

## VI. ACESSO DE MULHERES LÉSBICAS E BISSEXUAIS AOS SERVIÇOS DE SAÚDE: TRAJETÓRIAS DE MARGINALIZAÇÃO E INVISIBILIDADE

HELAYNE CANDIDO PEREIRA  
CÍNTIA DE LIMA GARCIA  
GRAYCE ALENCAR ALBUQUERQUE  
SOLONILDO ALMEIDA DA SILVA

**Resumo:** As práticas homossexuais são contextualizadas pela discriminação e exclusão, inclusive quando se aborda o atendimento no sistema de saúde. Objetivou-se investigar aqui o acesso de mulheres lésbicas e bissexuais aos serviços de saúde. Tratou-se de uma revisão sistemática da literatura, realizada nas bases de dados MEDLINE/PubMED, LILACS e SciELO, utilizando os MeSH Terms: “homosexuality female”, “lesbians”, e “health services accessibility”. A seleção respeitou critérios de inclusão/exclusão previamente elencados. Foram identificados 273 artigos; dentre eles, apenas dez cumpriram os critérios de inclusão. Os dados apontaram para um acesso à saúde excludente, marcado por uma trajetória de obstáculos, como serviços de saúde heteronormativos, despreparo dos profissionais frente à saúde lésbica, ações profissionais preconceituosas e discriminatórias, além da escassez de políticas públicas e pesquisas sobre o assunto. Assim, tornam-se necessárias a capacitação profissional, a sensibilização social e políticas que garantam esse acesso, bem como pesquisas científicas que desvelem as especificidades do grupo.

**Palavras-chave:** Homossexualidade feminina, Preconceito, Políticas públicas, Acesso aos serviços de saúde.

## INTRODUÇÃO

A saúde, enquanto requisito essencial para a paz mundial é um direito fundamental a todo e qualquer ser humano. Ela independente de raça, religião, credo político ou da condição econômica e social, sendo resultado da interação entre os indivíduos e o Estado, e cabendo a este último a garantia da proteção e da promoção da saúde dos povos (OMS, 1946). Além disso, o acesso ao melhor estado de saúde, enquanto um direito humano básico de vida é consagrado na Declaração Universal dos Direitos Humanos e assegurado independentemente de atributos pessoais, incluindo a orientação sexual (UNESCO, 1948).

Entretanto, tais preceitos legais ainda configuram-se como um ideário, em que a realidade é perpassada por uma série de iniquidades, violações e obstáculos, principalmente quando se tratam da saúde de minorias, como as mulheres lésbicas e bissexuais (LIONÇO, 2008).

Durante muitos anos, a homossexualidade feminina sempre esteve às margens das discussões em saúde, ganhando espaço nesse cenário apenas recentemente. No Brasil, por exemplo, isso ocorreu apenas na virada do século XX para o século XXI, quando houve maior articulação do movimento lésbico, no sentido de exigir políticas públicas que contemplassem as necessidades do grupo (BARBOSA; FACCHINI, 2009).

Todavia, mulheres que se identificam como lésbica ou bissexual encontram vários obstáculos para acessar cuidados à saúde, dentre eles preocupações sobre a confidencialidade e a divulgação de sua orientação sexual, atitudes profissionais discriminatórias e, muitas vezes, conhecimentos restritos sobre os riscos associados a relações homo/bissexuais (ACGO, 2009).

Vários estudos apontaram para a marginalização e a invisibilidade de mulheres lésbicas nos espaços de saúde. O acesso delas à saúde tem ocorrido de forma excludente e injusta, pois essas mulheres acabam encontrando profissionais de saúde despreparados para atender suas especificidades, além de serviços de saúde marcadamente caracterizados pela

heteronormatividade (BARBOSA; FACCHINI, 2009). Nesse sentido, Almeida (2009) afirma que a falta de ambiente propício para as lésbicas e as bissexuais pode fazer com que informações sejam negligenciadas bilateralmente, uma vez que as usuárias não se sentem à vontade para declarar sua sexualidade e nem para falarem sobre suas vivências, o que resulta em uma assistência ineficaz.

Questões referentes à saúde sexual das lésbicas são preocupantes, por haver uma maior vulnerabilidade entre as mesmas, tendo em conta a menor frequência de exames preventivos (BARBOSA; FACCHINI, 2009), o menor número de exames solicitados pelos profissionais e pelo fato de geralmente realizarem tratamentos apenas quando surgem complicações maiores (FETHERS et al, 2000).

