bocas. Eu gostava muito dessa menina, tanto que virou uma coisa obsessiva e foi por isso, esse foi um dos motivos, que a gente se separou. Eu era tão ciumenta que cheguei até a bater nela. E ela não entendia nada quando era agredida. Aí quando eu perdi essa companheira e já tava com outra, com essa eu vivi dez anos, aí era eu que me sentia sufocada. Eu fui a primeira mulher da vida dela, ela deixou o casamento para viver comigo, por opção. Ela também era do sistema prisional e aí quando ela tava presa eu passei a visitá-la. Depois eu fui presa também e foi aí que ela assumiu, deixou o marido e teve um monte de problemas com a família. Mas o que separou a gente foi porque ela não entendia que eu tenho sempre muita mulher, eu sempre fui “mulherengo”, sempre tive uma mente muito machista, até hoje tenho. Depois que eu conheci o movimento feminista foi que eu comecei a perceber essas coisas e aí tô melhorando. Eu sei que sou mulher mas eu me sinto um homem, todas as minhas atitudes são masculinas e eu acho isso natural. Eu não forço nada, tenho consciência que sou mulher, mas minha mente e meu jeito é masculino. Eu não sei o porquê, porque isso vem naturalmente. Quando eu tinha uma mulher ela tinha que ser como dona de casa e como eu sempre tive dinheiro eu gostava que elas ficassem em casa. Nunca faltou nada pra elas, era machismo mesmo; a mulher tinha que ficar em casa, cuidar de mim e da casa, sair somente comigo e nunca sozinha. Hoje em dia eu ainda tenho problemas com isso, mas tô buscando melhorar (Mirela).*

A trajetória reprodutiva das mulheres entrevistadas assemelha-se à das mulheres heterossexuais, até porque muitas delas viveram situações de relações estáveis com homens. Assim, elas engravidaram - algumas vezes de forma desejada, outras indesejadas ou não planejadas e, em outras situações, a gravidez foi decorrente do sexo não desejado ou não consentido. Do mesmo modo, tiveram e fizeram abortos e tiveram filhos/as,

biológicos/as ou adotativos/as. Entre as que não tinham filhas/os no momento da pesquisa, algumas revelaram o desejo de adotar ou de se submeter (ou a sua companheira) a processos de reprodução assistida para engravidar.



*Com pouco tempo de namoro, veio a gravidez e quando a menina nasceu a relação já tinha acabado. Essa primeira menina mora hoje com meus pais. Depois eu conheci o pai de minhas outras filhas, casei com ele e fui me embora pra Brasília. Passei dois anos com ele, tive a primeira menina e voltei pra Recife por causa das brigas. Ele era muito violento comigo. Voltei, fiquei morando em Recife e ele voltou pra mim, mas a violência continuou. Aí acabei tudo e comecei a me relacionar com mulheres. Fiquei traumatizada com os homens (Matilde).*

Ou seja, de forma óbvia e consistente com o discurso político do movimento e com achados de outras pesquisas, lésbicas e heterossexuais compartilham de trajetórias muito semelhantes no que se refere à vida reprodutiva e, conseqüentemente, à saúde. A distinção operada pela prática sexual e pela vivência amorosa produz impactos sobre essa trajetória naquilo que tem de especificamente sexual - como é o caso das DST, por exemplo, ou da reprodução assistida - e pela experiência de discriminação e preconceito ao longo de toda a vida. Há, portanto, que se considerar em outras pesquisas como essa experiência de opressão e discriminação ao longo da vida produz impactos sobre o corpo em sua integralidade física e psíquica, instaurando outras necessidades de saúde. Por exemplo, o sofrimento psíquico possivelmente gerado pela vivência da opressão, sub-reptício em algumas situações de discriminação descritas na pesquisa, inclusive durante o atendimento nos serviços de saúde, nos parece ser uma dessas dimensões da saúde de lésbicas e bissexuais a serem problematizadas e estudadas. Do ponto de vista da oferta de serviços, essas questões devem ser levadas em conta mas não se pode perder de vista que as deficiências da assistência à saúde de lésbicas e bissexuais alcançam um vasto campo de problemas e necessidades de saúde para o qual já existem ações programáticas em execução.

## 6 Concepções sobre sexualidade lésbica e bissexual

Nessa pesquisa a bissexualidade manteve-se pouco refletida e analisada por parte de todas as pessoas entrevistadas. As mulheres fizeram muitas referências a relações com homens, mas não se identificaram como bissexuais nem problematizavam essas práticas pelo aspecto da bissexualidade. As relações com homens - e não a bissexualidade - é que foram problematizadas de muitas maneiras: mais arriscadas para a saúde, insatisfatórias e violentas. Para as/os profissionais, a bissexualidade foi algumas vezes referida como prática de risco, especialmente no caso dos homens que infectam suas companheiras com DST contraídas em relações com outros homens e, outras vezes, foi tratada como uma situação social mais confortável porque menos identificável, mais protegida pelo “lado heterossexual” e, portanto, menos exposta a discriminações e preconceitos.

Observou-se entre as/os profissionais a existência de dois subgrupos, claramente delimitados em termos de suas posições com relação à diversidade sexual. O primeiro, minoritário, bastante conservador, algumas vezes recusou-se a discutir alguma questão ou a expressar uma opinião mais direta porque, segundo uma de suas integrantes, “não gostava nem de pensar no assunto”. Este grupo reconhece que nada pode fazer contra a existência da homossexualidade e sabe que deve tratar de forma respeitosa a população LGBT, especialmente na condição de profissional de saúde, mas consideram que as práticas homoeróticas são erradas. Havia mais representantes deste subgrupo na unidade de PSF.

O segundo subgrupo é claramente progressista e preocupado com a situação de injustiça e exclusão social vivenciada por essa população. Exposto ao debate, revela a existência de uma reflexão sobre o problema a partir da sua prática assistencial e política e da formação no campo da saúde. Com exceção do serviço de urgência/emergência, onde esse perfil profissional foi mais raro, em todas as outras unidades a maior parte das pessoas comungava dessa posição. Não houve, porém, nenhum/a profissional que advogasse uma compreensão da homossexualidade como enfermidade ou distúrbio a ser tratado.



