

Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais



Relatório da Oficina **Atenção à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais** realizada em Brasília de 23 a 25 de abril de 2014

Ministério da
Saúde

Secretaria de
**Políticas para
as Mulheres**

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais

Relatório da Oficina “Atenção Integral à Saúde
de Mulheres Lésbicas e Bissexuais”
realizada em Brasília de 23 a 25 de abril de 2014

Dilma Rousseff
Presidenta da República
Michel Temer
Vice-Presidente da República

Secretaria de Políticas para as Mulheres
Eleonora Menicucci
Ministra de Estado Chefe

Ministério da Saúde
Arthur Chioro
Ministro de Estado Chefe

Realização:

Secretaria de Políticas para as Mulheres
Presidência da República
Secretaria de Articulação Institucional e Ações
Temáticas
Coordenação Geral da Diversidade

Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância a Saúde
Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica
Coordenação Geral de Saúde das Mulheres
Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
Departamento de Apoio a Gestão Estratégica e
Participativa

Relatoria:

Ana Paula Lopes de Melo
Ana Paula Portella

Produção do Documento Final:

Ana Paula Lopes de Melo

Revisão do Documento:

Ana Paula Lopes de Melo
Margareth Cristina de Almeida Gomes
Marcy Figueiredo

Projeto gráfico e diagramação:

Camila Fidelis Maia

Grupo de Trabalho responsável pela Oficina

SPM-PR:

Vera Lúcia Lemos Soares - Secretária de Articulação
Institucional e Ações Temáticas

Coordenação Geral da Diversidade
Maria de Lourdes A. Rodrigues - Coordenadora
Marcy Figueiredo - Analista Técnica de Políticas
Sociais

Ministério da Saúde:

SVS/DDAHV
Fábio Mesquita - Diretor do Departamento de DST,
AIDS e Hepatites Virais

Juny Kraiczky - Gerente
Elisiane Pasini - Assessora Técnica
Kauara Rodrigues - Analista Técnica de Políticas
Sociais
Tainah Lobo - Analista Técnica de Políticas Sociais

SAS/CGSM

Caroline Schweitzer de Oliveira - Assessora Técnica
Lidiane Gonçalves - Assessora Técnica

SGEP/DAGEP

Kátia Souto - Diretora
Marina Marinho - Analista Técnica de Políticas
Sociais

As Outras

*Visibilidade
Corporeidade
Poder
Democracia
Transgressão
Autonomia
Sapatão
Multiplicidade
Alteridade
Ser inteira
Não pela metade
Lesbianidade
Bissexualidade
Laicidade
Sair da margem
Sair do Armário
Ter luz
Na sociedade
Fim da hipocrisia
Felicidade
Utopias
Sonhos
Realidades
Simone
Safo
Lélia
Zinga
Pluralidades*

*Poema de Silvana Conti
produzido durante a oficina*

Índice

Apresentação	06
Solenidade de Abertura	08
Painel Inaugural - Contexto das Políticas e Ações Voltadas à Saúde de Lésbicas no Brasil	11
Painel I - Panorama da saúde das mulheres lésbicas e bissexuais: mulheres lésbicas e bissexuais no país: apresentação de dados existentes e indicadores da saúde	19
Painel II – Mulheres lésbicas e bissexuais: Determinantes de vulnerabilidades na assistência à saúde	31
Painel III – Focalizar especificidades para garantir a integralidade na atenção à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais	41
Painel IV – Focalizar especificidades para garantir a integralidade na atenção à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais	48
Introdução aos Grupos de Trabalho: elementos necessários em uma proposta de diretriz de atenção à saúde de lésbicas e bissexuais, dirigida aos profissionais de saúde	62
Considerações Finais	70
Anexos	72

Apresentação

Entre os dias 23 e 25 de abril de 2014 aconteceu em Brasília, a oficina Atenção a Saúde Integral de Mulheres Lésbicas e Bissexuais. Esta atividade integra as ações para a Atenção à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais promovidas pela Secretaria de Política para Mulheres (SPM) e pelo Ministério da Saúde (MS), por meio: do Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais da Secretaria de Vigilância a Saúde, da Coordenação Geral da Saúde da Mulher do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Assistência a Saúde, e do Departamento de Apoio a Gestão Estratégica e Participativa da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa; da Coordenação Geral da Diversidade da Secretaria de Articulação Institucional e Ações Temáticas da Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República.

A oficina teve como objetivo levantar e aprofundar conteúdos para o desenvolvimento de materiais voltados para profissionais de saúde sobre promoção e atenção à saúde integral deste grupo social. Participaram do encontro cerca de 50 pessoas¹, entre ativistas, pesquisadoras, representantes de governos estaduais e municipais e dos ministérios promotores da atividade.

A formulação de orientações para profissionais de saúde a respeito da atenção à saúde de mulheres lésbicas e bissexuais é uma reivindicação antiga do movimento de mulheres lésbicas e bissexuais, já apresentada por suas representantes no Conselho Nacional de Saúde. Para atender esta demanda, foi constituído, em fevereiro de 2014, um Grupo de Trabalho entre SPM e MS, cuja meta é a construção de um documento orientador sobre a saúde de lésbicas e bissexuais dirigido aos profissionais de saúde.

Para atingir tal objetivo, o GT decidiu realizar um encontro com ativistas, pesquisadoras dessa linha temática e com gestores locais de políticas de saúde e de promoção dos direitos da mulher com o intuito de

¹ Como a quase totalidade das participantes do evento foram mulheres, optou-se por manter o texto no feminino sempre que se fizer referência à maioria.

promover um diálogo a respeito dos elementos necessários para a construção do documento. Além da oficina apresentada nesta publicação, são etapas da elaboração deste documento a contratação de consultoria especializada e a realização de um Seminário em novembro de 2014.

Esta publicação visa tornar público o teor das discussões proporcionadas pela oficina e a síntese de recomendações para qualificar a atuação de profissionais de saúde e as estratégias da gestão.

Nota para leitura:

As apresentações de painelistas devem ser lidas a partir dos slides usados nos painéis (anexos no final dessa publicação), acompanhadas pelos textos apresentados, que trazem elementos adicionais aos slides e uma síntese dos principais pontos discutidos. Os textos são uma compilação dos painéis e discussões realizados na Oficina. Foram organizados e sistematizados por relatoria especializada que acompanhou toda a Oficina. Qualquer interpretação em desacordo não deve ser atribuída às participantes ou painelistas.

Abertura²

Eleonora Menicucci

Ministra da Secretaria de Políticas para as Mulheres

Todas as participantes da oficina Atenção a Saúde Integral de Mulheres Lésbicas e Bissexuais são movidas por convicções muito fortes e reconhecem o esforço e a importância da construção dessa oficina. Grandes eventos são momentos de articulação, mas, concretamente, são nas pequenas oficinas que se constroem as grandes políticas e as grandes ações, que depois vão às conferências para serem reforçadas.

A discussão da pauta dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos ocorrida na oficina é fundamental. Enquanto no cenário internacional esta questão teve poucos avanços, pois a Conferência Internacional de Desenvolvimento e População – preparatória para Cairo +20 – não incorporou os Direitos Sexuais ao documento final; no Brasil, especialmente nos últimos anos, constatam-se avanços tanto no Executivo, quanto no Judiciário.

Essa oficina – e todo o processo no qual ela está inserida - reafirma o compromisso do Governo Federal com os direitos da população LGBT, além de preencher a lacuna referente à saúde das mulheres lésbicas e bissexuais. O aprofundamento dessa discussão é importante para fortalecer a Política de Saúde Integral para as mulheres lésbicas e bissexuais. A oficina representou esse esforço.

As ações de saúde estão ligadas aos Direitos Humanos, por isso a importância da articulação entre a Secretaria de Políticas para as Mulheres e o Ministério da Saúde, reforçada com a realização da oficina.

² As apresentações foram baseadas nas falas de abertura do evento

Maria Esther de Albuquerque Vilela

Coordenadora Geral de Saúde das Mulheres do Ministério da Saúde

A oficina Atenção a Saúde Integral de Mulheres Lésbicas e Bissexuais é um evento de grande importância para a visibilidade, a garantia da conquista de direitos e de dignidade para uma população de mulheres em situação de vulnerabilidade. Há uma necessidade de avanços no Sistema Único de Saúde (SUS) em relação ao cuidado integral às mulheres e, em especial, às mulheres lésbicas e bissexuais que vem sendo negligenciadas, violentadas e tendo negado o seu direito à saúde integral.

O Ministério da Saúde está empenhado em fazer avançar o SUS, em garantir o atendimento integral a estas mulheres no sentido da prevenção de doenças, DST, câncer de colo do útero e mama, doenças que afetam a todas as mulheres, mas que nessa população há necessidade de um cuidado e de uma visibilidade especial. Esse empenho é direcionado também para a necessidade de formar os profissionais de saúde para atender de forma diferenciada mulheres que tem uma orientação sexual e uma vivência sexual diferenciada do modelo hegemônico, pois o cuidado padronizado as penaliza. O SUS precisa avançar no sentido de qualificar a assistência observando a singularidade de mulheres lésbicas e bissexuais e trazendo dignidade no atendimento e ampliação do acesso.

O Ministério da Saúde constrói a saúde das mulheres e não a saúde da mulher, porque somos muitas, somos múltiplas, somos inteiras e queremos viver com saúde e dignidade.

Fábio Mesquita

Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde

A oficina Atenção a Saúde Integral de Mulheres Lésbicas e Bissexuais integra as políticas governamentais para a população LGBT. Nesse contexto, podemos destacar, entre outras ações, o encontro da Presidente Dilma Rousseff com o movimento LGBT em junho de 2013 e a entrega do prêmio de Direitos Humanos a uma mulher transexual, em dezembro de 2013. Além disso, o Ministério da Saúde implementou a

portaria do processo transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo desde a terapia hormonal até as cirurgias.

No contexto do Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais, temos trabalhado com populações chave, reforçando as ações junto ao segmento de homens que fazem sexo com homens, sobretudo homens jovens, entre os quais a epidemia mais cresce no país. Também temos nos dedicado a populações fora do segmento LGBT, como profissionais do sexo e pessoas que usam drogas.

No entanto, a agenda das mulheres lésbicas e bissexuais estava fora do foco principal de atenção, por isso a importância desta oficina que recupera – e avança – em relação a uma atividade que promovemos em 2012, onde alguns materiais foram produzidos. Em certa medida, naquela ocasião, não progredimos no sentido de elaborar materiais que ajudassem os profissionais de saúde a atuarem melhor em relação às questões que afetam a saúde das lésbicas e bissexuais.

Essa oficina, que é fruto do esforço dos movimentos de lésbicas e bissexuais, da Secretaria de Políticas para as Mulheres, do DAGEP/MS e da Saúde da Mulher/MS e do Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais/MS, é, portanto, uma resposta a uma dívida do nosso Departamento com as lésbicas e bissexuais.

Painel Inaugural

Contexto das Políticas e Ações Voltadas à Saúde de Lésbicas no Brasil

Direitos Sexuais e Necessidades de Saúde de Lésbicas e Mulheres Bissexuais na Percepção de Profissionais de Saúde e Usuárias do SUS³

Ana Paula Portella

Socióloga, Doutora em Sociologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e pesquisadora da UFPE

A pesquisa apresentada foi realizada em 2009, com o apoio do Ministério da Saúde e teve como objetivo atender a uma demanda frequentemente feita pelos grupos de mulheres lésbicas de Pernambuco e de outros locais: a identificação e documentação das necessidades de mulheres lésbicas no campo da saúde. Foi coordenada juntamente com Verônica Ferreira, que integrava a organização SOS Corpo – Instituto Feminista para a Democracia.

Tendo como objetivo estudar as atitudes de profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) no atendimento a lésbicas e mulheres bissexuais, a pesquisa estabeleceu como ponto de partida as perspectivas dos próprios profissionais de saúde e de usuárias lésbicas e bissexuais. Tratou-se de uma pesquisa qualitativa realizada por meio de entrevistas semi-estruturadas junto às usuárias e profissionais de saúde, além de observação-participante em serviços de Atenção Básica do município de Recife/PE.

Os resultados das entrevistas e observações foram organizados em torno dos seguintes eixos de análise, referentes às trajetórias de mulheres lésbicas e bissexuais: discriminação que (des)orienta a vida; revelação do homoerotismo; trajetória amorosa e sexual; trajetória reprodutiva; experiência das mulheres na assistência; a saúde das mulheres – percepções e experiências.

³ Vide na íntegra o relatório da referida pesquisa na publicação de Portella (2009) intitulada “Lésbicas, sexualidade e saúde: síntese dos resultados da Pesquisa Direitos Sexuais e Necessidades de Saúde de Lésbicas e Mulheres Bissexuais”. Recife: SOS Corpo, 2009.

Com relação aos resultados das entrevistas e observações no contexto dos serviços de saúde, foram organizadas os seguintes eixos de análise: concepções sobre sexualidade lésbica e bissexual; perspectivas dos/as profissionais; reflexão sobre diversidade sexual; situação nos serviços de saúde; a saúde das lésbicas vista pelos profissionais; preconceito e discriminação no cotidiano da assistência.

Alguns eixos de análise mesclaram elementos das percepções dos profissionais e das usuárias, como concepções sobre sexualidade lésbica e bissexual e percepção das mudanças sociais. Assim, foram abordados de maneira a integrar as perspectivas de ambos os sujeitos sociais.

Trajetórias de mulheres lésbicas e bissexuais

A partir da trajetória de vida das mulheres entrevistadas, foi possível perceber tanto a relação que estabeleciam com seu próprio corpo, cuidando de sua saúde, quanto com os serviços por meio da interação com os profissionais de saúde. As mulheres envolvidas na pesquisa revelaram que a orientação sexual é um aspecto central de suas vidas e que a vivência homoerótica afeta de forma decisiva suas vidas sociais e afetivas, não se constituindo como algo acessório ou marginal. A menção de situações de violência – particularmente sexual - e discriminações perpetradas por homens foram correntemente atribuídas à infância e adultez.

Dentre as mulheres entrevistadas, aconteceram muitos relatos atribuindo o abandono dos bancos escolares, devido situações de bullying, que derivavam de discriminações sofridas no cotidiano por serem “mais masculinizadas”, por terem namoradas ou por expressarem sua orientação sexual. As situações de violência e discriminação afetavam também a vida familiar. Houve histórias de afastamento do núcleo familiar como uma maneira de distanciarem-se do lugar onde sofreram as primeiras discriminações. E também narrativas acerca da dificuldade em seguir uma trajetória profissional sem muitos percalços. Vidas marcadas por interrupções nos estudos, no trabalho, nos círculos sociais, na família, nas relações afetivo-sexuais.

A revelação, o “sair do armário”, costuma ser feita inicialmente para amigas lésbicas ou amigos gays – o que garante solidariedade e apoio para enfrentar a discriminação. Este momento era percebido como extremamente positivo porque saem do momento de sofrimento anterior,

encontrando um nicho, um lugar de conforto.

Quanto à trajetória afetivo-sexual, apresentam características semelhantes com as trajetórias de mulheres heterossexuais. Algumas delas tiveram relações heterossexuais e acionaram essas lembranças comparando e trazendo a tona que as relações homossexuais são menos conflituosas que as outras que haviam vivenciado, embora ambas tenham conflitos. A maioria das mulheres que viveram relações com os homens sabiam que possuíam desejo por mulheres, no entanto não tiveram como expressar isso.

A trajetória reprodutiva também é muito semelhante a das mulheres heterossexuais. No campo da reprodução, a orientação sexual não parece fazer muita diferença.

Em relação às concepções sobre a sexualidade lésbica e bissexual, não é possível dizer que foi isso que foi investigado. Apesar de utilizar-se o termo bissexualidade na pesquisa, o que apareceu nos relatos foi a sexualidade lésbica.

Percepção e atuação dos (as) profissionais de saúde

Foram identificadas duas categorias de profissionais a partir dos seus discursos: os conservadores e os progressistas. Alguns progressistas relatavam que a partir da prática da assistência e do contato com as lésbicas mudaram suas concepções sobre a questão. Os conservadores achavam que esse não era um problema a ser debatido no SUS. Esse debate não tem feito parte da pauta dos serviços, exceto nos serviços especializados de atendimento a Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)/Aids.

As percepções e experiências com relação à saúde relatadas pelas mulheres entrevistadas, comumente, colocava seu estado geral de saúde como bom e com um risco menor de contrair DST quando comparadas às mulheres heterossexuais. Esta percepção ocorria mesmo em casos de mulheres que já haviam contraído DST em relações homossexuais.

Parte dos profissionais de saúde identifica uma vulnerabilidade geral para a saúde desse grupo advinda da invisibilidade social. No que se refere às DST, os(as) profissionais compartilham a percepção das mulheres lésbicas de que estariam menos expostas a contrair esse tipo

de doença. No momento em que os profissionais não reconhecem as mulheres lésbicas nos serviços deixam de conhecer também o que elas trazem de questões de saúde e o que elas trazem de questão das suas próprias vidas.

Nos serviços onde os profissionais se apresentaram mais abertos ao debate e com discursos progressistas, não houve, no entanto, uma percepção de melhora no atendimento durante as observações. Embora haja menos situações de discriminação, o trato direcionado às usuárias deixa a desejar no sentido de um atendimento mais humanizado e se assemelha aos outros serviços.

Recomendações resultantes da pesquisa:

- 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;
- 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;
- Implementação imediata de processos de formação para profissionais e gestores de saúde de modo a erradicar as situações de discriminação nos serviços de saúde;
- Maior aproximação dos gestores 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;
- Realização de campanhas de comunicação de massa estimulando a denúncia dos casos de discriminação e preconceito nos serviços de saúde;
- Atitude pública de condenação institucional à lesbofobia nos serviços de saúde;
- Mudança imediata na postura dos 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 tamanho;
- Inclusão do quesito orientação sexual no prontuário único e for-

mação dos profissionais de saúde para fazerem a pergunta de modo adequado, sem provocar constrangimentos.

Políticas Públicas para a Saúde de Lésbicas no Brasil

Andrea Rufino

Ginecologista, Doutora pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Pesquisadora e Professora de Ginecologia da Universidade Estadual do Piauí (UESPI)

Esta apresentação teve como objetivo apresentar um panorama do que existe em termos de políticas de saúde para mulheres lésbicas e bissexuais no Brasil. Realizou uma lembrança da criação e da implementação dessas políticas públicas com o objetivo de situar onde estamos e o que queremos.

Nas políticas públicas de saúde, a sexualidade feminina apareceu tematizada pela primeira vez sob uma perspectiva de gênero e de saúde sexual no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), na década de 1980. No entanto, naquele contexto, o olhar foi dirigido principalmente para a saúde reprodutiva. As ações de saúde estavam destinadas principalmente para a anticoncepção, planejamento familiar e pré-natal. A saúde sexual foi pouco valorizada.

Ainda nos anos 1980, com a aparição do HIV, as políticas relacionadas à Aids tiveram a atenção direcionada para as práticas sexuais entre homossexuais masculinos e havia uma crença de que as mulheres homossexuais eram vulneráveis à infecção. Isso permitiu que houvesse uma invisibilidade das mulheres lésbicas e bissexuais nas políticas públicas de saúde, no que diz respeito à prevenção de DST e de HIV.

A década de 1990 foi um período muito rico no cenário internacional, com várias conferências, em especial as Conferências do Cairo e de Pequim, que desatrelaram os Direitos Sexuais dos Direitos Reprodutivos. A partir desses marcos, a saúde sexual passou a ser vista e valorizada como necessária para a promoção da saúde das mulheres.

Em 2004, foi lançada a Política Nacional de Atenção Integral a Saú-

de da Mulher (PNAISM), que destinou um olhar para a saúde sexual das mulheres e, pela primeira vez, as mulheres lésbicas e bissexuais foram incluídas nessa proposta de políticas públicas para a saúde.

O fenômeno da feminização da Aids, por volta de 2007, chamou a atenção para a vulnerabilidade das mulheres com relação à infecção pelo HIV e AIDS. Esta situação tornou necessário se pensar a atenção à saúde das mulheres lésbicas e bissexuais.

Em 2008, foi lançado o Programa Mais Saúde – Direito de Todos⁴, que teve como objetivo principal a reorientação das políticas públicas de saúde com o objetivo de garantir a equidade nos serviços de saúde. Este programa visava ampliar o acesso de qualidade e promover ações que enfrentassem as desigualdades sociais reconhecidas como determinantes no processo de adoecimento. A atenção do programa foi voltada para as populações negra, LGBT, quilombola, população de rua, profissionais do sexo e outras. Ainda em 2008, a 13ª. Conferência Nacional de Saúde, pela primeira vez, incluiu a orientação sexual e identidade de gênero como determinantes sociais para a saúde. Houve recomendações amplas, em várias áreas, com vistas a abranger a saúde não meramente como ausência de doença.

Em 2008, também aconteceu a 1ª. Conferência Nacional LGBT que promoveu de forma ampla a participação social e o debate público sobre as necessidades de saúde da população LGBT. Da Conferência resultou a elaboração da Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT⁵, legitimada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) em 2009.

Nessa trajetória gradativa de inclusão, de alargamento de ideias e de abrangência com relação à saúde integral e equidade em saúde destaca-se o 3º. Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH 3)⁶ que defendeu de forma clara os Direitos Humanos universais, a igualdade no reconhecimento da diversidade e a livre orientação sexual e identidade

4 Vide programa em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mais_saude_direito_todos_2ed.pdf

5 Instituída pela Portaria nº 2836 de 01 de dezembro de 2011, disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html

6 O documento do programa pode ser visualizado no seguinte link: <http://www.sdh.gov.br/assuntos/direito-para-todos/programas/pdfs/programa-nacional-de-direitos-humanos-pndh-3>

de gênero. Estes marcos fortalecem o desenvolvimento e a aplicação das políticas públicas de saúde.

