

Saúde das mulheres lésbicas e atenção à saúde: nem integralidade, nem equidade diante das invisibilidades

Lesbian women's health and health care: neither completeness nor equity towards invisibilities

Marisa Fernandes^I, Luiza Dantas Soler^{II}, Maria Cecília Burgos Paiva Leite^{III}

“A História, os bons ventos e os furacões”

Resumo

O presente artigo é o produto de um esforço conjunto entre mulheres lésbicas, feministas e ativistas, no sentido de delinear a questão da saúde das lésbicas no Brasil a partir de uma perspectiva multidisciplinar e com forte contribuição de escutas qualificadas e vivências das próprias ao longo de suas vidas. Com ele buscamos driblar a invisibilidade de nossos corpos e, por conseguinte, a quase total ausência de números e políticas públicas que nos considerem enquanto sujeitos, e trazer os dados possíveis sobre as nossas sexualidades e saúde, para nós e por nós.

Palavras-chave: Lésbicas; Sexualidade; Saúde pública.

Introdução

Desde que o Movimento de Lésbicas feministas teve início no Brasil, em fevereiro de 1979, as lésbicas denunciavam o apagamento das suas existências, as violências e discriminações sofridas pelo fato de serem mulheres e lésbicas e a mais completa ausência de políticas públicas e legislações que atendessem à população brasileira de LGBT+.

^I Marisa Fernandes (fernandes1marisa@gmail.com) é historiadora e Mestre em História Social pela Faculdade de Filosofia Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo (FFLCH/USP) e Pesquisadora do Coletivo de Feministas Lésbicas.

^{II} Luiza Dantas Soler (luizadantassoler@gmail.com) é advogada pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e Especialista em Gênero e Sexualidade pelo Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (CLAM/IMS/UERJ).

^{III} Maria Cecília Burgos Paiva Leite (cica.burgos@gmail.com) é psicóloga clínica formada pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP).

Abstract

This article is the product of a joint effort among lesbian, feminist and militant women to delineate the issue of the sexual health of lesbians in Brazil, from a multidisciplinary perspective and with a strong contribution of qualified hearing and their own experiences. As a goal we seek to circumvent the invisibility of our bodies and, consequently, the almost total absence of numbers and public policies that consider us as subjects, and bring the possible data about our sexualities and health, for us and by us.

Keywords: Lesbians; Sexuality; Public health.

Com o passar dos anos e o crescimento de grupos e de redes nacionais de lésbicas, aos poucos, alguns avanços foram alcançados, sobretudo na área da saúde. Quando da realização dos I, II e III e IV Seminário Nacional de Lésbicas (SENALE), respectivamente em 1996, 1997, 1998 e 2001, no Rio de Janeiro, Bahia e Minas Gerais e Fortaleza, os temas foram referentes à saúde das lésbicas^I. Não por menos, no mês de março de 2001 aconteceu em Brasília, uma reunião sobre a saúde das lésbicas organizada pelo Programa Nacional de DST/Aids (PN-DST/Aids) do Ministério da Saúde^{IV}, visando a pensar políticas públicas para essa população.

^{IV} Memória da coautora deste artigo, Marisa Fernandes, que esteve presente ao evento.

Muitos outros eventos realizados por lésbicas organizadas, envolvendo o tema da saúde aconteceram. No ano de 2006, em Belo Horizonte, a Associação Lésbica de Minas (ALEM) realizou o “Seminário Saúde e Visibilidade”^v, em celebração aos 28 anos de ativismo das lésbicas no Brasil. Neste mesmo ano, a “IV Caminhada de Lésbicas, Bissexuais e Simpatizantes de São Paulo”² saiu às ruas com o tema “Saúde e Respeito são Direitos das Lésbicas”. Ainda em 2006, uma lésbica e feminista foi eleita para compor o Conselho Nacional de Saúde^{vi,3}.