Assim, recomenda-se o atendimento ginecológico, incluindo planejamento familiar e prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), uma vez que a maioria das lésbicas tem vida sexualmente ativa com homens em algum momento de suas vidas, como também pela possibilidade de transmissão de algumas IST por atividade sexual exclusivamente homoafetiva (HHS, 2009), como vaginose bacteriana, herpes e infecções por papilomavírus humano (MRAVCAK, 2006). Além disso, têm sido relatadas prevalências maiores de mulheres bissexuais portadoras do vírus de imunodeficiência humana (HIV), quando comparadas a mulheres heterossexuais (O'HANLAN ; ISLER, 2007).

Dessa forma, tendo em vista a escassez de pesquisas, nos âmbitos nacional e internacional, que abordem a saúde de mulheres lésbicas e bissexuais, surgiu o seguinte questionamento: *Como ocorre o acesso dessas mulheres aos serviços de saúde?* Objetivou-se, dessa forma, investigar o acesso de mulheres lésbicas e bissexuais aos serviços de saúde, a partir de publicações provenientes de bases de dados nacionais e internacionais.

## MÉTODOS

Tratou-se de uma revisão sistemática da literatura. Foram preestabelecidos e delimitados: Tema de interesse, critérios de inclusão, estratégias de busca e seleção, avaliação, formulário para obtenção dos dados coletados, análise, apresentação e interpretação dos resultados dos estudos.

## ESTRATÉGIAS DE BUSCAS E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO

O levantamento bibliográfico foi realizado na *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE/PubMED), na *Literatura Latino-Americana e do Caribe* (LILACS) e na *Scientific Electronic Library Online* (SciELO).

Foram selecionados artigos com data de publicação entre os últimos 10 anos, utilizando como ferramenta de busca os *Medical Subject Headings* (MeSH) *Terms*: “*homosexuality female*”, “*lesbians*” e “*Health Services Accessibility*”. Para aumentar o escopo da busca, foram utilizados os operadores booleanos *AND* e *OR*, na seguinte ordem: Mesh 1 *OR* Mesh 2 *AND* Mesh 3.

A análise seguiu critérios de elegibilidade previamente determinados. Os critérios de inclusão foram: manuscritos escritos em inglês ou português, artigos sobre o acesso de mulheres lésbicas e bissexuais aos serviços de saúde, artigos originais com texto completo disponível *online*, data de publicação entre os últimos 10 anos. Os critérios de exclusão foram: outros projetos como relato de casos, séries de casos, revisão da literatura e comentários; estudos não originais, como editoriais, opiniões, prefácio e comunicação breve.

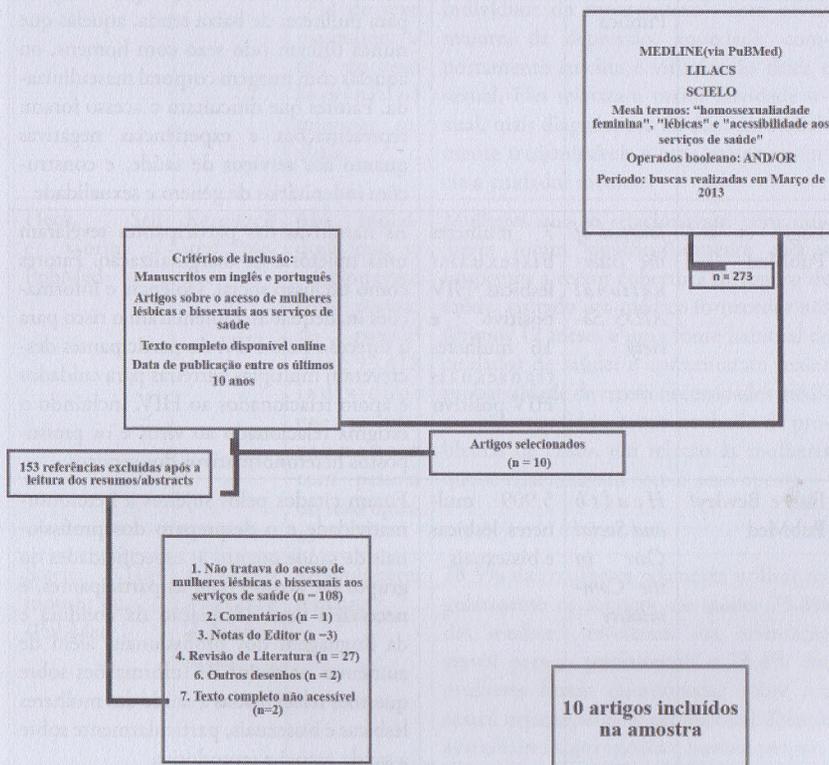
## EXTRAÇÃO DE DADOS E ANÁLISE

Os textos completos dos artigos selecionados foram lidos na íntegra, tendo sido compilados e reunidos em um formulário previamente elaborado os seguintes dados: autores, ano da publicação, periódico, país originário, base de dados, método, amostra ou sujeitos, e os principais resultados.