Em 2010, o Disque Direitos Humanos incluiu o módulo LGBT para receber denúncias de violências e violações de direitos desta população. Em 2011, a 2ª. Conferência Nacional de Políticas Públicas e Direitos Humanos LGBT foi palco do lançamento do Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos⁷, que apresenta seis estratégias de ações para a garantia da igualdade de direitos e combate à discriminação.

Analisando estes marcos políticos, nota-se que é impossível tratar de política pública de saúde sem abordar a ampliação da participação social, no caso do segmento LGBT. Outro elemento indispensável é o estímulo à produção de conhecimento para que se qualifique a promoção, a atenção e o cuidado. Também não se pode falar em produção de saúde e em saúde integral sem mencionar a homofobia e a exclusão social nos serviços de saúde, que interferem no acesso aos serviços, na prevenção adequada de câncer de colo uterino, a prevenção de DST e Aids e no acesso às tecnologias reprodutivas.

⁷ Acesso ao documento completo em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-contenidos-de-apoio/publicacoes/direitos-sexuais-e-reprodutivos/direitos-lgbtt/planolgbt.pdf/view>

Painel I

Panorama da saúde das mulheres lésbicas e bissexuais no país: apresentação de dados existentes e indicadores da saúde

Coordenação: Vera Soares (SPM)

Expositoras: Ana Paula Lopes Melo (UFPE)

e Wilza Villela (UNIFESP)

Debatedora: Carmen Luiz (Comitê Técnico de Saúde LGBT)

Apresentação da Pesquisa:

Panorama da Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais: um olhar a partir do discurso de profissionais de saúde da família⁸

Ana Paula L. Mello

Psicóloga, Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Professora e Pesquisadora de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco

Essa apresentação pretende trazer algumas contribuições para o painel “Panorama da Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais” a partir dos dados obtidos na pesquisa desenvolvida entre os anos de 2008 e 2010 no mestrado em Saúde Coletiva. A pesquisa buscou compreender, a partir do discurso de profissionais atuantes nas Unidades de Saúde da Família, aspectos que favorecem ou dificultam a procura dos serviços de saúde por mulheres lésbicas e bissexuais.

Uma preocupação inicial estava relacionada aos fatores que perpassam a relação estabelecida no atendimento entre o profissional de saúde e as mulheres. Nesse sentido, diferente de outras pesquisas relacionadas

⁸ Texto construído com base em apresentação oral da autora com uso de slides. Apesar de haver referência de autor e ano em alguns estudos que foram citados, não é possível informar as referências bibliográfica dos trabalhos. Para informações adicionais sugerimos consultar o trabalho completo da pesquisa que baseou a apresentação da autora em

http://www.clam.org.br/bibliotecadigital/uploads/publicacoes/1551_944_meloanapaula.pdf

ao tema, o objetivo estava menos relacionado aos conhecimentos e comportamentos das mulheres com relação às práticas de prevenção às DST/HAIV/AIDS, ao conhecimento dos serviços disponíveis e ao acesso; e sim aos fatores relacionados ao encontro entre profissional e usuária que fazem com que ela se aproxime ou se afaste do serviço.

Antes de passar para as informações da pesquisa, são apresentados alguns dados de estudos sobre essa temática realizados no Brasil importantes trazer um panorama mais geral a respeito da temática e para ajudar a compreender a dinâmica dos resultados que serão apresentados com mais detalhes.

Um inquérito amostral realizado por Barbosa e Koyama (2006) revelou que de 3% a 5% das mulheres brasileiras experienciaram relação sexual com outras mulheres ao longo da vida. Já os estudos de Mora (2009) e Mora e Monteiro (2009), demonstraram que não há uma fixidez nas experiências sexuais das mulheres, estas podem variar ao longo do tempo, mesmo quando o desejo, a prática sexual ou a identidade situa-se no âmbito homoerótico.

No que se refere a saúde sexual e às possibilidades de transmissão de DST/AIDS, algumas pesquisas tem revelado que há uma maior procura pelas consultas ginecológicas e cuidados com a saúde sexual e reprodutiva por mulheres que tiveram trajetória sexual com homens e por aquelas que apresentam performance de gênero consideradas “mais femininas” (FACCHINI, 2004; MEINERZ, 2005; KNAUTH, 2009) e há no imaginário social uma crença que a relação sexual entre mulheres pode ser fator de proteção para a transmissão de DST e AIDS (FACCHINI, 2004; MEINERZ, 2005;).

No entanto, os dados apresentados por Pinto (2004) demonstram que 40% das mulheres que fazem sexo com mulheres participantes do estudo relataram história prévia de DST e 60% daquelas que foram atendidas num serviço de saúde acompanhado pela pesquisa em São Paulo também apresentaram queixa de DST. Existem casos registrados de AIDS em mulheres que se auto definem como lésbicas, porém não há consenso no meio científico quanto a importância da transmissão da doença por via sexual entre elas (PINTO, 2004; FACCHINI; BARBOSA, 2006 - citando os estudos internacionais de MARMOR et al., 1986; RICH et al., 1993; TRANCOSO et al, 1995). Recentemente o CDC (Center of Diseases

Control) dos Estados Unidos noticiou a confirmação um caso de transmissão de HIV por via sexual entre mulheres em condições bem específicas⁹.

Pesquisas realizadas nas paradas da diversidade em vários municípios do Brasil têm apontado os serviços de saúde como um dos principais contextos de ocorrência de discriminação para a população LGBT. (CARRARA; RAMOS, 2004; CARRARA et al, 2006)

O presente estudo teve um enfoque metodológico qualitativo realizado a partir de observação participante e entrevistas com médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde atuantes em Unidades de Saúde da Família de Recife.

Com relação ao contexto dos serviços, a pesquisa demonstrou que a estrutura e organização das Unidades de Saúde da Família tornam esses espaços em lugares “de mulheres” e “para mulheres”. O público principal para o qual as ações são direcionadas é o público feminino e geralmente elas estão em maior número, sejam idosas, grávidas, adultas ou jovens com crianças que aguardam para consulta de pré-natal, puericultura e planejamento familiar.

As ações são direcionadas para os aspectos reprodutivos e a maternidade funciona como a porta de entrada no serviço. Muitas vezes, é a partir da identificação da mulher que está grávida nas visitas realizadas pelo agente de saúde que ela chega ao serviço e é captada para as outras ações. O modelo de mulher para o qual as ações desse serviço são direcionadas é aquela mulher adulta, mãe e heterossexual. Quando a mulher não se enquadra nesse perfil é invisibilizada no serviço ou passa por ações e serviços inapropriados para as suas demandas específicas.

Mulheres lésbicas, muitas vezes, passam despercebidas nos serviços de saúde. A identificação da orientação sexual lésbica e bissexual nos serviços não ocorre através de abordagem direta às mulheres nas consultas e sim pela identificação de características atribuídas ao gênero masculino, por exemplo, “cabelo curto, jeito masculino de andar, tipo de roupa”. As mulheres que não correspondem a essa identidade de gênero atribuída ao masculino não são percebidas como lésbicas e, sendo invisibilizadas, suas demandas específicas não são identificadas. Isso corrobora idéias de que mulheres lésbicas não estão sujeitas a transmissão de DST/AIDS e não é preciso realizar orientações específicas como o uso de métodos de bar-

9 Matéria divulgada na internet.

reira ou outras. Essa crença na proteção às DST/AIDS parece estar ancorada na idéia que o sexo entre mulheres não é sexo por supostamente não ter penetração e em decorrência disso não teria o risco de contaminação.

Os profissionais entrevistados relataram que têm dificuldades na abordagem direcionada às mulheres lésbicas e bissexuais. Eles não geralmente sabem que abordagem utilizar ao identificar uma mulher lésbica ou bissexual e tendem a seguir o protocolo rotineiro de atendimento que é elaborado para mulheres heterossexuais. Os profissionais não sabem como proceder a partir dessa informação, pois não tiveram, durante a sua formação acadêmica ou formação em serviço, a oportunidade de discutir a temática da diversidade sexual e suas inter-relações com a saúde.

O discurso dos profissionais entrevistados trouxe três tipos de atitudes diferentes frente a questão da homossexualidade que foram categorizadas em atitudes de rejeição, de tolerância e de aceitação.

Aqueles que foram classificados como tendo uma atitude de rejeição consideraram a homossexualidade como algo errado, anormal e que fere a completude homem-mulher. A homossexualidade foi justificada por uma falha na educação familiar que levaria ao desvirtuamento do caminho correto que a pessoa deve seguir. Esses discursos foram acompanhados de uma forte influência da moral religiosa.

Aqueles classificados com o discurso da tolerância chegam a admitir a vivência da sexualidade homossexual, desde que ela não seja demonstrada publicamente, deve ficar restrita ao âmbito do privado.

E os profissionais que demonstram uma atitude de aceitação trouxeram a tona o discurso da igualdade entre as pessoas homossexuais e heterossexuais. Em algumas falas, havia a compreensão das vivências sexuais ao longo da vida como algo não rígido que pode variar com relação à escolha da parceria afetivo-sexual.

As três categorias encontradas sugerem que a produção de materiais voltados para a informação e formação dos profissionais de saúde deve levar em conta a diversidade dos discursos. A abordagem direcionada para um profissional que tem atitude de aceitação parece que deve ser diferente daquela direcionada ao profissional com um discurso de rejeição ou com um discurso mais rígido frente a homossexualidade.

Nesse sentido, pensando as possibilidades de produção de mate-

riais direcionados para esse público, o exemplo do vídeo “*Cuál es la diferencia*”¹⁰, produzido no Uruguai, parece ser um exemplo interessante.

O filme apresenta de maneira rápida duas formas de abordagem uma que parte do pressuposto de que a mulher é heterossexual e a outra aberta as diversas possibilidades e como a escolha de uma ou de outra pode resultar em diferenças nos registros dos prontuários e nos encaminhamentos.

Para concluir, os resultados aqui apresentados demonstram a urgência em repensar a organização dos serviços de saúde e a formação dos profissionais com vistas a garantir uma escuta qualificada, o maior respeito e acolhimento eficaz a todas as usuárias da rede SUS de modo a garantir a universalidade do acesso e integralidade do atendimento.

Homossexualidade feminina e saúde: ainda uma questão invisível?

Wilza Vilella

Psiquiatra, Livre Docente em Ciências Sociais em Saúde pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), pesquisadora e professora do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Unifesp

Apresentamos aqui um resumo da pesquisa realizada em 2006 por Regina Barbosa do NEP/UNICAMP para a Rede Feminista de Saúde que posteriormente resultou na publicação do Dossiê “Saúde das mulheres lésbicas e bissexuais: promoção da equidade e da integralidade”¹¹. Esse documento trouxe reflexões sobre a questão da invisibilidade da sexualidade lésbica e as conseqüências disso para a saúde e levantou quais são as demandas e propostas que têm sido formuladas a partir da contribuição acadêmica e das discussões provenientes dos movimentos sociais feministas e LGBT.

A sexualidade feminina em geral tem sido negada pela sociedade e pela cultura. A invisibilidade da prática sexual entre mulheres não é

10 Vídeo disponível em <http://www.youtube.com/watch?v=ds0fOpSzqPce><http://www.youtube.com/watch?v=doyf6m79Zls>

11 O dossiê pode ser encontrado em http://www.clam.org.br/bibliotecadigital/uploads/publicacoes/316_1172_dossiedasaudedamulherlesbica.pdf

apenas decorrente da homofobia, mas em especial do um lugar em que a sexualidade feminina é colocada.

Pensar práticas de saúde requer pensar primeiro o que é específico. A formação e a prática médica são direcionadas para um corpo biológico que não tem nenhuma inserção social, não só em relação à sexualidade, mas a qualquer outra inscrição no social. A primeira questão que o médico se coloca é essa: “se ela me falar que é lésbica, isso faz alguma diferença para o que eu vou fazer?”. Porque se não fizer, não precisa perguntar. E, em especial, é bom não perguntar, porque qualquer pergunta em que não se sabe o que fazer com a resposta isso é minimamente ético, porque seria invasivo perguntar para nada, sem ter uma finalidade. Um interrogatório sem ter qualquer relação com a prática é apenas exercício de poder sobre aquele sujeito.

Para tentar responder essa questão da especificidade, o trabalho da Regina Barbosa fez duas grandes revisões. Uma revisão que foi feita em 1999, de caráter internacional, levantou toda a publicação de estudos de mulheres que fazem sexo com mulheres, cerca de 600 estudos que foram categorizados a partir do tipo de patologia envolvida. Essa forma de categorização traz uma questão, pois busca diferenças em termos de ocorrência de doenças, de incidência, que faz escapar as nuances trazida pela apresentação da Ana Paula Melo antes. Saber qual a doença que mais ou menos prevalente em uma população não necessariamente resolve o problema do que acontece na consulta. Mas, em geral, esses estudos de revisão para médicos, categorizam por patologia, priorizam o corpo biológico e não o corpo social.

De qualquer maneira, o que essa grande revisão trouxe que chamou a atenção e que confirma estudos menores?

Primeiro, os cânceres de mama e de colo do útero tem um fator de risco que é comum e outros fatores de risco distintos. O fator de risco comum é a maior dificuldade da prática de exames pelas mulheres que têm sexo com mulheres porque essas fazem menos rastreamentos, tem menor acesso a consultas e aos exames de maneira geral. Para o câncer de mama, sabe-se que a amamentação é fator de proteção e, como as mulheres lésbicas amamentariam menos (na época dos estudos a maternidade para mulheres lésbicas era menos comum do que é hoje), teriam o risco aumentado para o câncer de mama. No caso do câncer

de colo uterino, influi a presença direta do HPV que, sendo silencioso e associado a menor freqüência de realização de exames, acarreta em uma demora na identificação e conseqüentemente dificuldade no tratamento.

Com relação à violência, os estudos demonstram que há violência intraconjugual nas relações entre mulheres e são similares às que ocorrem nas relações heterossexuais. Entretanto, a violência familiar, em todas as suas formas, não apenas violência física, é muito freqüente nas mulheres lésbicas e, por ser intrafamiliar, é menos denunciada e menos vivenciada como violência.

Do ponto de vista da saúde geral, os estudos apontam que há uma dificuldade muito grande de acessar os serviços a partir do lugar de alguém que é sexualmente ativo. Geralmente acessam os serviços de saúde para falar de alguma outra questão, mas se são serviços e demandas relacionadas à sexualidade há diversos tipos de barreira. Há que se considerar a prática do profissional, mas também a forma de organização dos serviços que não permitem que o profissional haja de outra maneira. A demanda muda, mas se a organização dos serviços não muda isso é uma questão que extrapola a atitude do profissional e não pode ser resolvida exclusivamente com capacitação dos profissionais.

Os estudos brasileiros trazem certa concordância com os achados desses estudos internacionais catalogados. Embora no Brasil haja menos estudos clínicos que aqueles relacionados a acesso ou percepção das usuárias sobre as barreiras no acesso. Estão predominantemente focados nos serviços básicos.

Vale ressaltar uma observação que as mulheres, de maneira geral, utilizam mais os serviços da atenção primária. Nos serviços de atenção secundária, terciária e quaternária, os homens estão em maior número. Assim como nos serviços especializados e aqueles vinculados aos planos de saúde há também um maior uso pelos homens. Isso também é uma característica da organização dos serviços traz diferenças no âmbito do cuidado, no âmbito da expressão de preconceitos e no âmbito das barreiras que se coloca para o cuidado.

A partir dos dados levantados pelas revisões bibliográficas, formulou-se uma lista de demandas e propostas construídas em parceria com o movimento social. São elas:

- Maior visibilidade a tudo o que diz respeito à sexualidade das mulheres e que limita o acesso;
- Enfrentamento do preconceito - que não se resolve apenas instruindo o profissional com novos protocolos ou inserindo novas perguntas que, dependendo da situação, pode até piorar o preconceito.
- Produção de conhecimento – aumento do número de os estudos clínicos relacionados à saúde das mulheres lésbicas em geral e não especificamente as questões de saúde sexual e reprodutiva;
- Espaços específicos para atendimento – aparentemente, as experiências mais exitosas de enfrentamento ao preconceito e de serviços amigáveis e acolhedores direcionados às mulheres lésbicas não se dão a partir de um discurso generalizante.

Questões pontuadas no debate e roda de diálogo subsequente ao Painel I- Panorama da saúde das mulheres lésbicas e bissexuais: mulheres lésbicas e bissexuais no país: apresentação de dados existentes e indicadores da saúde

- **Acolhimento**

- O acolhimento a lésbicas não tem funcionado adequadamente. Teoricamente o SUS é preparado para atender a essa população, como está previsto na Carta dos usuários do SUS. A base para que as coisas aconteçam estão dadas em diversos documentos, mas mulheres não dizem que são lésbicas e profissionais não perguntam. Não há materialização do que está na teoria.

- É importante que mulheres lésbicas e bissexuais aproximem as suas vivências dos profissionais de saúde. A questão não é o quesito, não é o que se vai perguntar, mas como é o acolhimento, como se dá abertura para, no momento da consulta, a usuária falar de aspectos da sua vida que impactam diretamente na sua saúde e isso precisa ser ampliado para além das questões que tem a ver diretamente com a sexualidade. É preciso pensar também na fluidez e diversidade de práticas sexuais para não cair na rigidez de categorias que também engessam, aprisionam e expressam o poder dominador.

- **Saúde da Mulher focada na reprodução e ausência da abordagem de gênero**

- Isso está presente na formação e na organização dos serviços, rompendo com a ideia de integralidade. É importante extrapolar o campo dos Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, a abordagem de gênero traz um marco para a integralidade efetiva. É preciso superar a ideia de corpo biológico e chegar ao corpo social e cultural, incorporando a abordagem de gênero de forma relacional. O desafio é pensar a integralidade para além dos direitos reprodutivos e sexuais a partir da abordagem de gênero associada às questões de raça e classe social. Qual deve ser a linha de cuidado capaz de articular a identidade de gênero, relações de gênero, raça, etnia e orientação sexual? A partir daí pode-se pensar em como organizar a rede de atenção.

- A organização dos serviços formata a ação dos profissionais que é generalizante e genericada, em geral, voltadas para as mulheres.

- **Educação e Formação dos Profissionais**

- A formação que define uma linha de cuidado que valoriza apenas o corpo biológico deve ser quebrada e superada. Os profissionais médicos abordam a sexualidade a partir dos seus impactos para o adoecimento. A questão da sexualidade é abordada pela maioria dos profissionais, mas a partir da referência da heterossexualidade.

- Outra possibilidade na formação dos profissionais de saúde é um trabalho direcionado para os profissionais que realizam a coleta do exame preventivo para orientar a abordagem e na anamnese prévia à coleta. Não se deve abrir mão da formação continuada das equipes, apesar dos problemas e da preponderância da pauta epidemiológica.

- Falta educação na formação e educação para atender a usuária. A articulação com o MEC é difícil. É preciso direcionar formações para além dos médicos. Enfermeiras tem contato mais direto no atendimento a saúde da mulher. O contexto do surgimento da Aids obrigou médicos a entenderem e a respeitarem o mundo gay. Os serviços incluem outros profissionais que também devem ser formados, especialmente os Agentes Comunitários de Saúde. Como podemos enfrentar a fala para quem ainda não debate esse tema, para quem ainda não tem acesso a esse tipo de informação e não está convencido?

- Como trazer para a mesa de discussão a integralidade da saúde e a educação integral? É vantajoso sentar com o MEC para debater educação integral, incluindo educação não-sexista, não-racista, não-homofóbica. Educação pública, laica, que garanta acesso e permanência das pessoas. Utilizar a educação como prática preventiva. É preciso ter reforma da mídia, reforma política e reforma da educação. Esses são temas que precisam ser colocadas no debate, por que estão correlacionados.

- O Departamento de Gestão da Educação Permanente do Ministério da Saúde tem como grande norte a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, que inclui as temáticas de gênero e raça. 60% dos profissionais de saúde não são médicos e enfermeiros. É preciso pensar a formação para além desses profissionais, incluir, por exemplo, os técnicos e técnicas de enfermagem. É preciso que o movimento, as pesquisadoras levem a pauta para auxiliar na inclusão dessas questões nesse departamento.

- O Grupo Arco-íris realizou uma pesquisa em 2011. Os resultados mostram que quase nada avançou quando se compara com a pesquisa realizada pelo SOS Corpo em 2009. A instrumentalização dos profissionais deve ser acompanhada de sensibilização e deve-se alcançar toda a equipe das unidades de saúde. O que de fato queremos, para além de profissionais sensibilizados e da integralidade? Quando falamos de mulheres lésbicas e bissexuais, estamos falando de mulheres transgressoras, do “ser mulher” numa sociedade que ainda hoje pensa que a mulher deve estar em casa, pronta para servir e para ser mãe. Como fazer para que os profissionais reconheçam essa mulher que é um ser social, integral?

- É preciso fazer capacitações de qualidade. Às vezes há profissionais sensíveis, mas que possuem desconhecimento da realidade. Para além da educação permanente é preciso fazer capacitações específicas, em particular para um tema que é novo na abordagem dos profissionais, que não faz parte das suas práticas. Saúde integral requer atenção integrada, intrasetorial e intersetorial.

- É um desafio expandir esse debate para outros públicos, pois a sexualidade que está na cabeça de todo mundo é aquela que a igreja determina... Para humanizar o atendimento é necessário formar os pro-

fissionais da atenção básica, representantes dos conselhos de saúde...

- **Serviços específicos**

- Há muitas dificuldades para acessar o sujeito “lésbicas”. Os centros de referência podem ser espaços para facilitar o acesso para pesquisas e ações.