*Considero extremamente importante, principalmente agora que tá realmente se abrindo novos espaços. Vem abrindo ONGs, a gente vê constantemente na televisão passando algumas leis que são, né, a parte legislativa saindo sobre isso. A gente vê também saindo na televisão gente de outros países, casamento e tudo isso, naqueles países que não têm aqueles lugares que não pensaram ainda nessa parte da população começar a pensar pra tá contemplando, né? Que a gente tem exemplo de outros lugares que vêm dando certo, né? Que são pioneiros nisso (Nilson, estagiário de enfermagem).*



*Eu sou pela palavra da Bíblia, eu acho que é errado. Jesus deixou o homem pra mulher e a mulher pro homem. Se bem que antes também existiam os eunucos, não é? Naquele tempo, né, as pessoas castradas, aí utilizava esses também porque tem na Bíblia. Mas eu mesma não acho certo, não (Sonia, ACS).*



*Eu acho errado, acho que não devia existir isso. Mas não tenho nada contra e também sou contra todo tipo de violência contra essas pessoas. Só acho que o homem foi feito para a mulher e a mulher pro homem. O homem foi feito pra mulher pra formar família e se amar. Mas cada um sabe de si e faz o que acha melhor. Cada um vai plantar e colher depois e é por isso que eu não concordo com a vida dos homossexuais, mas também não concordo que matem eles (Antonio, recepcionista).*

Dada a própria natureza do serviço, as equipes das unidades de atendimento especializado em DST e Aids apresentaram uma maior sensibilização para a questão da diversidade e dos direitos sexuais. Havia, de fato, reflexão sobre o problema articulada à prática profissional e política das equipes. Nas outras unidades, a reflexão parecia estar dissociada da prática e, nesse sentido, parecia depender mais das crenças pessoais e das oportunidades que cada profissional encontrava em sua vida pessoal e social para tratar da questão. Foi possível perceber em alguns/algumas profissionais uma certa surpresa ou desconforto ao tratar do tema, reveladora do distanciamento profissional com relação ao problema. Para outros/as profissionais, que conviviam íntima ou socialmente com pessoas de diferentes orientações sexuais, as questões colocadas pela pesquisa foram recebidas com muito interesse e, apesar da inexistência do debate no ambiente de trabalho, percebia-se nesses/as profissionais um esforço em articular suas reflexões pessoais com a prática profissional.

Os/as profissionais percebem com clareza que houve mudanças sócio-culturais importantes nas últimas décadas, mas também reconhecem que as relações sociais estão longe de serem igualitárias. Os principais sinais dessas mudanças são a própria ampliação do debate público, especialmente - mas não exclusivamente - na mídia; a existência de legislação anti-discriminação; e a maior presença física de gays, lésbicas e bissexuais na vida social e nos círculos íntimos dos/as entrevistados/as. A revelação pública da homossexualidade - "o sair do armário" - é entendida como um importante, se não o principal, fator impulsionador dessa mudança. Finalmente, os/as profissionais reconhecem que algumas dessas transformações - ainda que limitadas - alcançaram o campo da saúde, na organização da rede de serviços e da assistência, e na mobilização política em torno das questões que afetam a saúde dessa população.

O posicionamento dos/as profissionais e as mudanças referidas acima, porém, não resultaram na incorporação sistemática e estruturada das questões nas unidades de saúde. Pelo contrário, aí o debate é informal, acontece de acordo com a disponibilidade de cada profissional para conversar com os/as colegas e não está integrado às atividades rotineiras da assistência. A exceção, obviamente, são os SAES, que incluem a questão da diversidade nas práticas formativas da equipe como um modo de alcançar uma melhor qualidade na assistência à população LGBT. Na unidade de saúde da família chegou-se a organizar um grupo de usuários/as para debater o tema na comunidade, mas a iniciativa não prosseguiu.

## 7 Necessidades de saúde

Em geral, as mulheres entendem que seu estado de saúde é bom, inclusive no que se refere à saúde sexual, o que corrobora a percepção de que seriam menos expostas a DST. Verificou-se, porém, que muitas já contrairam essas enfermidades e apenas duas mulheres se relacionavam exclusivamente com homens quando isso aconteceu; as demais estavam com mulheres e uma delas vivia relações eventuais com pessoas de ambos os sexos. O discurso sobre a relação lésbica como fator de proteção cai por terra diante da própria experiência das mulheres, mas essa não parece ter força suficiente para alterar a representação sobre a proteção e, com isso, tampouco transforma a prática, que continua desprotegida.

Observou-se uma maior preocupação com relação ao HIV mas as práticas de proteção das mulheres estão longe do que é preconizado pelas autoridades de saúde e recomendado pelos estudos epidemiológicos como eficaz. As mulheres entrevistadas nessa pesquisa protegem-se do HIV fazendo o teste anti-HIV e exames ginecológicos preventivos, dando preferência a determinadas posições no ato sexual que dificultam a infecção, relacionando-se apenas com mulheres, indo ao médico com frequência e sendo monogâmicas em suas relações amorosas.



*Já usei luvas, mas perde o romantismo e o tesão, a brincadeira. Usei camisinha também, mas tem um gosto e um cheiro ruim, a gente perde tempo também. Agora tanto a luva quanto a camisinha é difícil de encontrar. E na verdade ninguém usa nada para se proteger. Se fosse fácil mulher pegar Aids com mulher a maioria das lésbicas estava contaminada. Mas não tá (Selma).*

### Opiniões sobre o preservativo feminino



*Eu acho terrível. Aquilo é só pra penetração heterossexual (Luiza).*



*É difícil de conseguir e muito ruim de usar (Ana).*



*É horrível com homem. Eu não consegui usar na relação com mulher porque o contato é mais intenso e aí fica complicado porque a camisinha fica solta. Com mulher ela só segura se a gente usar algum tipo de prótese. O anel também machuca, atrapalha o orgasmo. Os homens têm medo de colocá-la na gente. Tinha que ter um grupo forte de mulheres pra*

*atuar nessa área do mesmo jeito que se faz nas políticas públicas. Por que ou as mulheres usam luva, papel filme, ou o jeito é ficar desprotegida mesmo (Marta).*

## Prevenção do HIV

 *Não uso nada. H. [a companheira] acha que a estabilidade protege e eu nunca parei pra pensar sobre isso (Paula).*

 *Não. Não faço nada. Não faço muito sexo oral. E se tiver de pegar, pega. Não existe camisinha de dedo e a contaminação feminina é muito difícil, eu mesma só conheço um caso. Agora, a bissexualidade entre as jovens é que faz aumentar. As campanhas são todas erradas, precisava de mais audiovisual (Selma).*