Em seguida, procedeu-se à análise descritiva dos dados, o que tornou possível o agrupamento das informações em três categorias: (1) a saúde de mulheres homossexuais/bissexuais; (2) assistência à saúde: trajetórias de obstáculos; e (3) a saúde ideal: caminhos a percorrer.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

As buscas foram realizadas em março de 2013 e resultaram em um total de 273 artigos. Com o emprego dos critérios de inclusão/exclusão, foram selecionados dez artigos para a amostra (Figura 1).



**Figura 1.** Fluxograma para seleção do estudo para revisão: estratégia de pesquisa; número de registros identificados, incluídos e excluídos; e as razões para as exclusões.

A Tabela 1 mostra uma visão geral de todos os artigos incluídos na amostra final e de todos os elementos utilizados no processo de análise dos dados. A maioria dos artigos foi coletada da base de dados MEDLINE (via PubMed).

**Tabela 1.** Visão geral de todos os estudos incluídos na amostra final e de todos os elementos utilizados durante o processo de análise de dados

<b>Autor/Base de dados</b>	<b>Periódico</b>	<b>Amostra</b>	<b>Principais resultados</b>
Barbosa e Facchini/SciELO	Cadernos de Saúde Pública	30 mulheres	Os resultados mostram uma maior dificuldade em acessar serviços ginecológicos para mulheres de baixa renda, aquelas que nunca tinham tido sexo com homens, ou aquelas com imagem corporal masculinizada. Fatores que dificultam o acesso foram: representações e experiências negativas quanto aos serviços de saúde, e construções indenitárias de gênero e sexualidade
Logie et al./PubMed	<i>Journal of the International AIDS Society</i>	7 mulheres bissexuais/lésbicas HIV positivo e 16 mulheres transexuais HIV positivo	As narrativas das participantes revelaram uma trajetória de marginalização. Fatores como exclusão social, violência e informações inadequadas aumentaram o risco para a infecção pelo HIV. As participantes descreveram múltiplas barreiras para cuidados e apoio relacionados ao HIV, incluindo o estigma relacionado ao vírus e os pressupostos heteronormativos dos serviços
Fish e Bewley/PubMed	<i>Health and Social Care in the Community</i>	5.909 mulheres lésbicas e bissexuais	Foram citados pelos sujeitos a heteronormatividade e o despreparo dos profissionais de saúde quanto às especificidades do grupo. De acordo com as participantes, é necessária uma adequação da conduta e da linguagem dos profissionais, além de aumentar os meios de informações sobre questões relacionadas a saúde das mulheres lésbicas e bissexuais, particularmente sobre a saúde sexual e reprodutiva

Seaver et al./ PubMed	<i>Journal of Women's Health</i>	22 mulheres lésbicas	A maioria das mulheres apontou preferência pelos serviços em que são atendidas integralmente, onde os profissionais tinham conhecimento sobre lésbicas e foram capazes de dar informações específicas. As mulheres ainda mostraram preferência por serviços que têm materiais específicos para lésbicas na sala de espera e por aqueles que contêm dados sobre a orientação sexual na admissão
Williams e Champan / PubMed	<i>Health &amp; Social Work</i>	18.924 adolescentes, sendo 1.388 (711 do sexo masculino e 667 do sexo feminino) minorias sexuais	Taxas mais alta de necessidade de saúde mental para aqueles identificados como minoria sexual (jovens com atração por indivíduos do mesmo sexo), com níveis maiores de depressão, ansiedade, comportamento suicida e vitimização física e sexual. Eles relataram maior atividade sexual, mais diagnósticos de doenças sexualmente transmissíveis e uma maior renúncia a cuidados médicos
Heck, Sell e Gorin / PubMed	<i>Research and Practice</i>	614 indivíduos que se relacionavam com pessoas do mesmo sexo e 93.418 indivíduos que se relacionavam com pessoas do sexo oposto	Mulheres que se relacionavam com mulheres foram significativamente menos propensas a terem cobertura de seguro de saúde, visitado um médico provedor nos últimos 12 meses e uma fonte habitual de cuidados de saúde; e apresentaram maior probabilidade de terem necessidades médicas não atendidas, como resultado de problemas de custo, em relação às mulheres que se relacionavam com o sexo oposto
Steele; Timmouth; Lu, /PubMed	<i>Family Practice Advance Access</i>	489 mulheres lésbicas	78,5% das mulheres relataram utilizar regularmente os serviços de saúde; 75,8% das mulheres revelaram sua orientação sexual para o profissional; e 24,4% das mulheres foram questionadas sobre sua sexual orientação pelo profissional. Dentre as mulheres cujos médicos haviam perguntado sobre sua orientação sexual, 100% a tinham divulgado