- Os espaços específicos são importantes, mas as mulheres que chegam até eles já estão mais empoderadas e politizadas do que as mulheres que não conseguem chegar lá. É preciso pensar de que acesso se fala? Atenção primária? Alta complexidade? Direcionados para a classe média? Como ficam as lésbicas da periferia que sofrem discriminação nas unidades básicas de saúde? Como fazer?

- **Abordagem e Inclusão do quesito orientação sexual**

- Essa questão levanta o problema do controle dos corpos “nos termos foucaultianos” e da fofoca, em especial, na área do PSF, que é também um modo de regulação sexual. Há que pensar com cuidado nessa questão.

- Os profissionais de saúde têm medo de abordar a pergunta e produzirem preconceito e discriminação. Acha que é preciso perguntar por que a resposta determina a orientação adequada à mulher, mas isso apenas não resolve. As estratégias de proteção que estão disponíveis não funcionam e não são usadas. É preciso repensar os próprios materiais que estão disponíveis e criar outros que atendam às necessidades das mulheres.

- As questões têm sido repetidas ao longo do tempo e sem vislumbrar as possibilidades de avanço. A pergunta sobre orientação ajuda? Prejudica? Traumatiza? Do lugar do movimento social, precisamos pensar nisso. É preciso que o tema seja abordado, mas, dependendo como é feito pode ser traumático. Em alguns casos de processos jurídicos para o reconhecimento de união estável de pessoas do mesmo sexo adota-se a estratégia de procurar o cadastro como família nas unidades de saúde da família. Muitas vezes os profissionais da unidade sabem da relação homoafetiva, mas não registram. Por outro lado, esse conhecimento tem facilitado a produção de declarações pelos profissionais para legitimar a união nos processos jurídicos. Mais que os profissionais, quem precisa

romper com as barreiras são as mulheres, porque se for esperar...

- **Incidência, Risco e Prevenção**

- Alguns dados apontam que lésbicas fumam mais do que mulheres heterossexuais e amamentam menos. Algumas formas de relações sexuais podem trazer traumas nas mamas. Em função disso a mamografia não deveria começar antes, porque o risco para elas é maior?

- Há uma parte da sensibilização que tem a ver com os insumos disponíveis. É necessário disponibilizar espéculos de tamanho pequeno, gel lubrificante etc .

Painel II

Mulheres lésbicas e bissexuais: determinantes de vulnerabilidades na assistência à saúde

Coordenação: Marina Marinho (DAGEP/SGEP/MS)

Expositoras: Wilza Villela (UNIFESP)

e Aline Soares (Consultório de Rua de Lauro de Freitas/BA)

Debatedora: Verônica Lourenço (Conselho Nacional de Saúde)

Atenção Integral a Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais

Wilza Villela

Psiquiatra, Livre Docente em Ciências Sociais em Saúde pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), pesquisadora e professora do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Unifesp

A apresentação inicia com o questionamento sobre “o que é atenção integral?”. A idéia de integralidade não é muito clara. Para discutir os impactos disso na saúde mental e emocional sem vitimizar as pessoas que são atingidas por esse tipo de opressão é preciso buscar entender os contextos de vulnerabilidade a que estão expostas.

Todas as pessoas estão situadas socialmente num entrecruzamento entre eixos de produção de desigualdades onde os mais dominantes são gênero, classe social, raça/etnia e heterossexualidade normativa. Cada um desses eixos se organiza de determinada maneira sobre uma determinada pessoa e cada pessoa se posiciona num lugar social dado pelo entrecruzamento desses eixos de uma determinada forma.

Tomando isso e pensando a ação política é extremamente importante o conceito de agência. Ou seja, os sujeitos são agentes. Se não pensarmos assim, imaginamos que o sujeito, quando é objeto de práticas sexistas, classistas, racistas e homofóbicas - que têm um impacto direto sobre a sua vida - presumimos que esse sujeito não tem nenhuma capacidade de agência, de estabelecer contra-poderes, de estabelecer resiliências, de estabelecer resistência. Então no primeiro momento pareceu que, para essa mesa, tratar-se-ia muito mais de fazer um

exercício de contar todas as circunstâncias pelas quais as mulheres lésbicas e bissexuais têm a sua saúde mental e emocional impactada, de poder reconhecer que a sociedade tem uma dinâmica bastante grande e que os sujeitos, as sujeitas, dos diferentes processos de opressão, de discriminação e estigma são agentes. São agentes e, com mais ou menos esforço, com mais ou menos suporte das políticas públicas, podem encontrar formas de resistir e de estabelecer contra-poderes.

Outra questão importante a pontuar é o lugar dos corpos. Os autores da pós-modernidade, os estruturalistas, tanto no campo da filosofia, quanto na saúde mental ou na área de comunicação marcam mudanças de mentalidades ao longo do século XX. Essa idéia do sujeito psicológico, o sujeito das emoções dos sentimentos, das grandes introjeções, ao longo do século XX se modificou e temos hoje a idéia que o corpo não se coloca num psiquismo imaterial, que a subjetividade das pessoas se coloca no seu corpo. Sai o sujeito da subjetividade, das emoções e entra o sujeito que passa a ter no corpo a sua representação.

Hoje é possível ter um corpo adequado à identidade de gênero que era uma coisa impossível há 50 anos. Não apenas em termos de tecnologia, mas também porque isso era impensável. Parte disso que está sendo discutido no seminário tem a ver com essa sociedade corporal que nós vivemos, porque temos a sexualidade como definidora de identidades. Isso é tão importante porque tem de se pensar o espaço da saúde que era um lugar que tradicionalmente cuidava dos corpos doentes como um espaço que pode resgatar as subjetividades, as autonomies e as condições de sujeito, de pessoas que tem uma prática corporal distante de uma norma só faz sentido nessa sociedade corporal para o bem ou para o mal de tal maneira que a lesbofobia e o racismo dizem respeito a corpos.

Outra questão importante: “homofobia é igual à lesbofobia?”. A impressão é que não. O lugar da sexualidade da mulher é historicamente construído de uma maneira completamente diferente do lugar da sexualidade masculina. Então o que está agenciado quando se fala de lesbofobia é uma determinada opressão e sujeição sexual das mulheres que não é a mesma coisa para os homens. O tipo de homofobia que é acionada frente a um homem gay talvez não seja a mesma a ser acionada frente a uma mulher lésbica. Isso tem a ver com os usos so-

ciais do corpo, a maneira como a sociedade pensa o corpo das mulheres e hoje já foi bastante falado que é um corpo para o cuidado, um corpo para a reprodução, um corpo para determinada estética e não dá para falarmos de amor e de desejo sem relacionar isso a corpos. E quando pensamos em práticas de saúde estamos falando de corpos e quando falamos de saúde mental estamos falando também de corpos.

Os sofrimentos mentais e emocionais hoje se traduzem no corpo. São as síndromes de pânico, as taquicardias, as quedas de cabelo, as compulsões alimentares, as compulsões para uso de substâncias das mais diferentes, são as automutilações. O corpo também é o lugar que constitui as identidades, as subjetividades e também o lugar onde se constrói os sofrimentos mentais. Corpo não é separado de mente. É preciso pensar essa unicidade que o pensamento cartesiano separou.

Voltando a questão inicial, o que é pensar integralidade no mundo de hoje? Para pensar política de saúde integral é preciso pensar o lugar do corpo e o lugar de uma constituição de identidades e subjetividades a partir da sexualidade. De uma especificidade da sexualidade das mulheres que não se confunde com a dos homens, independente das suas orientações sexuais. Quando se tem uma orientação homossexual ou bissexual, coloca-se especificidades para a sexualidade feminina, tal como ela é inscrita na cultura, e isso vai se modificar.

Outro ponto importante é: “como enfrentar a visibilidade de modo que não seja por meio da vitimização?”. A invisibilidade só se mantém invisível porque todos fazem um pacto de silêncio. Não se fala de sexualidade a não ser no âmbito da sacanagem ou da normatização. Colocar no protocolo é tornar a sexualidade da mulher visível e visível enquanto agenciada, como uma sexualidade que faz parte do sujeito mente-corpo ao mesmo tempo e que faz parte da capacidade de agência sobre a vida. A teórica indiana Spivak fala do subalterno e da alteridade. Subalterno é aquele que não tem lugar de fala. Se usarmos essa autora, não é possível dizer que as mulheres lésbicas hoje estão num lugar de subalternidade porque, caso contrário, não estaríamos aqui falando. Por outro lado, o fato de não ser subalterna e ter o lugar de fala e poder usar o lugar de fala não quer dizer que não esteja na condição de outro. A condição de alteridade é dada por aquele que está num lugar de poder e se considera “um” e institui o lugar do outro. Não sou eu que me considero outro,

é alguém que me considera outro, me coloca nesse lugar. A questão da homossexualidade feminina ou da homoafetividade – que nem sempre são coisas que coincidem – tem essa tensão entre alteridade, subalternidade e outro conceito importante desses teóricos pós-modernos que é o conceito de abjeção. Os corpos que não importam. A Judith Butler escreveu que são esses que importam, são esses que mostram na transgressão a perversidade da norma.

Então temos o desafio de pensar em que lugar estamos e em que lugar queremos ficar? Num lugar de subalternas sempre a pedido que alguma política pública nos torne visíveis ou num lugar que, não estando numa posição de subalternidade e sim de quem tem fala, pauta políticas públicas direcionadas sabendo que não é a política pública que vai conferir lugar de cidadania. O que confere lugar de cidadania é conquistá-la a cada dia, a cada hora em todos os espaços.

Outra questão - se queremos estar no lugar de corpos que importam e não de corpos abjetos, se queremos deixar de ser o outro do mundo e poder ser um e se nós recusamos o lugar de subalternidade - “como fazer isso articulando diferentes eixos de desigualdade que operam sobre as mesmas pessoas ao mesmo tempo?”. As lésbicas são diferentes e tem necessidades de saúde diferentes. Na hora de pensar políticas públicas é preciso saber como se articulam esses diferentes recortes.

Outro ponto importante a considerar, é que o fato de pertencer a uma categoria estigmatizada não quer dizer que deixe de ser estigmatizador. Esse é outro desafio grande. Por exemplo, as mulheres que realizam trabalho sexual são extremamente estigmatizadas em alguns contextos dos serviços de saúde, mas dependendo do serviço de saúde onde estiverem podem ser menos estigmatizadas que as mulheres que fazem sexo com mulheres e se for uma profissional do sexo lésbica, rica, que faz programa em clube e é branca provavelmente no contexto de vida dela vai sofrer menos estigma ou vai sofrer mais por uma coisa ou por outra. É preciso tomar cuidado porque quando falamos que o profissional “tem que”, “tem que”, “tem que” ele “tem que tanta coisa” que vai virar um profissional que não existe na prática porque pode ser que um seja menos homofóbico, que outro seja menos racista, outro que tenha uma postura pior de todas da neutralidade onde atua com nenhum afeto, essa suposta neutralidade não permite escuta nem inte-

ração nem acolhimento. Não dá para fazer escuta e interação sem afeto e não dá para ter afeto sem considerar que na humanidade vamos deslizar e operar alguma forma de estigma e discriminação o que exigiria do movimento social uma ação de vigilância epistemológica o tempo todo.

Saúde mental e saúde emocional têm a ver com a capacidade de concretização dos desejos de felicidade de cada uma das pessoas. Então, mais que pensar nos agravos é importante pensar no que se pode fazer para construir essa saúde mental apesar dos diferentes estigmas e das diferentes opressões que vão operar sobre as diferentes pessoas nos contextos em que estiverem e sobre essa grande negação da sexualidade das mulheres a qualquer maneira. Nesse sentido, é importante pensar nas redes de apoio sociais, quanto mais suporte, mais fácil é sair do armário, mostrar a cara e ser capaz de enfrentar estigmas. O estigma tem essa capacidade de tornar a pessoa não existente, não visível. É por isso que se tem que enfrentar o estigma acionando o visível.

Outra coisa que exploramos pouco é a questão da fluidez na sexualidade e nas identidades. Do ponto de vista social “mulheres que fazem sexo com mulheres” e “homens que fazem sexo com homens” são categorias distintas não somente quanto à separação entre identidade e sexualidade, mas também do ponto de vista social. A possibilidade de uma mulher alternar parcerias sexuais e afetivas com mulheres e/ou com homens dependendo da sua condição social e da sua rede de sociabilidade tem um poder de marcação social e econômica completamente diferente se isso é para os homens. É preciso aprofundar essa idéia de sexualidade e identidade para evitar falar de lésbicas como se fosse um pacote onde todo mundo é igual. É preciso construir padrões identificatórios diferentes. A cultura ainda não tem inscrição para as mulheres que fazem sexo com mulheres. A idéia de mulher como um ser autônomo é do século XVI. Ao não termos inscrição na cultura, não temos parâmetro para pensar. Estamos pensando as especificidades de mulheres que fazem sexo com mulheres, as suas possibilidades de felicidade, de saúde mental e emocional tomando por modelos algumas práticas que os homens gays tiveram que foram bem sucedidas ou algumas práticas e alguns modelos de mulheres heterossexuais. Esse é um esforço teórico, poético e afetivo de criar novos parâmetros, novas formas de pensamento e novas formas de expressão.

Mulheres Bissexuais: vulnerabilidades na assistência a saúde

Aline Soares

Coordenadora do Consultório de Rua de Lauro de Freitas/BA

As pessoas assumem muitos rótulos ao longo da vida. Considero-me uma “mulher em movimento” e não uma mulher pertencente a algum movimento. Frequentei muitos movimentos, em cada um dos quais havia rótulos e restrições quanto ao relacionamento com “outras identidades”.

Em Salvador estive no movimento LGBT, enquanto mulher bissexual, porém, não encontrei espaço enquanto identidade bissexual. O movimento LGBT percebe as pessoas bissexuais como “pessoas em cima do muro” e afastei-me dos movimentos por conta das questões de identidade. Mulheres bissexuais são invisíveis no dentro do movimento LGBT e também nas pesquisas sobre saúde dessa população. Apesar do termo estar na sigla, o que aparece na pauta do movimento e no resultado das pesquisas são questões voltadas para mulheres lésbicas.

Com relação à saúde e a transmissão de doenças, enquanto há uma crença de que as mulheres lésbicas são blindadas com relação à transmissão de DST/AIDS, mulheres bissexuais sofrem com o mito que são transmissoras e porta de entrada de doenças como hepatites e HIV.

Como redutora de danos, trabalhando no CAPS AD e CAPS II, tenho sido demandada por outros profissionais das equipes para falar de sexualidade com os usuários porque há um despreparo dos profissionais de saúde de maneira geral para lidar com esse tema, em especial quando os usuários e usuárias são homossexuais. Não se fala em sexualidade com os usuários de álcool e outras drogas e com usuários dos serviços de saúde mental. Falar de sexualidade considerando os seres humanos em geral, “sem gênero e sem sexo”, traduz a filosofia da invisibilidade. Isso está presente nos serviços de saúde e é preciso reconhecer para pensar de que inclusão estamos falando? Quem são as pessoas que frequentam as unidades de saúde? Essa realidade dentro dos CAPS faz o profissional pensar de forma fragmentada, como se tivessem que escolher se vão tratar da loucura, da drogadicção ou da “viadagem”. E onde

fica a integralidade que está posta como princípio do SUS?

Bissexuais precisam também ser visibilizadas dentro do movimento LGBT. Elas também sofrem bifobia. Pensar políticas para mulheres lésbicas e bissexuais precisa extrapolar o B da bandeira, tendo de fato o reconhecimento e direitos enquanto mulheres bissexuais. Concordo com a Wilza Vilella quando ela diz que a invisibilidade acontece porque todos fazem um pacto de silêncio. Quando os profissionais não concordam em realizar grupos temáticos com essa população, por exemplo, é uma forma de invisibilizar também.

A discriminação também ocorre dentro dos movimentos. As bissexuais quando não têm apoio da família e vão buscar apoio no movimento não encontram muito apoio, diferente das mulheres lésbicas que encontram ali um suporte para enfrentar a exclusão na família.

Questões pontuadas no debate e roda de diálogo subsequente ao Painel II - Mulheres lésbicas e bissexuais – Determinantes de vulnerabilidades na assistência à saúde

- **Racismo e corpo**

- Para as mulheres negras, o corpo sempre foi lugar de poder. Um corpo que gera e que sempre foi apropriado por outros e outras, de forma desrespeitosa com a corporalidade negra. Mesmo assim, esse corpo que foi escravizado, e tratado como um corpo que atentava os senhores de engenho, como muitas vezes foi retratado na literatura, é um corpo que traz a liberdade de andar e de ter prazer sem esconder. As mulheres negras sempre tiveram a sexualidade mais livre e pagaram e pagam o preço por isso a partir da culpabilização desses corpos. Reflexos do racismo que está presente nos serviços de saúde. Há o estigma de que as mulheres negras estão sempre dispostas ao sexo. A corporalidade negra está subordinada não ao que se é, mas sim ao que é imposto como resquício do lugar da escravidão que não foi rompida. É a resistência diária a um “lugar no não lugar”, um “não ser” que é carregado de estigma relacionado ao cabelo, a forma de vestir, aos prazeres sexuais... Lugar do corpo e dos prazeres – lugar também dos sofrimentos que muitas vezes chegam sem essa compreensão do corpo como constituidor das

subjetividades. Os profissionais de saúde também têm dificuldades que são relacionadas a essas construções estigmatizadoras, discriminadoras culturais que há na sociedade que faz as consultas de mulheres negras serem, por exemplo, mais rápidas. Essas desculpas precisam ser derrubadas, pois é preciso avançar como país que não discrimine. Os acordos internacionais de superar o racismo ainda não funcionam e os corpos continuam aprisionados.

- É necessário trazer o racismo para o centro do debate. Falar sobre humanização e não considerar o racismo no centro do debate é um problema. Uma lésbica negra não é igual a uma lésbica branca. A transgressão é maior, o movimento negro é homofóbico também e o movimento de mulheres negras também é lesbofóbico. É preciso combater o racismo também dentro dos movimentos sociais. A política contra o racismo apenas é possível a partir do protagonismo das mulheres negras e o movimento lésbico não discute isso com a centralidade que deveria discutir. É preciso construir uma política de integralidade em saúde desde que o racismo seja colocado no lugar de violência silenciosa que machuca e que mata.

- **Integralidade**

– Para falar de vulnerabilidade e atenção integral é preciso saber de que atenção integral se está falando? Em que nível de atenção? É uma unidade básica? Um usuário de crack, por exemplo, se torce o pé e vai para uma unidade básica ou vai para uma UPA, mas lá é identificado com usuário de crack e é referenciado para o CAPS, por outro lado no CAPS não tem Raio X e volta para a UPA e são tratados muito mal. Essa especificidade da lesbianidade e da bissexualidade em confronto com o uso de drogas é sempre um agravante. Como ajudar as pessoas que não conseguem falar ao profissional de saúde sobre suas práticas? Essa especificidade das mulheres da periferia é completamente diferente das especificidades da classe média. É preciso considerar essas diferenças. A integralidade é um desafio.

- **Serviços Específicos**

Retoma a colocação do Painel I sobre os serviços especializados como alternativa ao acolhimento de demandas específicas de mulheres

lésbicas e bissexuais e questiona se realmente essa é uma boa estratégia, pois não atinge as milhares de equipes de saúde da família no Brasil e não atinge os diversos profissionais.

- **Climatério e envelhecimento**

- É necessário discutir a questão do climatério quando se pensa saúde da mulher lésbica. Perda da libido, necessidade de reposição hormonal... Isso nunca é discutido.

- Com relação à questão do envelhecimento, é importante considerar que os homens morrem mais cedo que as mulheres. A partir dos 80 anos a população é predominantemente de mulheres e a partir dos 90 anos, praticamente temos só mulheres, os homens já morreram. Se imaginarmos a possibilidade sexual das mulheres de ter sexo a vida inteira, principalmente depois do pequeno período do climatério, imaginemos as mulheres depois dos 90 anos transando entre si porque ou para de ter atividade sexual ou transará entre mulheres. Se não foi lésbica antes será em algum momento. Então é muito importante que o envelhecimento esteja na pauta da discussão da sexualidade das mulheres.

- **Bissexualidade e Risco**

- É preciso termos uma preocupação com a possibilidade de se estar construindo novo grupo de risco. Um risco das bissexuais serem colocadas como grupo de risco da vez. Criar um grupo de risco onde não existe. As pessoas são responsáveis por suas práticas, pelo seu prazer.

Painel III

Focalizar especificidades para garantir visibilidade na atenção a saúde das mulheres lésbicas e bissexuais

Coordenação: Caroline Schwetzer (Saúde da Mulher/MS)

Expositoras: Gilberta Soares (Secretária de Estado da Mulher e da Diversidade Humana)

e Circe Pithan (Área Técnica de Saúde da Mulher da Secretaria de Saúde de Porto Alegre)

Debatedora: Olga Sampaio (Coordenadora de Saúde da Mulher da Bahia)

Diretrizes para Assistência à Saúde de Lésbicas, Mulheres¹² Bissexuais e que fazem sexo com outras mulheres

Circe Pithan

Área Técnica de Saúde da Mulher
da Secretaria de Saúde de Porto Alegre

Essa apresentação trouxe algumas contribuições para o painel “Focalizar especificidades para garantir visibilidade na atenção à saúde das mulheres lésbicas e bissexuais” a partir da apresentação do documento “Diretrizes Para a Assistência à Saúde de Mulheres Lésbicas, Mulheres Bissexuais e que fazem sexo com outras Mulheres”¹³, produzido pela Área Técnica de Saúde da Mulher da Secretaria de Saúde de Porto Alegre, a partir da provocação da Secretaria de Direitos Humanos que, em 2010, cobrou posição do município de Porto Alegre quanto ao que estava sendo construído com relação à saúde das mulheres lésbicas e bissexuais.