 *Não uso, não, porque tô numa relação estável, tenho confiança nela e a gente faz o preventivo juntas. Além do mais, não é fácil a gente se proteger com mulheres, não tem nada que sirva, que proteja de verdade (Claudia).*

 *Não uso. O que eu faço é que tenho relações sexuais mais reservadas, escolho mais, só fico com pessoas que tenho mais abertura ou confiança (Cleide).*

 *Não, eu só namoro com mulher e aí não dá pra me proteger (Bruna).*

 *Tem uma diferença grande na relação com homem e com mulher. Com mulher o envolvimento é maior, a gente tem mais confiança e por isso eu não me preocupo tanto em pegar doença. Mas eu sei também que é mais difícil pegar com mulher (Célia).*

Por outro lado, reproduziu-se aqui a dificuldade de localizar e identificar lésbicas soropositivas, tanto pela equipe de pesquisa, quanto pelas mulheres e profissionais, os/as quais conheciam poucas mulheres nessa condição.

 *Eu acho que me contaminei em um estupro. Ou curra, sei lá. Eu era guardete em São Paulo e revistava mulheres nos bailes. Costumava beber com os colegas depois dos bailes e acho que, numa dessas vezes, colocaram alguma coisa no meu copo porque eu perdi a memória e só me lembro de acordar nua na casa de um colega, cheia de dores e dopada, com mais três colegas homens. Perguntei se eles tinham feito alguma coisa comigo, mas eles disseram que não. Eu passei quase dois dias dopada. Hoje eu falo que tenho HIV com*

*tranquilidade, não tenho nenhum problema em dizer isso. Mas, além de X, que me largou quando eu descobri que era soropositiva, uma outra já se afastou de mim por causa disso, com medo. Minha família também reagiu com preconceito, eles ficam procurando sintomas em mim. Eu me sinto mal com isso, me sinto observada. Aí eu evito falar com eles sobre isso porque eu me emociono. (...) Hoje meu estado de saúde é muito bom, assim, do ponto de vista físico. Eu faço exercício, me alimento bem, tenho acompanhamento médico. Ainda faço terapia, ajuda outras pessoas e me ajuda. Tomo os medicamentos direitinho. No começo senti uns efeitos colaterais, mas já tô me acostumando (Paloma).*

De maneira geral, os/as profissionais encontraram dificuldades em identificar problemas de saúde em lésbicas, mas, ao fazerem, apontaram questões importantes, já inseridas nas proposições do movimento lésbico para o campo da saúde e também referidas pelas mulheres entrevistadas.

O primeiro destes problemas ancora-se diretamente nas situações de discriminação e preconceito vividas pelas lésbicas ao longo de suas vidas: trata-se da vulnerabilidade geral dada pelo não reconhecimento de sua existência como grupo populacional. O sofrimento psíquico que daí resulta é um dos principais problemas vividos pelas lésbicas, devendo ser analisado e tratado sob a perspectiva da discriminação. Problemas de fertilidade foram referidos por vários/as profissionais: o desejo de engravidar ou ter filhos sem se submeter a uma relação heterossexual demanda respostas específicas dos serviços de saúde, que ainda não estão suficientemente aparelhados para isso<sup>1</sup>.

Finalmente, um terceiro campo de problemas inclui as DST. Para a maior parte dos/as profissionais, as lésbicas estariam menos expostas às DST, seja porque nas relações entre mulheres haveria menos troca de fluidos corporais ou porque as relações lésbicas seriam mais estáveis e monogâmicas. Estar menos exposta, porém, não significa estar imune e, nesse sentido, as lésbicas se deparam com dois outros problemas importantes: a ausência de meios adequados de proteção e a menor procura por serviços de saúde.



*A gente percebe, principalmente entre as lésbicas, um desconhecimento mesmo, quase um anonimato, na maioria das vezes passa-se por um anonimato, é muito difícil algumas vezes até identificar. E em relação aos bissexuais é o que eu tenho mais dificuldade, pessoalmente, de trabalhar, de compreender. A invisibilidade das lésbicas acontece até pela própria sociedade em que a gente vive, em que esse afeto de mulheres não é algo aceito, né? Então isso causa essa certa invisibilidade entre as lésbicas assim (Mafalda, psicóloga).*

<sup>1</sup>O uso das tecnologias conceptivas tem suscitado importante debate no movimento lésbico e feminista, em função dos impactos destes processos sobre a saúde das mulheres. Para mais informes sobre esta questão ver FERREIRA, V; ÁVILA, M.B. E PORTELLA, A, P. **Feminismo e novas tecnologias reprodutivas**. Recife: Edições SOS CORPO, 2006.

- 
- Eu acho que os homens têm mais risco de pegar HIV/ Aids por conta do sexo anal (Bárbara, enfermeira).*
- 
- As heterossexuais têm mais cuidado com o corpo e a saúde, principalmente as casadas, porque não levam uma vida promíscua (Silvana, nutricionista).*
- 
- As bissexuais e as heterossexuais frequentam mais ginecologistas e obstetras, as lésbicas já não frequentam muito, mas elas desenvolvem os mesmos problemas de saúde (Nano, técnico de enfermagem).*
- 
- Elas têm as mesmas doenças, a não ser pelas DST que as lésbicas têm um pouquinho menos. Não sei nem dizer se é a forma do sexo em si, como acontece. Mas elas se expõem um pouco menos, porque se expõe a menos quantidade de secreção do que uma bissexual, heterossexual, que está lá sem preservativo exposta a uma carga de secreção muito maior (Kika, médica).*
- 
- A necessidade de saúde é diferente. A questão do cuidado ginecológico que as mulheres têm, as mulheres com relações heterossexuais costumam ter uma vulnerabilidade maior porque tão praticando sexo com um homem e tem a questão do risco da DST e que o homem transmite. A gente sabe que tem DST que é transmissível através do sexo masculino, então tem o risco até do cuidado ginecológico, a parte mais básica (Nilson, estagiário).*
- 
- A mulher transando com o homem, fazendo sexo com o homem vai estar mais vulnerável a algumas doenças, com a entrada do pênis. O que a gente não vai encontrar em mulheres lésbicas que não se relacionam com homens. Você não vai encontrar grandes casos de DST porque elas não estão se relacionando com homens. A gente, como profissional de saúde, fala da importância de fazer o exame ginecológico, assim como outra mulher também, porque elas podem achar que não precisam porque não se relacionam com homem, mas tem que ter essa consciência em relação a elas (Nilson, estagiário).*
- 
- Pelo fato de ela não ter um companheiro do sexo masculino elas se vêem livres, não se vêem na necessidade de fazer alguns tipos de exames. Então, talvez elas fiquem mais expostas. Se expõem mais a, por exemplo, não estar fazendo a citologia oncótica, preventivo de câncer. E isso vai passando o tempo e ela não vai cuidando, se expondo a determinados riscos (Cátia, médica).*