Kerker, Mostashari e Thorpe / PubMed	<i>Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine</i>	269 mulheres	Mulheres que fazem sexo com mulheres tiveram menos probabilidade de realizar um teste de Papanicolaou nos últimos 3 anos ou uma mamografia nos últimos 2 anos do que outras mulheres. Ajustando a cobertura de seguro de saúde e outros fatores, mulheres que fazem sexo com mulheres foram mais propensas do que as outras a não realizarem oportunamente Papanicolaou ou mamografia, respectivamente
Mello et al. / SciELO	<i>Sexualidad, salud y sociedad</i>	52 gestores em saúde e 43 ativistas LGBT	O estudo apontou avanços para as políticas de atenção a população LGBT. No entanto, a implementação ainda é um desafio. O acesso do grupo aos serviços de saúde, na maioria das vezes, teve como porta de entrada ambulatórios em HIV/Aids e Emergências. O estudo mostrou que os serviços são caracterizados por atendimentos heteronormativos
Araújo et al. / LILACS	<i>Escola Anna Nery Revista de Enfermagem</i>	1 mulher homossexual	Fragilidade das relações interpessoais entre as mulheres e os profissionais de saúde, com dificuldades de comunicação e não atenção às questões vinculadas à sexualidade

HIV: vírus da imunodeficiência humana; LGTB: Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais.

Observou-se ainda que a maioria dos artigos adotou métodos qualitativos, sendo que apenas 40% dos manuscritos citaram métodos quantitativos. Quanto ao ano de publicação, em 2006 houve o maior número de artigos publicados acerca do tema em estudo ( $n = 4$ ), seguido de 2011 ( $n = 2$ ), e 2008, 2009 e 2010 ( $n = 1$  em cada ano).

O levantamento mostrou que, entre os anos selecionados para essa revisão, os Estados Unidos tiveram o maior número de publicações ( $n=4$ ); o Brasil teve três artigos selecionados para a amostra; o Canadá, dois artigos; e a Inglaterra teve apenas um artigo.

## A SAÚDE DE MULHERES LÉSBICAS E BISSEXUAIS

A saúde de mulheres lésbicas e bissexuais é frequentemente violada em decorrência da orientação sexual, uma vez que o acesso delas aos serviços de saúde tem sido descrito como injusto, ineficaz e excludente (ARAUJO et al., 2006; HECK; SEEL ; GORIN , 2006; KERKER; MOSTASHARI ; THORPE, 2006; BARBOSA; FACCHINI, 2009; FISH; BEWLEY, 2010; MELLO et al, 2011; WILLIAMS; CHAPMAN, 2011; LOGIE et al., 2012).

Uma das principais queixas dessa população, em relação aos serviços de saúde, é sobre a heterossexualidade presumida, a qual ocorre quando os profissionais de saúde tratam todas as mulheres como se fossem heterossexuais (BARBOSA; FACCHINI, 2009; FISH; BEWLEY, 2010; MELLO et al, 2011; LOGIE et al., 2012).

Nessa perspectiva, pesquisa conduzida no Reino Unido revelou que a maioria das participantes se sentia constrangida diante de perguntas marcadamente heterossexuais, como indagações rotineiramente realizadas acerca do método anticoncepcional utilizado e questões sobre saúde heterossexual, como dor após a penetração (FISH; BEWLEY, 2010).

Semelhantemente, Seaver et al. (2008), em intensa abordagem qualitativa, apontaram a presença de heterossexismo nos serviços de saúde, ou seja, a suposição implícita de que todos os pacientes são heterossexuais, direcionando tratamentos discriminatórios, quando revelada a homo/bissexualidade.

Assim, Fish e Bewley (2010) afirmaram que, ao não se presumir que todos os pacientes são heterossexuais, os profissionais de saúde poderiam ganhar uma oportunidade para que os usuários revelassem sua orientação sexual e, assim, tornar a assistência mais efetiva. Entretanto, pesquisas sugerem que os profissionais de saúde não interrogam a orientação sexual dos seus pacientes, conforme identificaram Steele, Tinmouth e Lu (2006) em sua pesquisa com 489 mulheres lésbicas, dentre as quais apenas 24,4% foram questionadas sobre sua orientação sexual.

Tendo em vista a ausência de questionamento quanto à orientação sexual, a pesquisa de Fish e Bewley (2010) recomenda inserir um campo para esse quesito em todos os formulários oficiais, como uma forma de guiar melhor os históricos/anamneses, considerando a diversidade sexual.

Ademais, fica evidente a omissão das mulheres homossexuais frente aos cuidados reprodutivos e ginecológicos, conforme estudo realizado no Brasil sobre a saúde sexual de 30 mulheres que faziam sexo com mulheres, no qual apenas metade das entrevistadas acessou consultas ginecológicas de rotina anualmente. Para o restante das mulheres, o acesso ocorreu esporadicamente, ou elas nunca tinham acessado (BARBOSA; FACCHINI, 2009).