A elaboração das Diretrizes contou com reuniões regulares e revisão de bibliografia com vistas à finalização e publicação impressa e no

12 Texto com base em apresentação oral da autora sobre construção da Diretriz para a Assistência a Saúde de Lésbicas, Mulheres Bissexuais e Que Fazem Sexo Com Outras Mulheres em Porto Alegre, conforme sequência de slides incluída no anexo desse relatório.

13 Disponível online em http://www2.portoalegre.rs.gov.br/porta/pmpa_novo/

site do Portal Transparência e Acesso à Informação da Prefeitura de Porto Alegre (PMPA) deste documento.

A painelistas reitera o fato da Constituição de 1988 proibir qualquer forma de discriminação e a educação como elemento fundamental para a mudança no olhar dos profissionais de saúde com relação à saúde das mulheres lésbicas e bissexuais, para argumentar a favor da inserção de tal tema no Ensino Superior e da realização de capacitações voltadas para os profissionais da rede.

A livre orientação sexual e a identidade de gênero são direitos dos cidadãos, porém a discriminação relacionada à declaração da orientação sexual, bem como a falta de estatísticas sobre práticas sexuais fazem com que muitas destas pessoas procurem menos os serviços públicos de saúde. De 5 a 10% da população feminina fez ou faz sexo com outras mulheres, de acordo com as Diretrizes Internacionais para a Saúde de Lésbicas (DAVIS, 2000). Sendo assim, o enfrentamento da homofobia, lesbofobia e heteronormatividade é uma estratégia que garante o acesso ao atendimento de saúde com qualidade. Ou seja, se a identidade sexual das pessoas for conhecida, as orientações profissionais serão eficazes. Com profissionalismo e confiança torna-se possível combater a discriminação e o constrangimento.

Nas Diretrizes de Porto Alegre, o termo “Lésbicas” define uma orientação sexual de mulheres que se relacionam sexual e afetivamente com outras mulheres. Estas mulheres também apresentam vulnerabilidades com relação à HIV/Aids, sífilis, diabetes, doenças cardiovasculares, alguns tumores (côlon, pulmão, ovário, endométrio, mama) e necessitam que o atendimento ginecológico seja focado na declaração das práticas sexuais e não na orientação sexual.

Entre as condições de risco podem ser destacados o compartilhamento de dildos e vibradores na menstruação e sem proteção, alternância entre parceiros homo e heterossexuais (gravidez, HPV, etc) e sofrimento psíquico (preconceito e rejeição). Assim, os temas enfocados no documento, levando em conta a população-alvo, foram a abordagem clínica, rastreamento (câncer do colo do útero, câncer da mama, câncer do ovário, câncer do endométrio), doenças sexualmente transmissíveis (DST), gravidez indesejada, maternidade e parentalidade, violência. Pelo universo de temas englobados nas diretrizes, é possível afirmar que o atendimento às

mulheres lésbicas, bissexuais e mulheres que fazem sexo com outras mulheres eticamente deve ser o mesmo que para mulheres em geral, tendo importância a abordagem focada nas práticas sexuais.

Diretrizes para Assistência à Saúde de Lésbicas, Mulheres Bissexuais e que fazem sexo com outras mulheres

Gilberta Soares

Secretária de Estado da Mulher e da Diversidade Humana da Paraíba

A apresentação teve como objetivo comentar os resultados da pesquisa de doutorado da autora onde refletiu sobre identidades de gênero e orientação sexual, especialmente entre lésbicas mais masculinizadas (bofes), ressaltando a importância de considerar a diversidade presente entre as lésbicas e de não tratá-las de forma generalizante, mesmo considerando a existência de poucos estudos sobre esse universo.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) apresentou avanços porém, não considerou as demandas e especificidades das mulheres não-heterossexuais no sistema de saúde como um todo. É importante que se destaque que não se pode falar de uma mulher lésbica, pois não existe “A lésbica” e “A bissexual”. Existem mulheres lésbicas com outros marcadores sociais tais como raça, condição física, geração e regionalidade. Os códigos afetivos também variam conforme esses marcadores e há ainda pouca informação sobre as experiências dessas mulheres, sobre como elas gostam e podem falar sobre isso.

Delinear diretrizes e protocolos é importante para normatizar as ações de saúde, no entanto, um dos desafios para implantar uma política como essa diz respeito à formação dos profissionais da saúde. É necessário que se mantenham práticas educativas dentro dos sistemas de saúde para que haja mudança.

Os profissionais de saúde precisam sair de sua zona de conforto, “sair do armário” e escutarem essas mulheres. Os médicos e as médicas precisam ter coragem de escutar o que as mulheres lésbicas e bissexuais têm para dizer, entendendo que também haverá dificuldades, pois há determinadas questões que não possuem resposta e não são simples

de entender.

A pesquisa de doutorado trabalhou com a produção masculina de mulheres e fez uma revisão sobre a categoria “gênero”. A consideração desta categoria foi um avanço para o feminismo e para o enfrentamento ao machismo e ao sexismo no país, mas houve a armadilha de separar gênero e sexo. Quando nos deparamos com as mulheres masculinas, muitas delas não querem fazer nenhuma transformação corporal, integram esse sexo e esse gênero sem precisar de ajuda ou intervenção médica. É preciso levar em conta tais considerações conceituais, sob o risco de criar processos formativos que vão enquadrar as pessoas num modelo do qual se pretende fugir: “que é lésbica para a vida toda”, “gay para a vida toda”, “se nasceu homem vai continuar sendo homem”. O lugar de sujeitos políticos é importante, porém, também trazem problemas que foram citados durante o encontro como o controle dos corpos. Isso teria que ser incorporado de forma associada aos processos educativos.

Na Paraíba, um estado extremamente machista, foi mais fácil implantar um serviço de transexualização do que fazer acontecer a assistência a lésbicas na Atenção Básica. É uma contradição se pensarmos no investimento de recursos e de tecnologia, mas é a realidade porque a dificuldade não está no domínio de uma tecnologia, mas na existência de preconceito e discriminação. Para combater preconceito e discriminação é preciso pensar em mudanças de mentalidades que inicialmente podem vir a partir de diretrizes, normas, protocolos e mecanismos de supervisão. O fato de médicos e médicas não participarem das capacitações é sintomático da “zona de conforto” dos serviços, que resiste ao enfrentamento do problema. É preciso mexer nessa “zona de conforto”. O fato das mulheres não informarem sua orientação e suas práticas sexuais nas consultas, também é estratégia de resistência. O gesto de abertura deve vir dos serviços e não das mulheres, que estão no pólo mais frágil, subordinado, desta relação serviço-usuária.

Entre os desafios e recomendações é preciso que se radicalizem as noções de humanização e acolhimento, que haja escuta e direito à informação, radicalizando também a construção de vínculo entre profissional de saúde e usuária. Para as mulheres, é preciso fornecer as informações necessárias para que ela receba uma boa assistência, cujo tripé é formação, vínculo e escuta. Quando alguma pergunta não está incluída no

protocolo, é preciso falar sobre isso, pensar em como a pergunta será feita e como garantir o direito de recusa à resposta. O serviço de saúde e o profissional precisam ter essa coragem de perguntar e de ouvir, não se pode adotar a “lógica do armário” dentro do serviço.

O não-reconhecimento das lésbicas nos serviços pode ser mais cômodo e efetivo com relação aos resultados da assistência, embora tenha impactos sobre a sexualidade dessas mulheres e sua situação social. A lésbica masculina se “denuncia”, o que compromete a efetividade do cuidado e lhe afasta dos serviços já que há uma certa aceitação social da orientação sexual, desde que esta esteja de acordo com a identidade de gênero. A abjeção é dada pela quebra da identidade de gênero, esse é o grande incômodo que mexe com construtos, com paradigmas extremamente arraigados no sentido de manter uma lógica na sociedade que é a lógica binária de que todo mundo “cabe numa caixa”.

Não há como sair do impasse em que estamos sem processos de formação. Há que se pensar em como fazer os processos de formação envolvendo as áreas de saúde da mulher e as usuárias, pensar em saúde integral. O formato de comitês, utilizado na Paraíba, é um exemplo de como fazer isso. Essa pauta precisa ser discutida nos comitês. Os centros de referência LGBT da Paraíba também são potentes e se tornaram o ponto de confluência entre essa população e os serviços de saúde.

A pesquisa sobre a reprodução assistida caseira com mulheres do meio popular, método bastante utilizado na Europa, expressou que, com a necessidade de se fazer uma “tabelinha”, a mulher precisa conhecer o seu período fértil, o que traz um maior conhecimento do corpo. Além disso, há uma negociação, que geralmente envolve a companheira e um homem que é parceiro ou amigo, ou alguém próximo, que cria um clima de debate entre pares e a introdução do sêmen gerando a gravidez. É oportuno divulgar a existência dessas possibilidades, bem como a questão da adoção de crianças. Ainda com relação a adoção, há um caderno que o Conselho Federal de Psicologia fez sobre a adoção por casais homoparentais que desmistifica informações e pode ser utilizado para divulgação.

O Conselho Federal de Assistência Social e o de Psicologia abriram o debate sobre a questão, o que nos leva a questionar como os Conselhos de Medicina e de Enfermagem poderiam se envolver nessa tarefa de informar os profissionais, além das formações nas universidades? É

importante distribuir essa tarefa entre os gestores e outros órgãos que também tem responsabilidade pela atuação dos profissionais.

Questões pontuadas no debate e roda de diálogo subsequente ao Painel III – Focalizar especificidades para garantir visibilidade na atenção à saúde das mulheres lésbicas e bissexuais

• Discriminação, falta de pesquisas, de informações e problemas na assistência:

- Mesmo em Porto Alegre, em que há diretrizes direcionadas aos profissionais de saúde, a prática continua deficitária. Quais as razões para isso? Há um grande espaço entre a teoria e a prática. Por quê? Fazem-se muitas capacitações, mas faltam ações e supervisão do processo para saber o que mudou. Não há monitoramento nem avaliação. Há tecnologia, mas falta afeto e vínculo.

- O desafio é repetir essas questões para quem ainda não ouviu. Papel de governo é levar aos profissionais a necessidade de se responsabilizarem pela atenção às lésbicas. É preciso considerar a diversidade também entre os profissionais de saúde.

- Em congressos médicos, a questão dos profissionais é “porque sou eu que tenho que perguntar? ela que me diga”, o que está em consonância com o que disse Gilberta Soares. Amamentação é proteção minúscula com relação ao câncer de mama.

- É premente a necessidade de associar educação permanente e educação popular, de modo a alcançar também a população.

• Adoção

- A adoção deve ser pensada de forma cuidadosa para se evitar a ilegalidade, sobretudo por que a legislação permite que duas mulheres adotem.

• Implantação de Diretrizes

- O que Porto Alegre está fazendo ou fará para a implantação das diretrizes? O Plano de Ação para a Atenção Integral à Saúde da Mulher de 2004 propôs a criação de 30 centros de fertilização assistida para casais sorodiscordantes. Existem? Podem absorver demandas de lésbicas? Quem são as mulheres de verdade? Por que mulheres trans lésbicas não estão aqui?

• Mulheres trans

- Uma mulher trans, com neovagina, será atendida por que tipo de médico? O mesmo para os homens trans mastectomizados, sem histerectomia. Se não dermos soluções, as pessoas procuram por elas mesmas. Deve-se convidar a FEBRASGO e Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde - SGTES/MS para esse tipo de debate.

Painel IV

Focalizar especificidades para garantir a integralidade na atenção à saúde de mulheres lésbicas e bissexuais: prevenção às DST/AIDS para mulheres que fazem sexo com mulheres – experiências, desafios e oportunidades

Coordenação: Elisiane Pasini (Assessora Técnica do Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde)

Expositores: Valdir Pinto (Interlocutor de DST do PE-DST/Aids e PM-DST/Aids de São Paulo) e Andrea Rufino (Ginecologista, professora e pesquisadora da UESPI)

Apresentação da Pesquisa: Prevenção às DST/AIDS para mulheres que fazem sexo com mulheres – experiências desafios e oportunidades

Valdir Pinto

Médico, interlocutor de DST do PE-DST/Aids
e PM-DST/Aids de São Paulo

Apresentação de estudo: “Prevenção às DST/Aids para mulheres que fazem sexo com mulheres – experiências desafios e oportunidades”, realizado em 2004, por ocasião de sua tese de mestrado. Na época, o autor procurou o Coletivo de Feministas Lésbicas que o apoiou no contato e localização das mulheres que participaram da pesquisa, cujo recorte foi “mulheres que fazem sexo com mulheres”, incluindo assim as bissexuais, as casadas e outras mulheres que mantinham esse tipo de relação.

No Brasil não há, para fins de registro e critério epidemiológico, uma categoria de transmissão de HIV/Aids que seja “mulheres que fazem sexo com mulheres”. Quando há casos de HIV entre essas mulheres, o registro é feito ou como mulheres que fazem sexo com homens ou como usuária de drogas. Isso é um problema, na medida em que nega possíveis fontes de transmissão do HIV entre mulheres. Esta era uma das preocupações na prática profissional do painelistas que, por conta disso,

decidiu realizar a pesquisa. Questionava-se: “onde estavam as mulheres que fazem sexo com mulheres?”, já que elas não apareciam no serviço e não estavam nos dados estatísticos? Ou elas não têm DST ou não reconhecerem o serviço como um lugar também voltado para elas.

No estudo sobre transmissão do HIV entre lésbicas divulgado pelo CDC e citado pelo Fábio Mesquita¹⁶ nesse encontro, é possível verificar que a transmissão ocorre de mulher para mulher. São conhecidos três estudos que mostram a transmissão do HIV entre mulheres. Dois estudos, um de 1987, publicado no *Lancet* e outro de 2003, publicado nos Estados Unidos, presumem a transmissão, sendo que este último aponta como uma das possíveis causas o compartilhamento de acessórios sexuais. Outro estudo, de março de 2014, publicado pelo Centers for Disease Control and Prevention (CDC), comprovou a transmissão do HIV entre mulheres por diversas evidências. O compartilhamento de acessórios e o sexo intenso que eventualmente sangrava uma das parceiras foram indicadas como as possíveis formas de transmissão. No entanto, diversos estudos demonstram que há uma crença na não-vulnerabilidade de lésbicas ao HIV. É importante frisar que não há grupos de risco, mas se faz necessário pensar quais comportamentos de risco a pessoa tem.

Em 1999, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou um total anual de 340 milhões de novos casos de DST curáveis em todo o mundo, sendo que de 10 a 12 milhões desses casos acontecem no Brasil¹⁷. Em 18 anos, dobrou a estimativa do número de casos de DST no mundo. Com relação às lésbicas, como já dito no seminário, alguns estudos têm demonstrado o uso de álcool e outras drogas e o sexo não seguro aumentado entre lésbicas e bissexuais femininas, bem como prevalência aumentada de algumas DST, inclusive vaginose bacteriana, que não é considerada DST. No entanto, ainda que esse tipo de afecção não seja considerada DST, é devido a um desequilíbrio da flora vaginal, ressalta-se que alguns pesquisadores apontam que a prática sexual oro-genital

16 http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6310a1.htm?s_cid=mm6310a1_w

17 BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama / Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

ou vagina com vagina pode levar bactérias de uma mulher para outra, dentre elas a *Gardnerella* e um desequilíbrio da flora vaginal, causando a vaginose.

Há estudos que demonstram prevalência aumentada de HPV alta frequência de papanicolaou anormal em mulheres que fazem sexo com mulheres. Outros mostram mulheres com a crença de que não possuem risco para câncer do colo do útero e alguns profissionais de saúde que reproduzem essa ideia. Isso já está comprovado não ser verdade e há estudos que demonstram que mulheres que nunca tiveram sexo com homens podem ter incidência de HPV e câncer de colo de útero. Há também uma procura diminuída pelos serviços por medo da discriminação e um dos problemas seria uma falha nas escolas médicas que não formam os profissionais para abordar melhor essas mulheres. Dentre os estudos levantados durante a pesquisa, os Estados Unidos apresentavam um maior número e a autora com maior publicação foi Marrazzo (2001)¹⁸ com vários estudos de qualidade que vale a pena serem buscados por quem está interessado no tema.

Este foi um estudo transversal realizado no Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids de São Paulo com Mulheres que Fazem Sexo com Mulheres (MSM), por demanda estimulada através da técnica bola de neve inicialmente com chamada pela internet e depois com a estratégia de panfletagem na Parada LGBT de São Paulo. A amostra teve grau de escolaridade alta, assim, acredito que na população geral a vulnerabilidade seja ainda maior que os resultados encontrados.

Entre objetivos da pesquisa, estavam compreendidos o conhecimento das características epidemiológicas das DST e HIV em mulheres que fazem sexo com mulheres, a estimativa da prevalência de algumas DST, a determinação da associação da infecção pelo HIV e as outras DST e fatores comportamentais associados tanto ao HIV quanto a DST¹⁹. Seguem os resultados deste estudo.

18 Vide Marrazzo et al. Papanicolaou test screening and prevalence of genital human papillomavirus among women who have sex with women. *A. J Public Health*. 2001 June; 91(6): 947–952. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1446473/>

19 Ver no anexo slides da apresentação utilizada para complementar as informações.

Características sociodemográficas:

- 40% tinham entre 30 e 39 anos de idade;
- 64,1% eram brancas;
- 85,5% tinham emprego formal;
- Renda média de 5,5 salários mínimos (média nacional na época era de 1,5 e, em São Paulo, 3,5);
- 31% possuíam curso superior completo.

Características relacionadas à vida sexual e reprodutiva:

- 56,7% tiveram debut sexual entre 13 e 17 anos;
- 67,6% tiveram debut homossexual com 18 anos e mais;
- 79,3% referiram parceira fixa;
- >1 parceria sexual no último mês - 17,9%;
- >1 parceria sexual no último ano - 62%;
- 31% engravidaram (45 mulheres com 94 gestações);
- Do total de 47 abortos informados, 31 (66%) foram provocados.

História de DST prévia:

- Referiram DST prévia - 38,6%:
- apenas uma DST - 62,5%;
- duas DST - 26,9%;
- três DST - 5,3%;
- As DST mais referidas foram: Candida albicans (44,6%); HPV (25,0%); Herpes genital (21,4%); Trichomonas vaginalis (17,8%); Vaginose bacteriana (8,9%); HIV (7,1%).

N (%) de mulheres, segundo práticas sexuais:

- Trocam sexo por dinheiro/bens - 11 (7,5%);
- Fazem sexo com parceira menstruada - 64 (44,1%);
- Usam acessórios sexuais - 48 (33,1%):
- Fazem uso individual dos acessórios sexuais - 26 (54,2%);
- Fazem uso compartilhado dos acessórios sexuais - 22 (45,8%);
- Trocam preservativos no uso compartilhado dos acessórios sexuais - 12 (54,5%);
- Fez/fazem sexo a três - 65 (44,8%);

- Fizeram sexo com parceria sabidamente HIV(+) - 18 (12,4%);
- com homens - 8 (44,5%);
- com mulheres - 9 (50,0%);
- com ambos - 1 (5,5%).

Sexo seguro:

- 33,6% mantiveram relações heterossexuais últimos 3 anos;
- 22,8% mantiveram relações heterossexuais último ano;
- Sobre a percepção da orientação sexual da parceria sexual:

Parceria Orientação Sexual	Masculina	Feminina
heterossexual	90,6%	5,6%
bissexual	22,6%	37,8%
homossexual	9,4%	83,2%
desconhecida	7,5%	-

- Uso de preservativo em todas as relações com homens - 45,5%;
- Uso de preservativo em todas as relações com mulheres - 2,1%;
- Motivo do não uso do preservativo:
- não viu necessidade (42,4%)
- confiança na parceira (17,3%)
- desconhecimento (16,5%)

Cuidados com a Saúde:

- 46,9% realizam consulta ginecológica anualmente;
- 53,1% não realizam consulta ginecológica anualmente;
- 62,8% realizaram teste anti-HIV;

O estudo reforça que é preciso relativizar a monogamia/parceria fixa como segurança para infecção por DST e HIV, citando como exemplo uma pessoa que teve quatro parceiras fixas no ano e não usou camisinha nessas relações. Foram parceiras fixas seriadas e que teve risco.

Muitas mulheres entrevistadas mantiveram relações com homens sem uso de preservativo e apenas 2% delas usaram preservativos com todas as parceiras femininas, o que aponta um risco presente de infecção nessas relações.

Há pouca informação sobre a necessidade das práticas seguras no sexo com mulheres e também com homens. Cerca de 45% informaram a realização de sexo com a parceira menstruada e apresentavam a crença que, no início ou final da menstruação, não havia risco. Os dados sobre uso de acessórios sexuais indicaram que mais de 50% realizavam a troca de preservativo quando compartilhavam os acessórios. Quanto a troca de preservativos e escolaridade das entrevistadas, é possível apreender que, entre mulheres com menor escolaridade, esse índice da troca do preservativo seja bem menor.

Quase 20% das entrevistadas nunca fez papanicolaou na vida e 15% fez o exame há mais de 3 anos.

Quanto ao preconceito no atendimento médico, o fato de considerarem que o médico não reagiu negativamente quando informaram sobre suas práticas sexuais não significa que a conduta no atendimento tenha considerado as práticas sexuais e a uma orientação direcionada para as necessidades específicas. Isso significa que muitas mulheres consideraram o atendimento como “natural” quando, na verdade, os profissionais não deram atenção à informação acerca da orientação sexual.