## 8 A assistência a lésbicas nos serviços de saúde

A ideia de que o sexo entre mulheres expõe menos às DST, junto com as dificuldades encontradas para tratar da sua sexualidade nas consultas médicas, afasta as mulheres dos serviços de saúde. Associada a essa menor presença está também aquilo a que os/as profissionais se referiram como a “invisibilidade social” das lésbicas, ou seja, na ausência de sinais exteriores óbvios - como traços, atitudes ou roupas masculinas - é impossível identificar uma lésbica na unidade de saúde. A menos que, obviamente, pergunte-se diretamente a ela se ela se relaciona sexualmente com outra mulher.

O que estes/as profissionais denominam “invisibilidade social” revela, porém, uma visão estereotipada das lésbicas associada a padrões masculinos de identidade ou comportamento. Mas esta é uma questão polêmica. Boa parte dos/as profissionais entende que é importante perguntar sobre as práticas sexuais e, de fato, fazem a pergunta durante o atendimento, obtendo respostas diretas das mulheres que auxiliam nas decisões sobre a conduta naquele atendimento. Outra parte, porém, entende que essa questão produz constrangimentos e em nada contribui para o atendimento, sendo mesmo um elemento de exposição da privacidade das mulheres. Ocorre que não perguntar significa, em geral, a pressuposição de que todas as mulheres têm práticas heterossexuais.

Para alguns/algumas profissionais, a invisibilização da sexualidade operada pelos serviços de saúde, que pressupõe a heterossexualidade para todas as mulheres, é um obstáculo para o reconhecimento de um problema de saúde - as DST - e para o conhecimento de sua magnitude entre lésbicas. Houve quem destacasse, porém, a vulnerabilidade a que as lésbicas estão expostas em função da inexistência ou ineficácia das políticas e serviços e, novamente, à inexistência de meios adequados de proteção.



*Elas são mulheres como qualquer outra. Os principais problemas de saúde que elas enfrentam está no falar, é no diagnosticar, dar espaço para ela relatar isso, ela pode ter um corrimento, uma disfunção hormonal, ela tem como outra qualquer, só que esse corrimento, essa disfunção hormonal e essa intimidade dela não é exercida de forma heterossexual, então aí a abordagem do preconceito e da cultura do dia a dia trava e esses problemas não vêm à tona, porque a pessoa não se sente à vontade para chegar num serviço de saúde e dizer: “oh, eu tô com um problema hormonal, tô com um cisto no ovário”, chegar com a companheira dela né? Por exemplo, uma DST com mulheres que fazem sexo com mulher, talvez a abordagem profissional, talvez ele não seja totalmente formado para tratar isso, como foi que ela pegou essa DST, que dizer que transmite também, pega também esse grupo? Tá entendendo? São essas nuances que afloram no dia a dia (Amélia, enfermeira).*



*Na verdade, não há um número fiel sobre isso porque muitas vezes elas não são vistas como lésbicas ou bissexuais. Então a mulher atendida ela é automaticamente... se entende como uma infecção heterossexual. Eu não sei como isso é trabalhado, como isso é questionado nos serviços que fazem notificação. Agora, sem dúvida, as DST que têm maior possibilidade de transmissão na prática por contato, como HPV, como herpes, eu imagino que tenha uma maior possibilidade de transmissão. Embora a gente saiba que sífilis, gonorréia, todas essas outras DST também se permitem no sexo oral (Mafalda, psicóloga).*

As mulheres entrevistadas, ao relatarem o modo como são tratadas nos serviços de saúde, trouxeram à cena as duas situações. Todas elas já haviam dito a médicos/as e enfermeiras que eram lésbicas e algumas encontraram acolhimento e compreensão, outras encontraram indiferença, percebendo que a informação não foi utilizada no atendimento, e outras se depararam com situações de constrangimento e discriminação. Nesses últimos casos, houve relatos de agressão verbal, de exames mal conduzidos que produziram dor e de conclusão apressada do atendimento. A orientação heteronormativa da conduta dos/as profissionais foi citada como um obstáculo para a assistência adequada a lésbicas. A pressuposição de que todas as mulheres são heterossexuais, além disso, limita o já parco conhecimento dos/as profissionais sobre a saúde dessas mulheres, levando a concepções errôneas sobre os riscos a que estão expostas.

Perguntadas se são tratadas de forma diferenciada pelas equipes profissionais das unidades de saúde, as mulheres dividiram-se em dois grupos praticamente iguais: algumas acreditam que são tratadas de forma diferente porque são lésbicas, e outras acham que isso não acontece. Dependendo da situação ou da equipe, recebem ou não um tratamento diferenciado daquele oferecido às mulheres heterossexuais. Observou-se ainda a existência de um certo modo de tratamento que, muitas vezes, pretende ser igualitário ou equitativo mas termina por desconsiderar as diferenças reais entre usuárias - como a sexualidade - produzindo discriminação na assistência. Do que se fala aqui é do olhar heteronormativo que leva a que as lésbicas sejam tratadas como heterossexuais e, com isso, sejam invisibilizadas. Mas quando se tornam visíveis, porém, não é pela via do reconhecimento e inclusão de sua identidade sexual. As mulheres que disseram que eram tratadas de forma diferenciada foram unânimes na descrição desse diferencial como negativo: preconceito e discriminação é o que orienta a forma como os/as profissionais lidam com as usuárias lésbicas.