Na 13ª Conferência Nacional de Saúde, em 2008, a orientação sexual e a identidade de gênero foram incluídas na análise da determinação social da saúde⁴. Entre as recomendações desta conferência temos duas, entre outras, muito importantes para a população lésbica e de mulheres bissexuais: o estabelecimento de normas e protocolos de atendimento específicos para as lésbicas e travestis e a implementação do protocolo de atenção contra a violência, considerando a identidade de gênero e a orientação sexual. Esta última requer o reconhecimento de que todas as formas de discriminação – como o caso das homofobias e dos preconceitos do machismo, do racismo e da misoginia devem ser consideradas na determinação social de sofrimento e de doença.

Sabemos que a saúde mental das lésbicas é comprometida por vários fatores, resultantes da lesbifobia. É muito alta a quantidade de lésbicas em depressão e isolamento, mas pouco é falado sobre o adoecimento mental dessas mulheres, se comparado com a abordagem da saúde sexual e ginecológica.

^v Memória da coautora deste artigo, Marisa Fernandes, que esteve presente ao evento.

^{vi} Carmen Lúcia Luiz, representante do Movimento LGBT brasileiro pela Liga Brasileira de Lésbicas (LBL) que atuou na gestão 2006-2010.

Em uma pesquisa pioneira abordando saúde sexual de lésbicas, realizada entre 2002 e 2003, no Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids da Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo (CRT DST/Aids/SES-SP), com a ajuda do Coletivo de Feministas Lésbicas (CFL) – ainda um dos melhores trabalhos sobre o assunto –, Pinto⁵ conclui que os/as profissionais de saúde não deveriam assumir previamente que as mulheres que fazem sexo com mulher, têm, automaticamente, baixo risco para as infecções sexualmente transmissíveis (IST) e que jamais façam sexo com homens; além disso, apontou que não existe o uso de preservativos ou outro método de barreira para a proteção no sexo feito entre mulheres, mostrando ser necessário pensar estratégias para essas práticas. Revelou, também, que 83% das mulheres pesquisadas esperavam que os médicos não tivessem preconceito com sua sexualidade, praticamente 98% desejando um serviço mais sensível às mulheres que fazem sexo com mulheres⁵. A revelação de suas relações com mulheres fizeram com que os profissionais tivessem para 28% atitudes de atendê-las mais rapidamente e em 17% dos casos de deixar de examiná-las. Já as mulheres que não revelaram tal informação, 91% alegaram não ter contado devido ao desconforto causado pelo profissional de saúde; resultados que evidenciaram a necessidade que os profissionais de saúde possuem de serem corretamente informados e sensibilizados para o cuidado da saúde dessas mulheres que fazem sexo com outras mulheres⁵.

Embora o Brasil tenha alcançado um nível de excelência nos seus programas de prevenção e tratamento do HIV/aids foram os grupos de lésbicas que se mobilizaram e assumiram a tarefa de divulgação da necessidade de prevenção e do uso de métodos de barreiras improvisadas que pudessem servir para a proteção no

sexo feito entre mulheres. Esse esforço envolveu a realização de pesquisas, oficinas de sexo seguro, produção e distribuição de folhetos, folders, cartilhas, boletins e vídeos no país; projetos que em geral receberam apoio financeiro governamentais⁶.

As lésbicas negras, de forma mais intensa, se confrontam com a violência institucional em hospitais e/ou centros de saúde, no atendimento relativo à saúde sexual, física e mental, devido sua orientação sexual e em relação à raça. Tais violências sofridas resultam em aversão à busca de ajuda em momentos de dor e sofrimento físico e psíquico⁷.

Na década de 2010, as lésbicas continuaram na luta pelo direito à saúde digna, por atendimento médico capacitado e outras necessidades na área da saúde. Mais uma vez fomos às ruas na IX Caminhada de Lésbicas e Mulheres Bissexuais/SP, em 2011, com o tema “Liberdade, saúde e autonomia! Conquistar direitos todos os dias”².

Depois de anos de reivindicação das lésbicas e das bissexuais, inclusive para que existisse um material educativo e informativo que abordasse nossas especificidades e sensibilizasse profissionais de saúde e gestores para um acolhimento adequado à saúde dessas mulheres, finalmente, em 2013, o Ministério da Saúde lançou 30 mil exemplares da Cartilha “Mulheres Lésbicas e Bissexuais: direitos, saúde e participação social”⁶. Este material aborda especialmente as interfaces entre a “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher”⁸ e a “Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais”⁹.

