

**Heloisa Marques de Andrade**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**Heloisa Marques de Andrade**

**CONSULTA GINECOLÓGICA: vivências de mulheres cis lésbicas**

**Florianópolis**

**2021**

## **CONSULTA GINECOLÓGICA: vivências de mulheres cis lésbicas**

Trabalho referente à disciplina: Trabalho de conclusão de curso II (INT5182) do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do Grau de Enfermeiro.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Olga Regina Zigelli Garcia

Coorientador: Ale Mújica Rodríguez

**Florianópolis**

**2021**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

de Andrade, Heloisa  
CONSULTA GINECOLÓGICA : vivências de mulheres cis  
lésbicas / Heloisa de Andrade ; orientador, Olga Regina  
Zigelli Garcia, coorientador, Ale Mújica Rodríguez, 2021.  
76 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -  
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências  
da Saúde, Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2021.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Lésbica. 3. Ginecologia. 4. Normas  
de gênero. 5. Saúde da Mulher. I. Regina Zigelli Garcia,  
Olga . II. Mújica Rodríguez, Ale . III. Universidade  
Federal de Santa Catarina. Graduação em Enfermagem. IV.  
Título.

## CONSULTA GINECOLÓGICA: vivências de mulheres cis lésbicas

Este Trabalho Conclusão de Curso foi julgado adequado como requisito parcial para obtenção do Título de “Enfermeira” e aprovado e sua forma final pelo Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 7 de maio de 2021



Documento assinado digitalmente  
Felipa Rafaela Amadigi  
Data: 18/05/2021 10:17:00-0300  
CPF: 030.665.189-06  
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem

### Banca Examinadora:



Documento assinado digitalmente  
Olga Regina Zigelli Garcia  
Data: 17/05/2021 22:17:35-0300  
CPF: 460.743.339-04  
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Olga Regina Zigelli Garcia  
Orientadora e Presidente



Documento assinado digitalmente  
Ana Maria Mujica Rodriguez  
Data: 18/05/2021 13:22:44-0300  
CPF: 012.413.749-02  
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Dr. Ale Mujica Rodrigues  
Co-orientador



Documento assinado digitalmente  
Lais Antunes Wilhelm  
Data: 18/05/2021 12:14:31-0300  
CPF: 017.201.660-64  
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Lais Antunes Wilhelm  
Membro Efetivo

Dr<sup>a</sup> Carla Simara Luciana da Silva Salasário Ayres  
Membro Efetivo

### **Dedicatória**

Dedico o presente estudo às lésbicas, em especial: à minha amiga Kenny, pelo gatilho para o presente estudo, que me permitiu conhecimentos que influenciarão minha vida profissional e pessoal; Kemely, pela amizade, pelas trocas e por sempre resistir com arte e criatividade e Cíntia, minha prima, primeira melhor amiga e sangue do meu sangue, a qual acompanhei de perto muitas das lutas.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus pela saúde, sempre valorizei e achei importante, mas esse ano certamente teve um valor especial.

Ao meu irmão, Carlos André Marques de Andrade, que me inspira diariamente e faz eu buscar o meu melhor. Você é o melhor irmão (e amigo) que alguém poderia ter. Especialmente por essa quarentena, obrigada por todos os sábios conselhos, pelas palavras e pelo humor.

À minha mãe, Josilene Marques de Andrade, que sempre me mostrou a importância do estudo e da dedicação sem jamais perder a leveza e o bom humor. É exemplo de força e sensibilidade e me ensina desse jeito. Sempre dançando e cantando, ilumina meus dias e me traz conforto.

Ao meu pai, Agenor Domingos de Andrade, que sempre me ensina com amor. Sempre me estimulou a criar, escrever, pensar e ser crítica. Se educação vem de casa, começou com você.

Ao meu núcleo familiar: meu bem mais precioso, obrigada pelo suporte e pelas oportunidades.

Às mulheres da minha família, inspiração de força e carinho.

Aos amigos e amigas, da vida e da faculdade. Pelas risadas, pelas lágrimas, por toda a troca. O caminho com vocês é mais leve.

À Universidade Federal de Santa Catarina, pelo ensino gratuito e de qualidade, que proporciona aos seus alunos todo o suporte para crescimento, não só acadêmico, mas também como cidadão. Tenho orgulho de ser UFSC.

À Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Olga Regina Zigelli Garcia, pela orientação prestada, pelo conhecimento compartilhado, e por desde a primeira oportunidade na graduação ensinar um olhar que foge às regras óbvias e questiona do senso comum às normativas. Foi um privilégio ser sua aluna e sua orientanda!

Também agradeço ao meu co-orientador Dr. Ale Mujica Rodrigues pela contribuição ao presente estudo e principalmente pelos novos horizontes apresentados. O que aprendi com você terá reflexos não só no âmbito profissional como também no pessoal.

Aos membros da Banca Examinadora, a Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Laís Antunes Wilhelm e a Dr<sup>ª</sup>. Carla Simara Luciana da Silva Salasário Ayres, pela colaboração neste momento da minha formação acadêmica.

Ao Laboratório Interdisciplinar de ensino, pesquisa e extensão em sexualidades – AFRODITE por ampliar as perspectivas acerca da sexualidade, um grupo que tem sua riqueza na diversidade, ao proporcionar pontos de vista que fogem ao óbvio.

Ao Prof. Dr. Lino Gabriel dos Santos, que na maior didática e paciência me pegou pela mãozinha e com alguns exercícios me auxiliou no processo de redação.

Às participantes dessa pesquisa, que disponibilizaram um tempo para responder ao questionário. Espero poder implicar positivamente, direta ou indiretamente, na saúde de vocês.

## RESUMO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de cunho exploratório que teve por objetivo conhecer a vivência de mulheres cis lésbicas, durante a consulta em ginecologia. A coleta de dados foi realizada no período de setembro a dezembro de 2020 com 47 mulheres cis que se declararam lésbicas, captadas através da técnica bola de neve, onde as sementes iniciais foram do meio acadêmico e responderam via *google forms*® a um questionário semi-estruturado sobre sua vivência durante a consulta em ginecologia. O estudo por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos foi submetida e aprovada pelo comitê de ética da UFSC. Do tratamento do corpus do material de pesquisa foram criadas duas categorias: Vivências durante consulta ginecológica, que gerou as seguintes unidades de análise: Conduta das mulheres durante consulta ginecológica, conduta da/o profissional durante a consulta ginecológica e violências sofridas durante a consulta ginecológica. A segunda categoria: Percepção sobre consulta ginecológica deu origem as unidades da análise: potencialidades e fragilidades da consulta ginecológica e a consulta ginecológica ideal. Os resultados apontam que as participantes tem preferência por atendimento com profissionais mulheres e as práticas cisheteronormativas influenciam na formação profissional e atendimento das mulheres lésbicas, onde apesar de avanços, a falta de orientação, a discriminação e a violência ainda comprometem a qualidade do atendimento à essas mulheres.

**Palavras chave:** Lésbica. Ginecologia. Normas de gênero. Saúde da Mulher.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas

AIDS – Síndrome da imunodeficiência adquirida

HPV – Papilomavírus Humano

HU – Hospital Universitário

IST – Infecção sexualmente transmissível

LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e travestis

ONGs – Organizações Não Governamentais

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher

PNSILGBT – Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis

SUS – Sistema Único de Saúde

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

UnB – Universidade de Brasília

Unesp – Universidade Estadual Paulista

UOL – Universo Online

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>13</b>
2.1 OBJETIVO GERAL.....	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
<b>3 MARCO CONCEITUAL.....</b>	<b>14</b>
3.1 SEXO, GÊNERO E IDENTIDADES.....	14
3.1.1 Sexo e Gênero.....	14
3.1.3 Heterossexualidade compulsória.....	16
3.1.4 Cisheteronormatividade.....	18
3.2 LESBIANIDADE.....	21
3.2.1 Lesbianidade.....	21
3.2.2 Saúde da mulher lésbica.....	24
3.2.3 Da invisibilidade à violência.....	26
<b>4 MÉTODO.....</b>	<b>29</b>
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	29
4.2 CENÁRIO DE ESTUDO.....	29
4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	29
4.4 COLETA DE DADOS.....	30
4.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	30
4.6 CUIDADOS ÉTICOS.....	31
<b>5 RESULTADOS.....</b>	<b>33</b>
5.1 VIVÊNCIA DE MULHERES CIS LÉSBICAS DURANTE A CONSULTA EM GINECOLOGIA.....	33
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>62</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>64</b>
<b>APÊNDICE A – Entrevista com mulheres lésbicas.....</b>	<b>71</b>
<b>APÊNDICE B – Termo de Compromisso Livre Esclarecido.....</b>	<b>74</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A lesbianidade e as orientações sexuais não-heterossexuais em geral constituem-se em uma temática atravessada por inúmeros preconceitos e discriminações. No imaginário social, a ideia hegemônica é de que a sexualidade deve ser heterossexual, sendo esta considerada como natural e verdadeira. Nesta lógica, profissionais de saúde costumam pressupor a heterossexualidade de suas usuárias, o que leva a ideia de que a existência lesbiana seja impossível até que alguém prove o contrário.

Neste contexto mulheres cis<sup>1</sup> lésbicas, muitas vezes, passam despercebidas nos serviços de saúde uma vez que a identificação da orientação sexual lésbica nestes serviços não ocorre através de abordagem direta às mulheres nas consultas e sim por estereótipos que levam profissionais à identificação de características atribuídas à masculinidade cis-hetera, por exemplo, “cabelo curto, jeito masculino de andar, tipo de roupa”. As mulheres cis lésbicas que não correspondem a esse estereótipo ou imaginário, não são percebidas como lésbicas e, sendo invisibilizadas, suas demandas específicas não são identificadas. Acrescente-se que quando identificadas como lésbicas, seja por autodeclaração ou por estereótipos, profissionais de saúde costumam imaginar que não estão sujeitas a transmissão de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e Síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids) e não é preciso realizar orientações específicas como o uso de métodos de barreira ou outras. Essa crença na proteção às ISTs/Aids parece estar ancorada na ideia de que o sexo entre mulheres cis e/ou entre pessoas com vulva não é sexo por se afastarem da narrativa cisheteronormativa<sup>2</sup> do sexo "real complementar", entre um homem e mulher cis hetera e em decorrência disso não teria o risco de contaminação.

Segundo os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, é dever do Estado assegurar, em suas ações e serviços, a saúde de seus cidadãos e cidadãs de forma universal, integral e igualitária. Contudo, quando se fala em integralidade e equidade na promoção de saúde de lésbicas, bissexuais e todas as mulheres que perpassam suas práticas sexuais pelo lesbo-bi-homoerotismo, verifica-se que tais preceitos não vêm sendo cumpridos, levando a uma violação grave de alguns dos direitos humanos básicos: o acesso, promoção, recuperação e proteção à saúde. (BRASIL, 2010)

---

<sup>1</sup> O termo Cis ou cisgênero refere-se a pessoa que se identifica com o sexo/gênero que lhe foi assignado ao nascer através de uma genitália. Um exemplo de cisgênero é uma pessoa que nasceu com genitália feminina e se identifica como mulher.

<sup>2</sup> Cisheteronorma é a ideia de que existe apenas um jeito “normal” de ser. Esse jeito único inclui 1) ser uma pessoa heterossexual, ou seja, sentir atração afetiva/sexual somente pelo sexo/gênero diferente do seu e ser uma pessoa cis, ou seja, estar em total acordo com o sexo/gênero atribuído no nascimento.

Para além da invisibilidade que as mulheres lésbicas cis e trans sofrem em diversos cenários, na área da saúde essa invisibilidade é perpetuada. No contexto geral, a saúde das mulheres recebeu uma atenção como área diferenciada a partir da década de 80, com o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), voltado exclusivamente para a saúde reprodutiva da mulher cis. A partir da década de 90 com as Conferências do Cairo e de Pequim, passaram a ser debatidas além da saúde reprodutiva e planejamento familiar, a saúde sexual da mulher cis e esse debate teve reflexos progressistas nas políticas brasileiras. Assim, em 2004 foi lançada a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM) que pela primeira vez incluía a mulher cis que se relaciona com outras mulheres: as lésbicas e bissexuais. Destaque-se que mulheres trans e travestis não estão incluídas neste programa.

Na primeira década do século XXI, houve mais avanços, chegando ao reconhecimento da orientação sexual e identidade de gênero como determinantes sociais para a saúde, admitindo que grupos como de mulheres cis lésbicas têm especificidades que influenciam em sua saúde e bem estar. (BRASIL, 2014).

Porém, apesar destes avanços, a existência de tratamentos inadequados, incompletos e discriminatórios dispensados às lésbicas devido a sua orientação sexual-afetiva em consultórios ginecológicos, assim como o despreparo de profissionais da saúde para lidar com essas mulheres foi revelado em várias pesquisas a exemplo das pesquisadoras Regina M. Barbosa<sup>3</sup> e Regina Facchini (2009); Daniela R. Knauth (2009) e Ana Paula Portela e Verônica Ferreira (2009). Entre as falas de ginecologistas entrevistados por Knauth (2009), em uma pesquisa por ela realizada, uma em especial chama a atenção: “A mulher falou que é homossexual, tu já não pensas mais em IST” (p. 58), levando a autora a concluir que depois de saber que a paciente é lésbica, “alguns médicos preferem ‘pular’ as questões sobre uso de preservativo” (p. 58).

Importante salientar que questões específicas de saúde ginecológica das lésbicas vão para além da transmissão de ISTs/Aids. Pesquisas apontam que é muito comum entre as mulheres cis lésbicas o medo de procedimentos ginecológicos invasivos e o receio da discriminação por parte de profissionais da saúde. A representação e as experiências negativas em relação aos serviços de saúde, em especial na Ginecologia, afastam as lésbicas das consultas, o que, além de as tornarem vulneráveis em termos de saúde, acaba produzindo exclusão e violência simbólica, apesar dos programas governamentais preconizarem o contrário (PORTELLA e FERRERA, 2009; BARBOSA & FACCHINI, 2009; KNAUTH, 2009).

---

<sup>3</sup>Neste estudo, cada vez que uma autora for citada pela primeira vez aparecerá nome seguido pelo sobrenome, a fim de diferenciar mulheres de homens, dando visibilidade à participação das mulheres na construção do conhecimento. Em estudos onde maioria for mulher e o primeiro autor homem, haverá reordenação dos autores com o mesmo intuito de visibilidade.

O interesse por esta temática surgiu a partir da escuta do relato de uma mulher cis lésbica sobre sua (má) experiência em um atendimento ginecológico. A partir deste relato um questionamento surgiu: seria esta uma experiência individual, um caso isolado ou este tipo de situação é comum a todas as mulheres cis lésbicas? Tal questionamento deu origem a uma questão de pesquisa: Quais são as vivências das mulheres cis lésbicas durante a consulta ginecológica no município de Florianópolis? Para responder a esta pergunta, optou-se pela realização de um estudo que desvelasse as vivências de mulheres cis lésbicas, durante a consulta ginecológica.

Espera-se que esta pesquisa traga subsídios para a melhoria da qualidade da assistência à saúde da mulher cis lésbica, indo ao encontro do princípio de Atenção Integral à saúde, preconizado pelo SUS.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Conhecer as vivências de mulheres cis lésbicas, durante a consulta ginecológica.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Identificar as fragilidades e potencialidades do atendimento ginecológico sob ótica de mulheres cis lésbicas.

### 3 MARCO CONCEITUAL

Partindo do entendimento de que é importante conhecer as bases teóricas relacionadas ao objeto que se pretende investigar, busca-se, neste capítulo, elaborar uma breve sistematização e estruturação de alguns conceitos que irão compor o marco conceitual do presente estudo, ou seja a base teórica sobre a qual será feita a análise dos resultados. Os temas foram divididos em: Sexo, Gênero e identidades; Lesbianidade e Saúde da mulher cis lésbica e Lesbofobia: formas de violência.

#### 3.1 SEXO, GÊNERO E IDENTIDADES

##### 3.1.1 Sexo e Gênero

Na visão hegemônica, o sexo é compreendido como uma categoria relacionada ao biológico e, do ponto de vista biomédico, pode ser classificado como masculino/feminino, que é associado respectivamente à homem/mulher. Essa classificação ainda hoje está atrelada exclusivamente à genitália ou cromossomos da pessoa e considero que a “essência” (comportamento) da pessoa está definida e condicionada pelo sexo determinado ao nascimento. Assim, uma pessoa que nasceu com vulva só pode ser mulher e a que nasce com pênis tem que ser homem. Quando, ao nascer, a genitália é assignada como “ambígua” (intersexo) é comum que surja a “necessidade” de corrigir, excluindo cirurgicamente um dos genitais<sup>1</sup>.

Posteriormente além da classificação do sexo, a antropologia vai criar a categoria gênero para fazer uma divisão entre “macho e fêmea” e o que se entende como “homem e mulher”. Segundo a antropóloga Miriam Grossi (2000, p. 5) gênero então passa a ser definido como “uma categoria usada para pensar as relações sociais que envolvem homens e mulheres, relações historicamente determinadas e expressas pelos diferentes discursos sociais sobre a diferença sexual”. Para a autora, o termo vem para refletir sobre os roteiros sociais que são entregues para homens e para mulheres, que não são consequência da genitália que carregam, embora este seja um discurso recorrente. Há vários conceitos sobre gênero, mas para este estudo, adotaremos o de Joan Scott (1995) que o define como uma categoria social imposta sobre um corpo sexuado, uma palavra particularmente útil, porque oferece um meio de distinguir a prática sexual dos papéis atribuídos às mulheres e aos homens como relações estabelecidas a partir da percepção social das diferenças biológicas entre os sexos. Ou seja, a noção de gênero é entendida aqui como relações estabelecidas a partir da percepção social das diferenças biológicas entre os sexos, o que equivale a dizer que o

---

<sup>1</sup> Reflexões da autora a partir de discussões realizadas durante encontros de formação do Laboratório Interdisciplinar de ensino, pesquisa e extensão em sexualidades – Afrodite-UFSC-CNPQ

gênero vai além do sexo, ou seja, o

que importa não são os cromossomos ou a anatomia da genitália, mas a autopercepção e a forma como a pessoa se expressa socialmente.

Atualmente, admite-se mais possibilidades para além do gênero feminino e masculino, porém essas duas classificações foram vistas como absolutas ao longo da história e interferem até hoje no olhar/visão e na “leitura” que fazemos das pessoas uma vez que esta é, via de regra, pautada em uma expectativa de um comportamento/performance construído e normatizado socialmente como tipicamente feminino e/ou masculino.

Essas classificações em pares, macho/fêmea, homem/mulher ou masculino/feminino são frequentes em diversos nichos da sociedade e conhecidas como binárias ou binarismo. O binarismo de gênero, é socialmente funcional ao prescrever precisamente o que é particular ao homem/masculino e à mulher/feminino, limitando aos gêneros e aos sexos comportamentos, vestimentas, cores, brinquedos, atividades e até profissões em troca de um lugar de conforto para quem tem sua identidade de gênero em consonância com o sexo. Sendo assim, há um conforto existencial quando você nasce com uma vagina, se identifica como mulher e se comporta e utiliza tudo aquilo que é prescrito para a mulher como por exemplo, pureza, delicadeza, submissão, entre outros (DANIELE FÉBOLE, *et al.* 2016).

Monique Wittig (1992) acrescenta que as classificações binárias, colocam sempre o homem como dominador e a mulher como domínio, como na relação amo/escravo, onde a mulher não é exatamente o oposto do homem, mas sim inferior na sociedade, sendo sempre dependente de sua relação com o homem, seja na relação paternal, no matrimônio, ou até nas redes sociais.

Contrariando os discursos que compreendiam que o gênero deveria estar de acordo com o sexo, Judith Butler (2003), trouxe ideias inovadoras ao questionar as teorias feministas sobre a identidade dada pelo gênero, ao tratar o sexo como algo inato, ou como se fosse “realmente” a essência da pessoa. Essas indagações propõem uma nova percepção acerca do sexo também como construção política. Butler questiona: “Ou será que “o corpo” em si é modelado por forças políticas com interesses estratégicos em mantê-lo limitado e constituído pelos marcadores sexuais?” (Butler, 2012, p. 195). Neste caso, pode-se dizer que além dos genitais, o corpo todo é moldado por regras de gênero que são impostas, essa imposição é justificada pelo interesse de que essas normas permaneçam as mesmas, ou seja, que mulheres continuem sendo vistas como inferiores e que homens não podem ser sensíveis, perpetuando o pensamento de tudo ser construído a partir de binarismos genitais. A partir dessa perspectiva, é possível compreender que a genitália não é suficiente para ser mulher ou homem, mas o corpo inteiro, ou seja, além da vagina mulheres devem possuir cabelos longos, seios diferenciados dos homens, ausência de pelos no corpo, unhas pintadas, demarcando ainda mais as suas diferenças em relação aos homens.

### **3.1.2 Identidade de gênero e identidade sexual**

Identidade de gênero é como a pessoa se identifica, pode ser como mulher, homem, nenhum dos dois ou ambos. Isso é, uma identidade de como o indivíduo se percebe, não tendo obrigatoriedade de estar associada ao genital, à sexualidade ou à forma de se expressar. Sendo assim há possibilidades como mulher ou homem cisgênero, quando a identidade de gênero está de acordo com a genitália prescrita para aquele gênero, e mulher ou homem transgênero, por exemplo, uma pessoa que tem vulva e se identifica como homem, ou tem pênis se identifica como mulher. Há também pessoas não binárias e também pessoas agênero. Contudo existem subdivisões e classificações intermediárias, que não vão ser aqui exploradas por não serem foco deste estudo (JAQUELINE GOMES DE JESUS, 2012).

A expressão de gênero está atrelada à forma como o indivíduo se expressa, podendo coincidir ou não à identidade de gênero. Uma pessoa pode se identificar como mulher e não ter essa expressão de gênero tida como feminina. Assim como uma pessoa pode ter vulva e identificar-se como homem. Nesse caso, existem possibilidades, como mulheres masculinas e também homens femininos, uma vez que, como já mencionado essas expressões nem sempre estão de acordo com a identidade sexual. Sendo assim há possibilidades como mulher ou homem cisgênero, mulher ou homem transgênero, pessoas não binárias e também pessoas agênero. Contudo existem subdivisões e classificações intermediárias, que não vão ser aqui exploradas por não serem foco deste estudo (JESUS, 2012).

Já a identidade sexual está diretamente relacionada à orientação sexual. Segundo Jesus (2012) ela é a atração afetivo sexual por alguém. É uma vivência interna relativa à sexualidade e independe da sensação de pertencer a um gênero ou não.