Ainda que entre as mulheres dessa pesquisa tenham sido comuns as queixas sobre a qualidade do atendimento, especialmente no tocante ao tempo da consulta e à relação profissional-paciente, tais queixas não foram articuladas no discurso das mulheres como justificativa para deixarem de procurar o atendimento ginecológico. Os motivos para essa baixa procura foram: ausência de necessidade, não ter sido exposta a riscos e a ausência de sintomas (BARBOSA; FACCHINI, 2009).

Esse cenário torna-se ainda mais crítico quando, equivocadamente, a mulher lésbica é apontada como o subgrupo com menor risco para ISTs (FISH; BEWLEY, 2010). Esse ideário encontra-se na imaginação dessas mulheres, fato que acaba as afastando ainda mais dos serviços de saúde. Essa falsa percepção de risco é evidenciada quando recorrentemente as lésbicas apontam a noção de IST atrelada a práticas heterossexuais, atribuindo aos homens características como promiscuidade e representando-os, muitas vezes, como vetor de doenças. Paralelamente, essas mulheres apresentam o discurso de que o sexo exclusivamente entre mulheres é de baixo risco, por motivos diversos, que vão desde essa ideia de autoimunidade às ISTs até questões de maior fidelidade entre o relacionamento lésbico (BARBOSA; FACCHINI, 2009).

A (des)informação vem a ser um dos fatores causais dessa problemática, em razão da precariedade de informações sobre a saúde sexual desse

segmento (BARBOSA; FACCHINI, 2009). Nesse sentido, mulheres lésbicas, bissexuais e transexuais portadoras do HIV atribuíram a falta de informação sobre IST/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) em mulheres de minorias sexuais, e o tratamento discriminatório e incompetente de profissionais de saúde ao aumento do risco de infecção pelo HIV entre elas (LOGIE et al., 2012).

Outra questão decisiva em relação à saúde dessas mulheres vem a ser a falta de especificidade lésbica na saúde, bem como o (des)interesse dos próprios serviços em atrair essa clientela. Isso é facilmente percebido, como demonstrou uma pesquisa conduzida no Brasil, ao evidenciar o acesso da população de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Travestis e Transexuais (LGBT) por ambulatórios de HIV/Aids (quando a soropositividade já é apresentada) e por Emergências (geralmente quando vítimas de violência) (MELLO et al, 2011), revelando que o acesso do segmento à saúde configura-se como um importante desafio brasileiro.

Tal desafio não se restringe aos serviços públicos. A cobertura de serviços de saúde por seguros privados também revela a exclusão de mulheres que fazem sexo com mulheres. Pesquisa realizada com 614 indivíduos que se relacionavam com pessoas do mesmo sexo e 93.418 indivíduos que se relacionavam com pessoas do sexo oposto mostrou que mulheres com relações homoafetivas foram significativamente menos propensas a terem cobertura do seguro saúde que mulheres com relações heterossexuais (HECK; SEEL; GORIN, 2006).

Em suma, vivenciar experiências negativas na rede de assistência à saúde é um fator que afasta ainda mais as mulheres homo/bissexuais da saúde, como, por exemplo, não receber orientações adequadas às suas especificidades e/ou sofrer atos discriminatórios. Experiências como essas levam algumas mulheres a evitarem cuidados, comprometendo potencialmente a sua saúde. (STEELE; TINMOUTH; LU, 2006; SEARVER et al, 2008; BARBOSA; FACCHINI, 2009; FISH; BEWLEY, 2010).

## ASSISTÊNCIA À SAÚDE: TRAJETÓRIAS DE OBSTÁCULOS

Os maiores obstáculos apresentados por mulheres lésbicas e bissexuais, em relação à assistência à saúde, giram em torno do despreparo dos profissionais frente às necessidades do grupo, da falta da especificidade lésbica nos serviços de saúde e do preconceito sofrido (SEARVER et al, 2008; BARBOSA; FACCHINI, 2009; FISH; BEWLEY, 2010; LOGIE et al., 2012).

O despreparo dos profissionais é evidenciado na pesquisa de Fish e Bewley (2010) na qual mulheres relataram que, durante as consultas médicas, os profissionais eram muitas vezes incapazes de fornecer-lhes orientações relevantes sobre os riscos à saúde lésbica. Dados semelhantes foram encontrados no Brasil, em estudo em que lésbicas referiram que profissionais de saúde pareceram não deter conhecimentos específicos sobre relacionamentos *gays*, sendo este o motivo para o silêncio vivenciado por elas durante as consultas (BARBOSA; FACCHINI, 2009).