A “Política Nacional de Saúde Integral de LGBT”⁹, instituída em 2011, é um divisor de águas para as políticas públicas de saúde no Brasil. É um marco histórico de reconhecimento das demandas e necessidades específicas dessa

população em condição de vulnerabilidade. Nessa importante iniciativa, consta a observação curiosa, até visionária e que, lamentavelmente, mantém sua permanência:

“Os desafios na reestruturação de serviços, rotinas e procedimentos na rede do SUS serão relativamente fáceis de serem superados. Mais difícil, entretanto, será a superação do preconceito e da discriminação que requer, de cada um e do coletivo, mudanças de valores baseadas no respeito às diferenças”⁹ (p.16).

Em 2014, a Secretaria de Políticas para as Mulheres e o Ministério da Saúde realizaram em Brasília, juntamente com as lésbicas organizadas no Brasil, a oficina “Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais”, publicada enquanto relatório¹⁰ e cujo objetivo foi levantar e aprofundar conteúdos para o desenvolvimento de materiais voltados para profissionais de saúde sobre a promoção e atenção à saúde integral desse grupo social.

Embora consideremos todas essas iniciativas, seja por desinteresse, descaso, falta de entendimento, de vontade, por não considerar importante ou necessário, por preconceito, discriminação ou lesbifobia, já no alvorecer da década de 2020, as lésbicas ainda precisam continuar sua luta para abrir espaço, diálogo e construção de ações com os setores da saúde, intra e intersetoriais, além de reivindicar que se coloque em prática a Política Nacional de Saúde Integral para LGBT+.

Profissionais de saúde necessitam rever como conduzir suas consultas, como dirigir a interlocução sobre a vida sexual dessas mulheres, de forma a permitir espaço para o diálogo e para que se sintam à vontade para assumir sua orientação sexual, melhorando a relação médico-paciente. Os médicos já não podem mais afirmar

desconhecimento das especificidades na saúde dessa população; por isso, não faz sentido essa resistência.

Não queremos mais cartilhas, queremos atitudes, queremos profissionais de saúde mais atentos e mais humanizados para atender as mulheres que fazem sexo com mulheres. Queremos um basta ao preconceito dos profissionais de saúde. Queremos continuar vivas e saudáveis!

Saúde sexual e ginecológica

– profissionais de saúde: como o preconceito e despreparo interfere no atendimento, cuidado e promoção de saúde para as lésbicas:

Apesar de já terem sido abordadas a existência de ações governamentais, instruções normativas e até cartilhas que promovem a saúde e o acolhimento e atendimento de mulheres lésbicas de maneira integral e humanizada no Sistema Único de Saúde (SUS), o que se verifica na prática é que nada disso se concretiza enquanto política pública. Nesse sentido, o ponto crucial para que possamos compreender esse cenário é perceber o papel do profissional de saúde nessa dinâmica.

Esses profissionais são membros de nossa sociedade, que por sua vez está permeada pelo preconceito e a LGBTfobia. Soma-se a isso, o fato de que as formações em saúde em nosso país são pautadas pela heteronormatividade, o que significa que até o momento atual, a Medicina pensa e multiplica conhecimento sobre a saúde da mulher essencialmente enquanto a saúde de um ser reprodutivo. Um exemplo claro disso é a organização das disciplinas de Ginecologia nas faculdades de Medicina, que basicamente giram em torno de três situações: a puberdade, que é colocada como o momento que corpo da mulher está começando a se preparar para poder gerar

uma vida, a gestação em si e, por fim, a menopausa, que é o final desse ciclo reprodutivo.

Sexualidade, prazer, diversidade e nem nada além do eixo da reprodução têm a atenção necessária dessas formações; essa deficiência tem reflexo direto na efetivação de qualquer iniciativa que rompa com a lógica reprodutiva. Ou seja, se até mulheres heterossexuais que não se adequam à norma, como por exemplo, as que não desejam engravidar, não são abarcadas por completo pelas práticas atuais, nós lésbicas simplesmente não existimos nesse contexto.