Como se pode perceber sexualidade e gênero são dimensões diferentes que integram a identidade pessoal de cada indivíduo. Ambos surgem, são afetados e se transformam conforme os valores sociais vigentes em uma dada época. São partes, assim, da cultura, construídas em determinado período histórico, ajudando a organizar a vida individual e coletiva das pessoas. Em síntese, é a cultura, entre outros territórios e instituições, que constrói o gênero, simbolizando as atividades como masculinas e femininas (BRASIL, 2009)

### **3.1.3 Heterossexualidade compulsória**

A heterossexualidade não se resume apenas às práticas eróticas entre pessoas de diferentes gêneros/sexos. Segundo a ativista lesbiana Adrienne Rich (1986) ela foi além, se tornando compulsória, ou seja, houve uma naturalização da sexualidade heterossexual, pressuposta como intrínseca, normal e universal. Rich trouxe uma crítica aos grupos feministas (heterossexuais) de sua época por não questionarem essa heterossexualidade concebida como normal e listou formas do



masculino sobre as mulheres atrelando essas formas de poder à heterossexualidade compulsória. Para a autora as formas de manifestação do poder masculino podem ser mais ou menos evidentes ao reforçar a heterossexualidade sobre as mulheres, ainda sim, operam como conjunto das “forças pelo qual as mulheres têm sido convencidas de que o casamento e a orientação sexual voltada aos homens sejam vistos como inevitáveis componentes de suas vidas – mesmo se opressivos e não satisfatórios” (RICH, 1986. p. 26).

No entanto a heterossexualidade, ao contrário do que se pensava ser óbvio, precede a divisão binária de gêneros, já que é através da compreensão da heterossexualidade, de gêneros diferentes se relacionarem, que construímos a percepção binária que conforma corpos e posições sociais como complementares e oposição. O pensamento de que meninos gostam de meninas e meninas gostam de meninos, antecede ao fato das meninas deverem ter comportamentos femininos enquanto meninos, masculinos. (BUTLER, 2003)

Como se pode perceber existe um sistema opressor e uma série de forças que direcionam às mulheres para a heterossexualidade, nem sempre essas forças são evidentes, mas são eficazes, de tal forma que muitas mulheres crescem buscando o casamento heterossexual e, mesmo com violência e insatisfação, optam por permanecer nele.

Nesta lógica, buscando exemplos do viver humano, podemos perceber a heterossexualidade compulsória, por exemplo, em comentários reproduzidos por familiares quando a família conhece o sexo de um bebê que ainda nem nasceu. Quando é um menino é comum ouvir que “vai pegar todas”, “amarra sua cabra que os bodes estão soltos”, ideias de virilidade e controle sobre corpos das mulheres e quando é menina: “vai dar trabalho” ou que o pai agora é “fornecedor”, ou seja é naturalizado ao sujeito que ainda nem nasceu, como inata, a ideia de heterossexualidade. Esta visão acaba levando à heteronormatividade.

Indo para além da sexualidade, a heteronormatividade, é uma forma de organização social e normativa, que alicerçada pelo binarismo de gênero presume todo o comportamento social e sexual que homens e mulheres devam ter. Essa organização, arbitrária e hierarquizante, tem como ideal o homem/masculino/pênis e mulher/feminina/vulva e privilegia características relacionadas ao grupo homem/masculino enquanto torna a mulher/feminino subordinada a este. Dentro deste modelo, é esperada e aceita para o homem determinada masculinidade e para a mulher determinada feminilidade, além disso desejo e atração devem ser entre os opostos, tornando heterossexualidade a única forma possível de sexualidade, sendo tudo o que foge à esta norma tratado como desviante, imoral e subversivo.

A heteronorma não se limita às identidades sexuais e de gênero; são redes que atravessam a linguagem, a escrita, a política e estabelecem objetivos individuais ou de grupos. O termo Heteronormatividade foi cunhado em 1991 por Michael Warner como:

Instituições, estruturas de compreensão e orientações práticas que não apenas fazem com que a heterossexualidade pareça coerente – ou seja, organizada como sexualidade – mas também que seja privilegiada. Sua coerência é sempre provisional e seu privilégio pode adotar várias formas (que às vezes são contraditórias): passa despercebida como linguagem básica sobre aspectos sociais e pessoais; é percebida como um estado natural; também se projeta como um objetivo ideal ou moral. (LAUREN BERLANT, WARNER, 1993. p. 230)

Mas qual seria a diferença entre heterossexualidade e heteronormatividade? Segundo os autores, uma das diferenças é que o termo heteronormatividade não tem um conceito oposto (como heterossexualidade/ homossexualidade) já que é inconcebível a mudança social invisível para o que seria a homonormatividade. Nesta ótica, seria impossível a implementação do que conservadores chamam de “ditadura gayzista”, que se refere à quando grupos de minoria buscam seus direitos básicos, já que qualquer busca por esses direitos causa burburinho e espanto na sociedade, sendo impossível implementar normas homossexuais de forma invisível como acontece com a heteronormatividade (BERLANT; WARNER, 1993).

O caráter invisível dessas normativas pode ser encontrado também no que Wittig (1992) chama de “pensamento heterossexual”. Segundo a autora, é um conceito um pouco abstrato, mas apesar de não ser tátil, controla comportamentos e interações sociais em diversos níveis. Por exemplo, não existem normas ou evidências científicas que indiquem que o homem/masculino com pênis seja o mais competente para níveis mais altos dentro de uma empresa e, mesmo assim, é frequente que os homens ocupem esses cargos, sendo visto como transgressão que as mulheres atualmente estejam almejando e conquistando esses lugares. Outro exemplo são as citações de autores pelo sobrenome, que frequentemente nos fazem pensar que são autores homens, pois há a crença social de que são eles que detêm o conhecimento. Nesses casos, os discursos ocultos do pensamento heterossexual, prescrevem qual posição o homem ou a mulher devem ocupar.

No campo da saúde não é diferente do resto da sociedade, a heteronormatividade guia o ensino nas instituições e reflete na assistência à saúde das pessoas. Desde o baixo interesse de pesquisa sobre a sexualidade da mulher (que não é interessante para a “estrutura”) até o comportamento de conduzir uma consulta com mulher baseada em contracepção e maternidade.

### 3.1.4 Cisheteronormatividade

Quando o gênero e o sexo fogem à prescrição da cisheteronormatividade diz-se que estamos diante de uma pessoa trans ou transgênero. Essa definição surgiu “como um conceito “guarda-chuva” que abrange um grupo de pessoas que não se identificam com comportamentos e/ou papéis esperados

do gênero que lhes foi determinado quando de seu nascimento” (JESUS, 2012; AMANDA RIBEIRO, LIA SILVEIRA. 2020, p. 67). Vale ressaltar que embora os termos trans e transgênero sejam recentes, ao longo da história existiram mulheres com pênis e homens com vulva em diversas culturas, logo, ao contrário do que é pensado e disseminado por conservadores, não é algo fruto das discussões sobre gênero.

Após a identificação do grupo trans, ativistas deste grupo perceberam a necessidade de nomear as pessoas com o qual se identificavam com o sexo ao nascer dentro do sistema cisheteronormativo. Para a ativista trans Julia Serrano (2007), a utilização do termo ‘cis’ ou ‘cisgênero’ é o primeiro passo de revelar e dismantelar o privilégio das pessoas não trans, rompendo com terminologias que compreendiam a categoria de pessoas cis como mais autênticas, surgiu então o termo cisgênero. Para Caia Coelho (2017) ‘a cisheteronormatividade custa a ser nomeada’ uma vez que ela foi algo tido como tão intrínseco e natural à sociedade, que custou muito tempo a ser questionada e finalmente nomeada. Assim, segundo Rafaela Leonardo *et al.*, (2015, p. 5) o conceito cisgeneridade surge na direção de “desestabilizar normas de gênero que se fazem presentes na contemporaneidade” ao questionar e problematizar a cisheteronormatividade ao invés de fazê-lo com os corpos desviantes.

Ao expandirmos as variações do prefixo cis, encontramos também “cisheteronormatividade”, similar à heteronormatividade. Estamos falando de um sistema estrutural, com forças socioculturais e institucionais que produzem a cisgeneridade como ‘natural’, no dizer de Viviane Vergueiro (2015, p. 68) “aquelas práticas localizadas e aquelas instituições centralizadas que legitimam e privilegiam a (cis)heterossexualidade e relacionamentos (cis)heterossexuais como fundamentais e ‘naturais’ na sociedade”. A cisheteronormatividade no cotidiano, além das situações de desconforto para a pessoa que não está enquadrada nessas normativas, pode refletir em negligência ao acesso à saúde, por exemplo, ao não indicar a coleta do exame preventivo de colo de útero em um paciente homem trans, ou ao não indicar uso de preservativos e exames sorológicos para um casal lésbico, por deduzir que não tenha um pênis na relação e, portanto, não tenha risco de contrair alguma IST.

A cisheteronormatividade, mesmo que ande de mãos dadas com a heteronormatividade, alcança outros grupos além das pessoas heterossexuais. Como falado anteriormente a heteronormatividade como estrutura afeta tanto quem se identifica como heterossexual como também quem não se identifica, ainda que de formas diferentes, já a cisheteronormatividade, tem caráter mais invisível (e talvez mais forte) e, por exemplo, pode estar nos grupos de mulheres lésbicas, quando repetem discursos de repulsa à pênis, ou associam à experiência de ser mulher com ter um útero.

Identificar a cisgeneridade e a cisheteronormatividade pode ser um passo importante na luta contra discursos que tratam pessoas cis, sejam mulheres ou homens, como mais “legítimas”. Além disso reconhecer-se nessas estruturas, colabora em identificar uma série de privilégios que

cisheterossexuais têm em questões muito básicas que sequer são questionadas, como documentações, uso de banheiros públicos, atendimento em serviços públicos, escolas e saúde.

Ao concluir este tópico julgamos importante resumir os principais conceitos nele trabalhados:

**Sexo biológico** – Pressupõe capacidades reprodutivas e geralmente está associado ao genital (vulva ou pênis), porém existem outros fatores que contribuem para o sexo biológico: cromossomos, gônadas e hormônios. Além da vulva ou pênis, uma pessoa pode ter os dois sexos biológicos simultaneamente, chama-se intersexo quando se tem órgãos genitais/reprodutores (internos e/ou externos) masculinos e femininos, em simultâneo, ou cromossomas que não são nem XX nem XY. (APF, [s.d.])

**Identidade de gênero** – O sentimento de pertencer à um gênero, sentir-se homem ou mulher. É independente da anatomia. Uma pessoa transgênero é alguém que não corresponde às convenções sociais e categorias tradicionais de gênero associadas ao seu sexo biológico. Uma pessoa transexual é alguém que sente que a sua identidade de gênero é diferente do seu sexo biológico. Algumas pessoas transexuais desejam mudar o seu corpo através de tratamentos e/ou cirurgias, mas nem todas. (APF, [s.d.])

**Expressão de gênero** – Diz respeito aos comportamentos, forma de vestir, forma de apresentação, aspeto físico, gostos e atitudes. Uma pessoa pode ter expressão masculinizada ou feminizada, podendo também ter expressão andrógena, que é uma expressão ambivalente, que contempla aspectos de expressão de gênero feminina ou masculina. (APF, [s.d.])

**Orientação sexual** – É referente à afetividade e sexualidade e leva em consideração o próprio gênero, uma pessoa é considerada: heterossexual se sente sobretudo atraída por pessoas de gênero diferente do próprio; homossexual se sente sobretudo atraída por pessoas do mesmo gênero; bissexual se sente atraída por pessoas de ambos os gêneros. (APF, [s.d.])

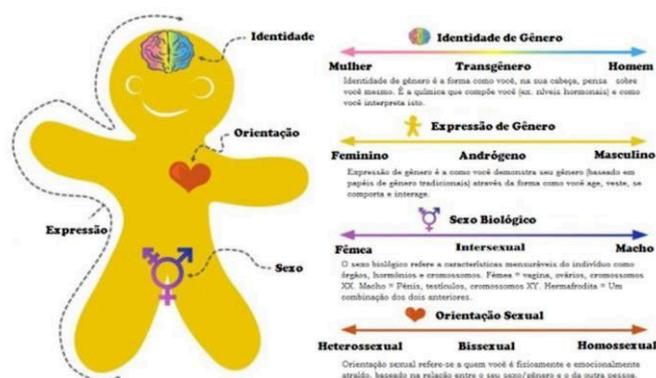
**Heteronormatividade/Heterossexualidade compulsória:** – Crença na heterossexualidade como característica do ser humano “normal”. Desse modo, qualquer pessoa que saia desse padrão é considerada fora da norma, o que justificaria sua marginalização. (JESUS, 2012, p. 29)

**Cisgênero** - Conceito “guarda-chuva” que abrange as pessoas que se identificam com o gênero que lhes foi determinado no nascimento de acordo com a genitália.

**Cisheteronormatividade** - conceito que faz referência a um conjunto de relações de poder que normaliza, regulamenta, idealiza e institucionaliza o gênero, sexo e a sexualidade em uma linha ilógica e estritamente horizontal

Alguns destes conceitos podem ser resumidos na figura abaixo:

**Os termos que expressam nossa sexualidade/afetividade:**



FONTE: Imagem da Internet

## 3.2 LESBIANIDADE

### 3.2.1 Lesbianidade

O senso comum tende a simplificar a lésbica como a mulher que se relaciona com mulheres, ou mesmo como a homossexualidade feminina. Além dessa leitura, é comum encontrar termos associados à essas pessoas: sapatão, Maria João, machorra, caminhoneira entre outros. É comum também a falsa concepção de que mulheres que se relacionam entre si são consequência da sociedade contemporânea, ou que não existem na história mulheres lésbicas, discurso esse que promove uma das marcas da lesbianidade: a invisibilidade.

Acreditar que a lesbianidade se limita à duas mulheres se relacionando não é de todo errado, mas está longe de resumir-se a isso. Na visão de Rich (1980), que se autodeclara lésbica, a existência lésbica se refere à sua presença na história e da criação contínua dessa mesma história. Já o *continuun* lésbico, diz respeito às relações que excedem o campo afetivo ou sexual, como conjunto de experiências no vínculo entre mulheres, da solidariedade, da amizade, os carinhos, da amamentação, às moradias femininas, até o leito de morte com a carícia de uma cuidadora. Nesta ótica, ser lésbica é resistir à um estruturado sistema de opressão, que pode envolver “isolamento, ódio pessoal, colapso, alcoolismo, suicídio e violência entre mulheres”, é romantizar o que é amar mesmo sob fortes ameaças e viver com registros históricos e de rituais apagados. “É a alegria, a sensualidade, a coragem, a comunidade, bem como a culpa, a autonegação e a dor” (RICH, 2010, p. 36).

No entanto, apesar da existência lésbica esta foi e, de certa forma continua sendo, invisibilizada. Para Emylli Nascimento *et al.* (2014) a invisibilidade é uma das ferramentas mais fortes utilizadas pela estrutura cisheteronormativa. Esse processo de invisibilizar está em diversos setores com o intuito de “manter a ordem”, neste caso invisibilizando e mantendo a lesbianidade à margem da sociedade. No mesmo contexto, desde os primórdios os registros associados às mulheres que apresentavam um comportamento fora da norma eram vinculados à bruxaria, demonstrando certa intolerância da sociedade às mulheres que não cumpriam o papel esperado para elas. A partir desses fatos, é possível identificar que a figura feminina é retratada a partir dos aspectos culturais, sociais, políticos, psicológicos e religiosos em que as características das mulheres são distorcidas enquanto seres individuais e sociais a favor do patriarcado. Este cenário deu origem a um silêncio histórico que fez com que a experiência feminina da Homossexualidade seja pautada pela política do esquecimento, ou seja, o modelo patriarcal que promoveu visibilidade e ascensão do masculino, além de renegar o importante papel do feminino neste registro, também obscureceu a experiência afetivo-sexual que

dispensava a presença masculina trazendo a invisibilidade como traço do *continuum* lésbico (TANIA NAVARRO-SWAIN, 2000; REGINA DIAS, CABREIRA, 2019; RICH, 1980).

Essa mesma lesbianidade, que para a igreja representa o pecado, por muito tempo para medicina e psiquiatria foi percebida como uma enfermidade, inclusive até pouco tempo era utilizado no nome o sufixo “ismo” (lesbianismo) que é relacionado à patologia. Essa percepção patológica, se deu pela oposição ativo/passiva, que segundo a heteronormatividade serve respectivamente para homens e mulheres, sendo disposições vistas como “naturais”. Nesta ótica, a homossexualidade subverteria a norma, a partir da ocupação, e no caso da homossexualidade feminina, é a subversão de uma posição de subordinação, a partir da negação do papel atribuído à mulher: subordinar-se, também sexualmente, ao homem. (ALESSANDRA DIEHL ET al. 2014; BOZON, 1999, FOUCAULT, 2014).

A ideia de sair da situação de subordinação e não caber mais em uma posição social é também contemplada no pensamento de Wittig (1992) para quem lésbica é qualquer outra coisa, uma “não mulher”, um “não homem”, já que ao não se relacionar com os homens, a mulher está abrindo mão dos únicos papéis da mulher na sociedade.

Lésbica é o único conceito que conheço que está mais além das categorias de sexo (mulher e homem), pois o sujeito (a mulher) não é uma mulher nem economicamente, nem politicamente, nem ideologicamente. [...] Abandonamos nossa classe como eram os escravos americanos fugitivos quando escapavam da escravidão e se tornavam livres. (WITTIG, 1992, p. 43)

Essa visão tem amparo na de Rich (1980), para quem a experiência lésbica, ao romper com o tabu da heterossexualidade, rejeita o modo compulsório de vida (heterossexual) e é “também um ataque direto e indireto ao direito masculino de ter acesso às mulheres” (1980, p. 36). A autora quando questiona o sistema de heterossexualidade compulsória, expõe também a complexidade da identidade lésbica, que não cabe no local de mulher ou de homem e também consiste em ir contra estruturas bem elaboradas que controlam toda a vida das mulheres: o homem, o patriarcado e a cisheteronormatividade.

As explicações e justificativas do senso comum sobre a lesbianidade costumam contornar o sistema androcêntrico<sup>4</sup>, é comum ouvir pessoas justificando com a “falta de um homem (no caso cis) que ensine a ser mulher” ou a crença de que mulheres se relacionarem entre si por uma frustração amorosa, traumas por violência sexual (na infância, adolescência ou vida adulta), também existe a ideia da mulher “feia” ou fora do padrão de beleza que os homens cis rejeitaram. Rich (1980), propôs para grupos feministas mudar a questão do porquê mulheres escolhem mulheres por causa dos homens cis opressores, para se questionarem porque algumas mulheres se submetem à

4 Conceituado por Fraser (2002, p. 22), é “[...] um padrão institucionalizado de valor cultural que privilegia traços associados com a masculinidade, assim como desvaloriza tudo que seja codificado como ‘feminino’, paradigmaticamente

– mas não somente – mulheres" (tradução própria).

relacionamentos emocionalmente insatisfatórios e/ou com pares opressores, evidenciando a visão reducionista que é acreditar que a decepção com um homem cis possa tornar uma mulher lésbica, para Livia G. Toledo e Filho (2010) “isso seria equivalente a dizer que se o machismo e a opressão da heterossexualidade compulsória deixassem de existir, não haveria lesbianidade.” (p. 740). Essas tentativas de justificar a lesbianidade através do pensamento cisheteronormativo são falhas em dois aspectos: primeiro pela lésbica não ser uma das peças da relação homem-mulher, mas também pelo fato de que ninguém em sã consciência escolheria, por opção, sofrer mais uma camada de opressão que se reflete no abandono da família, na violência doméstica e até na negligência à saúde.

Há de se considerar ainda que a lesbianidade pode ser vista como um sofrimento social, uma vez que ela encerra um duplo caráter de minoria: a da desigualdade de gênero (por serem mulheres) que se soma ao fato de comporem uma dita “minorias sexual”, podendo levar a um sentimento de não pertencimento e, portanto, exclusão social, que, segundo Ana Rita Rodrigues (2013, p. 42) “as colocariam em uma posição de vulnerabilidade ao sofrimento físico e psíquico, assim como à impossibilidade de acesso à direitos, logo, de serem cidadãs. Tal sofrimento não tem visibilidade; ele se inscreve no interior das subjetividades, sem ser compartilhado coletivamente”.

Todas estas questões levaram ao nascimento do movimento social lésbico, surgido na década de 70 nos Estados Unidos da América inicialmente atrelado ao movimento gay. A partir de 1973 como movimento separatista e, nesse tempo atrelado aos pensamentos feministas. O movimento lesbofeminista por sua vez, dentro do cenário feminista questionava o feminismo por este não fazer autocrítica à heterossexualidade, o que levou as lésbicas a se organizarem e fundar algumas Organizações não governamentais (ONGs) lésbicas. No Brasil este movimento se fez presente a partir dos anos 90 principalmente por meio de ONGs o que levou, em 1996, a uma parceria com o Ministério da Saúde para realização do primeiro Seminário Nacional de Lésbicas, realizado nos anos posteriores (GLÁUCIA ALMEIDA, MARIA LUIZA HEILBORN, 2008).

Na presente pesquisa a identidade lésbica será vista como a concebida por Almeida e Heilborn (2008): como uma identidade social, identificando lugar político, que nem sempre condiz com relacionar-se exclusivamente com mulheres. Essa identidade é concebida por meio de marcos adversos, como: expulsão de casa, alteração de planos profissionais e a luta pela conquista e posituação de direitos. A lesbianidade como identidade, pode ser considerada uma identidade de resistência, pelas condições de opressão que o grupo sofre. É por meio da identidade que se fortalece a luta pela visibilidade e por direitos, formando trincheiras de resistência lésbica.

#### 4.1.1 Saúde da mulher lésbica

Os direitos para as chamadas minorias muitas vezes chegam mais defasados (ou nem chegam). Para Renata Nagamine (2019), desde 1980 a população LGBT começou a receber mais atenção da Organização das Nações Unidas -ONU por conta da epidemia do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). A partir da década de 90 foram discutidos os direitos dessas minorias de forma bem pontual e, somente em meados dos anos 2000 que a discriminação desse público recebeu alguma atenção, tornando-se pauta de conferências, o que levou a Igreja católica e grupos da direita conservadora a se posicionarem contra as chamadas “ideologias de gênero”.

No cenário internacional, a busca pelos direitos plenos das mulheres também foi repudiada por conservadores e Igreja católica, o que levou a um atraso na garantia de direitos básicos às lésbicas. No Brasil, a regulamentação do Sistema único de Saúde (SUS) - Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 - reconheceu os determinantes e condicionantes para a saúde, e as diretrizes de Universalidade, Integralidade e Equidade. Estas diretrizes também deveriam garantir o direito de acesso à saúde para a pessoa cidadã brasileira, independente de etnia, classe, naturalidade e orientação sexual, e pelo princípio da equidade, assistência de acordo com as necessidades específicas para cada população. Se realmente aplicadas garantiriam assistência específica e adequada para as demandas das mulheres lésbicas.

O Ministério da Saúde, desde 2010 considera orientação sexual e identidade de gênero como determinantes sociais de saúde, fato este que pode ampliar políticas para promover a saúde dessa população, mas além disso é necessário observar fatores que influenciam a saúde de uma pessoa que se identifica como lésbica: a moradia, já que pode ter sido expulsa da família, a violência, por não estar de acordo com as normativas da sociedade, a condição socioeconômica uma vez que por pertencer ao grupo de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgênero (LGBT) pode sofrer preconceito dentro do ambiente profissional, a negligência na assistência à saúde, quando um profissional, por exemplo, acredita que não precisa fazer exames de rotina para uma mulher que se relaciona somente com mulheres. Ou seja, apesar de ser um direito fundamental do ser humano, a saúde depende de múltiplas facetas e alguém que está fora da cisheteronorma pode ter dificuldade em acessá-la.