A problemática ganha ainda mais magnitude quando se observam profissionais de saúde direcionando informações errôneas a essas mulheres, conforme mostra pesquisa realizada no Reino Unido. Nesse estudo, mulheres lésbicas e bissexuais foram orientadas a não se submeterem a esfregaço vaginal, dada a justificativa de que o sexo entre lésbicas, por não ter penetração, seria de baixo risco (FISH; BEWLEY, 2010).

Indubitavelmente, conhecer a orientação sexual das pacientes é primordial para o direcionamento adequado da assistência. No entanto, a literatura revela casos de mulheres que externaram a lesbiandade durante consultas ginecológicas e não necessariamente receberam assistência adequada – ao contrário do esperado, já que, após a revelação, as condutas deveriam ser mais específicas, visando atender a necessidade da paciente (BARBOSA; FACCHINI, 2009).

Outro obstáculo comumente apontado são as reações discriminatórias de profissionais de saúde após a revelação da homo/bissexualidade,

conforme aponta estudo realizado em Boston, Estados Unidos, em que mulheres homossexuais referiram que, após revelarem a orientação sexual, os profissionais seguiram a consulta de maneira mais rápida, como se quisessem sair daquela situação o mais brevemente possível (SEARVER et al, 2008).

Dados dessa pesquisam mostram que muitas mulheres relutam a divulgar a orientação sexual para o profissional, em decorrência de reações negativas outrora vivenciadas e por medo de que esses profissionais considerem a homossexualidade como uma doença mental (SEARVER et al, 2008). Corroborando essa questão, Barbosa e Facchini (2009) identificaram várias mulheres que receberam tratamentos inadequados após a revelação da orientação sexual. Os episódios envolviam mudança de atitude por parte do profissional, comentários preconceituosos, e ausência de ofertas de exames clínicos, de mamas ou Papanicolau. A queixa mais comum referiu-se ao fato de o profissional, após o relato, agir como se não tivesse nada a comentar ou orientar (BARBOSA; FACCHINI, 2009).

Outro empecilho recorrentemente apontado para o acesso dessas mulheres à saúde foi a falta de informação sobre questões de saúde, principalmente sobre saúde sexual e sexo seguro, entre relações lésbicas (SEARVER et al, 2008; BARBOSA; FACCHINI, 2009; FISH; BEWLEY, 2010; MELLO et al, 2011; LOGIE et al., 2012). Nesse sentido, estudo realizado em Toronto, no Canadá, mostrou que a falta de informação – mais especificamente sobre a prevenção do HIV – é um fator que aumenta a vulnerabilidade do grupo à infecção e que dificulta o acesso dessas mulheres a centros terapêuticos e de apoio (LOGIE et al., 2012).

Entre as lésbicas brasileiras, o acesso a informações sobre IST também é precário, até mesmo para aquelas que já receberam um diagnóstico prévio de IST e que se submeteram a tratamentos. Para preencher essa lacuna, elas recorrem, muitas vezes, a informações da internet, de Organizações Não Governamentais de prevenção de IST/Aids ou de outras mulheres lésbicas mais experientes (BARBOSA; FACCHINI, 2009).

Assim, o grupo em questão apontou a necessidade de obter informações sobre sexo seguro, como, por exemplo, a transmissão de herpes durante o sexo oral, já que algumas delas relataram ter adquirido tal infecção durante relações sexuais com pessoas do mesmo sexo. Ademais, informações acerca do rastreamento do câncer cervical, do uso do álcool, do tabagismo, da concepção assistida e da saúde mental também são necessárias para essas mulheres (FISH; BEWLEY, 2010).

Nessa perspectiva, a saúde mental é outra área que tem sido apontada como essencial para população pertencente ao grupo LGBT, conforme mostra a pesquisa de Williams e Champan (2011), realizada com 18.924 jovens. Dentre estes, 1.388 (711 do sexo masculino) se autoidentificaram como minorias sexuais, ou seja, indivíduos que sentem atração por outros do mesmo sexo.

Essa pesquisa, conduzida nos Estados Unidos, encontrou taxas mais elevadas de ansiedade moderada a grave, comportamentos suicidas, e vitimização física e sexual entre os jovens de minorias sexuais, particularmente entre as mulheres. Os possíveis fatores desencadeantes para tais eventos estavam relacionados com não aceitação da família, conflito com a formação da identidade sexual e pressão social para se conformar às expectativas heterossexistas (WILLIAMS; CHAPMAN, 2011).

Por fim, a discriminação, a homofobia e o heterossexismo, frequentes na sociedade e também nas redes de assistência à saúde, têm afastado as lésbicas e bissexuais desses cenários, seja por medo de sofrerem esses atos, de que a orientação sexual seja divulgada para outras pessoas, ou seja por experiências discriminatórias outrora vivenciadas.