Essa invisibilização é uma questão importante e que precisa ser observada, pois, por si só, já se constitui enquanto uma violência. A mulher lésbica não precisa ser xingada em uma consulta para se sentir violentada: a presunção da heterossexualidade (compulsória), a conclusão imediata de que não deseja engravidar ao afirmar sua orientação sexual, a falta de espaço para a discussão da sua sexualidade e do seu prazer, a ausência de informações que considerem suas práticas sexuais para a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), a falta de conversa sobre o que lhe é confortável para a realização do exame papanicolau, ou mesmo, a negativa quanto às suas necessidades – tudo isso é violência.

Os relatos de experiências ruins em consultórios ginecológicos são quase uma unanimidade entre as lésbicas e, como consequência, essas mulheres continuam frequentando consultas e mentindo em seus próximos atendimentos ou, simplesmente, não retornam ao mesmo – pelo menos não até que algo lhes cause muita dor ou desconforto. Isso tem uma série de consequências em termo de Saúde Pública: negação ao direito fundamental à saúde, impossibilidade de se produzir dados epidemiológicos que possam embasar políticas públicas mais completas, violência institucional, mulheres que poderiam ser cuidadas preventivamente e que só chegam ao

sistema com quadros avançados de doenças. Isso gera gastos mais elevados aos cofres públicos e esse custo se mede em vidas. Um exemplo é a maior letalidade do câncer de colo de útero em mulheres não heterossexuais, apesar de esse tipo de câncer ter uma taxa de curabilidade de praticamente 100%, desde que detectado em seus estágios iniciais, o que é perfeitamente possível mediante a realização periódica do exame de papanicolau conforme preconiza pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Porém, entre lésbicas, a taxa de cura cai significativamente, pois muitas dessas mulheres não chegam ao SUS antes dos sintomas comprometerem a sua capacidade de realizar as atividades cotidianas, por receio ou lembrança de discriminação, ou porque, mesmo frequentando atendimento ginecológico, o exame preventivo lhes é negligenciado.

“Reforçando a noção de maior vulnerabilidade, vários estudos sugerem menor frequência de realização de exames de papanicolau nesse grupo populacional, principalmente entre as mulheres exclusivamente homossexuais, quando comparadas às heterossexuais. Os resultados sugerem que profissionais de saúde solicitam menos sua realização e que as mulheres nem sempre procuram cuidado, quando necessário, ou só o fazem quando surgem sérios problemas e em períodos de maiores agravos à sua saúde”¹ (p.19).

Hoje o Brasil está vivendo uma nova epidemia de sífilis¹¹, assim como tem acompanhado um aumento no contágio por HIV entre os jovens¹². Esses males são resultados diretos de uma tendência de menor uso dos métodos de barreira na proteção das ISTs e questões que se tornam especialmente preocupantes quanto contrapostos ao fato de que não se fala sobre essa prevenção com as mulheres que se relacionam com mulheres.

Em termos de biologia, tal fato não tem qualquer pertinência, pois a principal forma de contágio para a maioria dessas doenças é a troca de fluídos, o que ocorre nas mais variadas práticas sexuais. Então, 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. Não falar com mulheres sobre sexualidade e prazer é reforçar o que lhes é imposto socialmente e dizer-lhes, mais uma vez, que esses temas não lhes dizem respeito.

– novas demandas em direitos e saúde sexual e reprodutiva:

Desde os seus primórdios em 1979, o Movimento de Lésbicas feministas tem como pauta a reivindicação do direito à saúde¹. Apesar de ainda não haver grandes avanços em termos de garantias desse direito, as demandas vêm se diversificando e se multiplicando constantemente. Se, num primeiro momento, estávamos falando de atendimentos ginecológicos mais dignos, respeitosos e inclusivos, posteriormente, a saúde sexual de lésbicas passou a incluir também as demandas sobre a questão reprodutiva como um reflexo da pauta da união e casamento entre mulheres e atualmente também traz a perspectiva do cuidado integral como eixo. O conceito de saúde, que hoje perpassa os aspectos físico, mental e emocional¹³, se refletiu diretamente nessa militância.