No Brasil, apesar da existência de um programa voltado para saúde da mulher, neste o enfoque ainda está na contracepção, exame preventivo de colo de útero, exame de rastreio de câncer de mama e maternidade, em alguns casos avançando para o climatério e a sexualidade, mas a saúde mental e a violência contra a mulher ficam um pouco de lado, como se questões de gênero não influenciassem diretamente no bem estar da mulher, revelando falha na assistência integral (como política e como diretriz do SUS). Para além desta questão, todo o programa está alicerçado em crenças

cisheteronormativas, que na prática iniciam na formação dos profissionais, direcionando o olhar profissional para a pressuposição de que toda mulher tem um para um “parceiro” do sexo oposto, dispensando na anamnese questões como identidade sexual ou de gênero, evidenciando fragilidade em perceber a mulher para além do corpo sexual e reprodutivo.

Neste contexto, a cisheteronormatividade na assistência às mulheres lésbicas age de diversas formas. A crença de que a prática sexual deve envolver uma genitália de um homem cis, pode influenciar em seu atendimento à saúde, quando a/o profissional descarta o exame preventivo de câncer de colo de útero por essa mulher não se relacionar com homens cis, quando prescreve um anticoncepcional sem a real necessidade, quando não investiga e, portanto, desconhece práticas sexuais da mulher cis usando um espéculo inadequado para realizar exame, ou mesmo quando pula questões de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) no atendimento.

Importante salientar também que estudos demonstram que a saúde da mulher cis lésbica tem algumas particularidades, como por exemplo: maior propensão ao tabagismo, uso excessivo de álcool, e maior risco para doenças cardiovasculares do que as mulheres heterossexuais. Apesar do câncer de colo de útero não apresentar maior incidência em mulheres cis lésbicas, quando comparado ao grupo de mulheres cis heterossexuais, fatores de risco como infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV) e tabagismo estão mais presentes nessa população. Esses fatores estão acabam gerando, por exemplo, um baixo rastreamento do câncer de colo uterino, uma vez que mulheres cis lésbicas não procuram realizar o Papanicolau na frequência adequada e são menos propensas a realizar consultas ginecológicas e utilizar métodos de barreira para evitar ISTs. Quanto ao câncer de mama, a população de mulheres cis que fazem sexo com mulheres têm incidência similar à mulheres cis heterossexuais, mas apresentam risco maior para câncer de mama de alta letalidade uma vez que sua incidência pode estar relacionada a fatores de risco (tabagismo e baixa taxa de nuliparidade), associado ao baixo rastreamento de câncer de mama entre essas populações por que não cumprirem a periodicidade recomendada para o exame de mamografia (YEMANE *et al.*, 2016; KAITLYN MCCUNE, KATHERINE IMBOREK, 2018; CACERES *et al.*, 2018; RUFINO *et al.*, 2018; FENWAY INSTITUTE, 2019).

A saúde mental, não só da lésbica como de todo grupo LGBT, é uma questão crítica uma vez que o preconceito e a violência enfrentados tendem a ser gatilhos desencadeadores de doenças como depressão e ansiedade. No subgrupo de mulheres lésbicas além dessas condições anteriores, também há uma tendência maior ao uso abusivo de drogas e álcool, maior propensão à transtornos alimentares e índice elevado de tentativa de suicídio. (MCCUNE; IMBOREK, 2018; FENWAY INSTITUTE, 2019).

Para proporcionar uma atenção integral para essa população, é necessário que essas evidências sejam admitidas e disseminadas, sem julgamentos baseados na moral, adotando uma postura diferente das condutas cisheteronormativas que hoje regem os atendimentos em saúde. Além disso a ruptura com esses comportamentos, pode ser iniciada desde a formação acadêmica, ao se deixar de focar somente em aspectos sexuais e reprodutivos.

#### **4.1.2 Da invisibilidade à violência**

As lésbicas, por se posicionarem à margem da heterocisnormatividade, têm sua identidade percebida como imoral e desviante. Essa ideia está atrelada ao estigma que, segundo Parker e Aggleton (2001 p. 11) é “central na produção e na reprodução das relações de poder e de controle em todos os sistemas sociais, fazendo com que alguns grupos sejam desvalorizados e que outros se sintam de alguma forma superiores”. Nesta ótica, lésbicas vem a compor um grupo desvalorizado e estigmatizado por não ter os comportamentos esperados de uma “mulher”: se relacionar com um homem cis, submeter-se a um casamento com um homem cis e/ou matinar (ao lado de um homem).

Além de estigmatizadas, as lésbicas são também estereotipadas, o que faz com que, no senso comum, sejam identificadas como aquelas “não femininas”, que usam calças largas, tênis ao invés de sapatos ditos femininos, cabelo curto, não usam brincos e adornos, têm opção e gosto por esportes “masculinos” como futebol e skate, ou seja, que performam como se homens cis fossem. Estes estereótipos se refletem no atendimento à saúde, à medida em que a/o profissional, alicerçada/o neles passa a deduzir que mulheres que performam a feminilidade cisheteronormativa obrigatoriamente se relacionam com homens cis.

Invisibilizadas, estigmatizadas e estereotipadas, as mulheres lésbicas tornam-se vítimas de violência. Quando se pensa em violência, é comum que os primeiros pensamentos sejam relacionados à crimes e violência física, ao refletir sobre violência e lesbianidade, pode ser que igualmente, a primeira coisa que venha em mente seja lesbofobia, episódios de agressão ou até assassinato (lesbocídio). Pensar violência nesses aspectos não é incorreto e são os pensamentos mais comuns pois essa é provavelmente a forma mais comum e marcante de violência, porém não é a única que existe.

As pesquisadoras Maria Cecília Minayo S. e Ednilsa R. Souza concebem como violência:

Ações humanas de indivíduos, grupos, classes, nações que ocasionam a morte de outros seres humanos ou que afetam sua integridade física, moral, mental ou espiritual. Na verdade, só se pode falar de violências, pois se trata de uma realidade plural, diferenciada, cujas especificidades necessitam ser conhecidas. (MINAYO E SOUZA, 1997 p. 514)

Não são raros relatos de mulheres lésbicas que incluem o medo de sofrerem algum tipo de agressão física na rua; da violência sexual nos estupros “corretores” individuais ou em grupo, com o objetivo de “resolver o problema” da sexualidade da pessoa; o medo de expulsão de casa, a rejeição na escola, no mercado de trabalho, entre outros.

Essas violências apesar de nem sempre visíveis, são muito mais claras e palpáveis que a violência estrutural. Para Minayo (1994), a violência estrutural pode vir do sistema familiar, social ou econômico, induz a oprimir e nega direitos e avanços para alguns grupos e indivíduos, ao colaborar para opressão desses grupos e negar direitos, tornando-os vulneráveis ao sofrimento e à morte. Uma violência estrutural atua também naturalizando a violência contra grupos oprimidos. Para a população lésbica, essa violência pode vir da relação familiar, geralmente sem rede de apoio na família pela ideia de que é o que a/o “desviante” da moral deve sofrer, ou quando alguém vivencia uma cena nas ruas e novamente ninguém intervém, achando que a lésbica de certa forma “pediu”.

Outro tipo de violência, é a violência institucional, que está relacionada com o conceito de “tolerância institucional” e, nesse caso, o conceito está relacionado com violência contra a mulher, mas é compatível com a experiência lésbica. Tolerância institucional de acordo com o Centro Feminista de Estudos e Assessoria (CFEMEA, 2014) são: os valores, comportamentos e práticas racistas e sexistas reproduzidos por instituições do Estado por seus servidores que perpetuam a violência contra as mulheres, é também o abandono do Estado quanto à assegurar direitos e a prática de atos de violência por parte dos atores institucionais. Essa violência que vem de instituições que deveriam garantir-lhes direitos e uma vida digna, por vezes por meio de recursos humanos, acaba dificultando ainda mais esse processo.

Todos esses tipos de violência estão contemplados no termo “lesbofobia”. No presente estudo adota-se como conceito de lesbofobia o mesmo utilizado para homofobia de Borrillo (2010): a atitude de hostilidade para com os homossexuais. No entanto, deve ser considerada a diferença social que permeia homens e mulheres, onde as violências proferidas são diferentes, se para homens a homofobia pode variar de uma violência sutil até agressão, as violências contra lésbicas incluem estupros coletivos e violências relacionadas ao sexo. Dar um nome para essa discriminação contribui para políticas e para a classificação, sendo assim um passo dado para combater a invisibilidade dessa violência.

Na área da saúde, as mulheres cis lésbicas seguem experimentando violências, algumas sutis, simbólicas, outras físicas. O relato que motivou a presente pesquisa, foi de uma estudante, mulher cis, mesmo se identificando como lésbica durante uma consulta ginecológica **com mulher** (grifo nosso) relatou que a profissional que a atendeu continuou a se referir “ao parceiro” dela. Essa é, sem dúvida, uma forma de violência, que fortalece a invisibilidade e gera um constrangimento para a

lésbica insistir na sua identificação. A violência pode estar na simples dedução de que a paciente é heterossexual, ou até na inserção desnecessária de um espécuro de tamanho inadequado para a mulher em questão, ou ainda pela não coleta de material para o exame preventivo de câncer de colo de útero, pautado na crença de que por não se relacionar com homens, não tenha práticas sexuais que envolvam penetração vaginal e em assim sendo está menos exposta a este tipo de câncer. Essas violências agora nomeadas, devem ser identificadas e combatidas, só assim esse grupo marginalizado poderá usufruir plenamente seus direitos no atendimento à saúde.

Segundo Rita de Cássia Valadão e Gomes (2011) a violência está presente no atendimento à saúde das mulheres lésbicas.

Os temores de se tornarem alvos de atos violentos, podem levar ao silêncio sobre as práticas e/ou desejos homoeróticos e a restrições que podem impactar negativamente as vivências amorosas; contraditoriamente, isso pode contribuir para que se mantenha a invisibilidade ou negação da existência da homossexualidade feminina. Como desdobramentos, podemos não ter uma compreensão do perfil dessas mulheres, das suas demandas e das suas dificuldades de acesso aos serviços de saúde. (VALADÃO, GOMES, 2011, p. 1461)

Com medo de verbalizar suas orientações sexuais quando buscam assistência, mulheres lésbicas não se sentem apoiadas, por parte de profissionais de saúde, no campo da atenção integral à saúde da mulher. Tal situação acaba por produzir exclusão e violência simbólica, apesar de programas governamentais preconizarem o contrário.

## 4 MÉTODO

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa exploratória, com abordagem qualitativa. Esta abordagem de pesquisa se caracteriza, em princípio, pela não utilização de instrumental estatístico na análise dos dados. É um tipo de pesquisa que possibilita a compreensão sobre um problema a partir da perspectiva do sujeito, sendo assim possível visualizar satisfação, frustração, desejos e emoções. Esse tipo de pesquisa não tem como foco contar a repetição de uma variável, mas sim observar o que representam. Quando se tem como objetivo identificar a percepção de um grupo sobre determinada situação, é um método adequado por dar espaço para subjetividades e discursos. (ELISABETA NIETSCHE, MARIA TEREZA LEOPARDI, 2011)

O caráter exploratório, é dado à medida que busca familiarizar-se com um assunto ainda pouco conhecido, pouco explorado. Segundo Gil (2008) ao final de uma pesquisa exploratória é possível conhecer mais sobre determinado assunto, possibilitando a construção de hipóteses.

### 4.2 CENÁRIO DE ESTUDO

A pandemia do novo coronavírus teve impactos em todos setores da sociedade e não foi diferente na academia. Inicialmente a pesquisa seria realizada com limitação geográfica do município de Florianópolis, através de entrevistas semi-estruturadas que seriam realizadas pessoalmente. Após o início da pandemia, com a necessidade de distanciamento social e o ensino remoto na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) foi adotada uma ferramenta virtual de formulários, sendo, portanto, o ambiente virtual, o cenário do presente estudo. Neste cenário não podemos garantir que as respondentes sejam só do município de Florianópolis, uma vez que local de moradia não era um dado que constava do instrumento de coleta de dados. Destaque-se que para alguns autores o ambiente virtual apresenta vantagens, como possibilidade de conexão com maior quantidade de pessoas com menos tempo e baixo custo. Neste contexto, a partir da necessidade de isolamento social, foi adotado o cenário virtual por questões de praticidade e segurança. (FREITAS *et al.* 2004; FABIANA FALEIROS *et al.* 2016)

### 4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

As participantes da pesquisa foram 47 mulheres cis que se autodeclaravam lésbicas sendo o critério de inclusão ser maior de 18 anos e se identificar como lésbica. Mulheres cis que se autodeclararam bissexuais ou pansexuais foram excluídas da amostra.

#### 4.4 COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados utilizou-se a entrevista semi-estruturada, que abordava identificação, práticas sexuais, hábitos ginecológicos e experiências na consulta ginecológica. Foi realizada por meio de um roteiro-guia elaborado pela pesquisadora (Apêndice A). Este instrumento com a entrevista semi-estruturada foi adaptado e transcrito para o *google forms*®, iniciando pelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B). (TCLE) A respondente só conseguiria avançar nas respostas após dar o OK para o TCLE. Foi feito um primeiro contato verbal com uma mulher lésbica, amiga pessoal da pesquisadora, a qual não participou da pesquisa e se dispôs a repassar o link com o questionário *google forms*® para colegas que foram sucessivamente repassando para outras mulheres lésbicas, através da técnica de *Snowball*, também conhecida como Bola de Neve.

A técnica bola de neve serve para acessar populações de difícil acesso, invisibilizadas ou estigmatizadas, como moradores de rua, ou como nesse caso, mulheres lésbicas. Esse acesso se dá através das redes sociais de uma pessoa inicial, chamada de semente e essa semente indicará o contato de uma ou mais pessoas pertencentes a esse grupo, essas pessoas indicarão outras pessoas fazendo efeito de “bola de neve”, ao aumentar a população participante da pesquisa. Essa técnica é vantajosa ao alcançar essas populações, porém, pela forma que acontece, pessoas que se conhecem, com uma característica em comum, pode ser que tenham outras características em comum, correndo o risco de um estudo um pouco enviesado. Para evitar o risco de enviesamento, é importante que exista diversidade entre as sementes, para obter dados de populações mais variadas (JULIANA VINUTO, 2014; OCHOA, 2015; BÁRBARA COSTA, 2018).

A técnica foi adotada para alcançar o grupo almejado e as sementes foram usuárias lésbicas indicadas pela orientação, e pela estudante que motivou essa pesquisa tendo sido a coleta realizada de setembro à dezembro de 2020, obtendo-se um total de 62 respondentes, das quais 47 se identificaram como lésbicas, sendo as restantes excluídas por não atenderem ao critério de inclusão. A coleta de dados foi interrompida após a saturação dos dados.

#### 4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para análise dos dados foi adotada a metodologia de análise de conteúdo proposta por Laurence Bardin (2011), técnica metodológica aplicável em discursos diversos e a todas as formas de comunicação, onde o pesquisador busca compreender as características, estruturas ou modelos que estão por trás dos fragmentos de mensagens tornados em consideração. O esforço do analista é, então, duplo: entender o sentido da comunicação, como se fosse o receptor normal, e,

principalmente, desviar o olhar, buscando outra significação, outra mensagem, passível de se enxergar por meio ou ao lado da primeira.

Foram utilizadas três etapas básicas deste método: pré-análise, descrição analítica e tratamento dos dados, inferência e interpretação. A opção por analisar os resultados com a análise de conteúdo proposta por Bardin adveio da possibilidade de identificar tanto as ideias implícitas como as explícitas referentes à pergunta de pesquisa, utilizando para tanto o processo de dedução.

Na primeira etapa, denominada pré-análise, a execução da pesquisa bibliográfica fundamentou-se na consulta a fontes primárias e secundárias, compostas de livros, artigos publicados em periódicos nacionais e internacionais especializados, revistas e aqueles disponíveis na Internet, além de teses, dissertações e trabalhos de conclusão de curso. Nela também foi organizado o material a ser analisado com o objetivo de torná-lo operacional, sistematizando as ideias iniciais.

Na segunda etapa, denominada descrição analítica, o material foi selecionado, vindo a constituir o *corpus* do trabalho, que foi submetido aos procedimentos de codificação, classificação e categorização. A partir deste momento, deu-se a decomposição do *corpus* do trabalho em unidades menores – as unidades de análise, ou seja, unidades que contém os dados brutos agregados por características pertinentes ao conteúdo. (BARDIN, 2011).

Para esta autora, nesta fase, a análise descritiva não deve ficar no plano geral e paralelo de opiniões. Com efeito, ela avança na busca de sínteses coincidentes e divergentes de ideias ou na expressão de concepções “neutras”, não ligadas especificamente a alguma teoria. O *corpus* de trabalho, deu origem a duas categorias de análise.

Após o tratamento e a conseqüente categorização do *corpus*, este foi codificado dando origem a duas categorias de análise: Vivências na consulta ginecológica e Percepções sobre a consulta ginecológica. Estas categorias foram divididas em cinco unidades de análise que estão dispostas no seguinte quadro:

**Quadro 1** - Categorias de análise e unidades.

Vivências na consulta ginecológica	Unidade 1 – Conduta das mulheres lésbicas cis durante a consulta ginecológica
	Unidade 2 – Conduta de profissionais durante a consulta ginecológica
	Unidade 3 – Violências sofridas durante a consulta ginecológica
Percepções sobre a consulta ginecológica	Unidade 4 – Potencialidades e fragilidades da consulta ginecológica
	Unidade 5 – A consulta ginecológica ideal

Fonte: Dados da pesquisadora

Após este procedimento, deu-se a terceira etapa onde os resultados foram tratados e

analisados culminando em interpretações inferenciais a partir de uma análise crítica e reflexiva. (BARDIN, 2011).

#### 4.6 CUIDADOS ÉTICOS

O fundamento deste estudo está nos preceitos éticos determinados pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que discorre sobre a pesquisa que envolve seres humanos, em especial refere-se à autonomia, anonimato, sigilo, beneficência, não maleficência e justiça social garantindo ao participante, o anonimato, o direito de voluntariedade e desistência em qualquer momento ou etapa da pesquisa (BRASIL, 2012). Assim também, passou por aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina e foi aprovada sob o número 4.338.421.

As participantes do estudo foram esclarecidas quanto aos objetivos e métodos da pesquisa e então, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice B) no início do formulário *google forms*®. O preenchimento do questionário foi considerado aceite para participar do estudo uma vez que este inicia pelo TCLE.

No sentido de garantir tais direitos, a todos as participantes foi garantido o anonimato e assegurado o direito à desistência a qualquer tempo e o direito de não responder a qualquer pergunta que lhes trouxesse desconforto.

Os dados e materiais advindos da pesquisa serão arquivados e guardados sob responsabilidade da pesquisadora, por cinco anos, sendo após destruídos. Serão utilizados somente para fins acadêmicos, como apresentações em eventos científicos, publicação em revistas científicas e anais de eventos.

## 5 RESULTADOS

Seguindo a normativa para apresentação de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC, os resultados do presente estudo serão aqui apresentados na forma de manuscrito (artigo).

### 5.1 VIVÊNCIAS DE MULHERES CIS LÉSBICAS DURANTE A CONSULTA EM GINECOLOGIA

*Heloisa Marques Andrade<sup>5</sup>*  
*Olga Regina Zigelli Garcia<sup>6</sup>*  
*Ale Mújica Rodríguez<sup>7</sup>*

**RESUMO:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de cunho exploratório que teve por objetivo conhecer a vivência de mulheres cis lésbicas, durante a consulta em ginecologia. A coleta de dados foi realizada no período de setembro a dezembro de 2020 com 47 mulheres cis que se declararam lésbicas, captadas através da técnica bola de neve, onde as sementes iniciais foram do meio acadêmico e responderam via *google forms*® a um questionário semi-estruturado sobre sua vivência durante a consulta em ginecologia. O estudo por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos foi submetida e aprovada pelo comitê de ética da UFSC. Do tratamento do corpus do material de pesquisa foram criadas duas categorias: Vivências durante consulta ginecológica, que gerou as seguintes unidades de análise: Conduta das mulheres durante consulta ginecológica, conduta da/o profissional durante a consulta ginecológica e violências sofridas durante a consulta ginecológica. A segunda categoria: Percepção sobre consulta ginecológica deu origem as unidades da análise: potencialidades e fragilidades da consulta ginecológica e a consulta ginecológica ideal. Os resultados apontam que as participantes tem preferência por atendimento com profissionais mulheres e as práticas cisheteronormativas influenciam na formação profissional e atendimento das mulheres lésbicas, onde apesar de avanços, a falta de orientação, a discriminação e a violência ainda comprometem a qualidade do atendimento à essas mulheres.

**Palavras chave:** Lésbica. Ginecologia. Normas de gênero. Saúde da Mulher.

## INTRODUÇÃO

A ideia hegemônica de que o padrão da sexualidade é heterossexual, torna a lesbianidade foco de preconceito e discriminação por desviar do que é previsto como ideal. Na área da saúde, o efeito desse pensamento está no profissional de saúde pressupondo a heterossexualidade de mulheres cis que atende, negando a possibilidade da existência lésbica, ou somente a admitindo quando essa lésbica é caracterizada por estereótipos. Quando performam com uma expressão de gênero

<sup>5</sup> Aluna da décima fase do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC. Membro do AFRODITE

<sup>6</sup> Professora do Departamento de Enfermagem da UFSC. Pesquisadora do AFRODITE. Orientadora

<sup>7</sup> Médico, Doutor em Saúde Pública. Pesquisador do AFRODITE. Co-orientador.

estereotipada para lésbicas cis (atribuída ao masculino) as mulheres não são identificadas como lésbicas e, sendo invisibilizadas, suas demandas específicas no atendimento em saúde não são detectadas. Ainda que detectadas como lésbicas ou que se identifiquem como tal, profissionais da saúde carregam percepções distorcidas sobre a sexualidade lésbica, que vão influenciar diretamente em sua conduta durante o atendimento em saúde, como por exemplo, a ideia de que mulheres lésbicas não correm risco de transmitir ISTs por não fazerem sexo com penetração com homens cis.

O sexo, o corpo, o gênero e a sexualidade são atravessados pela heterossexualidade compulsória e cisheteronormatividade. Entende-se heterossexualidade compulsória como sendo a predeterminação da heterossexualidade como intrínseca e natural ao ser humano (RICH, 1980), enquanto a cisheteronormatividade opera como estrutura e/ou instituição que determina que mulheres tenham vagina, sejam delicadas, puras, sentimentais, tenham desejo materno, cabelos longos, poucos pelos no corpo e cumpram papel inferior ao homem, enquanto os homens devem ter pênis, ser agressivos, ambiciosos, cumprir papel de provedor e dominador, ter pelos no corpo e cabelos curtos. Segundo estas normas, essas duas categorias devem se relacionar afetivo-sexualmente exclusivamente uma com a outra, já que são complementares. A heterocisnormatividade coloca o homem como superior à mulher, está em todos os setores da sociedade e trata tudo o que foge à essas normas como imoral ou subversivo (BERLANT; WARNER, 1993).