*Não existe acolhida para lésbicas, ninguém pergunta sobre as práticas sexuais da gente, é preciso que a gente mesma toque no assunto. A gente é sempre tratada como heterossexual e isso é muito constrangedor. Além disso, tem problema na própria assistência, como com o espêculo. O espêculo machuca muito; eu mesmo não gosto de penetração e a maior parte das lésbicas não gosta. Existe há mais de 50 zonas erógenas, por que precisa usar essa? A maioria das lésbicas não faz nenhum tipo de*



*penetração, nem mesmo com os dedos, daí a dificuldade com o espêculo. Os médicos não deviam usar, a gente tem o direito de recusar fazer esse exame ou fazer de outro jeito, sem espêculo. Ou com espêculo de virgem ou com um especial para lésbicas, que já existe e não machuca. É principalmente por isso que as lésbicas não vão pros serviços de saúde (Paula).*



*No IMIP o tratamento foi respeitoso, a médica era até interessada em mim como lésbica, ela não me tratava pelo estereótipo e me orientou pra usar camisinha. Eu achei ela muito simpática, mas acho que ela agiu assim justamente pra não me intimidar. Quando ela foi me tocar eu senti que ela era um pouco grossa e aí eu não sei dizer se é assim mesmo com todo mundo que vai ali ou se a doutora tava sendo assim só porque eu era lésbica. Os médicos tinham que tratar as pessoas homossexuais do mesmo jeito que trata as heterossexuais, e com delicadeza. Na minha vida toda, todas as doutoras que me atenderam foram muito grossas, tanto no posto de saúde como no IMIP. Elas esquecem que são profissionais e o que prevalece é sua condição de pessoa mesmo. A médica do posto só me tratou com delicadeza no começo e depois foi me tratando diferentemente (Luiza).*



*No PSF não tem privacidade nenhuma e aí eu deixou de ir por causa disso. Em nenhum dos dois o atendimento é bom, porque o atendimento parte do princípio de que a pessoa atendida é heterossexual. A gente mesma fica constrangido de explicar que não transa com homem. Também não tem um cuidado diferenciado porque os médicos acham que a vagina da gente, o canal, é da mesma largura que das outras mulheres ou então que a relação sexual entre mulheres não causa nenhum tipo de contaminação. A única coisa que minha médica no CAIC considerou foi câncer de endométrio que ela disse que era mais fácil de ter porque eu não fazia penetração (Cleide).*



*Ah, é muito ruim. A médica é um robô, não fala, só vê os papéis, mal olha pra mim. É boazinha, mas não orienta e não faz exame clínico, só olha resultados e passa remédios e outros exames. Eu digo: tô sentindo isso... e aí ela: exame! Isso me estressa, eu choro. A dentista só atende com dois, três meses e quem é soropositivo tem que ter prioridade e dentista específico. A terapia é boa mas só acontece nas vésperas das eleições. A ginecologista me tratou como heterossexual, usou o espêculo de forma errada, parecia que fui estuprada. Em São Paulo, usei o espêculo sem problema, o atendimento foi ótimo, gentil, humanizado, todo mundo sabia que eu era lésbica (Paloma, sobre o SAE 1).*



*Eu disse a ginecologista que era lésbica, ela ficou assustada, não me examinou, só pediu exames, dizendo que não tinha material. Mentira, tinha tudo, material e equipamento (Paloma).*



*Eu disse no PSF e aí a auxiliar de enfermagem começou a cantar um hino evangélico. Eu disse que era lésbica porque a ginecologista tava me examinando e disse: “nossa, faz tempo que você não tem sexo!”. A médica se assustou quando eu disse, mas disse que não tinha problema com isso. Aí no preventivo eu senti muita dor porque tenho problema com penetração, acho muito incômodo (Rilda).*



*A médica olhou pra minha cara e perguntou: “você só faz sexo com mulheres?” aí eu disse que sim. Aí ela disse que eu não precisava fazer preventivo porque não tinha uma vida sexual ativa, então não precisava fazer preventivo. Aí eu disse a ela que tinha, sim, uma vida sexual ativa, mas que era com mulheres e que isso não queria dizer que eu não tivesse vida sexual. A médica olhou pra minha cara e ficou toda assim. (...) Aí eu expliquei e mostrei a ela e aí ela me pediu desculpas (Claudia).*



*O atendimento parte do princípio de que qualquer pessoa é heterossexual. E aí a gente fica constrangida de explicar que não tem relações heterossexuais. E também não existe um cuidado diferenciado porque os médicos acham que é tudo igual (Cleide).*

Nesse sentido, as mulheres consideram que as informações sobre a sexualidade são importantes para a assistência à saúde e deveriam gerar uma conduta assistencial orientada para as suas especificidades. O argumento geral para isso é o de que a vida sexual interfere na saúde e no bem-estar e as informações sobre a sexualidade, portanto, auxiliariam a identificar enfermidades e a prescrever exames e tratamentos mais adequados e eficazes. O emblema mais forte de uma situação em que a sexualidade é desconsiderada foi o problema do uso do espécuro, citado por muitas mulheres como um momento de dor e constrangimento, pela forma descuidada e desrespeitosa com que é feita a introdução do aparelho no canal vaginal.

As lideranças do movimento feminista e/ou lésbico-feminista reconhecem que são atendidas com alguma deferência nos serviços de saúde, em virtude de sua projeção pública, mas afirmam que, em geral, o atendimento é precário, a maior parte dos/as profissionais não sabe lidar com as lésbicas, simplesmente porque desconhecem a sua situação de vida e não são capazes de identificar suas necessidades de saúde. A única entrevistada soropositivo avaliou de forma muito negativa a atenção recebida no SAE 1, atualmente reduzida praticamente à entrega do medicamento.

Há que se dizer, porém, que as equipes dos SAEs são mais abertas ao debate, mas daí não resulta um melhor atendimento aos/às usuários/as. Observou-se nessas unidades certa rudeza e distanciamento no trato e uma reduzida disponibilidade para a oferta de informações e orientações de forma acolhedora. Correndo o risco de fazer uma afirmação inacurada - até porque em todas as situações há exceções muito significativas - se poderia dizer que, nessas unidades, a população LGBT já não provoca desconforto ou resistências nas equipes em função de sua orientação sexual e, sendo assim, passou a ser tratada como todas as outras pessoas: de forma apressada e impessoal. A “diferença” que deveria produzir um resultado assistencial especificamente orientado para ela foi diluída no conjunto de atitudes comuns para toda a população, entendido pelos profissionais como um exemplo de realização prática da igualdade preconizada pelo SUS.