O fenômeno da inseminação caseira entre mulheres lésbicas é um bom exemplo dessa mudança de paradigma. As mulheres que se relacionam com mulheres seguem querendo um atendimento ginecológico acolhedor, mas hoje também buscam informação sobre técnicas reprodutivas que atendem para os seus desejos individuais e possibilidades financeiras quanto à concepção, bem como um ambiente seguro e sem julgamentos para essa

discussão. Esse movimento começou de maneira espontânea com a troca de informações através da Internet sobre como poderiam engravidar com a participação de suas parceiras e sem a limitação dos valores exorbitantes para a realização dos procedimentos de inseminação artificial e fertilização *in vitro*¹⁴. Assim, o caminho encontrado por essas mulheres foi a procura de doadores voluntários e a realização do procedimento, fora de ambiente hospitalar; ou seja, quando essa demanda chegou aos consultórios, já caracterizava uma realidade e, diante disso, o sistema de saúde foi confrontado de maneira firme, no sentido de ter que se informar para poder atendê-las de maneira acolhedora e sobre como orientá-las para realizar a inseminação artificial caseira da maneira mais segura possível. Essa mudança de paradigma quanto à produção das nossas demandas, aponta para o crescente empoderamento das lésbicas.

Saúde Mental e multiplicidade de vulnerabilidades

– consequências de violências e discriminações sofridas por lésbicas para o uso abusivo de substâncias e suicídio:

A multiplicidade de vulnerabilidades que pode atravessar a vida de mulheres lésbicas são consequências e desdobramentos de violências e discriminações sofridas por esse grupo; entre elas está o uso abusivo de substâncias e o aumento nas taxas de suicídio presente nessa população.

Segundo Facchini e Barbosa¹, as mulheres lésbicas apresentam níveis elevados de sofrimentos psíquicos pelas diversas violências enfrentadas nos âmbitos social, de trabalho e familiar, quando comparados à população heterossexual.

Para melhor compreensão dessa realidade, é necessário considerar alguns fatores que aumentam ou diminuem as vulnerabilidades que

permeiam suas vidas, como por exemplo, a idade, o gênero, a condição socioeconômica, a situação habitacional, a regionalidade, a cor/raça/etnia, a rede familiar, o acesso à educação, à saúde, à cultura e ao lazer, entre outros marcadores¹⁵.

Ressalta-se aqui a importância do marcador “gênero”, que pauta a vivência de toda lésbica. Uma sociedade patriarcal e misógina traz desdobramentos bastante específicos no que diz respeito às violências e discriminações direcionadas a esse grupo. Os padrões de feminilidade, o rompimento com o paradigma da heteronormatividade familiar, conjugal, doméstica, sexual e/ou reprodutivo são alguns dos pontos em que há especificidades nas violências de gênero sofridas. Salientando que as intersecções com cor/raça/etnia e socioeconômicas potencializam essas agressões.

No “Dossiê sobre Lesbocídio no Brasil”¹⁶, o termo “lesbocídio” é definido como a morte de lésbicas por motivo de lesbofobia, ou seja, ódio, repulsa e/ou discriminação contra a existência lésbica. Ressaltando o alto nível de crueldade que esses assassinatos apresentam, registro de casos onde tiros são direcionados às vítimas, de esquartejamentos e de rostos que são desfigurados. Esse dossiê aponta que, entre os anos 2014 e 2017, 72% dos casos de lesbocídios ocorreram em vias públicas e 28% nas residências das vítimas; sendo 83% dos assassinatos cometidos por homens e 17% por mulheres¹⁶.

Entre as tipologias utilizadas na pesquisa¹⁶, se encontram as categorias “lesbocídios cometidos por parentes homens” e “homens conhecidos sem vínculo afetivo-sexual ou consanguíneo”, ou seja, homens que têm algum convívio com a mulher vitimada. Essas duas tipologias foram responsáveis por 64% dos casos registrados de lesbocídio entre 2014 e 2017, enquanto outros 36% dos assassinatos haviam sido cometidos por homens desconhecidos.