Na cultura ocidental a mulher cis lésbica ocupa um local de pelo menos dupla opressão, por ser mulher e por não ser heterossexual. Ao não se relacionar com homens, não cumpre o papel social nem de mulher e muito menos de homem, já que para ser mulher, deve servir e se relacionar com homens e para ser homem deve ter corpo, sexo e comportamento de homem (WITTIG, 1992). Ao não se encaixar nesta visão binária e polarizada de ser/estar no mundo a lésbica sofre com a invisibilidade, uma forte ferramenta da estrutura cisheteronormativa que tenta ‘manter a ordem’ e colocar esse grupo à margem da sociedade (BARBOSA *et al.*, 2014). Essa invisibilidade não é recente e reflete no apagamento da existência lésbica e também na indiferenciação no atendimento de saúde de mulheres cis heterossexuais.

Além da invisibilidade, há o imaginário cisheteronormativo em torno da lesbianidade, que busca através de crenças justificar o porquê de algumas mulheres “se tornarem” lésbicas, essas justificativas incluem pressupostos como terem sofrido traumas emocionais ou sexuais com homens, ou não serem atraentes o suficiente, ou não terem conhecido um homem que as fez mulheres de verdade. Essa percepção androcêntrica das mulheres cis lésbicas, chega até o consultório ginecológico também, seja com a crença de que se não há pênis envolvido não é sexo, ou de que a lesbianidade é somente uma fase, o que acaba por acarretar a negligência no atendimento das demandas de saúde destas mulheres. (TOLEDO, FILHO, 2010; RICH, 1980).

A saúde, é direito fundamental previsto na constituição e conforme o Sistema Único de Saúde (SUS), deve ser assegurada pelo Estado de forma universal, integral e igualitária (BRASIL, 2010). Contudo, a integralidade e equidade da saúde de lésbicas cis fica comprometida por conta da sua invisibilização. A área da saúde da mulher por estar atrelada à sexualidade é uma área que enfrenta grandes desafios, já que a prática profissional enviesada pelo preconceito, pode causar discriminação. Essa discriminação, que aqui chamaremos de lesbofobia, já que é direcionada às lésbicas, pode repercutir em danos à saúde física, mental, moral ou espiritual, levando à violência física ou emocional e podem ter diversas faces. (MINAYO E SOUZA, 1997).

As mulheres lésbicas seguem vivenciando violências, algumas sutis, simbólicas, outras físicas e a área da saúde, que deveria acolher e assistir as necessidades de saúde da pessoa, muitas vezes também acaba por ser a geradora de violências, as mais variadas.

A motivação para a presente pesquisa, foi o relato de uma estudante, mulher cis, que durante consulta ginecológica se identificou como lésbica e percebeu que ao longo da consulta a profissional, **ginecologista mulher** (grifo nosso) seguiu se referindo “ao parceiro” dela, levando-a a se sentir constrangida ao ter que reiterar que era lésbica. Essa situação levantou um questionamento: seria essa uma situação individual, um caso isolado, ou relatos de violência em atendimento de saúde da mulher seriam comuns às mulheres lésbicas cis?

A partir deste questionamento foi elaborada a seguinte questão de pesquisa: Quais são as vivências das mulheres cis lésbicas durante a consulta ginecológica? Visando responder a este questionamento esta pesquisa tem por objetivo conhecer as vivências de mulheres lésbicas, durante a consulta ginecológica.

Ao dar voz as mulheres cis lésbicas, espera-se com este estudo contribuir para a melhoria da qualidade da assistência a sua saúde, no sentido de cumprir os princípios de Sistema Único de Saúde (SUS), em especial o de Integralidade.

## **MÉTODOS**

### **Caracterização do estudo**

Trata-se de uma pesquisa exploratória, com abordagem qualitativa.

Esta abordagem para Nietzsche e Leopardi (2011) abre espaço para compreensão sobre um problema a partir da perspectiva dos indivíduos em contato com o problema, essa abordagem pode

captar a percepção de um grupo sobre determinada situação, se adequa ao presente estudo por possibilitar a leitura de subjetividades de discursos.

### **Cenário do estudo**

O estudo que seria realizado através de entrevistas utilizando a delimitação geográfica de Florianópolis, no entanto tivemos que realizar alterações em decorrência da necessidade de segurança sanitária após início da pandemia do COVID-19. Neste sentido, o cenário utilizado foi o virtual através de uma ferramenta virtual de formulários, o *Google Forms*.® Como a informação do local de moradia não constava do instrumento de coleta de dados, não podemos determinar o local de moradia das mesmas, apesar de partir-se da suposição de que a maioria seja de Florianópolis pelo fato de termos utilizado a técnica bola de neve para captação das mulheres.

O cenário virtual que teve força e popularidade a partir da necessidade de ensino remoto, é um ambiente que apresenta vantagens como possibilidade de conexão com maior quantidade de pessoas em menos tempo e baixo custo sendo uma escolha prática e segura em condição de pandemia (FREITAS et al. 2004; FALEIROS et al. 2016).

### **Participantes do estudo**

As participantes da pesquisa foram 62 (sessenta e duas) mulheres cis lésbicas contactadas através da técnica Bola de Neve, sendo as sementes desse método mulheres cis lésbicas contatos da orientação e da pesquisadora.

A técnica bola de neve, para alguns autores, serve para acessar populações invisibilizadas ou estigmatizadas, nesse caso, mulheres cis lésbicas. Esse acesso é possível através das redes sociais de uma pessoa inicial, chamada de semente, e essa semente indicará o contato de uma ou mais pessoas pertencentes a esse grupo, essas pessoas indicarão outras pessoas fazendo efeito de “bola de neve”, ao aumentar a população participante da pesquisa. (VINUTO, 2014; OCHOA, 2015; COSTA, 2018).

Ao partirmos da autoidentificação lésbica como critério, foi necessário filtrar essas participantes, já que algumas das mulheres se identificaram como bissexuais, pansexuais ou sem rótulos.

**Critérios de seleção:** Auto identificar-se como lésbica e ser maior de 18 anos.

## Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada do período de setembro à dezembro de 2020, através de entrevista semi-estruturada aplicada virtualmente através questionário disponibilizado no *Google Forms*®. (Apêndice A) A participação da mulher na pesquisa foi mediante o aceite do Termo de Consentimento livre e Esclarecido que antecipava às questões no formulário. O encerramento da coleta de dados aconteceu a partir da saturação dos dados.

## Análise dos dados

Para análise dos dados foi utilizada a Análise de Conteúdo de Bardin. Esse tipo de análise procura obter os indicadores, quantitativos ou não, para a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção destas mensagens (BARDIN, 2011).

Foram utilizadas as três fases propostas por Bardin (2011): A pré-análise, que deu origem ao *corpus* do trabalho (entrevistas); descrição analítica onde o material foi explorado, tendo sido submetido a codificação e categorização dando origem a duas categorias de análise: Vivências durante a Consulta Ginecológica e Percepção sobre a consulta Ginecológica. Estas duas categorias deram origem as unidades de análise, presentes no seguinte quadro:

**Quadro 1** - Categorias de análise e unidades.

Vivências na consulta ginecológica	Unidade 1 – Conduta das mulheres lésbicas cis durante a consulta ginecológica
	Unidade 2 – Conduta de profissionais durante a consulta ginecológica
	Unidade 3 – Violências sofridas durante a consulta ginecológica
Percepções sobre a consulta ginecológica	Unidade 4 – Potencialidades e fragilidades da consulta ginecológica
	Unidade 5 – A consulta ginecológica ideal

Fonte: Dados da pesquisadora

Após este procedimento, ocorreu a terceira etapa, onde os resultados foram tratados e analisados culminando em interpretações inferenciais através de uma análise crítica e reflexiva. (BARDIN, 2011).

## Aspectos éticos

O fundamento deste estudo está nos preceitos éticos determinados pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que discorre sobre a pesquisa que envolve seres humanos, em

especial refere-se à autonomia, anonimato, sigilo, beneficência, não maleficência e justiça social garantindo ao participante, o anonimato, o direito de voluntariedade e desistência em qualquer momento ou etapa da pesquisa (BRASIL, 2012). Assim também, passou por aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina e foi aprovada sob o número 4.338.421.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao iniciar a apresentação dos resultados e sua respectiva discussão julgamos importante apresentar alguns dados sociográficos das mulheres cis lésbicas que compuseram a amostra.

Responderam ao instrumento 68 mulheres cis. Destas 47 mulheres cis (75,8%) se identificaram como lésbicas, enquanto 10 (16,1%) como bissexuais, 4 (6,5%) como pansexual e 1 (1,6%) se identificaram como “sem rótulos”. Tendo em vista que se identificar como bissexual, pansexual e/outra identidade que não lésbica foi um critério de exclusão, apresentaremos somente os resultados referentes às 47 mulheres cis que se identificaram como lésbicas.

A idade das participantes variou de 19 a 55 anos, sendo a idade mais frequente 25 anos (moda) e média de 30 anos. Quanto à raça, 38 (80,9%) das mulheres cis se auto-identificaram como brancas, 4 (8,5%) como pardas, 3 (6,4%) como afrodescendentes ou pretas ou negras, 1(2,1%) como latina e 1(2,1%) como indígena.

A formação acadêmica variou de ensino médio incompleto à pós-graduação, sendo mais frequente “ensino superior incompleto” com 16 das participantes (34,0%), pós-graduada, 11 (23,4%), ensino superior completo, 9 (19,1), pós-graduação incompleta, 8 (17,0%), ensino médio completo 2 (4,3%) e ensino médio incompleto 1 (2,1%).

Observa-se, portanto, que a maioria das respondentes é branca, adulta jovem, com nível alto de escolaridade. Talvez o fato da maioria ter alta escolaridade tenha a ver com a metodologia “bola de neve”, uma vez que as pessoas em sua maioria indicavam outras mulheres cis lésbicas de seu círculo de amizades.

Antes de responder ao objetivo do presente estudo julgamos importante caracterizar o perfil de práticas sexuais das 47 respondentes.

A média do início da primeira relação sexual foi 16,9 anos, enquanto a média de idade da primeira relação sexual com mulher 18,1 anos. Das participantes 28 (59,6%) teve sua primeira relação sexual com mulheres cis, e 19 (40,4%) com homem cis. Quando questionadas sobre a idade da primeira relação sexual com mulheres, a resposta variou entre 13 e 28 anos, sendo a média 18 anos.

Este dado vai ao encontro dos achados da literatura. Em um artigo intitulado “*Novas normas de entrada na sexualidade no Brasil e na América Latina*” Bozon (2005) afirma que o Brasil é o país que mais sofreu mudanças em relação ao continente, sendo a principal delas a diminuição da idade do início da vida sexual de 20,5 para 18 anos. Um dos motivos para esta mudança, segundo este autor, é a ocorrência nas últimas décadas de uma diminuição no controle estrito que pesava sobre a sexualidade feminina juvenil, o que acarretou uma diminuição na idade das mulheres no momento das primeiras

relações sexuais. Para este autor “o deslizamento para idades menores permite que hoje o conjunto das mulheres tenha uma vida sexual pré-matrimonial, pré-conjugal, enquanto que nas décadas de 50 e 60 ela era ainda um apanágio dos homens” (p. 137). Maria Teresa Heilborn (2006) acrescenta que as modificações ocorridas nos costumes sexuais e em outras formas de relacionamento juvenis, tornou o exercício de relações sexuais uma questão importante para os jovens. Sendo assim o namoro deixou de ser uma etapa preparatória para a conjugalidade e adquiriu status de etapa de experimentação afetiva e sexual. Isso se traduz na queda da idade das mulheres na primeira relação sexual. Tanto Bozon quanto Heilborn, destacam, porém, que o senso comum atribui a iniciação sexual precoce à mídia, especialmente às novelas e filmes, à exaltação da sexualidade e do erotismo. Entretanto, dados da pesquisa GRAVAD<sup>8</sup> realizada por ambos com jovens cis, mostram que os aspectos socioeconômicos e a trajetória familiar são os grandes responsáveis pela situação, principalmente entre as jovens de classes sociais menos privilegiadas.

Neste estudo, a idade relatada da primeira relação sexual com mulheres cis, foi maior do que a primeira relação sexual propriamente dita, o que vai ao encontro dos dados levantados por Toledo e Filho (2010), que em seu estudo sobre “Lesbianidades e as referências legitimadoras da sexualidade” encontraram que muitas mulheres cis tem sua primeira experiência sexual (sexarca) com homens cis, antes de se identificarem como lésbicas, porque é assim em suas redes de relacionamento da mesma faixa etária, ou seja, meninas ficam com meninos. Para os autores este fato pode ser consequência da heterossexualidade concebida como a mais legítima das sexualidades, fazendo com que a média de idade da primeira relação sexual com mulher ser maior que a média da primeira relação sexual, uma vez que 40% das lésbicas, relatou a primeira relação sexual com homens. Neste cenário, muitas mulheres, mesmo que atualmente se identifiquem como lésbicas, tiveram a tentativa de se relacionar com homens possivelmente por terem a concepção de que era o normal, o moral ou o mais correto (TOLEDO; FILHO, 2010).

Quando questionas sobre as práticas sexuais dos últimos 5 anos, 91,4% (43 delas) respondeu que faz sexo somente com mulheres cis, 3,2% (2) com mulher trans ou cis, uma respondeu que faz sexo majoritariamente com mulher cis, mas teve uma relação no período com homem cis e houve também uma resposta para “Faço sexo com qualquer pessoa que me interesse, independente de sexo ou gênero”.

Sobre o tipo de prática sexual que costumam realizar as respostas incluíram:

---

<sup>8</sup> A Pesquisa Gravada, foi um estudo multicêntrico sobre Jovens, Sexualidade e Reprodução no Brasil, realizado por Bozon e Heilborn ouviu 4.634 jovens cis, de todas as raças e classes sociais, de 18 a 24 anos tendo sido realizada pelas universidades federais da Bahia (UFBA) e do Rio Grande do Sul (UFRGS) e pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), nas cidades de Salvador, Porto Alegre e Rio de Janeiro. Artigo: Entre as tramas da sexualidade brasileira. Disponível em: <https://antigo.periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/viewFile/S0104-026X2006000100004/7602>. Acesso em 20 abril 2021

Tab. 1 – Práticas sexuais realizadas por mulheres lésbicas

<b>Prática relatada</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sexo Oral	47	100
Masturbação na parceira	46	97.8
Masturbação recíproca	40	85.1
Penetração Vaginal com objetos/brinquedos	26	55.3
Penetração Anal com os dedos	22	46.8
Penetração Anal com objetos/brinquedos	04	8.5
<b>TOTAL</b>	<b>47</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da pesquisa

Perguntadas se usam alguma proteção contra Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) 80,8% referiu não usar nada e o restante relatou uso de camisinha peniana em objetos. Nenhuma das participantes referiu uso de outros meios de proteção tais como plástico filme, luva de dedos ou protetor para língua. Os motivos alegados para o não uso de proteção contra ISTs foram: confiança na parceira; status conjugal (casamento); relacionamento monogâmico; falta de praticidade no uso dos materiais de proteção; produtos adequados para proteção são pouco acessíveis e desconhecimento dos métodos de proteção.

A justificativa de não precisar usar nenhum método de proteção por conta da confiança na parceira, ou por estar em um relacionamento aparece também em um estudo argentino que teve sua coleta de dados em 2013 com lésbicas e bissexuais, das quais 77,5% relatou não usar métodos de proteção e os principais motivos foram: parceiro estável, desconforto e incapacidade de adquirir (métodos de proteção). Um estudo brasileiro de Tobler *et al.* (2018) também mostrou que somente 28% das mulheres que se relacionam com mulheres utilizam métodos de barreira. A crença de não precisar de métodos de barreira em relações monogâmicas ou duradouras é uma crença também pertinente à heterossexualidade, porém, apesar dessa crença, o uso de método de proteção para relações com pênis (leia-se homens cis) não pode ser comparado aos métodos para sexo entre mulheres já que quando se fala de preservativos masculinos é possível se deparar com uma diversa gama e preço acessível, enquanto para o sexo entre mulheres cis, além de poucos produtos específicos, os preços são menos acessíveis (GUIMARÃES *et al.*, 2019; SILBERMAN, 2016).

*“Não é uma prática comum usar proteção entre mulheres lésbicas. Nunca usei proteção, nunca conheci alguém que usasse. As formas de proteção que existem são "enjambradas", não são desenvolvidas e pensadas para mulheres lésbicas, o que acaba tornando o sexo desagradável.” (L4).*

*“Acho que é uma falta de conhecimento sobre os preservativos, aliados à uma falta de adequação para o sexo lésbico dos próprios preservativos.” (L25)*

A percepção que está nas respostas acima não é exclusiva das participantes dessa pesquisa, é possível encontrar respostas semelhantes no estudo (In)visibilidade Lésbica na Saúde: Análise de Fatores de Vulnerabilidade no Cuidado em Saúde Sexual de Lésbicas, onde Ana Alayde Saldanha e Lima (2020) e no guia “Aprenda a se prevenir de IST’s no sexo lésbico” de Luisa Sahd (2019), é possível constatar que os métodos de proteção às IST’s para lésbicas não são específicos e pensados para lésbicas, já que são adaptações de métodos já existentes ou produtos com outra finalidade e isso influencia na adoção desses métodos nas práticas sexuais, por não passar credibilidade.

Na internet é possível encontrar dicas e orientações sobre como se proteger em sites feministas e voltados para a comunidade lésbica, no entanto os métodos são frequentemente adaptações de produtos voltados para atividade sexual (preservativo vaginal e peniano cortados ou com usos alternativos) ou produtos que não são desenvolvidos para atividade sexual como Dental Dam® por exemplo, um pedaço de látex 15 x 15 cm feito para odontologia, mas que tem se popularizado para práticas sexuais, outro exemplo são as luvas e papel filme, que recentemente tem sido contraindicados já que são materiais porosos. Atualmente o Dental Dam® é vendido no exterior já com a finalidade sexual e no cenário nacional existe a calcinha de vênus, uma calcinha de renda com látex na parte da vulva que pode ser reutilizada em até oito vezes. Ambos funcionam como método de barreira para sexo oral e contato vulva-vulva; para penetração existe possibilidade de preservativo peniano, vaginal ou luva de látex, e em brinquedos é importante trocar a camisinha quando for passar de uma parceira para a outra. É importante difundir os conhecimentos e produtos para lésbicas, mas é urgente também pensar em pesquisas de tecnologia e produtos que contribuam com a segurança do sexo entre mulheres sem comprometer a erotização ou o desempenho nas práticas sexuais, principalmente se levarmos em consideração que, como visto nas práticas sexuais das participantes deste estudo, o sexo lésbico contempla várias modalidades e tem suas práticas bem diversificadas. (SAHD, 2019; HELENA BERTHO, 2019; SALDANHA, LIMA, 2020).

Ao serem questionadas se acreditam no risco em adquirir ISTs através da prática sexual entre mulheres cis 64,7% respondeu que tem menos risco e o restante respondeu que tem o mesmo risco da prática sexual com homens. 85,1% das respondentes relatou nunca ter tido uma ISTs e as demais já tiveram. Perguntadas se sabiam a IST que tiveram e como adquiriram as respostas incluíram:

Candidíase; Papiloma vírus humano (HPV); *Ureaplasma urealyticum*. Todas responderam que adquiriam com a prática sexual.

Embora seja majoritária a crença de menor risco ao manter relações sexuais com mulheres, um estudo realizado pela Unesp que coletou dados entre 2015 e 2017, identificou em um grupo de 150 mulheres, das quais 118 se relacionaram somente com mulheres nos últimos 12 meses, foi diagnosticado em quase metade do grupo (47,3%) algum tipo de IST, sendo mais frequente o HPV, seguido de clamídia, seguidos por tricomoníase e sífilis e, com menor frequência, HIV e gonorreia. O fato desse estudo não separar lésbicas de bissexuais pode fazer com que lésbicas não se sintam ameaçadas pelo risco de IST's. Dentro do quadro lésbico é comum a culpabilização de bissexuais na transmissão de doenças por esse grupo ter relação sexual com homem cis/pênis, no entanto, deve-se considerar a existência de mulheres trans que não realizaram a cirurgia da transgenitalização e se relacionam com outras mulheres cis ou trans. Alia-se também o fato de que, como já citado, como consequência da cisheteronormatividade, muitas lésbicas terem tido relações prévias com homens cis, sendo assim é possível o sexo com pênis mesmo entre lésbicas e mesmo entre lésbicas cis, ainda que o pênis encerre em si o risco de contrair uma IST. (LIMA, SALDANHA, 2020; BERTHO, 2019; JULIANE ANDRADE, *et al.*, 2020)

A descrição analítica das entrevistas realizadas deu origem a duas categorias de análise: Vivências durante a Consulta Ginecológica e Percepção sobre a consulta Ginecológica. Estas duas categorias deram origem as seguintes unidades de análise: **Vivências durante a consulta ginecológica**: Unidades de análise: Unidade 1 – Conduta das mulheres durante a consulta ginecológica. Unidade 2 – Conduta dos profissionais durante a consulta ginecológica. Unidade 3 – Violências sofridas durante a consulta ginecológica. **Percepção sobre a consulta Ginecológica**: Unidade. 4 – Potencialidades e fragilidades da consulta ginecológica e Unidade 5 – A consulta ginecológica ideal. Sobre as quais, utilizando a terceira etapa da análise de conteúdo proposta por Bardin (2011) passaremos a fazer a inferência e interpretação.

Antes de falar sobre as categorias de análise, julgamos importante traçar algumas características do comportamento das mulheres cis entrevistadas em relação à consulta ginecológica.

Perguntadas sobre a última vez que realizaram consulta ginecológica 34% respondeu 1 ano; 19,1% há seis meses; 16,1% há 2 anos; 8,5% há 3 anos; 4,2% há 4 anos; 2,1% há mais de 5 anos. Destaque-se que 8,5% das participantes não lembram quando foram pela última e 2,1% nunca consultou com essa especialidade.

Quando questionadas sobre a frequência com que realizam a consulta ginecológica, 48,9% respondeu anual, 17% dois em dois anos, 4,2% semestralmente, 10,6% nenhuma frequência definida, 8,5% só vão quando estão com algum problema e as demais responderam que a ida a consulta

ginecológica está relacionada à melhora da condição financeira para poder pagar e/ou escolher com quem consultar, no caso profissionais mulheres.

*“Tenho medo de ser mal atendida por ser lésbica é um dos principais motivos que fez com que eu não me consultasse nos últimos anos.”*

*“Não me consulto em um ginecologista há mais de dez anos, em boa parte precisamente pelo fato de ser mal atendida por ser lésbica (medo de sofrer preconceito ou simplesmente de não receber o tratamento adequado por falta de conhecimento do profissional).”*

As consultas ginecológicas e atendimento de saúde da mulher, no caso cis, tem um papel primordial no rastreamento de câncer de mama e do câncer de colo de útero. O rastreio do câncer de mama antes dos 50 anos deve ser feito a partir da constatação da presença de nódulos ou queixas mamárias, com ultrassom das mamas e a partir dos 50 anos deve ser feito anualmente com o exame de mamografia. Já o rastreamento de câncer de colo de útero, conhecido também como preventivo ou Papanicolau, deve ser feito a partir dos 25 anos de idade anualmente e, com dois resultados seguidos negativos, pode ser feito trienalmente. Há de se considerar ainda que mulheres cis lésbicas são um grupo de evasão ao exame preventivo e devem ser orientadas da importância de realização desses exames, que deve ser realizado independente da orientação sexual, lembrando que o câncer de colo de útero, causado pelo vírus HPV, tem o maior índice de prevenção e cura se diagnosticado previamente (INCA, 2015; INCA, 2019; WHO, 2013; FLORIANÓPOLIS, 2016).