Conclusões e apontamentos do estudo:

- Profissionais de saúde não devem assumir que mulheres que fazem sexo com mulheres têm, automaticamente, baixo risco para adquirir DST e que estas mulheres jamais fazem sexo com homens;
- Raramente existe o uso de preservativos ou outro método de barreira de proteção para o sexo entre mulheres. Há necessidade de estratégias de educação em saúde para essas práticas sexuais;
- Necessidade de maiores informações para os profissionais de saúde e clientes sobre a importância da prevenção do câncer de colo entre mulheres que fazem sexo com mulheres;
- Rotinas ginecológicas não devem diferir das preconizadas para mulheres heterossexuais;

- Profissionais de saúde devem rever como conduzem suas consultas, como dirigem a interlocução sobre a vida sexual das clientes e deixar espaço no diálogo para que as mesmas sintam-se à vontade para assumirem sua orientação sexual confortavelmente, levando a uma melhor relação médico-paciente.

Apresentação da Pesquisa: Saúde Sexual e Reprodutiva de Mulheres que fazem sexo com Mulheres

Andrea Rufino

Ginecologista, Doutora pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Pesquisadora e Professora de Ginecologia da Universidade Estadual do Piauí (UESPI)

O estudo apresenta dados preliminares da pesquisa sobre “Saúde Sexual e Reprodutiva de Mulheres que Fazem Sexo com Mulheres”, desenvolvida em 2013 em parceria com o Grupo Matizes do Piauí, Liga Brasileira de Lésbicas, Anis - Instituto de Bioética e Gênero.

O estudo qualitativo e quantitativo teve como objetivo investigar histórias de mulheres que fazem sexo com mulheres relacionadas à violência, preconceito institucional ou profissional dentro dos serviços de saúde.

Para a coleta de dados foi utilizado um questionário eletrônico com perguntas fechadas e abertas sobre práticas sexuais, identidade sexual, experiências das mulheres com autocuidado e saúde, e demandas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva. A etapa qualitativa teve como objetivo conhecer a história das mulheres nos serviços de saúde, aprofundando informações coletadas no questionário eletrônico. A pesquisa utilizou também a metodologia “bola de neve”.

Esta pesquisa foi realizada em cinco capitais do Brasil: Teresina, Brasília, São Paulo, Porto Alegre e Manaus. O universo de participantes foi de 615 mulheres que acessaram o questionário e 582 mulheres que responderam o questionário. Houve uma maior dificuldade de acesso das mulheres da Região Norte (Manaus) que ficou menos representada na distribuição dos dados coletados.

Quase 70% das mulheres envolvidas na pesquisa tinham entre 18 a 29 anos e 84,8% tinham Ensino Superior, o que pode ser decorrente do método escolhido: questionário com preenchimento online.

Entre os resultados do estudo destaca-se que:

- 34% nunca teve práticas sexuais com homens, apenas com mulheres;
- 50% informaram prática sexual atual com mulher e anteriores com homens;
- 16% informaram ter práticas sexuais com mulheres e com homens.

Com relação à identificação quanto a orientação sexual:

- 66,5% colocaram-se como lésbicas;
- 31,6% afirmaram-se bissexuais;
- 1,9% se enquadraram na categoria “Outros”.

A maioria das entrevistadas no estudo qualitativo informou que, independente das suas práticas, identificavam-se como lésbicas.

Práticas sexuais em encontros com mulheres:

- 95% das mulheres fazem sexo oral. Destas, 93% fazem sem proteção.
- Quase 100% das mulheres praticam penetração vaginal com dedos. Não informaram proteção nesse tipo de prática nem com homens nem com mulheres;
- 50% das mulheres realiza penetração vaginal com brinquedos. Destas, 45% usa proteção;
- 27% realiza penetração anal com brinquedos. Destas, 50% não usou proteção;
- 43% das mulheres que relataram sexo oral ativo na parceira utilizaram proteção.

Ser passiva no sexo oral foi considerada uma prática de proteção pelas mulheres. As práticas sexuais com homens indicaram uma proporção bem menor de sexo oral e penetração vaginal com dedos e penetração anal.

Práticas sexuais em encontros com homens:

- Cerca de 70% das mulheres que informaram sexo oral com homens o fazem sem proteção;
- 13% das mulheres que fazem sexo com homens com penetração vaginal peniana não usa proteção e 27% das que informaram sexo anal com homens também não usam proteção;
- No sexo oral ativo com homens, 35% utilizaram proteção.

Conclui-se com esses dados que, quando há prática sexual com homem, o percentual do uso do preservativo aumenta. Quanto à vulnerabilidade na transmissão de DST e incidência de câncer de colo do útero, os achados dessa pesquisa confrontam os dados apresentados de uma crença na não vulnerabilidade ou uma suposta proteção de mulheres lésbicas a essas doenças.

Quase a totalidade das mulheres que responderam ao estudo informou acreditar que é necessário realizar o exame de prevenção do câncer de colo do útero e ter meios de proteção para DST e Aids, tanto na prática sexual com mulheres quanto na prática sexual com homens. Cerca de 60% vão ao ginecologista regularmente e sem queixa específica. Apenas 25% das mulheres procuram o ginecologista apenas quando apresentam algum sintoma. 13% das mulheres participantes da pesquisa nunca foram ao ginecologista. A maioria delas acessa o serviço privado de saúde. Dentre as que vão ao ginecologista, 60% delas informam as práticas sexuais tanto no serviço privado quanto no serviço público. Relatam que poucos profissionais tomam a iniciativa de perguntá-las sobre suas práticas ou orientação sexual. Mais de 40% das mulheres participantes do estudo informaram interesse em engravidar e 45% delas receberam orientação do ginecologista com relação à gravidez.

Como produto desta pesquisa foi produzido um folheto sobre atendimento as mulheres lésbicas e bissexuais com o objetivo de combater o preconceito no serviço de saúde. O objetivo desse material foi promover um debate com os ginecologistas de Teresina-PI sobre esses resultados. Também será realizado um encontro com ginecologistas da capital do Piauí²⁰ para apresentar e dialogar sobre os dados da pesquisa tendo como foco as seguintes questões:

20 Segundo a pesquisadora, esse encontro estava previsto para o mês de maio de 2014

1. Acolhimento e escuta;
2. Como perguntar sobre práticas sexuais;
3. Uso do espéculo adequado;
4. Vulnerabilidade a DST e Aids;
5. Importância da coleta de exame de prevenção de câncer de colo de útero;
6. Importância da prevenção do câncer de mama, endométrio e ovário;
7. Acolhimento da parceira nas consultas, internações e parto;
8. Direito ao sigilo e consulta a mulher sobre o que ela quer ou não que fique registrado no prontuário.

Questões pontuadas no debate e roda de diálogo subsequente ao Painel IV - Focalizar especificidades para garantir a integralidade na atenção à saúde de mulheres lésbicas e bissexuais - Prevenção às DST/Aids para mulheres que fazem sexo com mulheres – experiências, desafios e oportunidades

- **Metodologia do Estudo**

- É importante que sejam feitas pesquisas por médicos para ampliar a legitimidade dos resultados dentro da própria categoria médica. Ressalta-se a importância da contribuição dos grupos ativistas lésbicos para a realização das pesquisas, uma vez que é difícil acessar esse público. Com relação ao estudo apresentado por Andrea Rufino, houve questionamento sobre a quantidade de entrevistas realizadas, bem como a forma como se chegou a esta quantidade e o que foi aprofundado no componente qualitativo. Outro questionamento diz respeito à diferença entre os dados apresentados nesta pesquisa com relação a outras e quais seriam as razões disto. Acredita-se que o perfil socioeconômico pode ter influenciado os dados. A ênfase sobre a confidencialidade do prontuário radicaliza a noção de sigilo e cuidado, o que cria confiança entre profissionais e usuárias e ajuda a fortalecer o vínculo nos serviços de saúde. Quais seriam as recomendações sugeridas pelos expositores para disparar o processo de diálogo com a categoria médica a respeito das questões apontadas?

- O sigilo é profissional, não é sigilo médico e os demais profissionais também devem ser responsabilizados. A usuária precisa saber disso. É a unidade que deve ser segura para guardar o prontuário. Quanto às estratégias para falar aos demais médicos, não existe esse peso todo que se pensa no fato de médico falar pra médico, as associações, sociedades de classe como a FEBRASGO possuem mais peso e abrangência via revistas e congressos. Por mais que o profissional esteja submetido aos protocolos do Ministério da Saúde ou Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, as sociedades de classe têm mais peso para a categoria do que o próprio Ministério da Saúde. Os profissionais respondem a essas sociedades, direcionam mais respeito às informações que são divulgadas por elas. Outra parceria importante é o Departamento de DST/Aids e o Congresso Nacional sobre esses temas. Não se atingem profissionais de saúde falando de identidades políticas, por mais que seja importante o caminho trilhado pelo movimento para visibilizar as identidades lésbica e bissexual. O caminho estratégico seria manter o foco no histórico de práticas sexuais. A partir disso, os profissionais médicos vão entender melhor a temática e dar mais atenção às necessidades dessa população.

- A formação médica dos responsáveis pela pesquisa limitou a investigação mais apurada sobre características sociodemográficas da amostra. Há vieses advindos da forma de seleção da amostra a partir do movimento social, no entanto, com esse formato conseguiu ampliar o número de participantes, o que traz outras vantagens. No componente qualitativo, foram entrevistadas 33 mulheres (cerca de 7 mulheres por cidade), buscando uma distribuição de idade e escolaridade entre elas. Houve atitudes diferenciadas entre ativistas e não ativistas. As primeiras são mais empoderadas diante dos profissionais de saúde. Apesar da riqueza, os dados dessa etapa ainda não foram trabalhados, tampouco alinhados aos resultados do estudo quantitativo. Os resultados encontrados não refletem apenas uma realidade brasileira já que a pesquisadora responsável teve contato com outro estudo desenvolvido em Paris e os achados são similares, devendo estar relacionados ao tipo de formação médica. A postura dos médicos parece ser algo ligado à formação profissional e não necessariamente aos contextos nacionais.

- **Crença na não vulnerabilidade a transmissão de DST e não necessidade de prevenção ao câncer de colo**

- A diferença apontada no estudo de Andrea e Valdir sobre a crença na não vulnerabilidade a transmissão de DST e não necessidade de prevenção ao câncer de colo pode se dar pelas diferenças socioeconômicas entre as amostras dos dois estudos. Houve investigação da relação das mulheres com outros profissionais de saúde que algumas vezes tem mais contato com as usuárias que os próprios médicos? Que termos recomendariam para ampliar o repertório de abordagem às mulheres?

- **Hepatite B e C**

- Pode ser interessante explorar mais o dado de risco aumentado para hepatite B e C encontrado na pesquisa de Valdir Pinto.

- **Pesquisa com foco na saúde de mulheres lésbicas e bissexuais**

- Ainda há pouco tempo de investimento em pesquisa com foco na saúde de mulheres lésbicas e bissexuais. Nos últimos 10 anos, o Governo Federal vem insistindo e investindo para que essa demanda seja de fato acolhida e atendida. O atual Plano Nacional de Políticas para as Mulheres contempla essa necessidade. Há dois mitos apontados pela pesquisa do Valdir: o dos profissionais de saúde e o das usuárias. As usuárias acreditam que não são vulneráveis e os profissionais de saúde, quando sabem da orientação sexual da usuária, não modificam o protocolo de atendimento. Há uma necessidade de trabalhar esses dois campos.

Há uma diferença de dez anos entre as duas pesquisas apresentadas e poucas mudanças nos resultados. Ambas tem amostras com alta escolaridade, o que pode produzir o viés do “politicamente correto”. Não é possível dizer se o uso de drogas é maior ou menor entre lésbicas que entre a população em geral, porque a amostra do estudo não foi representativa. Com relação às hepatites, o risco maior deve referir-se à presença do sangue nas relações sexuais, mas não é possível afirmar isso apenas com base nos dados coletados. Não houve desconforto das mulheres nas consultas ginecológicas provavelmente porque eram mais escolarizadas. Houve desconforto inicial do pesquisador por ser um homem pesquisando mulheres, mas o apoio das ativistas resolveu isso.

- Quanto às possíveis estratégias para aproximação com a categoria médica, esta deve ser realizada a partir do diálogo com os médicos e na formação médica, além das associações profissionais. Das mulheres que participaram do estudo, 70% são mulheres jovens, com acesso a informação e há uma massificação da informação da necessidade de realização do exame preventivo, o que pode ter se refletido nos resultados. Isso, no entanto, não se traduz na melhoria dos serviços e no atendimento a partir das necessidades das mulheres.

- A diferença entre pesquisas anteriores e a pesquisa apresentada por Andrea quanto à crença na vulnerabilidade das mulheres lésbicas pode estar relacionada à agenda política que o movimento de lésbicas vem pautando quanto a importância da temática da saúde que, desde os anos 2000, vem se fortalecendo. Além disso, a própria metodologia da pesquisa, via internet, tem possibilitado a ampliação de informações e facilidade de acesso quanto ao tema. Houve algum tipo de desconforto das mulheres nos exames pelo fato de Valdir ser homem?

- **Maternidade**

- As pesquisas abordaram a conquista da maternidade pelas mulheres, seja por adoção ou outras formas?

- **Mulheres e Movimento Social**

- Como lidar com o viés da indicação de mulheres via movimento social? Os dados de adesão ao uso de preservativos muito altos contradizem alguns estudos. Isso se daria devido à forma de seleção da amostra via movimento social ou por “querer ser politicamente correto”? Há risco de câncer de mama entre mulheres lésbicas?

- A respeito do Câncer de Mama, os fatores mais importantes para a ocorrência não são possíveis de serem controlados com prevenção primária. O uso do cigarro não tem importância para o câncer de mama, tem relação com o câncer de colo do útero e é um co-fator com o HPV para esse tipo de câncer. O uso do cigarro é um fator protetor para câncer de ovário, pois as mulheres que fumam entram na menopausa mais cedo, vão menstruar menos, vão ovular menos e a ovulação é o fator mais importante para câncer de ovário. O atrito na mama, apertar, chupar, morder não são fatores que tem relação com o câncer de mama.

O fator mais importante é a ação do estrogênio sobre a mama que tem uma alteração genética que predispõe para o câncer. Menstruar cedo ou parar de menstruar tarde aumentam o contato com o estrogênio. Nas gerações anteriores, as gestações em mulheres jovens e várias gestações durante a vida faziam uma diminuição no tempo da menstruação devido às gestações e à amamentação, diminuindo assim a ovulação e o contato com o estrogênio durante a vida. Não é a amamentação que gera proteção, a não ser quando a mulher fica sem menstruar quando está amamentando.

- O Grupo Matizes, em depoimento, considera que com relação ao formato de pesquisa que Andrea Rufino desenvolveu em parceria com o grupo trouxe retorno e dialogou com o movimento sobre a pesquisa. Ressente-se do uso instrumental que alguns pesquisadores fazem dos grupos ativistas. Ressaltou os desdobramentos que vem ocorrendo a partir da pesquisa, tais como: oficinas, repercussão na imprensa local e ampliação do diálogo entre movimento social e academia.

- Importância indelével do encontro entre academia, governo e representantes ativistas do país como oportunidade de dar continuidade as ações.

Introdução aos Grupos de Trabalho

Elementos necessários em uma proposta de diretriz de atenção integral a saúde de mulheres lésbicas e bissexuais dirigida aos profissionais de saúde

Suely Oliveira
Consultora DAGEP/MS

Desafios apontados pela oficina:

As participantes da oficina dividiram-se em dois grupos de trabalho com o objetivo de elencar contribuições para a construção de um documento orientador para os profissionais de saúde sobre promoção e atenção a saúde integral das mulheres lésbicas e bissexuais.

Além do conjunto dos painéis da oficina, o debate em grupos também considerou as conquistas históricas e marcos importantes que foram incorporados pelos governos federal e estaduais nos últimos anos, tais como a Política de Saúde da Mulher, a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, as Portarias e o Plano Operativo da Política Nacional de Saúde LGBT.

Alguns princípios também balizaram o trabalho dos grupos, entre eles:

- Pensar a integralidade, incluindo enfoque de geração, classe social, etnia e raça;
- Valorizar a integração entre os setores do Ministério da Saúde, nas áreas de Saúde da Mulher, DAGEP, DST/AIDS e Hepatites Virais e Secretaria de Políticas para as Mulheres na Coordenação Geral da Diversidade;
- Cuidar da abordagem de gênero;
- Incluir a pauta nos organismos de políticas para mulheres estaduais e municipais, apoiando-se nas articulações da SPM com estes órgãos;
- Incluir mais organizações do movimento de mulheres feministas

nesse processo, entre elas: Rede Feminista de Direitos Sexuais e Reprodutivos, Articulação de Mulheres Negras, Marcha das Margaridas com inclusão das mulheres rurais, Rede de Mulheres Soropositivas;

- Envolver entidades de classes como CFESS, CFP, CONEM, CFM, bem como a Febrasgo.

Para referenciar os grupos também foram lembrados alguns projetos do Ministério da Saúde relacionados com a temática da oficina:

- A pesquisa Acesso da População LGBT nos Serviços de Saúde, encomendada pelo Ministério da Saúde, coordenada pelas professoras Fatima Souza e Valéria Mendonça da Universidade de Brasília (UnB) e conduzida por um comitê de pesquisadores das cinco regiões do país, é direcionada a gestores, profissionais de saúde e usuários e será aplicada em 17 estados tendo como objetivo colher subsídios para analisar como está sendo feito o acesso da população LGBT nos serviços de saúde.

- O Observatório da Saúde LGBT no Brasil tem como objetivo mapear, divulgar e consolidar em um único espaço informações sobre a implementação da Política Integral da Saúde LGBT, ações do movimento e do meio acadêmico.

- O Módulo de Educação a Distância direcionado para profissionais da atenção básica que abordará a Política de Saúde LGBT está sendo desenvolvido pelo DAGEP, UNASUS, SGTES e o conteúdo foi elaborado pela UERJ.

Com a proposta de elencar elementos necessários para uma proposta de Diretrizes para a Atenção Integral à Saúde das Mulheres Lésbicas e Bissexuais, o Grupo de Trabalho 1 apresentou os seguintes debates:

- **Conteúdo das Diretrizes**

- Alguns pontos importantes que a diretriz deve considerar: atendimento e acolhimento às mulheres; abordagem relacionada a violência doméstica, familiar, conjugal e sexual nas relações entre mulheres; Uso de álcool e outras drogas; e estratégias de prevenção às DST e HIV; Desconstruir a idéia de “ser vetor” de transmissão e promiscuidade associada a bissexualidade.

- Discutir sexualidade de forma ampla com os profissionais de saúde abordando-a como algo que não rígido e com possibilidade de fluidez ao longo da vida.

- Trabalhar com os profissionais a abordagem relacionada às práticas sexuais entre mulheres para um entendimento mais rápido e, em formações mais longas, trabalhar o conceito de identidade sexual e sua importância política.

- Divulgar que a coleta de citologia com “cotonete” não traz resultados efetivos, pois é preciso observar o colo do útero. Sensibilizar os profissionais para particularizar o atendimento, tornando-o o mais confortável possível para as usuárias.

- Detalhar quais são as práticas sexuais que são mais ou menos ariscadas com relação à possibilidade de contágio.

- O texto de abertura das diretrizes para os profissionais de saúde deve informar sobre a livre orientação sexual e não discriminação como direito e o profissional de saúde como um agente público que deve agir para a garantia de tais direitos.

- **Produção e Divulgação de Conhecimentos e Informações**

- Há uma lacuna do conhecimento. É preciso conhecer melhor a saúde dessa população, suas vulnerabilidades, fatores de risco e de pro-

teção. Disponibilizar informações e fomentar conhecimentos.

- Há a necessidades de fomento a novas pesquisas e que essas contemplem também informações sobre “violência racial”.

- Não há um local com a sistematização dos estudos e pesquisas, eles existem, mas estão pulverizados. Seria interessante um tipo de site ou local que pudesse concentrar os estudos para divulgação. Há necessidade de compilar os materiais, relatórios, artigos, publicações na área. A invisibilidade também tem reflexo na produção das universidades.

- Elaboração de uma cartilha direcionada aos profissionais de saúde tanto das 14 profissões de graduação quanto as profissões de nível médio, mas é preciso avaliar se um único material dá conta da diversidade de serviços e de profissões de saúde.

- Tentar, através da DGERTS, a articulação com os conselhos profissionais, pois esse departamento já possui contato direto e permanente com essas representações. Também há uma rede de escolas técnicas do SUS com núcleos nos estados e capitais que pode ser melhor usada. Explorar o potencial dos cursos à distância.

- Considerar as especificidades das mulheres bissexuais nos documentos produzidos. Especificar também o termo bissexual, caso os materiais utilizem o termo lésbica.

- Encaminhar o consolidado das discussões dessa oficina para o comitê nacional e comitês estaduais de saúde da população LGBT e a elaboração de um documento específico com recomendação para os comitês sobre abordagem do cuidado com a saúde das mulheres lésbicas e bissexuais.

- Não basta formular uma diretriz direcionada para os profissionais de saúde, é preciso criar estratégia de divulgação junto aos profissionais e pessoas de referência para disparar e acompanhar processos locais.

- Realizar levantamento dos materiais educativos que já existem e verificar a possibilidade de reprodução ou adaptação.

- Contato com a Secretaria de Ciência e Tecnologia para discutir apoio e fomento a pesquisa na área.

- Materiais direcionados às mulheres devem detalhar quais são as práticas sexuais que são mais ou menos arriscadas com relação à possibilidade de contágio.

• **Processos de ensino-aprendizagem**

- As formações devem estar direcionadas aos diferentes tipos de trabalhadores: profissionais de nível superior, de formação técnica e graduações em todos os cursos de saúde e deve-se realizar articulação com o MEC para isso. Também é preciso incluir o tema nas residências em saúde, nos cursos de pós-graduação, nos processos de educação permanente de educação continuada.

- Além das profissões de saúde, é importante acrescentar o tema na graduação em direito.