Outra situação recorrentemente que explicita a lesbofobia se dá nos ambientes de formação e educação. Bento¹⁷ aponta sobre as escolas:

“...não existem indicadores para medir a homofobia de uma sociedade e, quando se fala de escola, tudo aparece sob o manto invisibilizante da evasão. Na verdade, há um desejo de eliminar e excluir aqueles que “contaminam” o espaço escolar. Há um processo de expulsão, e não de evasão. É importante diferenciar “evasão” de “expulsão”, pois, ao apontar com maior precisão as causas que levam crianças a não frequentarem o espaço escolar, se terá como enfrentar com eficácia os dilemas que constituem o cotidiano escolar, entre eles, a intolerância alimentada pela homofobia” (p.555).

Essa “expulsão” à qual a autora se refere muitas vezes se desdobra para outros âmbitos além do escolar, como: mercado de trabalho, espaços públicos, acesso aos serviços de saúde, contatos sociais, rupturas significativas com núcleo familiar, problema habitacional e socioeconômico. Em outras palavras, os marcadores de vulnerabilidades, na maior parte das vezes, estão entrelaçados.

Na Saúde, uma das preocupações especialmente expressa é o uso de álcool e outras substâncias pela população lésbica. O uso abusivo de álcool e de outras substâncias é apontado como proporcionalmente alto quando comparado à população heterossexual, acarretando em desdobramentos para a saúde física dessa população¹. Pensar esse uso é reconhecer a existência de reflexos dos estigmas pautados contra as lésbicas, o que envolve medos, discriminações cotidianas, invisibilidades institucionais, experiências e angústias, muitas vezes pouco compartilhadas socialmente.

Atualmente há uma ausência de políticas públicas eficazes voltadas para a comunidade

lésbica e que entenda e acolha as suas demandas, considerando suas especificidades. Para pensar em possíveis diretrizes para a questão do uso abusivo de substâncias nesse grupo, é levar em conta as possíveis barreiras que podem acarretar em maior dificuldade de acesso desse sujeito e sua menor adesão às propostas atualmente existentes na saúde. Esse distanciamento também pode acarretar em outros adoecimentos, como os prejuízos à saúde mental. Para traçar esse panorama, temos que entender o que se conceitua aqui enquanto “adoecimento”. Em uma tentativa de romper com a lógica biomédica, patologizante e das determinações da Psiquiatria – ainda que se reconheça a relevância da mesma e as discussões dessas categorias –, entende-se aqui como processo de adoecimento aquele que “... traz sérias implicações para a identidade, tais como: baixa autoestima, perda de habilidades laborativas e de mobilidade, capazes de gerar sentimentos de incapacidade para o trabalho e autocensura que ratificam estigmas”¹⁸ (p.482), que, por sua vez, se encontram presentes na população lésbica.

O suicídio de lésbicas acontece em diferentes idades a partir da adolescência, classes sociais, etnias e regiões do Brasil. Esse índice vem crescendo significativamente a cada ano. Do número total de lésbicas que cometeram suicídio entre os anos de 2014 e 2017, 6% foram em 2014, 15% em 2015, 21% em 2016 e 58% em 2017¹⁶, apontando crescimento dos casos. Essas mulheres estão em processos de adoecimento e altos níveis de sofrimento. Reconhecendo a complexidade do tema e que há especificidades em cada caso, é necessário atentar-se ao fato, de que pode haver uma correlação entre esses suicídios com a questão da lesbianidade, tendo em vista a recorrência destes acontecimentos em um segmento tão específico.

Um grupo como o das lésbicas, que tem suas vivências construídas com uma escassez de referenciais que validem o seu lugar social e familiar, bem como a sua forma de se relacionar afetiva e sexualmente, além do medo de possíveis violências e do estigma, já é, em si, um grupo com um fator enorme de adoecimento.