A maioria relatou ter preferência por profissional mulher no atendimento, 19 (40,4%) das participantes respondeu “mulher”, 18 (38,2%) selecionou “só vou se for mulher”, 8 (17%) respondeu “tanto faz” e duas (4,2%) responderam “homens”. Questionadas do porquê de suas preferências em relação à identidade de gênero do profissional para consulta ginecológica as respostas para quem escolheu profissionais mulheres incluíram: conforto, se sentir mais à vontade com mulheres, medo de profissionais homens, experiências prévias ruins com profissionais homens, medo da lesbofobia, crença de que os homens desconhecem experiência feminina/lésbica, maior empatia, compreensão e sensibilidade das profissionais mulheres. Aqueles que preferem profissionais homens não justificaram sua opção.

*“Acho mais confortável consultar com uma médica mulher. Não me sinto confortável com homens de maneira geral.” (L3)*

*“Medo de sofrer violência com algum homem.” (L13)*

*“(…) Além de saber que elas irão me tratar de uma forma mais semelhante, pois compartilhando corpos parecidos anatomicamente.” (L46)*

*“(…) Os homens, são mais propensos a comportamentos lesbofóbicos também. (L16)*

*“Não tenho tempo para dialogar sobre meu corpo com nenhum macho.” (L12)*

"Me sinto mais à vontade e menos invadida." (L4)

A preferência pelo atendimento com mulheres pode ser encontrada em alguns outros estudos tanto nacionais quanto internacionais, no entanto dependendo do estudo há proporções maiores do grupo que “não tem preferência por gênero”. Uma metanálise feita com estudos do mundo todo, demonstrou que 8,3% das pacientes investigadas preferiu um médico do sexo masculino, 50,2% relatou preferência por médica mulher e 41,3% não indicou preferência por gênero. Em outro estudo, realizado no ambulatório de ginecologia da Universidade de Brasília (UnB), os dados demonstraram que na marcação de primeira consulta em ginecologia a preferência variou entre as faixas etárias, sendo em todas as faixas etárias comum não ter preferência por algum gênero, enquanto a preferência por homens foi menor nos três faixas etárias, tanto a geração mais jovem (idade entre 12-34 anos). Em pacientes acima de 55 anos houve uma preferência maior (22,5%) por uma médica ginecologista. Pelo fato de a UnB ser uma universidade pública, em que os atendimentos médicos são gratuitos, isso pode ter influenciado na grande proporção (entre 74% e 80%) que “não tem preferência por gênero”. Na presente pesquisa a preferência por mulheres (escolha “mulher” ou “só vou se for mulher”) soma 78,6% das participantes, um número bem superior aos estudos citados, onde, é importante destacar, o critério de inclusão era ser mulher e não somente mulheres cis lésbicas como na presente pesquisa, na qual em sendo lésbicas possivelmente sofrem uma dupla camada de opressão, fazendo que prefiram ainda mais ser atendidas por mulheres (TOBLER *et al*, 2016; WANDERLEY, SOBRAL, 2017).

Ao pensar nas justificativas para preferência por médicas mulheres, relatadas por nossas entrevistadas, é possível identificar respostas que falam de medo de homem, segurança/confiança com mulheres e experiências ruins anteriores, o que indica que as violências sofridas fora do consultório, o assédio na rua e o preconceito, refletem na escolha do gênero do profissional. Esta análise é reforçada pela fala da psicóloga Daiane Daumichen em entrevista concedida à Universa UOL em reportagem sobre preferência de gênero na escolha do profissional, segundo a qual, mesmo que essas mulheres não sejam vítimas de abusos com médicos, há influência do meio que vivem e de outros assédios sofridos, o que faz com que estar em um local íntimo com homem, ainda que um profissional da saúde, possa gerar gatilhos. Neste contexto, destacamos ainda que pesquisas sobre notificações de violência da comunidade LGBT indicam que a maioria é causada por homens. (LAURA REIF, 2019; WITTIG, 1992; ISABELLA PINTO, *et al.*, 2020).

As outras respostas, que falam de empatia, sensibilidade e compreensão, podem estar relacionadas com o que Rich chamou de *continuum* lésbico, uma experiência de solidariedade entre mulheres, que não está necessariamente relacionada ao erótico, afetivo-sexual, mas às relações entre mulheres como relações de resistência e que podem trazer conforto e segurança, já que há sororidade

e solidariedade entre experiências vividas. Quanto à resposta de não dar acesso ao próprio corpo à um macho, ou de se sentir menos invadida com mulheres, há a possibilidade de histórico de violência, mas também é possível relacionar à libertação lésbica quanto ao patriarcado, sistema em que foram por tanto tempo “propriedade/escravas” e agora preferem romper com todos os vínculos, mesmo que profissionais (WITTIG, 1992; RICH, 2010).

A possibilidade de escolha de um profissional homem ou mulher pode ser um privilégio de quem usa serviço privado ou de cidades onde o SUS é mais estruturado. Como a rotina de cuidados ginecológicos é importante e não deve ser descartada, a mulher pode solicitar a realização do exame com profissional mulher ou que durante o exame especular, tenha a presença de uma mulher no consultório. A prática de uma profissional mulher no consultório em exames ginecológicos quando com profissionais homens é algo que vem acontecendo no serviço de atenção básica no município de Florianópolis, no entanto, é algo que o profissional adota mais para se proteger de uma possível denúncia de assédio, mas não protege a mulher de outras formas de violência que podem ocorrer dentro do consultório. Há de se considerar ainda que não só homens reproduzem comportamentos e falas lesbofóbicas, mas também profissionais de saúde mulheres.

A seguir passaremos a discussão das três categorias de análise, na busca de responder ao objetivo geral da pesquisa: Conhecer as vivências de mulheres lésbicas, durante a consulta ginecológica.

## **1. Vivências durante a Consulta Ginecológica**

### **Unidade de Análise 1 – Conduta das mulheres durante a consulta ginecológica**

Perguntadas sobre sua conduta durante a consulta 74,4% relatou sempre revelar sua orientação sexual; 57,4% pergunta sobre exame preventivo de câncer de colo e de útero; 23,4% pergunta sobre prevenção de ISTs e aids; 23,4% sempre revela sua identidade de gênero; 19,1% revela sua orientação sexual dependendo do/a profissional; 6,1% faz qualquer outra pergunta relativa a sexualidade. Uma das respondentes respondeu “*não pergunto muito, mas revelo tudo que é perguntado*” (L3), uma respondeu “*Eu não revelava, porém tomei a decisão de revelar sempre agora pois acredito que talvez ocorra um tratamento diferenciado*” (L40).

O histórico médico ou de enfermagem colhido durante a anamnese surge geralmente no início do vínculo usuária-profissional e serve como um panorama sobre a pessoa que está buscando atendimento. Esse histórico de enfermagem capta dados desde endereço até crença religiosa buscando também determinantes sociais de saúde no contexto do/a paciente. No entanto, esse histórico além de frequentemente tratar sexo e gênero como se fossem o mesmo, trazendo desconforto para população

que foge à cisnorma, não costuma questionar orientação sexual. A orientação sexual e o gênero trazem impactos na saúde do sujeito e a mulher lésbica sofre esses dois impactos que podem estar somado à outras intersecções como raça, classe social, deficiência física, entre outras. No protocolo de enfermagem da prefeitura de Florianópolis, orientação sexual só surge como questão a ser abordada em caso de queixa de corrimento (FLORIANÓPOLIS, 2016).

Em um estudo da pesquisadora Nádia Elisa Meinerz (2009), denominado “Método cem por cento garantido, Práticas de sexo seguro nas relações homoeróticas entre mulheres de segmentos médios em Porto Alegre”, foi constatado que algumas participantes não identificam sua orientação sexual por não se sentirem à vontade em fazê-lo, enquanto outras revelam para diminuir a lista de perguntas que elas entendiam não lhes dizer respeito e das doze participantes da pesquisa duas responderam que tiveram a iniciativa de contar ao médico por julgar importante que o profissional soubesse do seu envolvimento com mulheres enquanto outra das participantes revelou que teve de contar por receber prescrição de medicação que se estendia ao parceiro. Para a autora, essa atitude das lésbicas contribui para sua invisibilidade. Por outro lado, é sabido que alguns profissionais pulam etapas da consulta quando sabedores de ter a sua frente uma paciente lésbica. Em estudo semelhante Knauth (2009), concluiu que é possível que essas mulheres não revelem serem lésbicas para receber uma consulta mais integral, ainda que com cuidados nem sempre direcionados a elas.

Indo contra o pensamento de Meinerz (2009), culpabilizar a lésbica pela sua invisibilidade, tira o peso da responsabilidade do profissional da saúde em investigar através do histórico aspectos da vida da paciente. Para avançar nessas questões, as instituições devem incluir no histórico médico ou de enfermagem a orientação sexual, já que assim não dependerá da paciente, revelar sua orientação sexual evitando-se também que se presuma a sua orientação sexual. Para Vilella (2014), inserir isso no protocolo é dar visibilidade à sexualidade da mulher, como elemento integrante da mente-corpo. Assim como aspectos como a religião estão dispostas nesses históricos, é necessário pensar na sexualidade como também uma das dimensões do ser. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Travestis e Transexuais recomenda a inserção de identidade de gênero e orientação sexual nos prontuários, sistemas de informação em saúde e formulários (2012) e a melhor forma de adicionar esses dados é questionando direto ao paciente.

Mello & Fernandes (2017) no Guia de orientações básicas sobre gênero, deficiência e acessibilidade trazem uma questão que pode ser adaptada para essa situação. Os autores sugerem que palestrantes do evento sempre questionem se tem alguém com deficiência na sala ou no auditório. Como justificativa afirmam: “Não é politicamente incorreto perguntar se há alguma pessoa com deficiência na sala. Politicamente incorreto é levar adiante uma sessão pressupondo que todas as pessoas têm as mesmas capacidades e necessidades educacionais!” (p. 6-7), Da mesma forma no atendimento em saúde o profissional deve incluir a questão da orientação sexual e de gênero ao colher

o histórico. Ou seja, não é incorreto questionar a orientação sexual e sim presumir que todos sejam heterossexuais, no aguardo de quem não for se identificar prontamente.

### **Unidade de Análise 2 – Conduta da/o profissional durante a consulta ginecológica**

Sobre a atitude do profissional durante as consultas, 65,9% respondeu que o profissional encaminhou ou realizou exame preventivo de câncer de colo e de útero; 63,8% foi perguntada sobre suas práticas sexuais, 40,4% foi orientada sobre prevenção de ISTs e HIV; 38,2% recebeu algum tipo de orientação para prevenir gravidez; 68,2% não foi perguntada sobre sua sexualidade; 10,6% recebeu orientação sobre práticas sexuais.

Quando questionadas sobre as orientações que receberam, somente três participantes responderam e as respostas foram as seguintes:

*“Orientação para mulher hétero.” (L40)*

*“Orientou para o uso de preservativo, mesmo sendo lésbica, orientou como não transmitir HPV para minhas parceiras, orientou sobre todos os procedimentos de cuidados ginecológicos” (L47)*

*“Quando conto ser lésbica há todo tipo de reação, o mais comum é o silêncio.” (L3)*

A cisheteronorma faz com que o profissional presuma a orientação sexual da usuária, conforme visto, essa presunção errônea pode ser evitada com a inclusão deste questionamento no histórico. Como nem toda mulher identifica a sua orientação sexual para o profissional, há a (grande) possibilidade de o profissional seguir a consulta com o pressuposto da heterossexualidade dando orientações pertinentes a esse grupo, mas há também a situação da lésbica se identificar como heterossexual, para não sofrer violências. A cisheteronormatividade como estrutura transversal, acomete diversos setores, incluindo pesquisas, as áreas de conhecimento e as instituições que formam esses profissionais. A consequência é uma formação despreparada para tudo o que foge à cisheteronorma, ou não sabendo como agir frente a uma revelação de lesbianidade/homossexualidade ou, como no relato motivador desse estudo, segue a consulta se referindo à um parceiro, pela situação da “parceira” não estar no *script*.

Os presentes achados estão de acordo com um estudo realizado pela enfermeira e pesquisadora Luciane M. de Araújo *et al.* (2019) com os profissionais de saúde do município do Rio de Janeiro. O estudo indicou que alguns profissionais reconhecem que partem do pressuposto de que a mulher é heterossexual oferecendo orientações direcionadas para mulheres heterossexuais e há relatos de profissionais que identificam a orientação sexual através da expressão de gênero, deduzindo que mulheres masculinizadas sejam lésbicas, mesmo quando essas falam que tem marido, enquanto

lésbicas sem características estigmatizadas, são tratadas como heterossexuais. Essas distinções estão relacionadas ao binarismo que classifica as coisas dentro do masculino/feminino, porém está sujeito a falhas, já que a expressão de gênero não está necessariamente ligada à orientação sexual e, se adotado tal critério, muitas lésbicas que não tem expressão de gênero masculino podem continuar sem atendimento adequado a sua realidade, o que resulta na violação do direito à saúde prestado à essa pessoa.

A enfermeira Josefa Eliziana B. Crispim *et al.* (2018) juntamente com colegas elaborou um protocolo de atendimento para a mulher lésbica e bissexual, destacando que a mulher bissexual, por ter ou ter tido relações sexuais com homens, pode ter hábitos referentes à saúde ginecológica diferentes das lésbicas. O profissional, após questionar sobre orientação sexual, deve lembrar a mulher da importância de ela estar ali e que ser lésbica não a isenta de riscos, podendo inclusive pedir para que compartilhe isso com amigas e companheiras. Segundo o protocolo, o profissional deve fazer requisição de exames sorológicos anualmente ou após relação desprotegida ou diante do aparecimento de algum sintoma suspeito. É importante a orientação para que a parceira também realize esses exames. Para orientar sobre proteção na atividade sexual o profissional deve questionar sobre as práticas e os conhecimentos acerca da temática, lembrando os riscos de cada uma e orientando sobre a forma de transmissão de ISTs/Aids. A rotina de exames de rastreio de câncer de colo de útero e de câncer de mama não podem ser descartados para essas mulheres. (CRISPIM *et al.* 2018).

É importante destacar que o exame citopatológico de colo de útero, deve ser realizado com a mesma frequência que em mulheres cis heterossexuais, tendo o cuidado de avaliar o tamanho de espéculo mais adequado para a mulher já que neste momento da consulta são conhecidas práticas de penetração ou não. Como esse é um procedimento que causa medo e certa ansiedade nas mulheres cis é importante narrar o passo a passo do procedimento, o que tende a reduzir a ansiedade. A/O profissional deve estar atenta/o às queixas mamárias, considerando os fatores de risco que podem estar associados: tabagismo, uso excessivo de álcool, obesidade e nuliparidade. Embora os estudos, a exemplo do *Clinical Care of Lesbian and Bisexual Women for the Obstetrician Gynecologist*, apontem não haver diferença significativa da incidência de câncer de mama, em mulheres cis bissexuais e lésbicas, quando ocorre, este tipo de câncer é mais fatal em lésbicas que em heterossexuais, por terem diagnósticos mais tardios e, portanto, com o câncer em estágio mais avançado. Importante lembrar também que a temática da maternidade deve estar presente na consulta, questionando se há interesse. Quando presente, a orientação deve ir no sentido de opções seguras e retirada de dúvidas que possam surgir sobre adoção, inseminação artificial ou caseira. No caso da mulher cis lésbica não ter interesse na maternidade, reforçar orientações de contracepção: uso da

camisinha quando tiver relação sexual com pênis e, caso não tenha utilizado preservativo ou desconfie de gravidez, oferecer teste e contracepção de emergência. Nesse aspecto, é necessário lembrar da possibilidade de relação sexual tanto com homens cis, quanto com mulheres trans. (MCCUNE, IMBOREK, 2018; PINTO, 2014).

A temática da maternidade é vista por muitas lésbicas como uma temática heterossexual e, mesmo que soe inconveniente, é importante orientar sobre práticas seguras e contracepção. No entanto, uma vez que dentro de uma população lésbica e bissexual, 31% dessas mulheres já engravidaram, sendo algumas mais de uma vez, a possibilidade da gravidez deve ser abordada, tanto no desejo de maternar quanto aos aspectos da contracepção. A importância dessas orientações está relacionada ao risco de gravidez indesejada levantados pelas pesquisadoras Bethany G. Everett *et al.* (2017) que compararam a proporção de gestações indesejadas entre mulheres cis heterossexuais, lésbicas e bissexuais, identificando maior proporção entre minorias sexuais. Destaque-se que segundo pesquisa realizada em um campus universitário pela pesquisadora Heather D. Blunt-Vinti (2018), a gravidez indesejada entre mulheres cis lésbicas foi relacionada com a utilização maior à utilização de métodos contraceptivos menos efetivos e falta de conhecimento sobre os métodos.

### **Unidade de análise 3 – Violências sofridas durante a consulta ginecológica**

Perguntadas sobre eventuais violências sofridas durante a consulta ginecológica (63,3%) relatou não ter sofrido violência durante o atendimento. As demais citaram violências que incluíram: experiências negativas relacionadas ao exame preventivo de câncer de colo uterino; negligência quando a/o profissional soube que se relacionavam com mulheres; tratamento diferenciado que incluiu discriminação e/ou preconceito; assédio.

*“Na hora que falei q era lésbica, antes do exame, ele só revirou os olhos e fez cara feia mesmo, não considero violência, mas foi bem desagradável, eu só continuei porque precisava fazer o preventivo” (L6)*

*“Não sei se entraria nessa classificação, mas já me senti desconfortável quando, ao revelar minha sexualidade para a ginecologista e pedir descrição (pois ela era a mesma médica de minha mãe e avó) ela agiu com descaso e perguntou por que eu ainda não tinha me assumido para a família.” (L7)*

*“Quando atendida por um médico homem informei ser lésbica e nunca ter me relacionado sexualmente com homens, ele não deu importância e fez um exame usando um bico de pato, forçando por completo, senti muita dor e constrangimento e quando me queixei ele respondeu que era bobagem.” (L8)*

*“Porque na última vez, fui atendida por um ginecologista homem, no HU setor de estudantes e o ginecologista foi extramente estúpido e mesmo eu falando que era lésbica e que não tive relações com homens,*

*ele fez os exames intravaginais de forma tão agressiva, que sai sangrando da consulta” (L15)*

*“Já, o médico ginecologista se negou a me examinar e disse que a minha vinda até o consultório era desnecessária, pois eu não havia tido “penetração” então o que eu tinha feito não era sexo.” (L20)*

*“A única vez que fui atendida por um homem já tinha iniciado minha vida sexual, mas não com penetração. O exame que ele realizou acabou rompendo meu hímen.” (L27);*

*“Sim! Vivem ignorando o fato de eu ser lésbica. Não falam de ISTs, já não quiseram me atender mais por ser lésbica. Ignoram quando pergunto sobre fertilização” (L28)*

*“Violência moral, quando a médica disse para eu voltar lá quando começar a fazer sexo com homens, porque sexo com mulheres não é sexo de verdade” (L34).*

Nos relatos surge de forma repetida (más) experiências vivenciadas durante o exame preventivo de câncer de colo uterino (também conhecido como exame de Papanicolau) e a ideia cisheteronormativa sobre sexo e penetração. O exame preventivo de câncer de colo de útero consiste na introdução de um espécuro no canal vaginal com posterior abertura do mesmo para melhor visualização. Esse espécuro (chamado por muitas mulheres de “bico de pato”) tem diferentes tamanhos e deve se partir de um tamanho menor para o maior para a coleta de material, para o exame que consiste na raspagem com uma espátula de *Ayre* do colo do útero e inserção de uma escovinha (escova de Campos da Paz) no óstio (orifício externo do colo uterino). O material colhido na escovinha e na espátula é colocado em uma lâmina e enviado para análise laboratorial. O exame especular, no qual que se insere o espécuro no canal vaginal também é utilizado diante de relatos de corrimentos. Esses procedimentos podem proporcionar angústia, medo e ansiedade na mulher cis. Tamanho de espécuro inadequados podem gerar dor, principalmente em mulheres cis que não possuem atividade sexual que envolva penetração. Para evitar este problema, é necessário que antes do exame propriamente dito, se colha uma boa história junto à mulher cis, buscando identificar minimamente paridade, vias de parto, práticas sexuais em especial as que envolvem penetração vaginal, aspectos estes que vão direcionar na escolha do tamanho do espécuro. Só após este histórico é que se deve encaminhar a mulher para mesa de exames. Neste momento é necessário que a/o profissional proporcione privacidade, orientação antes e durante sobre que será feito visando diminuição da ansiedade da mulher. Como é um procedimento que pode ser traumático, é importante que todas estas medidas sejam tomadas e seja esclarecido para o paciente a importância da realização desse exame.

Apesar da compreensão de que é um exame carregado de angústia para muitas mulheres cis, alguns profissionais negligenciam essa rotina, enquanto outros em sua prática deixam que o procedimento seja atravessado por crenças e valores cisheteronormativos e preconceito. É possível

encontrar achados em outros estudos que desconsideram a prática sexual entre mulheres cis, ignorando-as enquanto atividade sexual, considerando somente como sexo legítimo ato sexual com penetração de pênis. Esta visão ignora a diversidade que há nas práticas sexuais lésbicas, onde por exemplo nesse estudo, 97% das participantes relata ter prática de penetração vaginal com os dedos e 79,7% relatou praticar pelo menos cinco tipos de práticas sexuais. Considerar como atividade sexual somente a que envolve penetração com o pênis, é sem dúvida, uma forma de negligenciar o pleno atendimento às necessidades de saúde de lésbicas (RABELLO, 2013; ARAUJO; 2019).

Como visto, é possível identificar nos relatos das mulheres cis lésbicas do presente estudo, episódios de violência física e moral que permeiam sua experiência em um consultório ginecológico. Essas violências, embora nem sempre instantaneamente danosas, contribuem na formação de traumas e podem fazer com que essas mulheres, que já tem evasão dos cuidados ginecológicos, se afastem ainda mais, resultando não só em danos psicológicos, mas também físicos à medida em que não fazem um bom acompanhamento de sua saúde sexual e reprodutiva. Essas atitudes profissionais são reflexos de violência estrutural e institucional contra mulheres lésbicas, já que induzem a opressão e negam direitos (à saúde). Com seu acesso limitado por estas e outras questões, torna as mulheres lésbicas vulneráveis ao sofrimento físico e emocional colocando em risco suas vidas. (MINAYO E SOUZA, 1997; MINAYO, 1994; CFEMEA, 2014).