Aproveitar experiências e conteúdos existentes: o estado do Ceará possui uma experiência com educação presencial e à distância direcionada para agentes de saúde. Todo o conteúdo produzido para a formação será publicado num jornal local de circulação gratuita. Esse exemplo pode ser utilizado como inspiração para propostas formativas ou inclusão do tema nesse tipo de formação que já existe. O curso para lideranças LGBT também tem programação e conteúdos que já foram testados e é possível utilizar esse material para outras formações.

- Técnicos de enfermagem e enfermeiras são profissionais estratégicos para o direcionamento das formações, pois acessam a usuária antes do médico. Se a violência ocorre no contato esses profissionais pode também acarretar complicações de acesso ao serviço ou reforçar situações de violência.

- Fomentar processos de formação ampla em direitos humanos e respeito às diferenças, sensibilizando para uma reflexão sobre as práticas profissionais.

- Capacitar os profissionais médicos quanto à importância da identificação e prevenção do HPV em mulheres lésbicas e bissexuais, pois o vírus é altamente prevalente para todas as pessoas que têm vida sexual, independente das práticas.

- Contato com a Coordenação Pedagógica do Programa Mais Médicos para garantir a inclusão de materiais sobre equidade de acesso para lésbicas e bissexuais nos tablets distribuídos para os profissionais envolvidos.

- A formação deve ser integrada, contemplando linhas de cuidado. As mídias alternativas são estratégias que podem possibilitar o alcance de um número maior de pessoas.

- **Políticas Públicas e Intersetorialidade**

- Necessidade de aproximação e convencimento do CONASS e CO-NASEMS sobre a importância de pautar esse tema.

- É preciso estar atentas ao fato que muitas mulheres “masculinizadas” não são transexuais e há um perigo do discurso médico reificar categorias, intervenções e procedimentos direcionados para essas mulheres que não querem passar pelo processo transexualizador.

- Produzir e distribuir insumos de prevenção e materiais informativos direcionados a profissionais e usuárias sobre o seu uso.

- É preciso tensionar e abrir o diálogo com o Ministério da Saúde quanto à possibilidade de disponibilizar vacina contra o HPV para mulheres lésbicas e bissexuais.

- Garantir insumos adequados às necessidades como espéculos adequados que geralmente são licitados pela média da população, não considerando demandas específicas e investir na atenção básica para fomentar a inclusão do acesso em âmbito nacional;

- Contato com o Departamento de Monitoramento e Avaliação (DE-MAS) do Ministério da Saúde para verificar possibilidade de inclusão do quesito gênero e orientação sexual nos documentos.

Com a proposta de elencar elementos necessários para uma proposta de Diretrizes para a Atenção Integral à Saúde das Mulheres Lésbicas e Bissexuais, o Grupo de Trabalho 2 apresentou os seguintes debates:

- **Conteúdo das Diretrizes**

- As diretrizes devem ser orientadas para a produção do cuidado à saúde: mental, sexual e reprodutiva. Devem abordar conteúdos relacionados às assimetrias de gênero e sexualidades não-normativas na formação dos trabalhadores de saúde.

- As diretrizes devem contemplar um olhar especial para as adolescentes lésbicas e bissexuais, em especial aquelas que estão cumprindo medida socioeducativa e sofrem violência decorrente da sua orientação sexual.

- Os materiais devem tratar o conjunto das DST e não apenas do HIV/Aids.

- A questão da nomenclatura a ser utilizada deve estar pautada no texto do documento.

- O documento das diretrizes deve fazer referência aos planos que já existem de Saúde da Mulher e de Saúde Integral à População LGBT, que oferecem subsídios importantes para todos os pontos discutidos.

- **Processos de ensino-aprendizagem**

- A formação direcionada para os profissionais que já concluíram a graduação deve ser diferente daquela direcionada aos profissionais em formação.

- É preciso pensar estratégias para alcance dos profissionais de Nível Médio. Os Agentes Comunitários de Saúde devem ser incluídos nos processos de capacitação.

- Os gestores devem participar das formações direcionadas aos profissionais ou realizar formação específica, voltada apenas para eles.

- Fundamental articular estratégias de comunicação entre os pro-

gramas de educação e formação continuada da Atenção Básica com o Programa Saúde na Escola e com outros programas de educação de outros Ministérios.

- Considerar a utilização de todos os meios disponíveis para a educação/formação com foco na comunicação.

- **Políticas Públicas**

- Necessidade de compromisso real das gestões locais como requisito básico para a garantia do acesso e melhoria no atendimento.

- Vale construir os materiais de capacitação com base na aproximação entre os setores de educação e de saúde, bem como com a aproximação de conselhos e associações para larga discussão do tema.

- Há a necessidade de interlocução com Ministério da Educação, para influenciar nos currículos e projetos político-pedagógicos da área de saúde.

- Inclusão de temas LGBT nos conteúdos das provas de concursos públicos.

- Estímulo à criação de comitês locais LGBT.

- Inclusão de cláusula de vinculação no repasse de recursos para os serviços e para os profissionais que atenderem às formações nos convênios com o Estado, obrigando a inclusão das ações voltadas para lésbicas e bissexuais.

- Fomentar pesquisas que incluam o recorte de classe e raça e etnia.

- Ampliar o foco sobre tema de saúde sexual na Coordenação Geral de Saúde das Mulheres do Ministério da Saúde.

- É preciso atribuir responsabilidades e definir o processo para a execução de cada uma das tarefas definidas na oficina, bem como garantir insumos adequados, tais como espelhos de menor tamanho.

Considerações Finais

O processo de construção da oficina numa parceria da Secretaria de Políticas para as Mulheres com o Ministério da Saúde tem sido um desafio. Algumas iniciativas foram fundamentais para chegar no patamar atual em que, embora haja muitas lacunas, percebe-se certo reconhecimento, visibilidade e acolhimento com relação à população de lésbicas e bissexuais no Sistema Único de Saúde (SUS).

Entre os precedentes para a realização dessa oficina, destaca-se a experiência de Porto Alegre que construiu diretrizes em âmbito local para atenção à saúde de mulheres lésbicas e bissexuais. Esta ação motivou debates no Conselho Nacional de Saúde, que fez recomendações para que as diretrizes fossem absorvidas no âmbito do Ministério da Saúde como elementos para a construção de uma proposta nacional – vale ressaltar ainda antes da elaboração da Política de Atenção Integral de Saúde da População LGBT. Tal Política conseguiu suprir algumas lacunas, no entanto, o acolhimento e o atendimento permanecem deficitários e estão entre os focos principais do guia orientador para profissionais de saúde que resultará do processo que a oficina iniciou.

O foco pretendido com a oficina foi de concluir com recomendações para a produção de um material direcionado aos profissionais. No entanto, reconhece-se o desafio de se pensar em diretrizes únicas para todos os profissionais, em todos os serviços. Em virtude disso, a produção dos grupos expandiu o objetivo inicial e trouxe recomendações para as gestões nos diferentes níveis, além de ações de articulação entre Ministérios diferentes para efetivação de alguns programas. Ademais, o movimento social ampliou as proposições para outras questões, por afirmar reconhecer na organização da oficina uma parceria para possíveis atendimentos a demandas que extrapolem o objetivo inicial.

Contudo, diante das expectativas iniciais a oficina cumpriu o seu papel com uma produção intensa e com saldo positivo. É possível extrair da produção da oficina elementos que ajudarão na produção do documento orientador para profissionais de saúde, além de estratégias para efetivar o uso do documento.

O guia orientador não pode cair no vazio. Produzir o documento

não dá conta da estratégia política para utilização dele. As proposições apontam estratégias para isso que envolvem articulações entre SPM e Ministério da Saúde e entre os diferentes níveis federativos. Estas proposições não demandam um compromisso imediato, mas ajudam a delinear o futuro a partir do seminário previsto para o fim de 2014, que dará continuidade a este processo.

Anexos

Participantes

Aline Soares - Coordenadora do Consultório na Rua de Lauro de Freitas/BA/ Ativista Bissexual

Ana Lúcia da Silva - Representante da Secretaria de Direitos Humanos

Ana Paula L. Melo - Psicóloga, Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Professora e Pesquisadora de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco

Ana Paula Potella - Socióloga, Doutora em Sociologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e pesquisadora da UFPE

Anna Paula Vencato - Antropóloga e Assessora Técnica de Políticas LBT da Secretaria Municipal de Políticas para Mulheres de São Paulo

Andrea Domânico - Pesquisadora da USP, Psicóloga, Feminista, Lésbica

Andrea Rufino - Ginecologista, Doutora pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Pesquisadora e Professora de Ginecologia da Universidade Estadual do Piauí (UESPI)

Carmen Lucia Luiz - Comitê Técnico de Saúde LGBT

Caroline Oliveira - Assessora Técnica da Coordenação Geral de Saúde das Mulheres do Ministério da Saúde

Circe Pithan - Secretaria Municipal de Saúde/Porto Alegre/RS

Claudete Costa - Liga Brasileira de Lésbicas - LBL

Danielly Queirós - Departamento de DST AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde

Elisiane (Lis) Pasini - Assessora Técnica do Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde

Eucinete Ferreira - Secretaria Estadual de Saúde do Acre

Fernanda Coelho - Militante Bissexual do Coletivo BiL – Coletivo de Mulheres Bissexuais e Lésbicas do Vale do Aço/MG

Gilberta Soares - Secretária de Estado da Mulher e da Diversidade Humana

Guida França - Técnica de Referência LGBT da Secretaria de Saúde da Bahia

Heliana Hemetério - Ativista lésbica da Associação Brasileira de Gays Lésbicas Travestis e Bissexuais , Articulação Brasileira de Lésbicas e Candace

Ialê Bezerra de Mello - Representante da Secretaria de Política de Ações Afirmativas da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial

Indira Gualberto - Coordenação Geral da Diversidade/SAIAT Secretaria de Políticas parMulheres (estagiária)

Jessica Marques - Estudante, educadora, coordenadora do grupo LGBT Sétimo Céu e representante da Rede Sapatá

Karen Queiroz - Ativista da organização Coturno de Venus e da Rede Feminista de Saúde / Fisioterapeuta

Kauara Rodrigues - Departamento de DST AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde

Lidiane Gonçalves - Coordenação Geral de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde

Lurdinha Rodrigues - Coordenadora Geral da Diversidade da Secretaria de Políticas para as Mulheres

Marcele Esteves - Ativista do Grupo Arco-Íris/RJ e Articulação Brasileira de Lésbicas

Marcy Figueiredo - Coordenação Geral da Diversidade/SAIAT Secretaria de Políticas para Mulheres

Margareth Gomes - Assessora do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, Pesquisadora em Genero, Sexualidade e Homossexualidades

Mariane Brito - Coordenação Geral da Diversidade/SAIAT Secretaria de Políticas para Mulheres

Marina Marinho - Secretária de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde

Marina Rios Amorim - Departamento de DST AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde

Marinalva Santana - Ativista lésbica do Grupo Matizes do Piauí

Melissa Navarro - Ativista da organização Coturno de Vênus

Olga Sampaio - Secretária Estadual de Saúde/BA

Priscila Leote - Secretária Estadual de Política para Mulheres/RS

Renata Laviola - Secretária de Políticas para as Mulheres

Renata Veiga - Secretária de Políticas para as Mulheres

Silvana Conti - Feminista, Professora, Sindicalista e Conselheira Nacional de Políticas para as Mulheres representando a Liga Brasileira de Lésbicas

Sócrates Bastos - Departamento de Gestão Estratégica e Participativa – Saúde de Homens Gays

Sônia Lacerda - Conselho Municipal de Saúde/João Pessoa/PB

Stella Matta Machado - Coordenação Geral da Saúde/SAIAT Secretária de Políticas para Mulheres

Tainah Lobo - Departamento de DST AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde

Valdir Pinto - Ginecologista, Representante do Programa Estadual e Municipal de DST/Aids de São Paulo

Verônica Lourenço - Historiadora, Educadora Popular e Conselheira Nacional de Saúde representando o Movimento LGBT através da Liga Brasileira de Lésbicas

Wilza Villela - Psiquiatra, Livre Docente em Ciências Sociais em Saúde pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), pesquisadora e professora do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da UNIFESP

Zilmar Cândido - Secretária Estadual de Saúde/AC

Apresentações das/os participantes dos painéis:

Apresentação 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

Socióloga, Doutora em Sociologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e pesquisadora da UFPE

SOS Corpo Instituto Feminista para a Democracia
Ministério da Saúde
Programa Nacional de DST/Aids
Termo de Cooperação Técnica 248/07
Recife. Novembro de 2009

Objetivos da Pesquisa

Geral:

- 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.

Específicos:

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

Metodologia

- Pesquisa qualitativa: entrevista semi-estruturada com usuárias e profissionais de saúde do SUS e observação do cotidiano de unidades de saúde

TRAJETÓRIAS DE VIDA DAS MULHERES DISCRIMINAÇÃO QUE (DES)ORIENTA A VIDA

Orientação sexual afeta de forma decisiva a trajetória de vida das mulheres.

Discriminações:

- Reduzem oportunidades de crescimento pessoal, formação e inserção social.
- Geram dificuldades de relacionamento na escola (chacotas de colegas e professores/as) que resultam em abandono ou fracasso nos estudos.
- Dificultam estabelecimento de relações de vizinhança e geram conflitos familiares.
- Conflitos nos processos de profissionalização e no ambiente de trabalho representaram obstáculos para a construção de carreiras e para a inserção no mundo do trabalho.

Muitos relatos de ocorrência de violência, inclusive sexual, tanto na infância quanto na vida, boa parte protagonizados por homens.

- Um dia eu tava chegando em casa com uma menina e ela [a avó] 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. Pra minha madrinha mulher tem que tá em casa e não pensar em dá um passo a 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 (Matilde).

A REVELAÇÃO

- Revelação do homoerotismo para amigas lésbicas ou amigos gays é garantia de aceitação e construção da solidariedade e do apoio para enfrentar a discriminação.

- Identidade lésbica é acionada com orgulho e alegria, devendo-se a ela o equilíbrio e a tranquilidade que encontraram posteriormente em suas vidas.

- O “armário” é um momento de infelicidade e conflitos, resolvidos ou enfrentados com maior segurança a partir do momento em que se identificaram publicamente como lésbicas.

Ser lésbica foi e melhor coisa
que aconteceu em minha vida.
(Paloma)

TRAJETÓRIA AMOROSA E SEXUAL

- Muito pontos em comum com as heterossexuais.
- Também se iniciam sexualmente com homens, algumas casaram, viveram relações conflituosas, insatisfatórias e, em alguns casos, violentas.
- Maior parte das relações heterossexuais foram eventuais, algumas muito conflituosas

- Nenhuma referiu ter vivido relação de amor ou paixão com os homens - atração sexual ou amizade.

- Relação com homens expressa a heteronormatividade da sociedade: desejo por mulheres já existia, mas, socialmente impedido de se expressar, surgia dolorosamente sob a forma de conflitos nas relações com os homens.

- Trajetória amorosa e sexual com mulheres: poucas relações, em geral estáveis, sob a forma de casamento.

- Parte importante reproduziu 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.

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. (...) com outra, era eu que me sentia sufocada. 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. Depois que eu conheci o movimento feminista (...) 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. (...) 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)

TRAJETÓRIA REPRODUTIVA

- Também assemelha-se à das heterossexuais
- Algumas engravidaram – às vezes de forma desejada, outras indesejadas ou não planejadas e, em outras situações, a gravidez foi decorrente do sexo não desejado ou não consentido.

- Tiveram e fizeram abortos e tiveram filhos, biológicos ou adotados.
- Entre as que não tinham filhos/as 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.

CONCEPÇÕES SOBRE SEXUALIDADE LÉSBICA E BISSEXUAL

Bissexualidade: zona “obscura”, pouco refletida e analisada por parte de todas as pessoas entrevistadas.

Mulheres:

- Muitas referências a relações com homens, não se identificavam como bissexuais nem problematizavam essas práticas pelo aspecto da bissexualidade.
- Relações com homens problematizadas: mais arriscadas para a saúde, insatisfatórias e violentas.

Profissionais:

- Bissexualidade como prática de risco, especialmente no caso dos homens que infectam suas companheiras com DSTs contraídas em relações com outros homens
- Situação social mais confortável, porque menos identificável, mais protegida pelo “lado heterossexual” e, portanto, menos exposta a discriminações e preconceitos.

PERSPECTIVAS DOS/AS PROFISSIONAIS

Conservadores	Progressistas
Minoritário	Majoritário
Homossexualidade é errada ou pecado	Preocupam-se com injustiça
Recusa ao debate	Preocupam-se com exclusão social
Nada pode fazer e deve respeitar	Reflete sobre a questão a partir da prática
Maior parte no PSF	Minoria apenas na urgência

Ninguém defendeu que homossexualidade era doença que devia ser tratada

Eu sou pela palavra da bíblia, eu acho que é errado. Jesus deixou o homem pra mulher e a mulher pro homem. 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. Mas cada um sabe de si e faz o que acha melhor. Mas também não concordo que matem eles (Antonio, recepcionista).

REFLEXÃO SOBRE DIVERSIDADE SEXUAL

SAEs:

- Maior sensibilização para a questão.
- Reflexão articulada à prática profissional e política das equipes.

Outras unidades:

- Reflexão dissociada da prática
- Dependente mais das crenças pessoais e das oportunidades que cada profissional encontra em sua vida pessoal e social para tratar da questão.
 - Surpresa ou desconforto ao tratar do tema, reveladora do distanciamento profissional com relação ao problema.
 - Profissionais que conviviam íntima ou socialmente com pessoas de diferentes orientações sexuais, revelavam maior interesse e esforço em articular reflexões pessoais com prática profissional.

PERCEPÇÃO DAS MUDANÇAS SOCIAIS

- Ampliação do debate público - especialmente, mas não exclusivamente, na mídia
 - Existência de legislação anti-discriminação
 - Maior presença física de gays, lésbicas e bissexuais na vida social e nos círculos íntimos dos/as entrevistados/as.

Revelação pública da homossexualidade como um importante ou o principal fator impulsionador dessa mudança.

Na saúde:

- Organização da rede de serviços e da assistência
- Mobilização política em torno das questões que afetam a saúde dessa população.

Reconhecem que relações sociais ainda não são igualitárias.

SITUAÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A posição dos/as profissionais e as mudanças sociais não levaram à incorporação sistemática e estruturada dessas questões.

Nas unidades de saúde:

- o debate é informal
- acontece de acordo com a disponibilidade de cada profissional para conversar com os/as colegas
- não está integrado às atividades rotineiras da assistência.

Exceções:

- SAEs: incluem a questão da diversidade nas práticas formativas da equipe para alcançar melhor qualidade na assistência à população LGBTQTT.
- PSF: chegou-se a organizar um grupo de usuários/as para debater o tema na comunidade, mas a iniciativa não prosseguiu.

A SAÚDE DAS MULHERES: PERCEPÇÕES E EXPERIÊNCIAS

- Mulheres entendem que seu estado de saúde é bom, inclusive no que se refere à saúde sexual
- Corroboram percepção de serem menos expostas a DSTs, mas muitas já tiveram DSTs e só duas se relacionavam apenas com homens quando isso aconteceu
- A experiência das mulheres comprova que ser lésbica não é proteção, mas isso não altera nem a representação sobre a proteção nem as práticas sexuais, que continuam desprotegidas.

Maior preocupação com relação ao HIV, mas as práticas de proteção são ineficazes ou inexistentes:

- teste anti-HIV
- exames ginecológicos preventivos
- preferência por determinadas posições no ato sexual que dificultam a infecção
- relações exclusivas com mulheres
- ida ao médico com frequência
- monogamia

• 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)

• Eu acho terrível (a camisinha feminina), 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-lo na gente. Tinha que ter um grupo forte de mulheres pra atuar nessa área do mesmo jeito que se faz nas políticas públicas. Porque ou as mulheres usam luva, papel filme ou o jeito é ficar desprotegida mesmo (Marta).

A SAÚDE DAS LÉSBICAS VISTA PELOS/AS PROFISSIONAIS

Encontram dificuldades em identificar problemas de saúde de lésbicas e, por isso, apontaram três:

• vulnerabilidade geral dada pelo não reconhecimento de sua existência como grupo populacional, que resulta em sofrimento psíquico.

- desejo de engravidar ou ter filhos sem se submeter a uma relação heterossexual.

- DSTs - lésbicas estariam menos expostas às DSTs, porque nas relações entre mulheres há menos troca de fluidos corporais e as relações lésbicas são mais estáveis e monogâmicas.

Mas lésbicas não são imunes às DSTs e, por isso, se deparam com dois problemas importantes:

- ausência de meios adequados de proteção
- menor procura por serviços de saúde, dada pela heteronormatividade

A ASSISTÊNCIA À SAÚDE DAS LÉSBICAS

- Idéia de que são mais protegidas e as dificuldades de tratar da sexualidade nas consultas afastam as mulheres dos serviços de saúde.

- Boa parte dos/as profissionais acha que é importante perguntar e perguntam sobre práticas sexuais, obtendo respostas diretas das mulheres que auxiliam nas decisões sobre a conduta naquele atendimento.

- Outra parte entende que perguntar constrange e não contribui para o atendimento, expondo a privacidade das mulheres.

- 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, por que 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 mulheres, talvez a abordagem profissional, talvez ele não seja totalmente formado para tratar isso, como foi que ela pegou essa DST, quer dizer que transmite também, pega também esse grupo? Tá entendendo? São essas nuances que afloram no dia a dia. (Amélia, enfermeira)

EXPERIÊNCIA DAS MULHERES NA ASSISTÊNCIA

Todas as mulheres já haviam dito a médicos/as e enfermeiras que eram lésbicas e encontraram:

- acolhimento e compreensão
- indiferença, percebendo que a informação não foi utilizada no atendimento
 - situações de constrangimento e discriminação: agressão verbal, exames mal conduzidos que produziram dor e conclusão apressada do atendimento.
 - A orientação heteronormativa da conduta dos/as profissionais foi 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.