É interessante pontuar que, durante a produção desse artigo, a própria dificuldade de encontrar dados referentes aos campos de saúde física e mental de mulheres lésbicas, se constitui como reflexo da invisibilidade em que vivem nas estatísticas dos serviços de saúde. Não foram encontrados dados mais específicos de uso de drogas em níveis nacionais especificamente na população lésbica. Tampouco foram encontradas outras fontes, além do “Dossiê sobre Lesbocídio no Brasil”¹⁶, que contabilizassem dados sobre as mortes dessa população e suas tipologias. Considerando todo o território brasileiro, tal dificuldade se mostra ainda maior ao se reconhecerem as especificidades das diferentes regiões do país, no que diz respeito às violências e discriminações sofridas em suas formas, conteúdos e desdobramentos para quem as sofre.

Assim, falar sobre saúde física e mental de mulheres lésbicas é, portanto, falar sobre violências e apagamentos; inclusive nas dificuldades de acesso a dados que contabilizem essa população e que considerem as suas especificidades. Fica evidente a defasagem de produções sobre lésbicas, ainda, que essas tenham, teoricamente, as mesmas exigências e direitos de escuta e cuidado integral tal qual todas as outras parcelas da população.

– reflexões sobre experiências da clínica psicológica de atendimento às lésbicas:

A escuta da clínica psicológica de pacientes lésbicas de diferentes idades, vivida em consultório particular em São Paulo entre 2017 e 2018,

por uma das autoras deste artigo^{vii}, registrou elementos comuns trazidos por essas mulheres nos processos terapêuticos. Observa-se uma dificuldade de nomear, colocar em palavras, externalizar e falar sobre ser lésbica e sobre seus afetos. “Para não ser marcada, a abjeção não deve ser proferida, descrita, nomeada, pois, uma vez feito isso, ela ganha peso e se constitui como matéria dentro da sociedade, deixando de ser abjeção”¹⁹ (p.2923).

Nas experiências clínicas aqui referidas, esse lugar de abjeção de vivências desses aspectos identitários foram muitas vezes pilares significativos para essas mulheres. A dificuldade em nomear seus processos não se encerrava na clínica, transbordava no social, no prejuízo na saúde mental e na qualidade de vida. A falta de referências, espaços de convívio e redes com outras lésbicas se mostrou como fator que dificultava a prática da fala. Os empecilhos da verbalização sobre suas vivências foram apresentados como fatores relacionados à sensação de solidão.

Ainda que algumas dessas mulheres mantivessem relacionamentos duradouros, os mesmos eram vividos às margens, pois não havia um lugar social que os acolhessem. Relatos de falta de perspectiva para construções familiares, sentimentos de inferioridade em relação a pessoas heterossexuais em diferentes situações cotidianas, sensação de angústia e medo constante de possíveis violências, pouca circulação em ambientes públicos para lazer, busca de lugares fechados e considerados mais seguro (isolamento social), preocupação e insegurança com visual (roupas, cabelos, acessórios) foram recorrentes no decorrer desses atendimentos.

Parte desses processos terapêuticos consistiu em trazer uma materialidade para aquelas vivências que existem, visando à formação de novas perspectivas e referências para as mesmas.

^{vii} Atendimentos psicológicos de 5 mulheres lésbicas, feito por Maria Cecília Burgos P. Leite em consultório particular localizado na Cidade de São Paulo.

Acessar a “sujeito lésbica” se torna muito mais difícil quando a lógica hegemônica não a contempla. É preciso validar social e politicamente as demandas desse grupo de sujeitos, para que as violências diminuam e as consequências sofridas sejam atenuadas. É necessário romper com a lógica heteronormativa, para que se tirem as mulheres lésbicas do lugar de abjeção e se materializem as possibilidades de uma melhor qualidade de vida e recursos para essa população.

Conclusão

Este artigo, elaborado por três lésbicas buscou levantar questionamentos e provocar a reflexão nas instituições governamentais, nos movimentos sociais e entre acadêmicas (as), para a melhoria de resultados eficazes na área de saúde das lésbicas, de mulheres bissexuais e demais populações de gays, travestis e transexuais, inseridos em todas as outras variáveis, para além das sexualidades, como gênero, geracional, raça, etnia e condição socioeconômica. Nele apresentamos dados incisivos, tanto de vivências quanto dos desvios de procedimentos relativos inclusive a direitos já conquistados na área da saúde, para essas populações mais vulneráveis.