## **A SAÚDE IDEAL: CAMINHOS A PERCORRER**

Independentemente do nível de desenvolvimento do país em que foram realizados os estudos e do ano de publicação, o acesso de mulheres lésbicas e bissexuais a serviços de saúde ainda ocorre de maneira insatisfatória e, portanto, necessita de uma longa caminhada até o alcance do ideal.

Nesse sentido, as mulheres que fizeram parte da pesquisa realizada por Fish e Bewley (2010) apontaram várias recomendações para ampliar e qualificar esse acesso, tais como: projetar ambientes acolhedores nos serviços de saúde (por exemplo: afixar folhetos e cartazes sobre a diversidade sexual), incluir um campo para orientação sexual em todos os folhetos oficiais, e garantir informações seguras acerca da especificidade lésbica e os riscos advindos de uma relação homoafetiva, além de criar políticas claras de combate à discriminação.

Dessa forma, a divulgação da orientação sexual está fortemente relacionada ao uso regular dos serviços de saúde, sendo necessário que os profissionais de saúde considerem esse atributo durante os atendimentos, para que a assistência seja direcionada às especificidades do grupo e, por conseguinte, seja mais eficaz. Kerker, Mostashari e Thorpe (2006) afirmaram que o treinamento profissional e o acesso à informação são essenciais para expandir o uso dos serviços de saúde pelas mulheres lésbicas e bissexuais.

Além disso, investimentos em pesquisas científicas, que abordem a temática saúde e homo/bissexualidade feminina, no sentido de conhecer melhor o grupo e suas demandas, também têm sido recomendados, para ampliar e aperfeiçoar esse acesso.

Barbosa e Facchini (2009) afirmaram que a insuficiência de conhecimento científico acerca da questão e a ausência de tecnologias adequadas ao grupo convertem-se em desperdício de recursos, constrangimento durante os atendimentos, assistência inadequada e, muito provavelmente, em um grande contingente de mulheres com problemas de saúde não diagnosticados e não tratados. Outros autores corroboram essa ideia, considerando que a escassez de publicações termina por acirrar ainda mais a invisibilidade imposta a essas mulheres nos espaços de assistência à saúde (LOGIE et al., 2012).

Faz-se também necessária a ampliação de debates políticos que versem sobre os obstáculos encontrados por essa população para acessar a saúde. No Brasil, por exemplo, essas dificuldades são ilustradas pela fra-

gildade das politicas públicas e pelos cuidados a saúde da mulher, muitas vezes restritos à dimensão reprodutiva (BARBOSA; FACCHINI, 2009).

O caminho a ser percorrido até o cuidado ideal deve estar envolto de preparo e competência profissional, adequação dos serviços de saúde, políticas de intimidação ao preconceito, pesquisas que ampliem o conhecimento acerca do grupo e suas especificidades, além de programas e políticas públicas que favoreçam a questão.

O conhecimento científico acerca dessa relação deve contribuir para preencher a lacuna existente na literatura, bem como subsidiar políticas públicas e estratégias que garantam o acesso contínuo e igualitário desses sujeitos aos serviços de saúde.

## CONCLUSÃO

A partir da revisão realizada, foi possível identificar a fragilidade existente entre a homo/bissexualidade feminina e a atenção dos serviços de saúde. Apesar da existência de leis que regulamentam a obrigatoriedade do acesso do grupo a atenção integral, livre de violência, preconceito e discriminação, o que se observa na prática é um panorama repleto de invisibilidade e injustiça.

Pode-se afirmar que a saúde dessas mulheres encontra-se em vulnerabilidade, tendo como agentes causais: a assistência excludente e heteronormativa dos serviços de saúde; os profissionais de saúde ainda despreparados para assistir as especificidades do grupo; a insuficiência de políticas que, de fato, implementem a equidade da assistência, tendo em vista a diversidade sexual; e, ainda, a discriminação e o preconceito, que se perpetuam até hoje em toda a sociedade.

Ao considerar a diversidade das especificidades do paciente, inclusive as demandas advindas da orientação sexual, a relação utente-profissional se torna mais inclusiva e adequada às necessidades do usuário. Para tanto, as políticas e práticas profissionais devem, ao mesmo tempo, ser universais

e particulares, e, assim, possibilitar a equidade da assistência, o que minimizaria os constrangimentos vivenciados por essas mulheres ao acessar os serviços de saúde (MARQUES; OLIVEIRA; NOGUEIRA, 2013).

Dessa forma, torna-se necessária a reorientação dos serviços de saúde, no sentido de garantir espaços de saúde acolhedores e adequados à satisfação do grupo, bem como a capacitação e sensibilização dos profissionais de saúde quanto à assistência inclusiva, equânime e eficaz às mulheres consideradas minorias sexuais.