Para Luiza D. Soler (2017), lésbica que escreveu sobre sua experiência em uma consulta ginecológica em um hospital universitário onde teve exames de rotina ignorados, o preconceito mesmo entranhado pode ser silencioso. No entanto, pode não ser tão silencioso assim como mostra o estudo “Diversidade sexual e homofobia no Brasil”, realizado em 150 cidades brasileiras com 2.014 pessoas, onde 90% dos entrevistados concorda que exista preconceito contra LGBT no Brasil, 58% concorda que “a homossexualidade é um pecado contra as leis de Deus” e 84% dos entrevistados concorda totalmente com a frase “Deus fez o homem e a mulher com sexos diferentes para que cumpram seu papel e tenha filhos”. Perguntados ainda o que achavam da frase “os governos deveriam ter a obrigação de combater a discriminação contra homossexuais, bissexuais, travestis e transexuais”, 70% concordou que “isso é um problema que as pessoas têm de resolver entre elas”.

Essas percepções demonstram que, se por um lado, existe um tabu que ainda paira sobre questões relacionadas à sexualidade, por outro, há resistência da sociedade em combater esse preconceito, o que aponta para o não reconhecimento da homofobia como um problema público. Neste cenário, esses grupos não são vistos como sujeitos de direito. Pode-se dizer que a lesbofobia está ancorada em duas violências que tendem a acontecer simultaneamente: a homofobia e a violência de gênero, o que torna este grupo mais vulnerável à violência, violência está que tanto mais ocorre,

quando mais invisível é a lesbianidade para a cisheteronormatividade. (RODRIGUES, 2013; PRADO & JUNQUEIRA; 2011).

Uma falha da presente pesquisa foi não constar na entrevista questionamento se houve denúncia das violências sofridas, pois é sabido que embora os números de notificações com população LGBT sejam crescentes, ainda há subnotificação. Pinto *et al.* (2020) ao pesquisarem o perfil das notificações contra grupos LGBT no Brasil, constataram que as notificações de violência contra lésbicas aumentaram 49,3% (2.177 para 3.251) entre os anos 2015 e 2017. Para os autores da pesquisa esse número é referente aos casos de violência que chegam nos estabelecimentos de saúde e a subnotificação pode ser decorrente do fato de que nem toda violência precisa de atendimento de saúde e também por preconceito ou dificuldade na comunicação da/o profissional com a mulher principalmente em questionar sobre a orientação sexual. A notificação desses casos tem papel importante para se pensar em programas e ações de combate dessas situações.

## **2 - Percepção sobre a Consulta Ginecológica**

### **Unidade de Análise 4 - Potencialidades e Fragilidades da Consulta Ginecológica**

Quando solicitadas a responder o que consideram que está bom no atendimento ginecológico à saúde da mulher cis lésbica 25,8% respondeu que “nada” está bom, 19,3% referiu ter percebido melhoras de um tempo para cá; 19,3% respondeu que não percebe diferença entre o atendimento de heterossexuais e lésbicas. Para aquelas que responderam estar bom, a justificativa é de que a profissional é legal; de que o atendimento do SUS é ótimo e de que percebem como positiva a autonomia da enfermeira que atua na saúde da mulher.

*“Algumas médicas são gentis, apesar de não conhecer o assunto.”  
(L18)*

*“Eu gosto da atenção que o SUS proporciona. O SUS é maravilhoso!!*

*“Gosto dos protocolos seguidos e gosto da autonomia da enfermeira perante a saúde da mulher.” (L20)*

*“Quando se trata em saúde da mulher está bom” (L29).*

A percepção de melhora no atendimento pode ser proveniente, tanto da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBT) que surgiu como norte na promoção dos direitos à saúde para grupos LGBT como também da inclusão de estudos de sexualidade, gênero e diversidade sexual em escolas da saúde, a exemplo do curso de graduação em enfermagem da UFSC, onde Corpo, Gênero e sexualidade passaram a fazer parte do currículo como disciplina obrigatória desde 2004, possibilitando um olhar para as questões da diversidade sexual na

formação de futuros enfermeiros. No entanto as escolas de saúde que agregaram este conhecimento em seu processo formativo ainda são minoria, prevalecendo ainda a visão cisheteronormativa.

Ao serem questionadas sobre o que está ruim no atendimento às mulheres lésbicas, as respostas incluíram a falta de formação dos profissionais sobre lesbianidade e/ou orientação sexual; a falta de informações/orientações durante a consulta direcionadas para mulheres lésbicas; condutas cisheteronormativas; preconceito, tratamento desigual e/ou violência.

*“Percebo desconhecimento de como me atender pela minha orientação sexual” (L 28)*

*“As pessoas não tem noção e pior, não se interessam no nosso cuidado e sim nas suas curiosidades sobre a gente.” (L12)*

*“Está ruim que ainda passemos por tantas violências por quem, justamente, deveria nos acolher em um momento tão íntimo e delicado. Está ruim conversar com muitas amigas e ver que elas acham que não precisam fazer consulta Ginecológica. Está ruim ficarmos focando nas ISTs e formas de prevenir, quando na verdade não estamos tão preocupados assim com o sexo oral hetero. A preocupação de usar métodos de barreira parece vir só de pessoas que fazem sexo vulva- vulva, quando na verdade deveria ser de todes. Parece que preocupam nossa cabeça com coisas impossíveis de serem feitas na prática, como se quisessem higienizar nossa prática sexual. Entendo a importância e a preocupação, mas me questiono por que não vejo essa preocupação toda com o sexo hetero.” (L30),*

*“Não é o meu caso, mas escuto minhas amigas falarem que existe um certo receio na abordagem de assuntos relacionados a sexualidade” (L32)*

*“Não somos objetos de desejos sexuais! Na verdade, falta preparo dos profissionais em lidar com mulheres que não querem Ser mães.” (L44)*

*“Sempre que falo ser lésbica, as médicas ficam sem reação ao meu ver, pois não instruem em nada específico” (L46).*

Como se pode perceber a falta de informação por parte de profissionais da saúde e o preconceito, ancorados da estrutura cisheteronormativa na qual estamos inseridos e que norteia a formação destes profissionais, ocasionando invisibilidade para questões da diversidade sexual, podem ser fatores desencadeantes de violências no atendimento ginecológico de mulheres cis lésbicas.

Neste cenário os achados da presente pesquisa vão ao encontro de outros estudos, nos quais os profissionais reconhecem a falta de conhecimento para atendimento da população LGBT pela ausência deste conteúdo em seu processo formativo, ao mesmo tempo em que a população lésbica, relata que após o desafio de assumir sua orientação sexual, encaram um segundo desafio: o de não terem respostas para suas perguntas. (RABELLO, 2013; ARAUJO, 2019; SOLER, 2017; FERNANDES *et al.* 2018).

Para Fernandes *et al.* (2018, p. 41) “pode-se perceber o caráter político dessa ausência de informação, que reforça a invisibilização dos corpos, sexualidades e afetos de mulheres e também

de

nós lésbicas.” Neste cenário, o acesso ao conhecimento sobre práticas sexuais seguras e transmissão de IST's/Aids se dá entre os próprios grupos de mulheres lésbicas, de maneira frequentemente informal ou independente. Por outro lado, profissionais e gestores, sentem-se tranquilos em justificar que não atendem de forma integral contemplando à saúde lésbica por “falta de informação” no processo formativo, mesmo atualmente, a era da tecnologia em que vivemos, permita o acesso à informação de maneira rápida. Neste sentido não se pode continuar aceitando este argumento que faz da questão um problema auto justificável: “não sei por quê não tenho informação” / “não tenho informação por que não foi produzida a informação” / “não posso produzir informação por que não tenho informação”, logo é necessário abraçar o conhecimento existente e dar as mãos para quem produz esse tipo de conhecimento.

### **Unidade de Análise 5 – A consulta ginecológica ideal**

Questionadas sobre sugestões para melhoria do atendimento ginecológico às mulheres cis lésbicas 53,5% propôs a formação e capacitação de profissionais sobre diversidade sexual e saúde para um atendimento pautado em informações sólidas. As demais sugestões incluíram a melhoria no acolhimento; maior empatia; atendimento específico para as necessidades da mulher cis lésbica; que o profissional sempre pergunte a orientação sexual de sua paciente sem pressupor a heterossexualidade para todas as mulheres.

*“Gostaria que a consulta fosse também um espaço de escuta humanizado, sem a arrogância do suposto saber médico” (L29)*

*“Quando penso no atendimento que gostaria de receber, imagino uma consulta em que, em primeiro lugar, a médica não parta do princípio de que eu sou heterossexual --ou seja, um atendimento em que, logo de cara, eu já possa informar minha orientação, para evitar qualquer tipo de constrangimento. Gostaria de receber informações principalmente sobre ISTs e auto-cuidado.” (L32)*

*“Não presumir que uma mulher é hetero só porque ela performa feminilidade. Não presumir que ela não faz sexo com pênis porque não performa feminilidade. Não presumir que ela não precisa de exame preventivo porque não faz sexo com pênis ou porque não performa feminilidade. Não ignorar quando uma paciente diz que é lésbica e continuar a consulta como se nada tivesse acontecido. NÃO PRESUMIR QUE NÃO QUEREMOS SER MÃES! Considerar que a mãe não-gestante pode sim querer amamentar e orientá-la quanto aos métodos de indução da lactação. Manter-se informado sobre os métodos de reprodução assistida e as diversas possibilidades para uma mulher lésbica ou casal lésbico que deseje gerar. Considerar que a companheira é parte importante do nosso autocuidado. Compreender que a relação entre duas mulheres tende a envolver um cuidado maior com o corpo da parceira do que com um parceiro homem. Não ficar perguntando intimidades demais e sem sentido, como se fôssemos animais de zoológico. Não acreditar que eu possa dizer tudo que as mulheres lésbicas precisam, eu não sou porta-voz, não somos iguais!*

*Despir-se de preconceitos e ouvir. Considerar que esta população está em risco de maior desenvolvimento de câncer de colo do útero e não deixar de realizar e orientar o preventivo. Oferecer que a própria mulher coloque o espécuro (isso poderia servir pra todas as mulheres, na verdade). Principalmente, não agir com preconceito e discriminação, deixando a paciente à vontade para relatar o que julgar necessário sem medo de não ser atendida.” (L31)*

*“Deveria ser criado uma política pública específica que contemplasse uma capacitação aos profissionais, contemplando também diretrizes de acolhimento para as mulheres lésbicas com o objetivo de ampliar o olhar dos profissionais sobre gênero, orientação sexual e identidade de gênero, tendo como objetivo romper esse preconceito e falta de empatia doentia acerca dos cuidados em saúde com as mulheres lésbicas.” (L40)*

Por fim, estimuladas para escrita livre após responder ao questionário, duas respostas julgamos importante destacar:

*“Algo que acho interessante citar é que, informalmente, existem algumas listas de ginecologistas "lesbian - friendly". Já encontrei no Facebook. Lésbicas ou mulheres que se relacionam com mulheres que já tiveram boas consultas indicam suas médicas para outras. Também percebo essa prática no boca-a-boca: não só já perguntei para amigas que se relacionam com mulheres se elas tinham alguma indicação, como amigas perguntaram o mesmo para mim.” (L32)*

*“Espero que muitas dessas temáticas sobre a mulher lésbica, sejam abordadas através da comunidade científica, possibilitando maior visibilidade para nossa comunidade e que seja possível subverter o modelo de heteronormatividade imposto por essa sociedade brasileira doente.” (L40)*

Para as participantes, a consulta ideal seria aquela alicerçada na construção do conhecimento, que viria desde a graduação de profissionais, seguindo para educação permanente e chegaria na consulta em forma de informação concreta e segura. Essa consulta deve ser livre de discriminação e preconceito, minimizando o risco de qualquer violência, sem presunção nenhuma sobre a orientação sexual a partir da expressão de gênero, focando nas queixas e relatos da mulher e não mais no que ela “aparenta”. Todos estes aspectos são por elas vistos como humanização da assistência à saúde.

As ações e programas servem muitas vezes para implementação de novos protocolos, sendo assim, um novo olhar para a questão da lesbianidade pode partir tanto da/o profissional, operando de outra forma e passando para colegas, como também pode partir de cima com leis, regulamentações e normas. Em um estudo feito nos Estados Unidos, em estados com diferentes legislações foi constatado que as mulheres tendem a identificar mais sua orientação sexual em estados com legislações antidiscriminatórias, enquanto que nos estados sem estas legislações os atendimentos para essas mulheres não eram satisfatórios, na sua percepção. Estes achados demonstram como as

estruturas podem influenciar no atendimento a partir do meio externo, no caso políticas públicas. (BALDWIN, Aleta *et al.* 2017).

Como sugestão de uma das participantes da pesquisa está a indicação de profissionais *lesbian friendly* através de grupos ou canais de lésbicas, como uma ferramenta de proteção. Esta é a mesma visão da pesquisadora Hadar Amir (2015), ao afirmar que um dos critérios escolhidos por mulheres lésbicas na escolha do profissional ginecologista/obstetra, é que seja “sexualmente tolerante”, assim correm menos risco de sofrer preconceito e discriminação.

O que se vê é que com nove anos de PNSILGBT poucas coisas mudaram e, diríamos até, tenderam a piorar no cenário brasileiro onde essas políticas que já eram alvo de resistência enfrentam agora um presidente da república que fala abertamente que “as minorias devem se curvar à maioria”. Neste contexto, para garantir avanços, é necessário que gestores em diversos níveis capacitem, orientem e instrumentalizem seus profissionais para garantir uma saúde com equidade e integralidade às mulheres lésbicas.

## CONCLUSÃO

O presente estudo buscou conhecer as vivências de mulheres cis lésbicas, durante a consulta ginecológica. Os resultados apontam o quanto as práticas sexuais de mulheres lésbicas são diversas, em contrapartida seu viver é atravessado pela presunção da heterossexualidade compulsória, quer seja na sexarca com homens antecedendo a prática sexual com mulheres, quer seja nos atendimentos ginecológicos, onde tendem a ter sua orientação sexual invisibilizada.

Foi também possível identificar a preferência da maioria, por medo do preconceito, discriminação ou experiências anteriores ruins com médicos homens, a realizarem a consulta ginecológica com mulheres, com quem relataram se sentir mais à vontade e seguras.

Sobre a percepção das mulheres cis lésbicas sobre a consulta ginecológica, foi possível concluir que as experiências negativas, por elas lidas como lesbofobia, estão estreitamente ligadas à cisheteronormatividade: uma estrutura que trata como heterossexual e que orienta como heterossexual todas as mulheres; profissionais, que não questionam a orientação sexual ou práticas sexuais, regidos por crenças equivocadas sobre o que é sexo; falta de conhecimento para orientar as mulheres de acordo com suas necessidades e experiências de violência dentro do consultório, que desestimulam a busca ou até mesmo a continuidade do cuidado colocando sua saúde.

Apesar deste cenário algumas entrevistadas acreditam que o cenário está melhorando e que hoje tem menos preconceito. No entanto a queixa mais frequente foi a falta de informação dos profissionais de saúde e a grande reivindicação é a de que no processo de formação destes seja

contemplada a saúde lésbica e não somente da mulher heterossexual, o que em sua percepção resultará em práticas de atendimento à saúde menos heteronormativas, possibilitando espaço e voz, na consulta de ginecologia, para as mulheres que não se relacionam com homens cis e têm dúvidas, seja sobre sexualidade, práticas sexuais, maternidade ou IST's/Aids, entre outras.

A revisão de literatura mostrou que, apesar de não haver diferença estatística significativa entre câncer de colo uterino, de útero e de mama entre mulheres cis heterossexuais e mulheres cis lésbicas, estas últimas quando diagnosticadas estão em estágios mais avançados da doença, em função da ausência ou do longo intervalo entre as consultas ginecológicas, o que nos leva a afirmar que o atendimento deficitário para esta população coloca estas mulheres em condição de vulnerabilidade em relação à saúde sexual e reprodutiva. Neste contexto, os resultados do presente estudo indicam que os princípios do SUS de integralidade e equidade seguem sendo violados para esta parcela da população, tornando necessário protocolos, ações e políticas inclusivas que percebam a lésbica como sujeito de direito a um atendimento integral em saúde. Mesmo que existam políticas públicas para o atendimento desta parcela da população, elas não vêm sendo colocadas em prática.

Nas mulheres entrevistadas foi possível identificar pontos em comum: maioria branca, com nível de escolaridade de ensino superior completo. Esta relativa homogeneidade talvez se deva a técnica bola de neve, uma vez que nela, uma pessoa entrevistada passa para outra de seu relacionamento e assim sucessivamente. Destacamos, porém, que se os resultados apontam que as entrevistadas (maioria branca) sofrem violência, tanto no atendimento em saúde como na sua vicência como pessoa, com certeza para as mulheres cis lésbicas negras, a estas violências se soma a violência gerada pelo racismo estrutural. Temos clareza que o nível de formação mais elevado pode ter influenciado nos resultados, como por exemplo, na frequência da consulta ginecológica, no acesso ao serviço privado de saúde ou na maior facilidade em se identificar como lésbica para a/o profissional de saúde. Neste sentido entendemos estes aspectos como limitações da presente pesquisa e ressaltamos que os resultados aqui encontrados não podem ser generalizados para população em geral e sim para grupo de lésbicas com características sociográficas semelhantes.

Ao concluir a presente pesquisa julgamos importante pontuar ainda que, no decorrer da mesma, fizemos questão de demarcar que nosso estudo foi feito com mulheres lésbicas cis, por entender que ao realizar esta demarcação estamos dando visibilidade a outras possibilidades de ser/estar/mulher no mundo, como por exemplo, mulheres lésbicas com pênis que, na maioria das vezes, não estão contempladas nos espaços em que se fala de lesbianidade. Com a técnica bola de neve as mulheres que foram indicando uma a outra eram todas cis, o que nos leva a pensar que travestis e mulheres trans lésbicas não transitam e ocupam o mesmo espaço que as lésbicas cis, o que aponta para a sua invisibilidade.

Por fim gostaríamos de chamar a reflexão para constituição das especialidades médicas. Se ginecologia e obstetrícia é especialidade para mulheres com vagina e urologia é a especialidade para homens com pênis, podemos pensar que a construção das especialidades médicas é binária e cisheteronormativa. Fica a pergunta: que especialidade cuida das demandas de saúde das mulheres que ficam na fronteira?

Deixamos aqui o desafio de que outras/os pesquisadoras/es, busquem aprofundar estas questões, que precisam ser discutidas, para que se criem políticas públicas que tornem exequível e real a Integralidade, Universalidade e Equidade pretendidas no Sistema Único de Saúde brasileiro.

## REFERÊNCIAS

AMIR, Hadar; GOPHEN, Ruth; LEVY, Yifat Amir; HASSON, Joseph; GORDON, David; AMIT, Ami; AZEM, Foad. Obstetricians and gynecologists: which characteristics do israeli lesbians prefer? **Journal Of Obstetrics And Gynaecology Research**, [S.L.], v. 41, n. 2, p. 283-293, 17 set. 2014. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/jog.12512>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25227636/>. Acesso em: 01 abr. 2021.

ANDRADE, Juliane et al. Vulnerabilidade de mulheres que fazem sexo com mulheres às infecções sexualmente transmissíveis. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 3809-3819, Oct. 2020. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232020001003809&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020001003809&lng=en&nrm=iso). Acesso em 05 abr. 2021. Epub Set 28, 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.03522019>.

ARAUJO, Luciana M. et al. O cuidado às mulheres lésbicas no campo da saúde sexual e reprodutiva [The care to lesbian women in the field of sexual and reproductive health] [El cuidado de las mujeres lesbianas en el campo de la salud sexual y reproductiva]. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 27, p. e34262, 21 maio 2019.

BALDWIN, Aleta M.; DODGE, Brian; SCHICK, Vanessa; SANDERS, Stephanie A.; FORTENBERRY, J. Dennis. Sexual Minority Women's Satisfaction with Health Care Providers and State-level Structural Support: investigating the impact of lesbian, gay, bisexual, and transgender nondiscrimination legislation. **Women'S Health Issues**, [S.L.], v. 27, n. 3, p. 271-278, maio 2017. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.whi.2017.01.004>.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Almedina, 2011.

BERLANT, Lauren; WARNER, Michael. Sexo en público. In: JIMÉNEZ, Rafael M. Mérida (ed.). **Sexualidades transgressoras: una antología de estudios queer**. Barcelona: Icaria, 2002. p. 229-255.

BERTHO, Helena. **Lésbicas e DSTs: manual da saúde sexual para mulheres que transam com mulheres**. manual da saúde sexual para mulheres que transam com mulheres. 2020. Disponível em: <https://azmina.com.br/reportagens/saude-sexual-da-mulher-lesbica/>. Acesso em: 1 abr. 2020.

BLUNT-VINTI, Heather D.; THOMPSON, Erika L.; GRINER, Stacey B. Contraceptive Use Effectiveness and Pregnancy Prevention Information Preferences Among Heterosexual and Sexual Minority College Women. **Women'S Health Issues**, [S.L.], v. 28, n. 4, p. 342-349, jul. 2018. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.whi.2018.03.005>.

BOZON, Michel. Les significations sociales des actes sexuels. **Actes de la recherche en sciences sociales**, Paris, n.128, p.3-23, juin. 1999

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT)**. Brasília, 2010.

CFEMEA – Centro feminista de estudos e assessoria (Brasil). Ipea – Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (org.). **Tolerância institucional à violência contra as mulheres**. Brasília: Athalaia Gráfica e Editora, 2014. 260 p. Disponível em: [https://www.cfemea.org.br/images/stories/publicacoes/tolerancia\\_institucional\\_violencia\\_contra\\_mulheres.p](https://www.cfemea.org.br/images/stories/publicacoes/tolerancia_institucional_violencia_contra_mulheres.p)

df. Acesso em: 1 abr. 2021.

COSTA, Bárbara R. L. Bola de Neve Virtual: O Uso das Redes Sociais Virtuais no Processo de Coleta de Dados de uma Pesquisa Científica. **Revista Interdisciplinar de Gestão Social**, v.7, 2018.

CRISPIM, Josefa Eliziana B. *et al.* Assistência de enfermagem à mulher lésbica e bissexual na atenção básica: protocolo de atendimento. **Revista Online de Pesquisa Cuidado É Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 34-39, jun. 2018. Disponível em:

<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/7599/6584>. Acesso em: 01 abr. 2021.

EVERETT, Bethany G.; MCCABE, Katharine F.; HUGHES, Tonda L. Sexual Orientation Disparities in Mistimed and Unwanted Pregnancy Among Adult Women. **Perspectives On Sexual And Reproductive Health**, [S.L.], v. 49, n. 3, p. 157-165, 9 jun. 2017. Guttmacher Institute.

<http://dx.doi.org/10.1363/psrh.12032>.

FALEIROS, Fabiana *et al.* Uso de questionário online e divulgação virtual como estratégia de coleta de dados em estudos científicos. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 25, n. 4, 2016. Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072016000400304&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000400304&lng=en&nrm=iso). access on 22 Apr. 2021. Epub Oct 24, 2016. <https://doi.org/10.1590/0104-07072016003880014>.