• 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).

• 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).

PRECONCEITO E DISCRIMINAÇÃO NO COTIDIANO DA ASSISTÊNCIA

- SAEs: equipes mais abertas ao debate, mas isso não resulta em melhor atendimento - certa rudeza e distanciamento no trato e reduzida disponibilidade para oferta de informações e orientações de forma acolhedora.
- Nessas unidades, a população LGBTTT já não provoca desconforto ou resistências e passou a ser tratada como todas as outras pessoas: de forma apressada e impessoal.
- A “diferença” foi diluída no conjunto de atitudes comuns para toda a população e isso é entendido como exemplo de realização prática da igualdade preconizada pelo SUS.
- PSF: mais profissionais conservadores, mas a relação com os/as usuários/as é mais próxima e acolhedora, com mais delicadeza e atenção.
- Policlínica e urgência/emergência: forma “tradicional” de lidar com a questão, ou seja, como se não existisse e não fizesse parte do cotidiano da assistência.

PRECONCEITO E DISCRIMINAÇÃO

- Inúmeras situações de discriminação e o preconceito dentro e fora dos serviços de saúde, nem sempre sob a forma direta das relações interpessoais.
- Não houve relatos nem foram observadas situações de violência.
- 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.
- Preconceito e discriminação mais fortes contra quem questiona padrões de gênero de forma mais aberta: mulheres mais masculinizadas e homens mais feminilizados.
- O problema estaria menos no campo da sexualidade e mais no do gênero: é mais aceitável o amor homoerótico entre pessoas que respeitam os padrões de gênero e, assim, não se revelam de forma evidente.

- Nas unidades de saúde isso se reproduz: travestis, gays “mais femininos” e lésbicas “mais masculinas” foram os personagens mais frequentes nos relatos e nas situações de discriminação observadas.

RECOMENDAÇÕES

- Investimento em pesquisa para ampliação do conhecimento sobre as necessidades de saúde e para o desenvolvimento de meios adequados e eficazes de proteção contra DSTs e HIV/Aids para lésbicas e mulheres que fazem sexo com mulheres.

- 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.

Implementação imediata de processos de formação para profissionais e gestores de saúde de modo a erradicar as situações de discriminação nos serviços de saúde

A SAÚDE DAS LÉSBICAS VISTA PELOS/AS PROFISSIONAIS

Encontram dificuldades em identificar problemas de saúde de lésbicas e, por isso, apontaram três:

- vulnerabilidade geral dada pelo não reconhecimento de sua existência como grupo populacional, que resulta em sofrimento psíquico.

- desejo de engravidar ou ter filhos sem se submeter a uma relação heterossexual.

- DSTs - lésbicas estariam menos expostas às DSTs, porque nas relações entre mulheres há menos troca de fluidos corporais e as relações lésbicas são mais estáveis e monogâmicas.

Mas lésbicas não são imunes às DSTs e, por isso, se deparam com dois problemas importantes:

- ausência de meios adequados de proteção

- menor procura por serviços de saúde, dada pela heteronormatividade

A ASSISTÊNCIA À SAÚDE DAS LÉSBICAS

- Idéia de que são mais protegidas e as dificuldades de tratar da sexualidade nas consultas afastam as mulheres dos serviços de saúde.
- Boa parte dos/as profissionais acha que é importante perguntar e perguntam sobre práticas sexuais, obtendo respostas diretas das mulheres que auxiliam nas decisões sobre a conduta naquele atendimento.
- Outra parte entende que perguntar constrange e não contribui para o atendimento, expondo a privacidade das mulheres.
- 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 ai a abordagem do preconceito e da cultura do dia a dia trava e esses problemas não vêm à tona, por que 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 mulheres, talvez a abordagem profissional, talvez ele não seja totalmente formado para tratar isso, como foi que ela pegou essa DST, quer dizer que transmite também, pega também esse grupo? Tá entendendo? São essas nuances que afloram no dia a dia. (Amélia, enfermeira)

EXPERIÊNCIA DAS MULHERES NA ASSISTÊNCIA

Todas as mulheres já haviam dito a médicos/as e enfermeiras que eram lésbicas e encontraram:

- acolhimento e compreensão
- indiferença, percebendo que a informação não foi utilizada no atendimento
- situações de constrangimento e discriminação: agressão verbal, exames mal conduzidos que produziram dor e conclusão apressada do atendimento.

- A orientação heteronormativa da conduta dos/as profissionais foi 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.

- 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).
- 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).

PRECONCEITO E DISCRIMINAÇÃO NO COTIDIANO DA ASSISTÊNCIA

- SAEs: equipes mais abertas ao debate, mas isso não resulta em melhor atendimento - certa rudeza e distanciamento no trato e reduzida disponibilidade para oferta de informações e orientações de forma acolhedora.
- Nessas unidades, a população LGBTTT já não provoca desconforto ou resistências e passou a ser tratada como todas as outras pessoas: de forma apressada e impessoal.

- A “diferença” foi diluída no conjunto de atitudes comuns para toda a população e isso é entendido como exemplo de realização prática da igualdade preconizada pelo SUS.

- PSF: mais profissionais conservadores, mas a relação com os/as usuários/as é mais próxima e acolhedora, com mais delicadeza e atenção.

- Policlínica e urgência/emergência: forma “tradicional” de lidar com a questão, ou seja, como se não existisse e não fizesse parte do cotidiano da assistência.

PRECONCEITO E DISCRIMINAÇÃO

- Inúmeras situações de discriminação e o preconceito dentro e fora dos serviços de saúde, nem sempre sob a forma direta das relações interpessoais.

- Não houve relatos nem foram observadas situações de violência.

- 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.

- Preconceito e discriminação mais fortes contra quem questiona padrões de gênero de forma mais aberta: mulheres mais masculinizadas e homens mais feminilizados.

- O problema estaria menos no campo da sexualidade e mais no do gênero: é mais aceitável o amor homoerótico entre pessoas que respeitam os padrões de gênero e, assim, não se revelam de forma evidente.

- Nas unidades de saúde isso se reproduz: travestis, gays “mais femininos” e lésbicas “mais masculinas” foram os personagens mais frequentes nos relatos e nas situações de discriminação observadas.

RECOMENDAÇÕES

- Investimento em pesquisa para ampliação do conhecimento sobre as necessidades de saúde e para o desenvolvimento de meios ade-

quados e eficazes de proteção contra DSTs e HIV/Aids para lésbicas e mulheres que fazem sexo com mulheres.

- 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.

- Implementação imediata de processos de formação para profissionais e gestores de saúde de modo a erradicar as situações de discriminação nos serviços de saúde.

- Maior aproximação dos gestores 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.

- Realização de campanhas de comunicação de massa estimulando a denúncia dos casos de discriminação e preconceito nos serviços de saúde.

- Atitude pública de condenação institucional a lesbofobia nos serviços de saúde.

- Mudança imediata na postura dos 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.

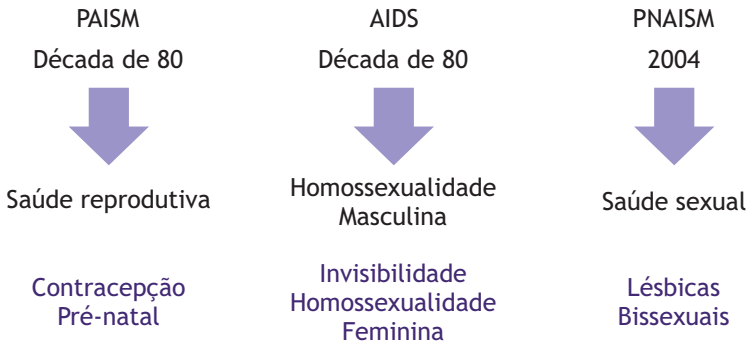
- Inclusão do quesito orientação sexual no prontuário único e formação dos profissionais de saúde para fazerem a pergunta de modo adequado, sem provocar constrangimentos.

Apresentação da Pesquisa: Políticas Públicas para a Saúde de Lésbicas no Brasil

Andrea Rufino

Ginecologista, Doutora pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Pesquisadora e Professora de Ginecologia da Universidade Estadual do Piauí (UESPI)

Sexualidade Feminina
Gênero e Saúde sexual



Feminização da AIDS 2007

Políticas Públicas para a saúde
Lésbicas e bissexuais



Orientação sexual
Identidade de gênero
Vulnerabilidade
Saúde

Programa mais Saúde - Direito de Todos / 2008



Reorientação das políticas de saúde
Equidade no SUS
Ampliar acesso e ações



Desigualdades
Determinantes sociais do adoecer
População LGBT

13ª Conferência Nacional de Saúde / 2008

Inclusão da Orientação sexual e Identidade de gênero
Determinação social da saúde



Educação em direitos humanos
Educação permanente no SUS
Prontuários, Sistema de formação em saúde
Ações de prevenção DSTs/AIDS
Protocolos de atendimento às lésbicas e travestis
Processo transsexualizador
Combate à Violência
Incentivo à pesquisa
Participação LGBT nos Conselhos de Saúde

I Conferência Nacional LGBT / 2008

Participação social e debate público
Legitimação das necessidades de saúde LGBT



Conselho Nacional de Saúde / 2009
Política de Atenção à Saúde LGBT



Programa de Atenção à Saúde LGBT / 2010

Programa Nacional de Direitos Humanos-3 / 2009

- Direitos Humanos Universais
- Igualdade no reconhecimento da diversidade

- Livres Orientação sexual e
- Identidade de gênero

- Disque Direitos Humanos
- Módulo LGBT / 2010

2ª Conferência Nacional de Políticas e Direitos Humanos de LGBT / 2011

- Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT / 2011
- Ações transversais para igualdade de direitos e combate à discriminação

Políticas de Saúde

- Integralidade
 - Equidade

 - Orientação sexual e Identidade de gênero

 - Transversalidade de ações
 - Participação social
 - Produção de conhecimento
 - Promoção
 - Atenção
 - Cuidado
-

Saúde

Homofobia
Exclusão social



Acesso aos serviços de saúde
Prevenção de Câncer
Prevenção de DSTs e AIDS
Técnicas reprodutivas

Desafios



Como transformar Planos e Programas em ações?
Como dar resolutividade às ações?

Apresentação da Pesquisa:

**Panorama da Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais:
um olhar a partir do discurso de profissionais de saúde da família**

Ana Paula L. Mello

Psicóloga, Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Professora e Pesquisadora de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco

Surgimento de uma agenda estratégica

- Movimento Feminista
- Ampliação do debate sobre Saúde e Direitos Sexuais
- Década de 1990
- Proximidade política e social com o movimento gay
- Preocupações em torno da AIDS
- Aproximação com grupos ativistas internacionais
- Preocupações com a possibilidade de transmissão do HIV e outras DST entre mulheres

O que dizem alguns estudos

- 3 a 5% das mulheres já experienciaram relação sexual com outras mulheres ao longo da vida; (BARBOSA e KOYAMA , 2006)
- Em pesquisa em São Paulo, 40% das MSM entrevistadas relataram história prévia de DST e 60% das MSM atendidas em um serviço de saúde apresentaram queixa de DST; (PINTO, 2004)
- Existem casos registrados de AIDS em mulheres que se auto-definem como lésbicas, porém não há consenso quanto a importância da transmissão da doença por via sexual entre elas; (PINTO, 2004; FACCHINI; BARBOSA, 2006 - citando estudos internacionais MARMOR et al., 1986; RICH et al., 1993; TRANCOSO et al, 1995. Recentemente caso confirmado pelo CDC)
- Há um imaginário que a relação sexual entre mulheres é considerada fator de proteção para DST e AIDS; (MEINERZ, 2005; FACCHINI, 2004)

– Há fluidez na trajetória de experiências sexuais, mesmo quando o desejo, prática ou identidade situam-se no âmbito homoerótico; (MORA, 2009; MORA e MONTEIRO, 2009)

– Há maior adesão as consultas ginecológicas e cuidados com a saúde sexual e reprodutiva por parte de mulheres que já tiveram relações com homens e/ou por aquelas que apresentam performance de gênero “mais femininas”. (FACCHINI, 2004; MEINERZ, 2005; KNAUTH, 2009)

– Serviços de saúde são apontados como um dos principais contextos de ocorrência de discriminação para a população LGBT; CARRARA; RAMOS, 2004; CARRARA et al, 2006)

O “olhar” de quem faz a Estratégia de Saúde da Família

Objetivo

- Buscar compreender, a partir do discurso de profissionais atuantes no PSF, aspectos que favorecem ou dificultam a aproximação de mulheres com práticas homoeróticas dos serviços de saúde.

Método

- Pesquisa Qualitativa
- Entrevistas
- Observação Participante
- Médicos, Enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde atuantes em ESF

Ações direcionadas ao público feminino e com enfoque no aspecto reprodutivo

[...] As mulheres a gente orienta né, fazer prevenção, o cuidado, o preventivo por conta do câncer de mama, de útero. Sempre trata a saúde da mulher, né? Na terça-feira de tarde ele [o enfermeiro] cuida da saúde da mulher que é entrega de exame preventivo ou alguma queixa que a mulher tem ou o homem, aí a gente passa pra ele. Na quarta-feira

de manhã, faz planejamento familiar que é orientação sobre o medicamento e passa medicamento para as mulheres evitarem a gravidez. (Rita, ACS, 36a)

Maternidade como “porta de entrada” no serviço e forte representação de que toda mulher é em princípio heterossexual, destinada a reprodução e a maternidade

Eu não digo que todo mundo que vem [ao posto] são mães, mas a maioria que vem, são mães, elas... Elas não, vou falar por mim também. A gente não existe. A gente quando é mãe para de existir e começa a servir. Para de existir pra gente e começa a servir a uma criança e a um homem. (Iracema, enfermeira, 39a)

A gente faz o pré-natal, retoma essa mulher através do atendimento da criança, do seu filho, e ela continua indo na Unidade e a gente continua trabalhando as necessidades dela, quer no planejamento familiar, quer nas necessidades individuais de doença. (Carlos, enfermeiro, 46a)

O pressuposto da heterossexualidade das usuárias contribui para a menor visibilidade das “outras mulheres”

[AP: O Sr. Atende mulheres homossexuais aqui no consultório?] Raríssimo aqui. Já, já vi casos aqui. Olhe, elas não trazem os problemas, quando vem é por uma razão outra. [...] Agora, homens homossexuais nós temos aqui um número muito grande, acima, posso dizer, da média, do peso que tem fora. [...] As femininas são pouquíssimas ou raras. [...] Como eu lhe falei antes, o número aqui é tão pequeno que eu não me recordo a ultima vez que tenha havido queixa. Eu posso até ter identificado, obviamente. Posso não, eu identifiquei menor número do que existe, agora aqui é muito baixo. A incidência¹ é muito baixa. (Joca, médico, 68a)

A percepção das “outras mulheres” ocorre a partir da identificação de características atribuídas ao gênero oposto

[AP: Como é que você identifica?] Pela maneira de se portar. Os homens dão mais demonstração, porque eles gostam muito de imitar gestos femininos. A mulher não. A mulher, ela é mais contida. Já é mais séria, mais fechada, mas aí eu percebo pela maneira dela se vestir, a maneira dela se sentar. Porque é sempre aquela maneira masculinizada. Eu não acho difícil de identificar não. Agora tem umas que enganam. (Lígia, ACS, 41a)

A atenção dispensada às “outras mulheres” minimiza suas demandas e prevalece a noção de invulnerabilidade com relação a transmissão de doenças por via sexual

As mulheres lésbicas, eu acho que elas têm mais dificuldade de pegar doenças do que as mulheres comuns. Porque as mulheres ‘mulheres’, elas trocam de parceiros. Muitas não gostam de usar camisinha. Então uma doença numa mulher ‘mulher’ seria muito mais profunda do que nas lésbicas. Porque as lésbicas elas teriam todo o cuidado que eu teria. Sendo que o fato de não haver penetração, dificulta a possibilidade dela pegar uma doença. (Lígia, ACS, 41a)

Dificuldade de abordagem às “outras mulheres” pelos profissionais

Eu acho importante, mas não sei como seria a abordagem, entende? Até porque assim é uma coisa muito íntima né? E aí eu num sei como o profissional faria a pergunta. [AP: Tu acha que seria difícil pra o paciente ou...] Pra os dois, pra os dois. Principalmente pra o profissional abordar. Eu acho que o profissional é mais sei lá... preconceituoso mesmo. (Terezinha, médica, 39a)

porque é difícil assim pra um profissional... de repente me chega duas mulheres aqui... como falar? Eu... se tiver no protocolo... porque tem, menarca, quando foi sua primeira menarca, sua primeira relação

sexual, mas não tem... entendeu. Não tem a pergunta né, se é hetero ou homossexual não tem. Era importante que tivesse pra que a gente tivesse um olhar diferenciado na abordagem sexual sim né. Mas não em aí passa batido essa informação. (Terezinha, médica, 39a)

Desconhecimento e pouca segurança para orientar quanto as práticas de prevenção

É o uso do preservativo né? Masculino, eu já ouvi falar. De utilizar ele de forma pra o sexo oral, de alguma forma improvisar. Eu já ouvi falar também com aquele plasticosinho filme agora eu nunca fiz um treinamento assim sobre isso. O treinamento que eu fiz foi sobre camisinha feminina né. Eu acredito que num vai ter esse tipo de... não vai ser necessário a camisinha feminina. [...] num sei se foi em alguma aula que eu ouvi essa história do plástico filme. Eu não sei se é verdade se realmente pode ser utilizado, se não transpassa. (Emília, enfermeira, 30a)

Eu ouvi dizer que tem vários tipos de preservativo. Feito uma luva na mão, já ouvi falar de preservativo e língua. Já ouvi falar, assim. Mas a gente nunca aborda esse assunto não, “tem preservativo disso, tem preservativo daquilo”. [...] É por isso que eu não falo. Tem que saber uma coisa certa pra poder passar segurança. (Laura, ACS, 41a)

Alguns apontamentos

– A organização do serviço e os discursos dos profissionais são ainda permeados por determinadas concepções de gênero, conjugalidade e orientação sexual que colocam as mulheres a princípio como heterossexuais, com características femininas que englobam a reprodução e a maternidade;

– A homossexualidade, em especial a feminina, é um tema silenciado nos serviços de saúde, podendo ocasionar a dificuldade de acesso e o impedimento da garantia do direito à saúde para mulheres que fogem à norma da feminilidade e heterossexualidade;

– Algo que parece simples...

<http://www.youtube.com/watch?v=ds0fOpSzqPc>

– Desafio urgente para gestores e técnicos - aproximação com essas questões e o rompimento de barreiras pautadas pelo preconceito.

– Um olhar sensível a não fixidez das práticas sexuais vêm se mostrando de grande importância para as ações de prevenção e para o maior envolvimento das usuárias nos cuidados com a saúde.

Quais as lacunas do conhecimento e demandas existentes?

– Demandas

- Romper com a barreira da heterossexualidade compulsória;
- Garantir a escuta, o respeito e o acolhimento de todas as usuárias na rede SUS e setor privado;
 - Inclusão do quesito orientação sexual com uso adequado pelos profissionais de saúde;
 - Garantir a integralidade da atenção;
 - Tornar visível com respeito às identidades, aos critérios étnicos, geracionais, culturais, geográficos...

**Apresentação:
Homossexualidade feminina e saúde:
ainda uma questão invisível?**

Regina Barbosa

Médica, Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Pesquisadora Núcleo de Estudos de População da Universidade Estadual de Campinas e do CRT DST/AIDS

Objetivo

- refletir sobre como a invisibilidade da sexualidade feminina – em especial a não-heterossexual – e o preconceito em relação à homossexualidade se desdobram em questões de saúde pública.

Há especificidades de saúde relacionadas à homossexualidade feminina?

1) revisão do NIH- (conhecimento pouco e insuficiente).

- Ca de mama e de colo;
- Saúde mental e violência

2) estudos brasileiros

- problemas de acesso a serviço

Demandas e propostas

- Visibilidade
- Enfrentar preconceito
- Produção de conhecimento
- problematização sobre sexualidade para profissionais de modo/espacos específicos

Apresentação:
Atenção Integral a Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais

Wilza Vilella

Psiquiatra, Livre Docente em Ciências Sociais em Saúde pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), pesquisadora e professora do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Unifesp

Mulheres lésbicas e bissexuais: determinantes de vulnerabilidade na assistência à saúde

- Contextos de vulnerabilidade
- Violência de Gênero
- Lesbofobia
- Racismo
- Impactos na saúde mental e emocional

Contextos de vulnerabilidade

Articulação gênero, classe, raça e orientação sexual

- Violência de Gênero
- Racismo
- Homofobia é igual e lesbofobia?
- Qual o lugar dos corpos?

Visibilidade x vitimização

- Já existe representação na sociedade? (deixa de ser “subalterna” ou “abjeta”);
- Como se articulam os diferentes estigmas?
- Pertencer a uma categoria estigmatizada reduz a ação de estigmatizar?

Saúde Mental e Emocional

O corpo e a expressão da dor psíquica

- Uso de Substâncias;
- Desordens do sono;
- Desordens do humor
- Desordens alimentares
- Desordens na sexualidade

Os enfrentamentos

- Ampliação e fortalecimento das redes sociais;
- Identidades x sexualidade
- Parametros identificatórios próprios (seriam os homens gays as melhores referências? Ou as mulheres hetero?)