Situação oposta se observa no PSF, onde há mais profissionais compartilhando de um ideário conservador, mas a relação com as/os usuários/as, comparativamente às outras unidades, pareceu-nos mais próxima e acolhedora, com um pouco mais de delicadeza e atenção no trato. A policlínica e o serviço de urgência/emergência foram as unidades mais próximas de uma certa forma “tradicional” de lidar com a questão, ou seja, como se não existisse e como se não fizesse parte do cotidiano da assistência nesses serviços.

 De forma breve e “seca”, depois de se preencher o cadastro a recepcionista pede para se aguardar na recepção. Não há uma explicação dos processos do atendimento, as pessoas apenas se sentam e esperam. A maioria das pessoas que chegaram por volta das 13h esperaram quase até as 14h40 para começar a serem chamadas. Espera esta que foi tanta que cerca de cinco pessoas simplesmente ao serem chamadas não estavam mais lá. No geral, o processo é bem demorado. Pessoas que chegaram as 13h saíram quase às 16h. Só é rápido o atendimento de quem só vai pegar preservativos (SAE 2).

 Quando cheguei ao final da manhã o atendente X ainda estava na recepção e sua postura perante os pacientes era sempre autoritário; “seco”, falava muito alto, nem um pouco simpático com quem chegava. A recepcionista da tarde não era autoritária que nem o da manhã, mas também fala muito alto com os pacientes, não explica os procedimentos que seriam feitos e sempre que chegava alguém solicitando preservativo ela falava alto: - É pra pegar camisinha é? Pronto. A pessoa ficava super constrangida porque todos da sala olhavam para eles (SAE 2).

 Duas travestis entraram na sala, uma delas estava preenchendo o cadastro e a outra a ajudava, a atendente tratou-as muito bem, no entanto um homem que estava entrando e se aproximou delas no balcão para pedir camisinhas, quando as viu se afastou imediatamente como se não quisesse ficar por perto e tentava ignorá-las (SAE 2).



*Uma enfermeira brinca com um auxiliar de enfermagem, dizendo pra eu anotar que ele maltrata o povo. Depois, em tom de brincadeira, solta a frase em voz alta: gay safado!! (urgência/emergência).*



*Um recepcionista também “brinca” com maqueiro, que finge paquerar com o recepcionista, num tom de gozação, chamando-o para um motel, diz que paga 1.500 reais por três horas e meia, mas que ele tinha que fazer tudo o que ele quisesse. “Vou levar um chicote e você vai ser meu cachorrão e tem que ser assim ‘bem mau’”. Uma trabalhadora da emergência chega e diz no ouvido do maqueiro: “Teu furico é de ouro, é?”. E depois acrescenta: “Se comporta menino, olha as câmeras do big brother aí, visse?!” (urgência/emergência).*



*Enquanto eu fazia a entrevista com o auxiliar de enfermagem, outra auxiliar interrompia a nossa entrevista com comentários em voz alta muito hostis, como o seguinte: “essas bichas deviam era levar umas cipoadas” (urgência/emergência).*



*Próximo do horário do almoço, umas 11h30, entra um homem na unidade, que possivelmente é um travesti. Na sala de espera apenas eu, Suelda e o vigilante. Ele entra, cumprimenta o vigilante: “Filho!”, o vigilante responde: “Opa!”. Aí vai à última sala onde está Magali - a pessoa que entrega medicação - e marca consultas, e pede alguma informação que não escuto do local onde estou. Ele vai embora logo após falar com ela, cumprimentando novamente o vigilante por “Filho”. Foi muito rápido e não percebi nenhuma atitude ou olhar de repreensão (USF).*

Essas situações parecem sinalizar para a insuficiência dos posicionamentos e das crenças individuais dos/as profissionais diante da inexistência de processos institucionais mais amplos e profundos que reorganizem a prática assistencial.

## 9 Situações de discriminação nos serviços de saúde

Foram registradas inúmeras situações de discriminação e o preconceito dentro e fora dos serviços de saúde, mas nem sempre elas se apresentaram sob a forma direta das relações interpessoais. A própria forma como os serviços se organizam e prestam a assistência foi referida como contendo elementos discriminatórios que produzem constrangimentos aos indivíduos e reproduzem os mecanismos de invisibilização desta população, cujos resultados já foram discutidos anteriormente.

 Já vi preconceito, soltam piadas, ficam rindo, dizendo: “olha o veadinho, a sapato grande”, mas nunca na frente da pessoa. Eu brinco e rio, mas só com meus amigos ou quando vejo um mais espalhafatoso, mas no serviço, não. Acho que entre amigos como uma brincadeira tudo bem, mas você tá apontando e rindo não, menos ainda dentro do serviço (Suzi, enfermeira).

 Já... de atitudes desrespeitosas, de chacota por parte dos profissionais, na maneira de se referir a essas pessoas, comentários sobre a pessoa (Jana, médica).

 Fica aquele cochichado: “Ó pra ali como ela se veste, como ela olha”. Eu, particularmente, tá tanto na nossa vida, pra mim deixa pra lá, ela(e) que quis assim! Eu fico na minha (Lali, técnica de enfermagem).

 No serviço? Sim. Violência é uma coisa tão ampla, né? Se a gente for tratar aí de violência psicológica a discriminação, o preconceito, o não reconhecimento é uma violência, agora se você for tratar da questão da violência física, não. O não reconhecimento, a não visibilidade, isso é uma forma indireta de discriminação, não é aquela discriminação, aquele preconceito falado mas é o velado. Ela continua permeando o serviço e a gente vem reagindo, trabalhando, conversando, estudando para que isso venha mudando a nossa prática, que essas dificuldades que permeiam o atendimento desse grupo, né? Mas não é algo que se muda da noite para o dia não. Mas eu entendo que a partir do momento que a gente consegue reconhecer e consegue ver que o problema existe a gente consegue trabalhar sobre

*ele. Eu poderia tá falando assim: não tem preconceito, não tem discriminação, elas são atendidas como qualquer outro grupo, são atendidas como qualquer usuário, com respeito, com dignidade, não é? Elas são atendidas como qualquer outro usuário, mas não como lésbicas, não reconhecendo elas como lésbica, não com aquele olhar diferenciado, diferenciado aí não quer dizer desigualdade, mas diferença. Acho que reconhecer as diferenças para poder ter um olhar sobre elas (Mafalda, psicóloga).*

Boa parte dos/as profissionais compartilha da opinião de que o preconceito e a discriminação são mais fortes contra aquelas pessoas que questionam os padrões de gênero de forma mais aberta: mulheres mais masculinizadas e homens mais feminilizados seriam alvos mais fáceis das reações sociais conservadoras. De acordo com essa visão, o problema estaria menos no campo da sexualidade e mais no do gênero - sendo mais aceitável a vivência homossexual entre pessoas que, ao respeitarem os padrões de gênero, não o revelariam de forma evidente. Nas unidades de saúde, assim como na vida social em geral, isso se reproduz: travestis, gays “mais femininos” e lésbicas “mais masculinas” foram os personagens mais frequentes nos relatos e nas situações de discriminação observadas.