Para tanto, é imperativo a ampliar os espaços de discussão acerca da temática, como meio de (1) valorizar e estimular políticas e pesquisas que abordem a diversidade sexual e sua relação com a saúde, e (2) dinamizar aspectos e demandas do grupo e, assim, torná-los visíveis e aceitos perante todos os espaços sociais e principalmente para saúde.

Apona-se ainda como necessária a introdução de disciplinas que versem sobre a temática nos currículos de graduação dos profissionais de saúde, para que estes entrem nos espaços de saúde preparados para assistir ao grupo, e implementar ações que incluam e empoderem a população LGBT.

## CONFLITOS DE INTERESSE

Não existem conflitos financeiros concorrentes

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, G.. Argumentos em torno da possibilidade de infecção por DST e Aids entre mulheres que se autodefinem como lésbicas. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 2, p. 301-331, 2009 .

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACGO). ACOG Committee Opinion No. 428. Legal status: health impact for lesbian couples, American College of Obstetricians and Gynecologists. **Obstet Gynecol**; v.113(2 Pt 1), p.469-472, 2009.

ARAUJO, Maria Alix Leite de et al . Relação usuária-profissional de saúde: experiência de uma mulher homossexual em uma unidade de saúde de referência de Fortaleza. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 10, n. 2, p. 323-327, Aug. 2006

BARBOSA, Regina Maria; FACCHINI, Regina. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 25, supl. 2, p. s291-s300, 2009

FETHERS, K et al. Sexually transmitted infections and risk behaviours in women who have sex with women. **Sex Transm Infect** 2000; v.76, n.5, p:345-349, 2000

FISH, L.; BEWLEY, S. Using human rights-based approaches to conceptualise lesbian and bisexual women's health inequalities. **Health Soc Care Community**; v.18, n.4, p.355-362, 2010.

HHS (US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES). Office on Women's Health. Lesbian and bisexual health. Washington, 2009. Disponível em: <http://womenshealth.gov/publications/our-publications/fact-sheet/lesbian-bisexual-health.pdf> Acesso em jul 9 2014.

HECK, J.E; SEEL, R.L; GORIN, S.S. Health Care Access Among Individuals Involved in Same-Sex Relationships. **Am J Public Health**; v.96, n.6, p.1111-1118, 2006.

KERKER, B.D; MOSTASHARI, F; THORPE, L. Health care access and utilization among women who have sex with women: sexual behavior and identity. **J Urban Health**; v.83, n.5, p.970-979, 2006

LIONCO, Tatiana. Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. **Saude soc.**, São Paulo , v. 17, n. 2, p. 11-21, Jun 2008 .

LOGIE, C.H, et al. "We don't exist": a qualitative study of marginalization experienced by HIV-positive lesbian, bisexual, queer and transgender women in Toronto, Canada. **J Int AIDS Soc** ; v.15, n 2, 2012.

MARQUES, António Manuel; OLIVEIRA, João Manuel de; NOGUEIRA, Conceição. A população lésbica em estudos da saúde: contributos para uma reflexão crítica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 7, p. 2037-2047, Jul 2013

MRAVCAK, S.A. Primary care for lesbians and bisexual women. **Am Fam Physician**; v.74, n. 2, p.279-286, 2006.

MELLO, Luiz et al . Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. **Sex., Salud Soc. (Rio J.)**, Rio de Janeiro , n. 9, p. 7-28, Dez. 2011 .

O'HANLAN, K.A; ISLER, C.M. Health care of lesbian and bisexual women. In: Meyer IH, Northridge ME, editors. **The health of sexual minorities: public health perspectives on lesbian, gay, bisexual and transgender populations**. New York - Springer. p. 506-522, 2007

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Carta da Organização Mundial de Saúde, 1946**. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organização-Mundial-da-Saúde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Acesso em jul 9 2014.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA (UNESCO). **Declaração universal de direitos humanos**, 1948. Disponível em: [http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis\\_intern/ddh\\_bib\\_intern\\_universal.html](http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_intern_universal.html) Acesso em jul 9 2014.

SEARVER, M.R, et al. Healthcare Preferences Among Lesbians: A Focus Group Analysis. **J Womens Health (Larchmt)** v.17, n. 2, p. 215-225, 2008

STEELE, L.S; TINMOUTH, J.M; LU, A. Regular health care use by lesbians: a path analysis of predictive factors. **Fam Pract** v.23, n.6, p.631-636, 2006

WILLIAMS, K.A; CHAPMAN M.V. Comparing health and mental health needs, service use, and barriers to services among sexual minority youths and their peers. **Health Soc Work** ; v.36, n. 3, p.197-206, 2011