FERNANDES, Marisa; SOLER, Luiza Dantas; LEITE, Maria Cecília Burgos Paiva. Saúde das mulheres lésbicas e atenção à saúde: nem integralidade, nem equidade diante das invisibilidades. **Boletim do Instituto Saúde**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 47-46, dez. 2018. Disponível em:

<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/09/1016485/bis-v19n2-diversidade-37-46.pdf>. Acesso em: 01 abr. 2021.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Enfermagem Volume 3 - Saúde da Mulher - Acolhimento às demandas da mulher nos diferentes ciclos de vida**. Florianópolis, 2016.

Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=protocolos+de+enfermagem&menu=11&submen uid=1478>

FREITAS, Henrique. *et al.* **Pesquisa via internet: características, processo e interface**. [s.l.], 2004.

Disponível em: [http://www.ufrgs.br/gianti/files/artigos/2004/2004\\_140\\_rev\\_eGIANTI.pdf](http://www.ufrgs.br/gianti/files/artigos/2004/2004_140_rev_eGIANTI.pdf). Acesso em: 23 abr. 2021.

GUIMARAES, Denise Alves *et al.* Dificuldades de utilização do preservativo masculino entre homens e mulheres: uma experiência de rodas de conversa. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 24, n. 1, p. 21-31, mar. 2019. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-294X2019000100003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2019000100003&lng=pt&nrm=iso). acessos em 17 abr. 2021. <http://dx.doi.org/10.22491/1678-4669.20190003>.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer de colo do útero**. Rio de Janeiro: INCA. 2019 Disponível em

[https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/04/988200/parametros-tecnicos-colo-do-utero\\_2019.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/04/988200/parametros-tecnicos-colo-do-utero_2019.pdf) Acesso 18 mar. 2021

KNAUTH, D. **As faces da homofobia no campo da saúde: Relatório Técnico Final**. Rio Grande do Sul: Fundação Médica do Rio Grande do Sul. 2009.

MCCUNE, Kaitlyn C.; IMBOREK, Katherine L. Clinical Care of Lesbian and Bisexual Women for the Obstetrician Gynecologist. **Clinical Obstetrics and Gynecology**, [s.l.], v. 61, n. 4, p.663-673, dez. 2018. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/grf.0000000000000399>.

MEINERZ, Nádia E. Método Cem por cento Garantido: Práticas de sexo seguro em relações homoeróticas entre mulheres de segmentos médios em Porto Alegre. **Boletim Eletrônico Ciudadania Sexual**, America Latina, v. 16, p. 1-7, 2005.

MELLO, Anahi G.; FERNANDES, Felipe Bruno M. Guia de Orientações Básicas sobre Gênero, Deficiência e Acessibilidade no 13º Mundos de Mulheres & Seminário Internacional Fazendo Gênero 11. Florianópolis, 2017, 23 p. **Cartilha da Comissão de Acessibilidade do 13º Mundos de Mulheres & Seminário Internacional Fazendo Gênero 11** – Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

MINAYO, Maria Cecília de S.; SOUZA, Ednilsa R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar de ação coletiva. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, nov. 1994. Disponível em:

<https://www.scielo.br/pdf/hcsm/v4n3/v4n3a06.pdf>. Acesso em: 01 abr. 2021.

MINAYO, Maria Cecília de S. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 7-18, 1994. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x1994000500002>. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1994000500002](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1994000500002). Acesso em: 01 abr. 2021.

NIETSCHKE, Elisabeta A.; LEOPARDI, Maria Tereza. Fundamentos Gerais da Pesquisa Científica: tipos de trabalho científico. In: BECK, Carmem Lúcia C.; NIETSCHKE, Elisabeta A.; GONZALES, Rosa Maria B. **Metodologia da Pesquisa na Saúde**. 3. ed. Florianópolis: Editora Ufsc, 2002. p. 91-109.

OCHOA, C. **Amostragem não probabilística: Amostra por bola de neve**. Disponível em: <https://www.netquest.com/blog/br/blog/br/amostra-bola-de-neve>. Acesso em: 23 abr. 2021.

PINTO, Isabella Vitral et al. Perfil das notificações de violências em lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, Brasil, 2015 a 2017. **Rev. bras. epidemiol.**, Rio de Janeiro, v. 23, supl. 1, 2020. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2020000200404&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2020000200404&lng=en&nrm=iso). Acesso em 17 abril 2021. Publicado em 03 de julho, 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720200006.supl.1>.

PRADO, Marco Aurélio M; JUNQUEIRA, Rogério Diniz. Homofobia, Hierarquização e Humilhação Social. In: VENTURI, Gustavo; BOKANY, Vilma (orgs). **Diversidade sexual e homofobia no Brasil**. São Paulo: Editora Perseu Abramo, 2011.

RABELLO, Luiza Rocha. **A existência lesbiana e o atendimento ginecológico oferecido às lésbicas no discurso de profissionais da saúde do HRC**. 2013. 64 f. TCC (Graduação) - Curso de Ciências Sociais, Antropologia do Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Brasília (Unb), Brasília, 2013. Disponível em: [https://bdm.unb.br/bitstream/10483/4690/1/2013\\_LuizaRochaRabello.pdf](https://bdm.unb.br/bitstream/10483/4690/1/2013_LuizaRochaRabello.pdf). Acesso em: 05 out. 2020.

REIF, Laura. **Ginecologista homem ou mulher: elas contam o que acham melhor**. Disponível em: <https://www.uol.com.br/universa/noticias/redacao/2019/04/22/ginecologista-homem-ou-mulher-elas-contam-o-que-acham-melhor.htm>. Acesso em: 24 abr. 2021.

RICH, Adrienne. Compulsory Heterosexuality and Lesbian Existence. (1986) In: Bagoas: **revista de estudos gays**. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. - V. 1, n. jul./dez. 2007). Natal: EDUFRN, 2007. Tradução de Carlos Guilherme do Valle (Heterossexualidade compulsória e existência lésbica).

RODRIGUES, Ana Rita S. Homossexualidades femininas e a ginecologia: uma reflexão sobre gênero, corpo e saúde 1. **Revista Todavia**, v. 4, n. 7, 2013.

RUFINO, Andréa Cronemberger et al. Práticas sexuais e cuidados em saúde de mulheres que fazem sexo com mulheres: 2013-2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Teresina, v. 27, n. 4, p.1-10, nov. 2018. Instituto Evandro Chagas. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742018000400005>. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/ress/v27n4/en\\_2237-9622-ress-27-04-e2017499.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ress/v27n4/en_2237-9622-ress-27-04-e2017499.pdf). Acesso em: 20 nov. 2019.

SALDANHA, Ana Alayde Werba; LIMA, Michael Augusto Souza de. (In)visibilidade Lésbica na Saúde: análise de fatores de vulnerabilidade no cuidado em saúde sexual de lésbicas. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 40, p. 1-13, nov. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703003202845>. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932020000100134&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932020000100134&script=sci_arttext). Acesso em: 01 abr. 2021.

SAHD, Luiza. **Aprenda a se prevenir de ISTs no sexo lésbico**. 2019. Disponível em: <https://helloclue.com/pt/artigos/sexo/aprenda-a-se-prevenir-de-ists-no-sexo-lesbico>. Acesso em: 17 abr. 2021.

SILBERMAN, Pedro; BUEDO, Paola Estefania; BURGOS, Lucrecia. Barreras en la atención de la salud sexual en Argentina: percepción de las mujeres que tienen sexo con mujeres. **Revista de Salud Pública**, [S.L.], v. 18, n. 1, p. 1-12, 28 abr. 2016. Universidad Nacional de Colombia. <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v18n1.48047>.

SOLER, Luiza Dantas. A saúde sexual de mulheres que se relacionam com mulheres e o sistema único de saúde (SUS) (SUS). In: Seminário Internacional fazendo Gênero, 11., 2017, Florianópolis. **Anais** [...]. Florianópolis: Ufsc, 2017. p. 1-6. Disponível em: [http://www.wvc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1500260286\\_ARQUIVO\\_TextocompletoLuizaDantasSoler.pdf](http://www.wvc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1500260286_ARQUIVO_TextocompletoLuizaDantasSoler.pdf). Acesso em: 1 abr. 2021.

TOLEDO, Livia Gonsalves; FILHO, Fernando Silva Teixeira. Lesbianidades e as referências legitimadoras da sexualidade. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 729-749, dez. 2010. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812010000300006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812010000300006&lng=pt&nrm=iso). acesso em 18 abr. 2021.

VILELLA, Wilza. Mulheres Lésbicas e Bissexuais: Determinantes de Vulnerabilidade na Assistência à Saúde: experiências, desafios e oportunidades. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Para As Mulheres. **Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais**. Brasília: Governo Federal, 2014. Cap. 2, Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/agosto/31/livreto-atencao-a-saude-de-mulheres-lesbicas-versao-web.pdf>. Acesso em: 1 out. 2020.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, Campinas, SP, v. 22, n. 44, 2014. DOI: 10.20396/tematicas.v22i44.10977. Disponível em: <https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/tematicas/article/view/10977>. Acesso em: 23 abr. 2021.

WHO. **WHO guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention**. 2013. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94830/9789241548694\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94830/9789241548694_eng.pdf). Acesso em: 1 abr. 2021.

WITTIG, Monique. **El pensamiento heterossexual y otros ensayos**. Boston: Beacon Press, 1992. Tradutores: Javier Sáez e Paco Vidarte

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acredito que foram alcançados os objetivos da pesquisa, já que através das entrevistas, foi possível captar as vivências de mulheres cis lésbicas no atendimento ginecológico, identificando as queixas mais generalizadas, as potencialidades e fragilidades. Concordo com as participantes sobre a falta de informações e formação adequada e sobre a ausência conhecimento de profissionais da saúde sobre diversidade sexual, identidade de gênero e orientação sexual. Acredito que mudanças são necessárias e importantes, trazendo como consequência a visibilidade e reconhecimento da existência lésbica e a possibilidade de um cuidado à saúde sexual e reprodutiva voltado para as suas necessidades e especificidades.

Para a construção do marco conceitual e análise dos dados busquei trazer autoras/es recentes, outros nem tanto. Tanto a orientadora quanto o co-orientador foram essenciais, ao me possibilitarem conhecer autoras fundamentais para que eu desenvolvesse um pensamento mais crítico em torno das questões que permeiam a lesbianidade. Entre todas, destaco Adrienne Rich e Monique Wittig que fundamentaram meu conhecimento sobre o pensamento heterossexual, heterossexualidade compulsória e cisheteronormatividade; sem estas autoras (e também outras) provavelmente eu (e as/os leitoras/es desta pesquisa) teríamos somente uma percepção rasa sobre a lesbianidade. Foi um desafio encontrar artigos e estudos mais atuais exclusivamente sobre lésbicas, uma vez que na grande maioria dos casos, lésbicas e bissexuais são colocadas no mesmo nicho, então tentei buscar artigos que falassem somente da mulher lésbica, ou que pelo menos separassem os resultados de mulheres lésbicas e de bissexuais, ainda assim, quando achei relevante trouxe dados que contemplavam as duas categorias.

No Brasil de hoje há um movimento “conservador” tomando voz e recebendo atenção de uma parcela da população. Infelizmente o representante do executivo se posiciona ativamente contra pautas progressistas quando o assunto é gênero e sexualidade. Estes discursos levam ao aumento da violência contra grupos de minoria e acabam por amedrontar quem, a curtos passos, buscava um caminho de equidade. A reformulação de ministérios e secretarias, a criação do “Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos” é algo que nos coloca em um cenário próximo à distopia do Conto da Aia, o que ao longo do processo de pesquisa, me fez questionar se o seu resultado teria reflexos positivos para mudanças no cuidado à saúde de mulheres cis lésbicas ou seria sufocado pela onda conservadora.

Além desse cenário, a academia no geral atravessa grandes desafios ao se deparar com movimentos liberais e movimentos negacionistas, revelados em uma inversão de valores, onde estudos são desvalorizados e o senso comum tem ganhado popularidade através das redes sociais. Sendo assim, além dos desafios de recursos enfrentado por pesquisadoras/es, vivenciamos o desafio

da valorização da pesquisa científica. Neste contexto, pesquisar sobre um tema polêmico, atravessado pelo machismo, patriarcado e pela lesbo-bi-homofobia dentro da UFSC, uma das melhores universidades federais do país é, em minha percepção, uma vivência de resistência. Neste sentido, na presente pesquisa procurei dar voz às lésbicas cis, por entender que ouvi-las é contribuir na luta contra sua invisibilidade, mas também uma maneira de me sentir elemento participante ativo na resistência coletiva. Acredito nos princípios de equidade, integralidade e universalidade do SUS e defendo, como tantos outros estudantes, a universidade que me formou, que me deu tantas oportunidades, que me conduziu à tanto conhecimento e me possibilitou abrir tantas “caixinhas”.

No processo de construção e desenvolvimento deste TCC estive diante de múltiplos desafios, alguns comuns para essa fase, como estar nos campos de estágio e outros que jamais poderia imaginar, como o cenário de pandemia de COVID-19. Queixas sobre a saúde mental e a produtividade não foram exclusividade minhas neste período. Em muitos momentos foi desafiador encontrar foco, concentração, deixando um pouco de lado tudo o que acontece lá fora: milhares de mortes, a grande maioria vista através da mídia, mas algumas em campo de estágio em que estava atuando como aluna e nem era setor direcionado ao tratamento de pacientes com COVID-19. Neste contexto conseguir pensar, ler e escrever foi extremamente desafiador, estive acompanhada em muitos momentos do sentimento de angústia e ansiedade, mais ligados ao cenário pandêmico do que ao TCC, mas que certamente refletiu em meu processo produtivo em relação a ele.

Apesar dos desafios encontrados, foi prazeroso realizar esse estudo. Em todo o processo, aprendi muito e tive acesso a muito conteúdo que vai influenciar nas minhas práticas, como enfermeira e pessoa. Como enfermeira assistencial terei a oportunidade de fazer educação em saúde praticando a escuta atenta e orientando e educando as pessoas (tanto as que buscam assistência em saúde quanto as que prestam assistência) quanto as questões que permeiam a sexualidade. Como enfermeira gestora terei a possibilidade de propor educação permanente para equipe de saúde. Com este olhar concluo que a/o profissional de saúde e, em especial o de enfermagem, tem papel determinante no processo saúde-doença das mulheres lésbicas, podendo contribuir em muito para o viver saudável desta população, com a dignidade e respeito que toda pessoa merece. Como pessoa, o conhecimento adquirido na pesquisa me ajudou na desconstrução de minha linguagem materna em sexualidade e a confrontar meus paradigmas, o que me leva a afirmar que concluo esta etapa de minha formação como um ser humano melhor.

Ao terminar, afirmo que é necessário que mais estudos sobre a temática sejam realizados. Neste sentido espero que novos estudos acerca da lesbianidade e saúde sejam realizados, na busca por práticas de saúde mais inclusivas que promovam a integralidade e equidade do cuidado.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Gláucia; HEILBORN, Maria Luiza. Não somos mulheres Gays: identidade lésbica na visão de ativistas brasileiras. **Gênero**, Niterói, v. 9, n. 1, p. 225-249, abr. 2008.
- AMIR, Hadar; GOPHEN, Ruth; LEVY, Yifat Amir; HASSON, Joseph; GORDON, David; AMIT, Ami; AZEM, Foad. Obstetricians and gynecologists: which characteristics do israeli lesbians prefer? **Journal Of Obstetrics And Gynaecology Research**, [S.L.], v. 41, n. 2, p. 283-293, 17 set. 2014. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/jog.12512>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25227636/>. Acesso em: 01 abr. 2021.
- ANDRADE, Juliane et al. Vulnerabilidade de mulheres que fazem sexo com mulheres às infecções sexualmente transmissíveis. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 3809-3819, Oct. 2020. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232020001003809&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020001003809&lng=en&nrm=iso). Acesso em 05 abr. 2021. Epub Set 28, 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.03522019>.
- ARAÚJO, Luciana M. et al. O cuidado às mulheres lésbicas no campo da saúde sexual e reprodutiva [The care to lesbian women in the field of sexual and reproductive health] [El cuidado de las mujeres lesbianas en el campo de la salud sexual y reproductiva]. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 27, p. e34262, 21 maio 2019.
- BALDWIN, Aleta M.; DODGE, Brian; SCHICK, Vanessa; SANDERS, Stephanie A.; FORTENBERRY, J. Dennis. Sexual Minority Women's Satisfaction with Health Care Providers and State-level Structural Support: investigating the impact of lesbian, gay, bisexual, and transgender nondiscrimination legislation. **Women'S Health Issues**, [S.L.], v. 27, n. 3, p. 271-278, maio 2017. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.whi.2017.01.004>.
- BARBOSA, Bruno Rafael Silva Nogueira *et al.* Invisibilidade lésbica e a interseccionalidade de opressões. In: REDOR, 18., 2014, Recife. **Anais [...]**. Recife: Ufrp, 2014. p. 3008-3024.
- BARBOSA, Regina Maria; FACCHINI, Regina. Acesso a cuidados relativos à saúde seual entre mulheres que fazem sexo com mulheres: algumas estimativas para o Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Sup 2, p. S291-s300, 2009.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Almedina, 2011.
- BERLANT, Lauren; WARNER, Michael. Sexo en público. In: JIMÉNEZ, Rafael M. Mérida (ed.). **Sexualidades transgressoras: una antología de estudios queer**. Barcelona: Icaria, 2002. p. 229-255.
- BERTHO, Helena. **Lésbicas e DSTs: manual da saúde sexual para mulheres que transam com mulheres**. manual da saúde sexual para mulheres que transam com mulheres. 2020. Disponível em: <https://azmina.com.br/reportagens/saude-sexual-da-mulher-lesbica/>. Acesso em: 1 abr. 2020.
- BLUNT-VINTI, Heather D.; THOMPSON, Erika L.; GRINER, Stacey B. Contraceptive Use Effectiveness and Pregnancy Prevention Information Preferences Among Heterosexual and Sexual Minority College Women. **Women'S Health Issues**, [S.L.], v. 28, n. 4, p. 342-349, jul. 2018. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.whi.2018.03.005>.
- BORILLO, Daniel. A Homofobia. In: LIONÇO, Tatiana; DINIZ, Debora (org.). **Homofobia & Educação: um desafio ao silêncio**. Brasília: Letraslivres, 2009. p. 15-46. Disponível em: [http://www.cepac.org.br/blog/wp-content/uploads/2011/07/homofobia\\_e\\_educacao.pdf](http://www.cepac.org.br/blog/wp-content/uploads/2011/07/homofobia_e_educacao.pdf). Acesso em: 1 abr. 2021.
- BOZON, Michel. Les significations sociales des actes sexuels. **Actes de la recherche en sciences sociales**, Paris, n.128, p.3-23, juin. 1999
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção integral à saúde de mulheres lésbicas e bissexuais**. Brasília, 2014
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Lei Orgânica da Saúde**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT)**. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Educação. **Gênero e diversidade na escola: formação de professoras/es em gênero, orientação sexual e relações étnico-raciais**. Livro de conteúdo. Rio de Janeiro, versão 2009.

BUTLER, Judith. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. 4. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.

CACERES, Billy A. *et al.* Cardiovascular Disease Risk in Sexual Minority Women (18-59 Years Old): Findings from the National Health and Nutrition Examination Survey (2001-2012). **Women's Health Issues**, [s.l.], v. 28, n. 4, p.333-341, jul. 2018. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.whi.2018.03.004>.

CFEMEA – CENTRO FEMINISTA DE ESTUDOS E ASSESSORIA (Brasil). Ipea – Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (org.). **Tolerância institucional à violência contra as mulheres**. Brasília: Athalaia Gráfica e Editora, 2014. 260 p. Disponível em: [https://www.cfemea.org.br/images/stories/publicacoes/tolerancia\\_institucional\\_violencia\\_contra\\_mulheres.pdf](https://www.cfemea.org.br/images/stories/publicacoes/tolerancia_institucional_violencia_contra_mulheres.pdf). Acesso em: 1 abr. 2021.

COELHO, C. **Um paralelo crítico entre a trajetória de gênero e de cisgênero**. Disponível em: <http://brasil.transadvocate.com/sexo/um-paralelo-critico-entre-a-trajetoria-de-genero-e-de-cisgenero/>. Acesso em: 24 abr. 2021.

COSTA, Bárbara R. L. Bola de Neve Virtual: O Uso das Redes Sociais Virtuais no Processo de Coleta de Dados de uma Pesquisa Científica. **Revista Interdisciplinar de Gestão Social**, v.7, 2018.

CRISPIM, Josefa Eliziana B. *et al.* Assistência de enfermagem à mulher lésbica e bissexual na atenção básica: protocolo de atendimento. **Revista Online de Pesquisa Cuidado É Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 34-39, jun. 2018. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/7599/6584>. Acesso em: 01 abr. 2021.

CABREIRA, Regina Helena Urias; DIAS, Bruno Vinicius Kutelak. A imagem da bruxa: da antiguidade histórica às representações fílmicas contemporâneas. **Ilha do Desterro A Journal Of English Language, Literatures In English And Cultural Studies**, [S.L.], v. 72, n. 1, p. 175-198, 1 fev. 2019. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). <http://dx.doi.org/10.5007/2175-8026.2019v72n1p175>.

DIEHL, Alessandra *et al.* A CID-11 NÃO RECONHECERÁ POSSIBILIDADES DE PATOLOGIZAÇÃO DA HOMOSSEXUALIDADE. **Revista Debates em Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 20-25, set. 2014. Disponível em: [https://doi.galoa.com.br/sites/default/files/rdp/RDP\\_2014-05\\_final\\_site-3.pdf](https://doi.galoa.com.br/sites/default/files/rdp/RDP_2014-05_final_site-3.pdf). Acesso em: 01 abr. 2021.

EVERETT, Bethany G.; MCCABE, Katharine F.; HUGHES, Tonda L. Sexual Orientation Disparities in Mistimed and Unwanted Pregnancy Among Adult Women. **Perspectives On Sexual And Reproductive Health**, [S.L.], v. 49, n. 3, p. 157-165, 9 jun. 2017. Guttmacher Institute. <http://dx.doi.org/10.1363/psrh.12032>.

FALEIROS, Fabiana et al. Uso de questionário online e divulgação virtual como estratégia de coleta de dados em estudos científicos. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 25, n. 4, 2016. Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072016000400304&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000400304&lng=en&nrm=iso). access on 22 Apr. 2021. Epub Oct 24, 2016. <https://doi.org/10.1590/0104-07072016003880014>.

FÉBOLE, Daniele da Silva; ANZOLIN, Bárbara; MOSCHETA, Murilo dos Santos. Visibilidade seletiva: a influência da heterossexualidade compulsória nos cuidados em saúde de homens gays e mulheres lésbicas e bissexuais. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v. 3, n. 7, p. 71-83, abr. 2016.

FENWAY INSTITUTE (Boston) (Ed.). **Supporting the Health of Sexual Minority Women**. Massachusetts: Fenway Institute, 2019. 18 p. Disponível em: [https://www.lgbthealtheducation.org/wp-content/uploads/2019/06/TFI-52\\_Heath-of-Sexual-Minority-Women-Brief\\_Final\\_web.pdf](https://www.lgbthealtheducation.org/wp-content/uploads/2019/06/TFI-52_Heath-of-Sexual-Minority-Women-Brief_Final_web.pdf). Acesso em: 20 nov. 2019.