*Tem homossexual que é uma pessoa de respeito. É um ser humano normal. Têm uns que são uma coisa, assim... Como tem também entre homens e mulheres hetero. É aquele escândalo. É louca, é uma bicha louca. Na área da gente de enfermagem, da saúde, têm muitos meninos, os homossexuais. Tem uns que são sérios. É um comportamento normal, se comporta normal, tudo bem. Tem uns que não, que escandalizam. Como se fosse uma mulher que escandalizasse... Na homossexualidade tem aquelas pessoas que também que não se comportam bem. É público, assim, é tudo esculhambada. Vou dizer assim, é esculhambada. Outros são comportados. Ele está com a pessoa dele, mas ele é daquela pessoa dele. Ele tem aquele compromisso. Nesses eu acredito que ele realmente gosta da pessoa. Mas se ele fica com aquela coisa dele, ah, aquela coisa assim, eu não acredito que ele gosta não. É uma esculhambação. Eu acho que o bissexual, a lésbica, ela é mais, vamos dizer assim, convencional. É mais comportada. A mulher sempre foi mais comportada, mais reservada. A bicha é um estrago, quando tem aquela bicha estragada. Mas assim, a diferença é essa. E quando o homem diz que é um homossexual, ele é sério, uma pessoa respeitável. Quando ele diz: eu sou gay!, ele faz assim, é a coisa de não ter respeito. Que as pessoas respeitem (Rosa, enfermeira).*

Todas as mulheres condenam de forma muito veemente as atitudes discriminatórias, venham de profissionais de saúde ou de quaisquer outras pessoas. No caso dos serviços de saúde, atribuem o problema à ausência de debate sobre direitos sexuais e de preparação específica dos profissionais para lidar com as diferenças de

orientação sexual e com lésbicas e gays, o que permite a expressão dos preconceitos na prática assistencial. Compreensivelmente, sua opinião sobre os profissionais que discriminam é francamente negativa.

Nem as mulheres nem os/as profissionais relataram situações de violência contra lésbicas nos serviços de saúde. Apenas uma profissional caracterizou a discriminação, o preconceito e o não reconhecimento da sexualidade lésbica como violência psicológica operada diretamente pelos serviços de saúde e pelas instituições sociais e políticas em geral.

Processos específicos de formação voltados para a questão da diversidade sexual são vistos com bons olhos por quase todos/as os/as profissionais, especialmente se forem parte de um programa mais geral que trate dos direitos humanos e da saúde. Superar preconceitos e qualificar o atendimento foram as principais razões citadas para justificar a demanda por formação específica, tanto por parte dos/as profissionais quanto por parte das mulheres entrevistadas. Deve-se dizer, ainda, que embora restritos a um grupo muito pequeno de profissionais (menos de um terço), esses processos parecem ter produzido resultados positivos. Foi justamente entre esses/as profissionais que se encontrou uma maior compreensão dos problemas enfrentados pelas lésbicas nos serviços de saúde e as concepções mais democráticas e respeitosas com relação à assistência a sua saúde.

## 10 Considerações finais e recomendações

Para concluir, recuperamos aqui as hipóteses inicialmente colocadas para o desenvolvimento da pesquisa:

1. Os serviços públicos de saúde da Região Metropolitana do Recife não oferecem ações assistenciais voltadas especificamente para as mulheres lésbicas e bissexuais.

Esta hipótese foi inteiramente confirmada. Entre os serviços estudados não há nenhum tipo de ação voltada especificamente para as mulheres que fazem sexo com mulheres.

2. As equipes profissionais atuam de forma preconceituosa e discriminatória com relação às mulheres lésbicas e bissexuais.

De maneira geral, foram registradas situações explícitas de discriminação e preconceito, mais contra gays e travestis, e menos contra lésbicas. Mas as concepções de um pequeno grupo de profissionais, assim como a ausência da questão dos direitos sexuais de lésbicas no planejamento e organização das ações assistenciais, autorizam-nos a pensar na possibilidade que as situações de discriminação e preconceito ocorram com mais frequência do que o que foi possível observar durante o período da pesquisa. Os relatos das mulheres sobre as situações de consulta - que não foram observadas na pesquisa - são um forte elemento para a sustentação desse argumento.

3. As mulheres lésbicas e bissexuais encontram dificuldades para expressar seus problemas de saúde relacionados à vivência da sexualidade, e para buscar prevenção e tratamento contra DST, HIV/Aids.

Este é, talvez, o resultado mais robusto da pesquisa e confirma achados de outros estudos realizados no Brasil. A invisibilidade do grupo populacional e de suas questões nos serviços de saúde, associado à ausência de meios apropriados e eficazes de prevenção de DST entre mulheres que fazem sexo com mulheres, são os fatores mais importantes para as dificuldades encontradas nesta área.

4. As equipes dos serviços especializados apresentam maior sensibilização para as demandas e situação específica das mulheres lésbicas e bissexuais do que aquelas que atuam em outro tipo de unidade de saúde.

Isso é verdadeiro no que se refere à compreensão do problema e à atitude individual de alguns/algumas profissionais nos serviços especializados, mas não pode ser generalizado para o conjunto da equipe. Os relatos dos/as profissionais nos fazem crer que há diferenças importantes entre aqueles que atuam nas unidades especializadas - de fato mais preparados e com maior conhecimento das questões - e os demais, alguns/al-

gumas dos/as que compartilham opiniões francamente conservadoras sobre a diversidade sexual. Mas o relato da única mulher soropositiva que faz uso do serviço especializado revelou situações de constrangimento muito semelhantes àsquelas descritas em outras unidades. Na observação das unidades especializadas, por outro lado, identificamos uma forma de tratamento mais rude e menos respeitosa, dirigida a todos/as os/as usuários/as e não apenas à população LGBT, do que na USF.