Apresentação:

**Diretrizes para Assistência à Saúde de Lésbicas, Mulheres
Bisexuais e que fazem sexo com outras mulheres**

Circe Pithan
Área Técnica de Saúde da Mulher
da Secretaria de Saúde de Porto Alegre

A CONSTRUÇÃO 2010/2011

- Secretaria de Direitos Humanos
- Reuniões Regulares
- Revisão da Bibliografia
- Finalização da Diretriz
- Publicação no site da PMPA e impresso
- Capacitação dos serviços de saúde

COLABORADORES

- Luciane Rampanelli Franco
Coord. Área Técnica da saúde da Mulher
- Dinora Hoeper
Médica Ginecologista
- LBL
Liga Brasileira de Lésbicas
- NUPACS
Núcleo de Pesquisa em Antropologia do Corpo e da Saúde da UFRGS
- Cristina Maria Almeida Santos
Membro da ATSM
- Manoela Chaves Barcellos
Secretaria de Gestão e Acompanhamento Estratégico
- Maria do Carmo de Souza
Secretaria da Educação
- Ruth Alves de Àvila
SMS
- Silvia Cristina B. Winiawer
SMS

MAGNITUDE

DEFINIÇÃO DO TERMO “LÉSBICAS”

O termo define uma orientação sexual de mulheres que se relacionam sexual e afetivamente com outras mulheres.

DIFICULDADES

- Falta de pesquisas relacionadas ao tema
- Discriminação relacionada a declaração da orientação sexual
- Falta de estatísticas (5 á 10% da pop feminina (diretrizes internac.-Davis 2000)
- Procuram menos os serviços públicos de saúde : discriminação e constrangimento

TRANSCENDÊNCIA

- O direito a livre orientação sexual e identidade de gênero é um direito.

O enfrentamento da homofobia, lesbofobia e heteronormatividade é uma estratégia que garante o acesso ao atendimento de saúde com qualidade. ou seja, se a identidade sexual da pessoa for conhecida as orientações serão eficazes. Profissionalismo e confiança.

VULNERABILIDADE

- HIV /Aids / Sífilis
- Diabetes
- Doenças cardiovasculares
- Alguns tumores (cólon, pulmão, ovário, endométrio, mama)
- O atendimento ginecológico deve ser focado na declaração das práticas sexuais e não na orientação sexual
- Compartilhamento de dildos e vibradores na menstruação sem prote-

ção

- Mudança de parceiros homo e heterossexuais (gravidez, HPV,...)
- Sofrimento psíquico (preconceito e rejeição)

OBJETIVO DA DIRETRIZ

- Sensibilizar os profissionais de saúde para a diversidade sexual
- Capacitar as equipes para abordagem das práticas sexuais
- Respeito ao uso do nome social
- Atendimento integral á saúde física e mental
- Humanização da assistência ás mulheres lésbicas e bissexuais baseadas nas diretrizes da humanização do SUS e do Programa Brasil sem Homofobia

TEMAS ABORDADOS

- População alvo
- Abordagem clínica:
- Rastreamento (ca colo útero; ca mama; ca ovário;ca endométrio)
- Doenças sexualmente transmissíveis (dst)
- Gravidez indesejada
- Maternidade e parentalidade
- Violência

PORTANTO

- O atendimento ás mulheres lésbicas, bissexuais e que fazem sexo com outras mulheres deve ser o mesmo que para mulheres em geral
- O importante é a abordagem focada nas práticas sexuais

DIRETRIZES

http://www2.portoalegre.rs.gov.br/portal_pmpa_novo

Secretarias

Saúde

Políticas de Saúde

Saúde da Mulher

Apresentação da Pesquisa: Prevenção às DST/AIDS para mulheres que fazem sexo com mulheres – experiências desafios e oportunidades

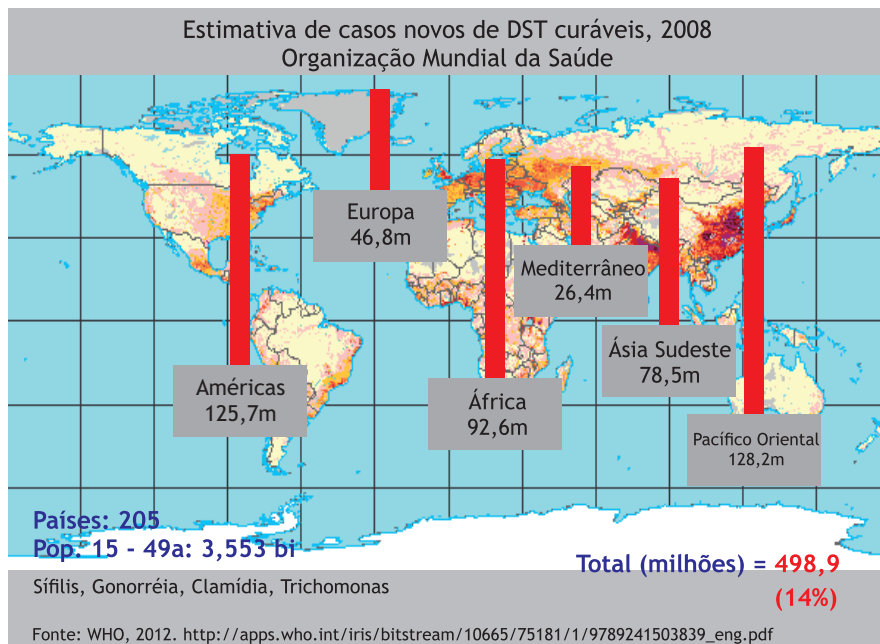
Valdir Pinto

Médico, interlocutor de DST do PE-DST/Aids
e PM-DST/Aids de São Paulo

Prevenção às DST/AIDS para mulheres que fazem sexo com mulheres – experiências desafios e oportunidades

INTRODUÇÃO

- Aids e MSM
 - Aids: razão homem / mulher, categoria de exposição
 - forma de transmissão
 - transmissão presumida
 - prevalência desconhecida entre MSM



- Crença na não vulnerabilidade enquanto grupo
- Comportamento de risco
- Prevalência das DST
- Vida reprodutiva e doenças
 - contracepção, prevenção
 - álcool, drogas, sexo não seguro
- Prevalência elevada de algumas DST, como VB / HPV
- Prevenção de câncer ginecológico
 - HPV
 - CO anormais
 - ausência de risco (profiss. e MSM)
- Pouca procura pelos serviços de saúde
 - discriminação
 - diversidade sexual
 - falha escolas médicas
 - rara investigação comporta/o
 - falha informação por profissional
- Tema pouco abordado na literatura

Aspectos epidemiológicos das DST e HIV em mulheres que fazem sexo com mulheres

OBJETIVOS

- Conhecer as características epidemiológicas das DST em MSM
- Estimar a prevalência isolada das DST: HIV, sífilis, HPV, hepatite B e C, NG, CT, TV, VB
- Determinar a associação da infecção pelo HIV com as demais DST
- Identificar fatores comportamentais associados à presença de DST / HIV nesta população

MATERIAL E MÉTODOS

- Estudo transversal :
 - características demográficas e sociais
 - sexualidade e vida reprodutiva
 - prevalência de DST

- População do Estudo :
 - MSM, recrutadas por demanda estimulada
 - Metodologia da “snow ball”

RESULTADOS

Características sócio-demográficas

- 40% entre 30 e 39 anos de idade
- 64,1% eram brancas
- 85,5% tinham emprego
- renda média - 5,5 salários mínimos
- 31% com curso superior completo

Características relacionadas à vida sexual e reprodutiva

- 56,7% debut sexual entre 13 e 17 anos
- 67,6% debut homossexual com 18 anos e mais
- 79,3% referiram parceira fixa
- >1 parceria sexual no último mês - 17,9%
- >1 parceria sexual no último ano - 62%
- 31% engravidaram (45 mulheres com 94 gestações)
- dos 47 abortos informados, 31 (66%) foram provocados

História de DST prévia

- referiram DST prévia - 38,6%
 - uma DST - 62,5%
 - duas DST - 26,9%
 - três DST - 5,3%
 - DST mais referidas:

- cândida	(44,6%)	- trichomonas	(17,8%)
- HPV	(25,0%)	- vaginose	(8,9%)
- herpes	(21,4%)	- HIV	(7,1%)

Tratamento: particular/convenio (62,5%); UBS (18%)

Sexo seguro

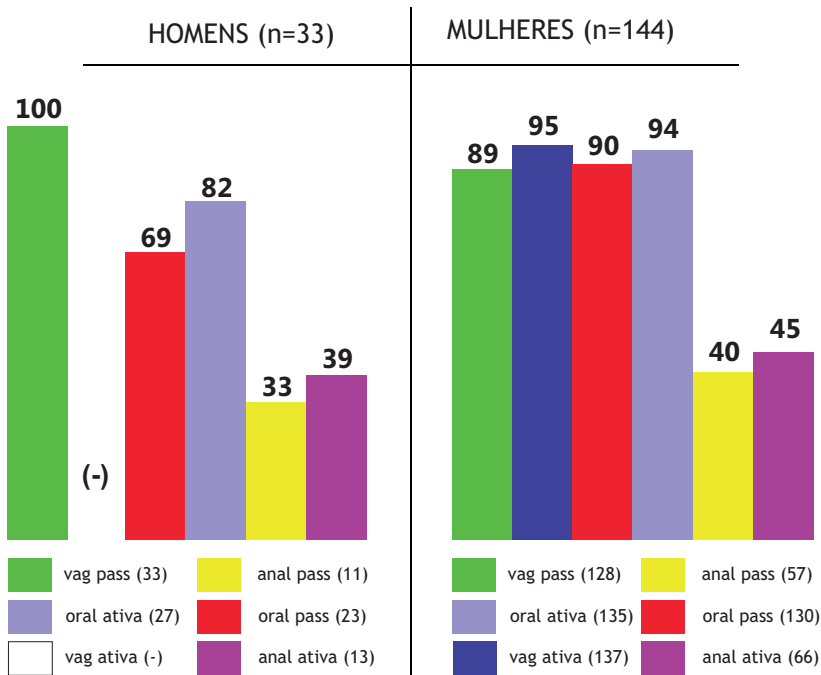
- 33,6% mantiveram relações heterossexuais últimos 3 anos
- 22,8% mantiveram relações heterossexuais último ano
- Orientação sexual da parceria:

	Masculina	Feminina
heterossexual	90,6%	5,6%
bissexual	22,6%	37,8%
homossexual	9,4%	83,2%
desconhecida	7,5%	-

- Uso de preservativo em todas as relações com homens - 45,5%
- Uso de preservativo em todas as relações com mulheres - 2,1%
- Motivo:
 - não viu necessidade (42,4%)
 - confiança na parceira (17,3%)
 - desconhecimento (16,5%)

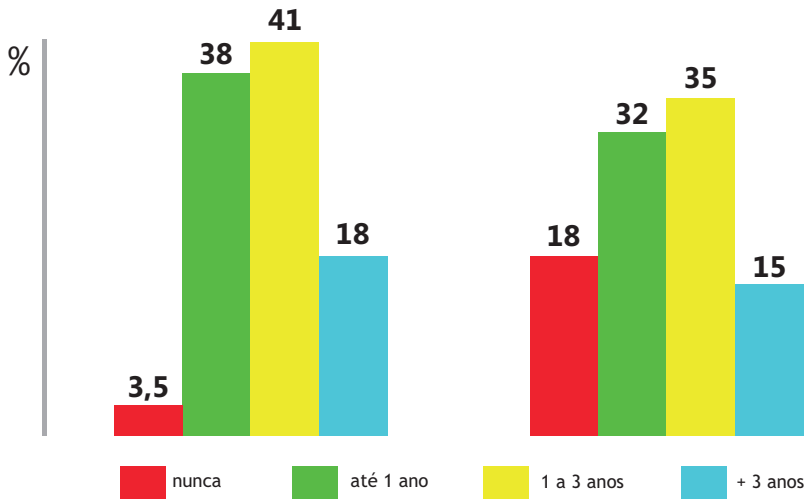
N (%) de mulheres, segundo práticas sexuais

	N	%
Troca sexo por dinheiro/bens	11	7,5
Faz sexo com parc. menstruada	64	44,1
Usam acessórios sexuais	48	33,1
Individual	26	54,2
Compartilhado	22	45,8
Troca preservativos	12	54,5
(uso compartilhado)		
Fez sexo a três	65	44,8
Fez sexo com parceria HIV(+)	18	12,4
com homens	8	44,5
com mulheres	9	50,0
com ambos	1	5,5



CUIDADOS COM A SAÚDE

Consulta ginecologista anualmente | sim - 46,9% (referido/observado)
 não - 53,1%



Realizaram teste anti HIV - 62,8%

Dados sobre preconceito

Médico atual

- **Contou ser MSM:**
 - sim 49,0%
- **Reação do profissional :**
 - natural 43,7%
 - surpreso 5,6%
 - s/ atenção ao fato 29,6%
 - reagiu negativa/ 21,1%
- **Porque não contou:**
 - inibição sua 8,7%
 - desconforto profis. 91,3%

Médico anterior

- **Contou ser MSM:**
 - sim 39,3%
- **Reação do profissional :**
 - natural 21,1%
 - surpreso 17,5%
 - s/ atenção ao fato 19,3%
 - reagiu negativa/ 42,1%
- **Porque não contou:**
 - inibição sua 9,5%
 - desconforto profis. 90,5%

28,2% - profissionais atenderam rapidamente

16,6% - profissionais deixaram de examinar

N (%) de mulheres, segundo violência sexual

Variáveis/Categorias	N	%
SOFREU VIOLÊNCIA SEXUAL (n=145)		
Sim	63	43,4
Não	82	56,6
IDADE NA VIOLÊNCIA (em anos) (n=63)		
<10	27	42,9
10 – 19	28	44,4
20 – 29	7	11,1
>30	1	1,6
SEXO DO VIOLENTADOR(A) (n=63)		
Masculino	48	76,2
Feminino	1	1,6
Ambos os sexos	1	1,6
Sem informação	13	20,6

Consumo de drogas

Sim - 74,2%

	N	%
Cigarro	68	60,7
Álcool	90	80,4
Maconha	45	40,2
Cocaína	18	16,1
Ácido	5	4,5
Anfetamina	2	1,8
Ecstasy	5	4,5

Necessidades referidas

- Serviço sensível às MSM - 97,9%
- Mais importante no profissional - 82,7% não ter preconceitos

N (%) de mulheres, segundo frequência de DST

	N	%
Fungos(121)	31	25,6
Vaginose bacteriana(142)	48	33,8
Trichomonas(142)	5	3,5
Clamídia(134)	2	1,5
Papanicolau anormais(142)	11	7,7
HIV(136)	4	2,9
Hepatite B(143)	10	7,0
Hepatite C(143)	3	2,1
Sífilis(143)	1	0,7
Gonorréia(142)	-	-

Distribuição das mulheres com alguma DST e alguns fatores de risco

- Não houve associação significativa:
 - DST prévia
 - Queixa atual
 - Sexo com homens durante a vida
 - Início sexual precoce
 - Escolaridade
 - Renda
- Houve associação entre consultar GO anualmente e não apresentar DST
 - OR=0,46 (IC 95% 0,22 - 0,95) ($p < 0,05$).
- Relações sexuais com o sexo oposto mostrou risco aumentado para apresentar infecções por:
 - hepatite B
 - hepatite C
 - HPV
 - CO anormais
- Início sexual precoce esteve associado à hepatite C

- escolaridade, renda e início sexual precoce não apresentaram associação significativa tanto para HPV quanto para CO anormais

Distribuição das mulheres HIV(+) e alguns fatores associados

- Associação entre baixa escolaridade e ser HIV (+)
 - OR=17,26 (IC 95% 1,47-225,52) ($p<0,05$).
- Risco mais elevado para adquirir HIV:
 - início sexual precoce
 - relações sexuais com homens
 - múltiplas parcerias sexuais
 - DST prévia

Distribuição das mulheres HIV(+), segundo resultado de DST

- Todas as mulheres com diagnóstico de TV, sífilis e CT foram soronegativo para o HIV
- A análise univariada mostrou associação significativa entre infecção pelo HPV e ser soropositivo para o HIV, OR=63,00 (IC95% 4,59 - 1862,07) ($p<0,05$);
ter CO anormal e ser HIV positivo OR=129,00 (IC 95% 7,78 - 4630,93) ($p<0,005$)

Conclusões

- Profissionais de saúde NÃO devem assumir que MSM têm automaticamente baixo risco para adquirir DST e que estas mulheres jamais fazem sexo com homens
- Raramente existe o uso de preservativos ou outro método de barreira de proteção para o sexo entre mulheres. Há necessidade de estratégias de educação para essas práticas
- Necessidade de maiores informações para os profissionais de saúde e clientes sobre a importância da prevenção do CA de colo entre MSM
- Rotinas ginecológicas não devem diferir das preconizadas para mulheres heterossexuais
- Profissionais de saúde devem rever como conduzem suas consultas, como dirigem a interlocução sobre a vida sexual das clientes e deixar espaço no diálogo para que as mesmas se sintam à vontade para assumirem sua orientação sexual, confortavelmente, levando a uma melhor relação médico-paciente

Programação

23/04/2014

Apresentação da Oficina (participantes, objetivos, metodologia e programação)

18h às 18h45: coordenação: Ministério da Saúde (Departamento de DST, AIDS e HV) e Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (SAIAT/Coordenação da Diversidade)

Painel inaugural

Contexto: Políticas e ações voltadas à saúde de lésbicas no Brasil

19h às 19h25: Ana Paula Portela

Pesquisadora do Núcleo de Estudos da Criminalidade e Violência da Universidade Federal de Pernambuco

19h25 às 19h50: Andréa Rufino –Docente da Universidade Estadual do Piauí e do Núcleo de Pesquisa e Extensão em Saúde da Mulher (Nupesm)

19h50 às 20h30 – Roda de Diálogo

24/04/2014

8h30 às 10h: Abertura

Secretaria de Políticas para as Mulheres - Ministra Eleonora Menicucci
Ministério da Saúde –Departamento DST, AIDS e Hepatites Virais, Diretor Fábio Mesquita

I - Panorama da saúde das mulheres lésbicas e bissexuais Mulheres lésbicas e bissexuais no país: apresentação de dados existentes e indicadores da saúde.

Coordenação: SPM

10h às 10h25: Expositora: Regina Barbosa
Pesquisadora do Núcleo de Estudos de População Elza Berquó / Universidade Estadual de Campinas

10h25 às 10h50: Expositora: Ana Paula de Melo Lopes – Pesquisadora do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães / Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz-PE

10h50 às 11h05: Debatedora: Carmen Lucia Luiz - Comitê Técnico de Saúde de LGBT/Ministério da Saúde

11h05 às 12h30: Roda de Diálogo
Tema para debate: Quais as lacunas do conhecimento e demandas existentes?

12h30 às 14h: almoço

II – Mulheres lésbicas e bissexuais – Determinantes de vulnerabilidades na assistência à saúde

Contextos de vulnerabilidades: situação das mulheres lésbicas e bissexuais em relação à saúde

Violência de gênero, lesbofobia e racismo: impactos na saúde mental e emocional.

Coordenação: DAGEP/SGEP/MS

14h às 14h25: Expositora: Wilza Vilela – Docente do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de São Paulo – Unifesp

14h25 às 14h40 - Expositora: Aline Soares - Coordenadora da Equipe do Consultório na Rua (ECR) / Secretaria Municipal de Saúde de Lauro de Freitas- Departamento de Atenção Básica (DAB)

14h50 às 15h05: Debatedora: Verônica Lourenço – representante do segmento LGBT no Conselho Nacional de Saúde

15h05 às 15h30: Roda de Diálogo

15h30 às 16h: Intervalo

III – Focalizar especificidades para garantir a integralidade na atenção à Saúde de Mulheres

Lésbicas e Bissexuais

Saúde Sexual e Reprodutiva na perspectiva dos Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos

Coordenação: CGSM/SAS/MS

16h às 16h25: Expositora: Gilberta Soares – Secretária Estadual de Políticas para Mulheres e

Diversidade Humana da Paraíba

16h25 às 16h50: Expositora: Circe Ottonelli Pithan – Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre

A experiência na construção de diretrizes de atenção à saúde de Lésbicas e Bissexuais em Porto Alegre.

16h50 às 17h10: Debatedora: Olga Sampaio – Coordenadora Estadual da Saúde da Mulher da SES-BA

17h10 às 18h: Roda de Diálogo

Tema para debate: Lesbianidade e bissexualidade feminina: há especificidades na atenção à saúde?

25/04/2014

IV – Focalizar especificidades para garantir a integralidade na atenção à Saúde de Mulheres

Lésbicas e Bissexuais

Prevenção às DST/AIDS para mulheres que fazem sexo com mulheres – experiências, desafios e oportunidades.

Coordenação – Departamento de DST, AIDS e HV/MS

8h30 às 8h55: Expositor: Valdir Pinto – Coordenação de DST do Centro de Referência e Treinamento – (CRT DST/AIDS – SP)

8h55 às 9h10: Expositora: Andréa Rufino
Docente da Universidade Estadual do Piauí e do Núcleo de Pesquisa e
Extensão em Saúde da Mulher (Nupesm)

9h10 às 10h: Roda de Diálogo

10h às 10h15: Intervalo

V - Elementos necessários em uma proposta de diretriz de atenção à saúde de de lésbicas e bissexuais, dirigida aos profissionais de saúde.

10h15 às 10h40: Expositora: Suely Oliveira
Consultora DAGEP/SGEP/MS

10h40 às 12h30: Início dos Grupos de Trabalho

12h30 às 14h: Almoço

14h às 15h: Continuação dos trabalhos em grupo

15h às 16h30: Apresentação dos trabalhos em grupo, debate e encaminhamentos

16h30: Encerramento

Coordenação: Ministério da Saúde e Secretaria de Políticas para as Mulheres



Ministério da
Saúde

Secretaria de
Políticas para as Mulheres