FERNANDES, Marisa; SOLER, Luiza Dantas; LEITE, Maria Cecília Burgos Paiva. Saúde das mulheres lésbicas e atenção à saúde: nem integralidade, nem equidade diante das invisibilidades. **Boletim do Instituto Saúde**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 47-46, dez. 2018. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/09/1016485/bis-v19n2-diversidade-37-46.pdf>. Acesso em: 01 abr. 2021.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Enfermagem Volume 3 - Saúde da Mulher - Acolhimento às demandas da mulher nos diferentes ciclos de vida**. Florianópolis, 2016.

Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=protocolos+de+enfermagem&menu=11&submen uid=1478>

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade 1: A vontade de saber**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2014.

FRASER, N. Feminist Politics in the Age of Recognition: A Two-Dimensional Approach to Gender Justice. **Studies in Social Justice**, v. 1, n. 1, p. 23–35, 5 mar. 2007.

FREITAS, Henrique. et al. **Pesquisa via internet: características, processo e interface**. [s.l.], 2004. Disponível em: [http://www.ufrgs.br/gianti/files/artigos/2004/2004\\_140\\_rev\\_eGIANTI.pdf](http://www.ufrgs.br/gianti/files/artigos/2004/2004_140_rev_eGIANTI.pdf). Acesso em: 23 abr. 2021.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GROSSI, Miriam P. **Identidade de gênero e sexualidade**. 2000. Disponível em: [http://bibliobase.sermais.pt:8008/BiblioNET/upload/PDF3/01935\\_identidade\\_genero\\_revisado.pdf](http://bibliobase.sermais.pt:8008/BiblioNET/upload/PDF3/01935_identidade_genero_revisado.pdf). Acesso em: 18 abr. 2021.

GUIMARAES, Denise Alves et al. Dificuldades de utilização do preservativo masculino entre homens e mulheres: uma experiência de rodas de conversa. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 24, n. 1, p. 21-31, mar. 2019. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-294X2019000100003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2019000100003&lng=pt&nrm=iso). acessos em 17 abr. 2021. <http://dx.doi.org/10.22491/1678-4669.20190003>.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer de colo do útero**. Rio de Janeiro: INCA. 2019. Disponível em [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/04/988200/parametros-tecnicos-colo-do-utero\\_2019.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/04/988200/parametros-tecnicos-colo-do-utero_2019.pdf) Acesso 18 mar. 2021

**IDENTIDADE** e orientação sexual. APF. [s.d.] disponível em: <http://www.apf.pt/sexualidade/identidade-e-orientacao-sexual>. Acesso em: 20 março 2021.

JESUS, Jaqueline Gomes de. **Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos**. Brasília, 2012 Manual Orientador sobre Diversidade, Brasil, Ministérios dos Direitos Humanos, 2018.

KNAUTH, D. **As faces da homofobia no campo da saúde: Relatório Técnico Final**. Rio Grande do Sul: Fundação Médica do Rio Grande do Sul. 2009.

LEONARDO, Rafaela Cotta; ATHAYDE, Thayz; POCAHY, Fernando Altair. O Conceito de cisgeneridade e a produção de deslocamento nas políticas feministas contemporâneas. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL ENLAÇANDO SEXUALIDADES, 5., 2017, Salvador. **Anais [...]**. Rio de Janeiro: Realize, 2017. p. 1-10.

MCCUNE, Kaitlyn C.; IMBOREK, Katherine L. Clinical Care of Lesbian and Bisexual Women for the Obstetrician Gynecologist. **Clinical Obstetrics and Gynecology**, [s.l.], v. 61, n. 4, p.663-673, dez. 2018. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/grf.0000000000000399>.

MEINERZ, Nádia E. Método Cem por cento Garantido: Práticas de sexo seguro em relações homoeróticas entre mulheres de segmentos médios em Porto Alegre. **Boletim Eletrônico Ciudadania Sexual**, America Latina, v. 16, p. 1-7, 2005.

MELLO, Anahi G.; FERNANDES, Felipe Bruno M. Guia de Orientações Básicas sobre Gênero, Deficiência e Acessibilidade no 13º Mundos de Mulheres & Seminário Internacional Fazendo Gênero 11. Florianópolis, 2017, 23 p. **Cartilha da Comissão de Acessibilidade do 13º Mundos de Mulheres & Seminário Internacional Fazendo Gênero 11** – Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

MINAYO, Maria Cecília de S.; SOUZA, Ednilsa R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar de ação coletiva. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, nov. 1994. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/hcsm/v4n3/v4n3a06.pdf>. Acesso em: 01 abr. 2021.

**Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 7-18, 1994. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x1994000500002>. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1994000500002](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1994000500002). Acesso em: 01 abr. 2021.

NAGAMINE, Renata Reverendo Vidal Kawano. Os direitos de pessoas LGBT na ONU (2000-2016). *Sexualidad, Salud y Sociedad*. Rio de Janeiro, n. 31, p. 28-56, abr. 2019. **FapUNIFESP (SciELO)**. <http://dx.doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2019.31.03.a>.

NASCIMENTO, Emylli, *et al.* Invisibilidade lésbica e a interseccionalidade de opressões. In: REDOR, 18., 2014, Recife. **Anais [...]**. Recife: Ufrp, 2014. p. 3008-3024.

NAVARRO-Swain, Tania. **O que é lesbianismo**. São Paulo: Brasiliense, 2000.

NIETSCHE, Elisabeta A.; LEOPARDI, Maria Tereza. Fundamentos Gerais da Pesquisa Científica: tipos de trabalho científico. In: BECK, Carmem Lúcia C.; NIETSCHE, Elisabeta A.; GONZALES, Rosa Maria B. **Metodologia da Pesquisa na Saúde**. 3. ed. Florianópolis: Editora Ufsc, 2002. p. 91-109.

OCHOA, C. **Amostragem não probabilística: Amostra por bola de neve**. Disponível em: <https://www.netquest.com/blog/br/blog/br/amostra-bola-de-neve>. Acesso em: 23 abr. 2021.

PARKER, Richard; AGGLETON, Peter. **Estigma Discriminação e AIDS**. Rio de Janeiro: S.N, 2001. 45 p.

PINTO, Valdir. 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. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Para As Mulheres. **Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais**. Brasília: Governo Federal, 2014. Cap. 4, Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/agosto/31/livreto-atencao-a-saude-de-mulheres-lesbicas-versao-web.pdf>. Acesso em: 1 out. 2020.

PINTO, Isabella Vitral et al. Perfil das notificações de violências em lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, Brasil, 2015 a 2017. **Rev. bras. epidemiol.**, Rio de Janeiro, v. 23, supl. 1, 2020. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2020000200404&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2020000200404&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 17 abril 2021. Publicado em 03 de julho, 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720200006.supl.1>.

PORTELLA, Ana Paula; FERREIRA, Verônica. 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 SUS. **Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais**. Brasília: Governo Federal, 2014. Cap. 1, Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/agosto/31/livreto-atencao-a-saude-de-mulheres-lesbicas-versao-web.pdf>. Acesso em: 1 out. 2020.

PRADO, Marco Aurélio M; JUNQUEIRA, Rogério Diniz. Homofobia, Hierarquização e Humilhação Social. In: VENTURI, Gustavo; BOKANY, Vilma (orgs). **Diversidade sexual e homofobia no Brasil**. São Paulo: Editora Perseu Abramo, 2011.

RUFINO, Andréa Cronemberger et al. Práticas sexuais e cuidados em saúde de mulheres que fazem sexo com mulheres: 2013-2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Teresina, v. 27, n. 4, p.1-10, nov. 2018. Instituto Evandro Chagas. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742018000400005>. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/ress/v27n4/en\\_2237-9622-ress-27-04-e2017499.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ress/v27n4/en_2237-9622-ress-27-04-e2017499.pdf). Acesso em: 20 nov. 2019.

RABELLO, Luiza Rocha. **A existência lesbiana e o atendimento ginecológico oferecido às lésbicas no discurso de profissionais da saúde do HRC**. 2013. 64 f. TCC (Graduação) - Curso de Ciências Sociais, Antropologia do Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Brasília (Unb), Brasília, 2013. Disponível em: [https://bdm.unb.br/bitstream/10483/4690/1/2013\\_LuizaRochaRabello.pdf](https://bdm.unb.br/bitstream/10483/4690/1/2013_LuizaRochaRabello.pdf). Acesso em: 05 out. 2020.

REIF, Laura. **Ginecologista homem ou mulher: elas contam o que acham melhor**. Disponível em: <https://www.uol.com.br/universa/noticias/redacao/2019/04/22/ginecologista-homem-ou-mulher-elas-contam-o-que-acham-melhor.htm>. Acesso em: 24 abr. 2021.

RIBEIRO, Amanda Karoline de Oliveira; SILVEIRA, Lia Carneiro. TRANSFOBIA E ABJEÇÃO: DIÁLOGOS POSSÍVEIS ENTRE A PSICANÁLISE E A TEORIA QUEER. **Ágora** Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 66-74, abr. 2020. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-14982020000100066&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982020000100066&lng=en&nrm=iso). Acesso em 22 abr. 2021. Epub Jan 24, 2020. <https://doi.org/10.1590/1809-44142020001008>.

RICH, Adrienne. Compulsory Heterosexuality and Lesbian Existence. (1986) In: Bagoas: **revista de estudos gays**. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. - V. 1, n.

jul./dez. 2007). Natal: EDUFERN, 2007. Tradução de Carlos Guilherme do Valle (Heterossexualidade compulsória e existência lésbica).

RODRIGUES, Ana Rita S. (HOMO)SEXUALIDADES FEMININAS E A GINECOLOGIA: uma reflexão sobre gênero, corpo e saúde 1. **Revista Todavia**, v. 4, n. 7, 2013.

RUFINO, Andréa Cronemberger et al. Práticas sexuais e cuidados em saúde de mulheres que fazem sexo com mulheres: 2013-2014. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 27, n. 4, 2018. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222018000400302&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222018000400302&lng=en&nrm=iso). Acesso em 17 abr. 2021. Publicado 08 nov. 2018. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742018000400005>.

SALDANHA, Ana Alayde Werba; LIMA, Michael Augusto Souza de. (In)visibilidade Lésbica na Saúde: análise de fatores de vulnerabilidade no cuidado em saúde sexual de lésbicas. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 40, p. 1-13, nov. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703003202845>. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932020000100134&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932020000100134&script=sci_arttext). Acesso em: 01 abr. 2021.

SAHD, Luiza. **Aprenda a se prevenir de ISTs no sexo lésbico**. 2019. Disponível em: <https://helloclue.com/pt/artigos/sexo/aprenda-a-se-prevenir-de-ists-no-sexo-lesbico>. Acesso em: 17 abr. 2021.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, jul./dez., 1995.

SERANO, Julia. **Whipping girl: a transsexual woman on sexism and the scapegoating of femininity**. Emery, CA: Seal, 2007.

SILBERMAN, Pedro; BUEDO, Paola Estefania; BURGOS, Lucrecia. Barreras en la atención de la salud sexual en Argentina: percepción de las mujeres que tienen sexo con mujeres. **Revista de Salud Pública**, [S.L.], v. 18, n. 1, p. 1-12, 28 abr. 2016. Universidad Nacional de Colombia. <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v18n1.48047>.

SOLER, Luiza Dantas. A saúde sexual de mulheres que se relacionam com mulheres e o sistema único de saúde (SUS) (SUS). In: Seminário Internacional fazendo Gênero, 11., 2017, Florianópolis. **Anais**

[...]. Florianópolis: Ufsc, 2017. p. 1-6. Disponível em: [http://www.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1500260286\\_ARQUIVO\\_TextocompletoLuizaDantasSoler.pdf](http://www.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1500260286_ARQUIVO_TextocompletoLuizaDantasSoler.pdf). Acesso em: 1 abr. 2021.

TOBLER, Kyle J.; WU, John; KHAFAGY, Ayatallah M.; PIER, Bruce D.; TORREALDAY, Saioa; LONDRA, Laura. Gender Preference of the Obstetrician Gynecologist Provider. **Obstetrics & Gynecology**, [S.L.], v. 127, n. 1, p. 43-43, maio 2016. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/01.aog.0000483829.97196.8f>. Disponível em: [https://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/2016/05001/Gender\\_Preference\\_of\\_the\\_Obstetrician\\_Gynecologist.143.aspx](https://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/2016/05001/Gender_Preference_of_the_Obstetrician_Gynecologist.143.aspx). Acesso em: 01 abr. 2021.

TOLEDO, Livia Gonsalves; FILHO, Fernando Silva Teixeira. Lesbianidades e as referências legitimadoras da sexualidade. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 729-749, dez. 2010. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812010000300006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812010000300006&lng=pt&nrm=iso). acesso em 18 abr. 2021.

VALADAO, Rita de Cássia; GOMES, Romeu. A homossexualidade feminina no campo da saúde: da invisibilidade à violência. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1451-1467, dez. 2011. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312011000400015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000400015&lng=en&nrm=iso). Acesso em 24 abr. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312011000400015>.

VERGUEIRO, Viviane. **Por inflexões decoloniais de corpos e identidades de gênero inconformes: uma análise autoetnográfica da cisgeneridade como normatividade**. 2015. 224 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Cultura e Sociedade, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

VILELLA, Wilza. Mulheres Lésbicas e Bissexuais: Determinantes de Vulnerabilidade na Assistência à Saúde: experiências, desafios e oportunidades. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Para As Mulheres. **Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais**. Brasília: Governo Federal, 2014. Cap. 2, Disponível em: <https://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/agosto/31/livreto-atencao-a-saude-de-mulheres-lesbicas-versao-web.pdf>. Acesso em: 1 out. 2020.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Tematicas**, Campinas, SP, v. 22, n. 44, 2014. DOI: 10.20396/tematicas.v22i44.10977. Disponível em:

<https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/tematicas/article/view/10977>. Acesso em: 23 abr. 2021.

WANDERLEY, Miriam da Silva; SOBRAL, Dejanó Tavares. Ob-Gyn Gender Preferences of Gynecology Ambulatory Patients and Students' Choice of the Specialty. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 12, p. 645-646, Dec. 2017. Disponível em [http://www.scielo.br/sBRASIL.cielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032017001200645&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/sBRASIL.cielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032017001200645&lng=en&nrm=iso). Acesso 17 abr. 2021. <https://doi.org/10.1055/s-0037-1606840>.

WHO. **WHO guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention**. 2013. Disponível em:

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94830/9789241548694\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94830/9789241548694_eng.pdf). Acesso em: 1 abr. 2021.

WITTIG, Monique. **El pensamiento heterossexual y otros ensayos**. Boston: Beacon Press, 1992. Tradutores: Javier Sáez e Paco Vidarte

YEMANE, R.e. et al. Perceptions and patterns of cervical cancer screening among predominately Hispanic women who have sex with women: a cross-sectional study. **European Journal Of Obstetrics & Gynecology And Reproductive Biology**, [s.l.], v. 198, p.163-164, mar. 2016. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2015.11.020>.

## APÊNDICE A – Entrevista com mulheres lésbicas

### IDENTIFICAÇÃO:

1) Iniciais: \_\_\_\_\_ 2) Idade: \_\_\_\_\_ 3) Raça: \_\_\_\_\_ 3) Escolaridade: \_\_\_\_\_

4) Você se identifica como:

- Lésbica                       Bissexual                       Mulher que faz sexo com mulher  
 Pansexual                       Sem rótulos                       Outro: \_\_\_\_\_

### PRÁTICAS SEXUAIS

1) Com qual idade você teve sua primeira relação sexual? \_\_\_\_\_

2) Qual seu parceiro na primeira relação sexual?

- Homem cis                       Homem trans                       Mulher cis                       Mulher trans                       Outro:

3) Com qual idade você teve sua primeira relação sexual com mulheres? \_\_\_\_\_

4) Práticas sexuais nos últimos 5 anos:

- Faz sexo somente com mulheres cis                       Faz sexo somente com homens cis  
 Faz sexo somente com mulheres trans                       Faz sexo somente com homens trans  
 Faz sexo somente com mulheres trans e cis                       Faz sexo somente com homens trans e cis  
 Faço sexo com qualquer pessoa que me interesse, independente de sexo ou gênero.

5) Tipo de prática sexual?

- Sexo Oral                       Contato vulva-vulva  
 Penetração vaginal com dedos                       Penetração vaginal com brinquedos/objetos  
 Penetração anal com dedos                       Penetração anal com brinquedos/objetos  
 Masturbação na parceira                       Masturbação recíproca  
 Outros: \_\_\_\_\_-

6) Em sua prática sexual, para prevenção de doenças você utiliza:

- Nada                       Camisinha feminina  
 Plástico filme                       Luva de dedos  
 Protetor para Língua                       Outros: \_\_\_\_\_  
 Camisinha masculina em objetos/brinquedos e pênis quando com mulheres trans.

7) Caso tenha assinalado nada, é porque:

- Com mulheres não precisa  
 Confiança na parceira  
 Não tenho preocupação com isso

8) Em relação ao risco de adquirir Infecção sexualmente transmissíveis (ISTs) através da prática sexual, você acredita que o sexo entre mulheres:

- Não tem risco                       Tem o mesmo risco que com homens  
 Tem menos risco

9) Você já teve ou tem uma IST's?

- Já tive                       Nunca tive  
 Estou com uma agora                      Se tem ou já teve, qual? \_\_\_\_\_



8) Você percebe diferença no atendimento ginecológico por médica/o ou enfermeira/o? Se sim, qual diferença? \_\_\_\_\_

9) Você já sofreu violência física, psicológica, sexual durante o atendimento ginecológico? Se sim qual tipo de violência? Se você se sentir à vontade, poderia descrever a situação ocorrida?  
\_\_\_\_\_

10) Em linhas gerais, o que está bom no atendimento ginecológico às mulheres lésbicas?  
\_\_\_\_\_

11) O que está ruim no atendimento ginecológico às mulheres lésbicas?  
\_\_\_\_\_

12) Que sugestões você teria para melhorar o atendimento em ginecologia às mulheres lésbicas?  
\_\_\_\_\_

13) Utilize este espaço para qualquer outra consideração que gostaria desejar:  
\_\_\_\_\_

14) Caso tenha interesse em receber os resultados dessa pesquisa, deixe seu e-mail.

## APÊNDICE B – Termo de Compromisso Livre Esclarecido

Meu nome é Heloisa Marques Andrade, sou acadêmica da 9ª. fase do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina e sob orientação da prof.ª Dra. Olga Regina Zigelli Garcia. Venho convidá-la para participar de um estudo com o nome: Consulta em ginecologia: vivência de mulheres cis lésbicas cujo objetivo conhecer a vivência de mulheres lésbicas durante a consulta ginecológica. A sua participação neste estudo consistirá em responder algumas perguntas do presente formulário, em um horário que melhor lhe convir e que não interfira em suas atividades do dia a dia. As informações contidas neste questionário só serão lidas por mim e por minha orientadora. Garantimos que manteremos sigilo e que será mantido o anonimato. Os dados ficarão guardados em lugar apropriado por um prazo de cinco anos, sendo posteriormente destruídos. Os dados fornecidos neste estudo servirão apenas para esta pesquisa. O conteúdo da entrevista pretende estimular você a compartilhar a suas vivências e percepções, enquanto mulher lésbica, sobre o atendimento à sua saúde do ponto de vista ginecológico. Você tem o direito de não responder a qualquer pergunta que não deseje, tanto quanto o direito de desistir da participação em qualquer momento da pesquisa sem qualquer tipo de prejuízo. Para que você manifeste o seu desejo em deixar de participar do estudo há os contatos meus e de minha orientadora ao final deste termo. Igualmente informamos que você, independente do momento da pesquisa, pode fazer contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina para qualquer informação ou reclamação que julgar necessária. Este é o Comitê responsável pela avaliação da dimensão ética deste estudo. A sua participação não apresenta nenhum risco de natureza física. Entretanto, acreditamos que os questionamentos possam gerar algum desconforto de natureza psico-emocional pela possibilidade de mobilizar vivências negativas relacionadas a este tipo de atendimento. Sugerimos interrupção do preenchimento deste formulário em situação de constrangimento ou desconforto, podendo retornar caso tenha interesse. Caso isto ocorra, também estaremos dispostos a ouvi-la oportunizando uma escuta atenta e sensível. Garantimos que teremos o máximo cuidado com o manuseio dos dados para que não exista a possibilidade, mesmo que remota, de quebra de sigilo. Ressaltamos que pode ser que não haja benefícios diretos a você, mas esta trará benefícios indiretos relacionados à ampliação do conhecimento sobre o tema desta pesquisa contribuindo para a melhoria na qualidade da assistência à saúde da mulher lésbica. Informamos também que você não será remunerada e que não terá nenhum custo durante sua participação. Contudo, garantimos o direito a ressarcimento caso haja despesas comprovadamente vinculadas ao estudo. Garantimos também o direito a indenização por qualquer dano direto ou indireto proveniente deste estudo, desde que devidamente comprovado. Informamos que os resultados deste estudo poderão ser apresentados em eventos científicos e em revistas da área da saúde, mantendo em anonimato o nome das informantes. Como pesquisadoras, garantimos que seguiremos todas as orientações contidas na Resolução 466/2012 que rege as pesquisas com seres Humanos no Brasil. Devido a impossibilidade de encontro presencial em função das restrições sanitárias pelo COVID 19 as perguntas serão feitas através do formulário *google forms*®. Você só conseguirá prosseguir nele se der o seu OK para este termo. O seu OK será considerado seu aceite em participar da pesquisa. Agradecemos desde já sua participação.

Contato as pesquisadoras responsáveis:

Prof.ªDrª Olga Regina Zigelli Garcia.  
Departamento de Enfermagem da UFSC  
Telefone:(48) 3721-9480  
zigarcia@gmail.com

Heloisa Marques Andrade  
Acadêmica de Enfermagem da UFSC.  
Telefone: (48) 99688-8687  
heloisandradem@gmail.com



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**DISCIPLINA: INT 5182-TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO II**

**PARECER FINAL DO ORIENTADOR SOBRE O TRABALHO DE  
CONCLUSÃO DE CURSO**

A acadêmica Heloisa Marques de Andrade desenvolveu o TCC intitulado CONSULTA GINECOLÓGICA: VIVÊNCIA DE MULHERES CIS LÉSBICAS que teve por objetivo, através de um estudo exploratório descritivo, de natureza qualitativa: Conhecer as vivências de mulheres cis lésbicas, durante a consulta ginecológica.

Durante a execução do trabalho, desde o projeto até a finalização do estudo a aluna demonstrou comprometimento com o rigor científico e ético, competência para o desenvolvimento do estudo e compromisso em atender a todas as demandas da orientação, demonstrando crescimento no desenvolvimento de uma pesquisa que se traduziu em um trabalho de qualidade.

O trabalho foi considerado de excelência pela banca examinadora que recomendou a sua imediata publicação.

Florianópolis, 18 de maio de 2021

**Profa. Dra. Olga Regina Zigelli Garcia**  
**Orientadora**