Finalmente, algumas recomendações gerais podem ser extraídas dos resultados da pesquisa:

4. Necessidade de implementação imediata em todo o país de todas as propostas relacionadas à saúde de lésbicas e mulheres que fazem sexo com mulheres contidas nos documentos oficiais aprovados nos últimos anos, como o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia da Aids e outras DST; e o II Plano Nacional de Políticas para Mulheres.
5. Investimento em pesquisa para ampliação do conhecimento sobre as necessidades de saúde e para o desenvolvimento de meios adequados e eficazes de proteção contra DST e HIV/Aids para lésbicas e mulheres que fazem sexo com mulheres.
6. Elaboração de normas e protocolos de atenção à saúde de lésbicas e mulheres que fazem sexo com mulheres, baseados no conhecimento produzido sobre suas necessidades de saúde e sobre a forma de utilização dos serviços de saúde.
7. Implementação imediata de processos de formação para profissionais e gestores/as de saúde de modo a erradicar as situações de discriminação nos serviços de saúde.
8. Maior aproximação dos/as gestores/as e profissionais de saúde com a realidade das lésbicas por meio do diálogo com os grupos e movimentos ou, individualmente, na própria consulta nas unidades de saúde.
9. Realização de campanhas de comunicação de massa estimulando a denúncia dos casos de discriminação e preconceito nos serviços de saúde.
10. Atitude pública de condenação institucional a lesbofobia nos serviços de saúde.
11. Mudança imediata na postura de ginecologistas com relação ao uso do espécuro, recomendando que escutem as mulheres quanto à forma mais adequada de examiná-las, utilizando os espéculos de menor calibre.
12. Inclusão do quesito orientação sexual no prontuário único e formação dos/as profissionais de saúde para fazerem a pergunta de modo adequado, sem provocar constrangimentos.

## 11 Bibliografia Utilizada na Análise

ALMEIDA, Gláucia Elaine Silva. Da invisibilidade à vulnerabilidade: percursos do “corpo lésbico” na cena brasileira face à possibilidade de infecção por DST e Aids. 2005. Tese de Doutorado – IMS/UERJ, Rio de Janeiro, 2005.

BARBOSA, R. M., FACCHINI, R.. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, n. 25, sup. 2, p. 5291-5300, 2009.

BARBOSA, R. M. , KOYAMA, M. A. H.. Mulheres que fazem sexo com mulheres: algumas estimativas para o Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, n. 22, v.7, p. 1511-1514, jul, 2006.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO - AIDS E DST. Brasília: Programa Nacional de DST e Aids. Ministério da Saúde, a.1, n. 1, jan./jun. 2005.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO - AIDS E DST. Brasília: Programa Nacional de DST e Aids. Ministério da Saúde, a.2, n. 3, jan./jun. 2006.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO AIDS E DST. Brasília: Programa Nacional de DST e Aids. Ministério da Saúde, jan-jun 2008.

BRITO, A. M. Os múltiplos perfis da epidemia da Aids e a era dos anti-retrovirais no Brasil. 2003. Tese de Doutorado - Ministério da Saúde/Fundação Oswaldo Cruz/Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2003.

BRITO, A. M.; CASTILHO, E. A.; SZWARCOWALD, C. L. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, Uberaba, v. 34, n. 2, p. 207-217, mar/abr. 2002.

CITELI, M. T. A pesquisa sobre sexualidade e direitos sexuais no Brasil (1990-2000). Rio de Janeiro: CEPESC, 2005.

GRUPO ARCO-ÍRIS. Pesquisa Lesbianidade, bissexualidade e comportamento sexual. Rio de Janeiro: Grupo Arco-Íris, 2009.

MEINERZ, N. E.. Estudo etnográfico sobre a constituição da parceria homoerótica feminina em segmentos médios na cidade de Porto Alegre – RS. 2005. Dissertação de Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social/UFRGS, Porto Alegre, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas da População Brasileira de 15 a 64 anos de idade. Brasília: Ministério da Saúde, 2008

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação Nacional de DST e Aids. Guia de prevenção das DST/Aids e cidadania para homossexuais. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Apoio à Gestão Participativa, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Saúde da população de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais. Rev. Saúde Pública, n. 42, v. 3, p. 570-573, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Nacional de DST e Aids. Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia da Aids e outras DST. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Pesquisa de Conhecimento Atitudes e Práticas na População Brasileira de 15 a 54 anos, 2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

PINTO, Valdir. Aspectos Epidemiológicos das Doenças Sexualmente Transmissíveis em Mulheres que fazem sexo com Mulheres. 2004. Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública/USP, São Paulo, 2004.

SCHRAIBER, L. B. et al. Diagnóstico: Relações de Gênero no Programa Saúde da Família do Recife. Recife: Prefeitura da Cidade do Recife, 2005.

SECRETARIA ESPECIAL DE DIREITOS HUMANOS DO MINISTÉRIO DA JUSTIÇA - MJ-SEDH. Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília: SEDH, 2009.

TERTO Jr., V. Homossexuais soropositivos e soropositivos homossexuais: questões da homossexualidade masculina em tempos de AIDS. In: PARKER, R.; BARBOSA, R. M. (Org.). Sexualidades brasileiras. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1996. p. 90-104.

VIANNA, A.; LACERDA, P. Direitos e políticas sexuais no Brasil: o panorama atual. Rio de Janeiro: CEPES, 2004.



Livro impresso em papel offset  
Fontes utilizadas: Swiss 721 e Lady Ice



0309 570-15-1905-15-0



**SOS CORPO**

Instituto Feminista para a Democracia

Rua Real da Torre, 593 - Madalena  
Recife PE - Brasil - CEP 50610-000  
Tel.: +55 81 3087.2086 / Fax: +55 81 3445.1905  
E-mail: [sos@soscorpo.org.br](mailto:sos@soscorpo.org.br)  
[www.soscorpo.org.br](http://www.soscorpo.org.br)



**DST-AIDS  
HEPATITES VIRAIS**



**UNODC**  
Escritório das Nações Unidas  
contra Drogas e Crime

Financiado pelo Departamento de DST, AIDS e  
Hepatites Virais do Ministério da Saúde - UNODOC