Para muitas lésbicas e mulheres bissexuais esmagadas pela invisibilidade a que são submetidas pelos preconceitos, discriminações e violências, apenas por suas sexualidades, faltam informações sobre saúde física e mental, notadamente para as jovens. As lésbicas estão nesta situação porque faltam ações concretas e eficazes nas áreas da saúde, educação, cultura e segurança, bem como legislativas e judiciárias, que precisam ser superadas, aperfeiçoadas e principalmente cumpridas.

Propostas, como esta publicação organizada pelo Núcleo de Práticas de Saúde do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, que abordem as necessidades, as dificuldades e as possíveis soluções na assistência

à saúde das lésbicas e mulheres bissexuais, são de grande utilidade, não só para os problemas individuais dessas mulheres, mas para o avanço de definições estratégicas e para a eficácia das políticas públicas na área de saúde.

As lutas empreendidas pelas lésbicas e mulheres bissexuais e pelas populações de gays, travestis e transexuais, bem como as ações governamentais dirigidas a estas pessoas – que infelizmente ainda não decolaram, por falta de vontade política resultante dos retrocessos que estamos vivendo no cenário político nacional –, nos deixam muitas perguntas, ausências e inquietudes.

Nos últimos anos, o Brasil vem sofrendo um profundo retrocesso político, amparado pelo reacionarismo e conservadorismo, de setores retrógrados articulados nacionalmente, que hoje dominam o Congresso Nacional, por meio de bancadas de representantes das igrejas evangélicas fundamentalistas, de ruralistas, mineradoras, da indústria bélica e do militarismo, cujas pautas hegemônicas estão baseadas na intransigência, intolerância, na ordem, na moral, nos discursos de ódio, na hierarquização das relações de gênero, no machismo, racismo, sexismo, classismo, lgbtfofia e na manutenção da heteronorma, que resultam na crescente violência contra as populações de LGBTQ+, mulheres, negras, pobres, indígenas e jovens. Um Estado com essas características reforça a intimidação dos grupos mais vulneráveis e socialmente marginalizados, promovendo a repressão e o aumento do controle social.

São 40 anos de organização lésbica e do movimento LGBTQ+ no Brasil, de contínua resistência e de lutas para não sermos submetidas a qualquer forma de violência e pelo direito de não ser discriminadas.

Lutamos, para que Poder Público **de forma articulada garanta** direitos iguais na sua integridade, para todas as pessoas, além de promover o reconhecimento e o respeito às diferenças e as

diversidades humanas. Lutamos pela transformação do Brasil, para que seja um país mais inclusivo e justo.

Mesmo que estejamos amparadas por legislações e tenhamos o direito já assegurado em programas nacionais de saúde LGBT+, sabemos que apenas isso não é suficiente, mas é uma garantia, no entanto é notório, que para as nossas vidas cotidianas há muito para ser aperfeiçoado.

Referências

1. Facchini R, Barbosa R. Dossiê saúde mulheres lésbicas – promoção da equidade e da integralidade. Belo Horizonte: Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; 2006. [acesso em 5 out 2018]. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/dossie_da_saude_da_mulher_lesbica.pdf
2. Rodrigues MM. 10 anos de caminhada de lésbicas e bissexuais em São Paulo. In: I Seminário Internacional Enlaçando Sexualidades. Salvador: Universidade do Estado da Bahia; 2013. [acesso em: 5 out 2018]. Disponível em: <http://www.uneb.br/enlacandosexualidades/files/2013/06/10-anos-de-Caminhada-de-L%C3%A9sbicas-e-Bissexuais-em-S%C3%A3o-Paulo.pdf>
3. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Conselho Nacional de Saúde toma posse. (on line). Brasília; 2006. [acesso em: 11 out 2018]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2006/posseconselheiroosss.htm
4. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório final 13ª Conferência Nacional de Saúde - saúde e qualidade de vida políticas de Estado e desenvolvimento. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. [acesso 10 out 2018]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/13cns_m.pdf
5. Pinto VM. Aspectos epidemiológicos das doenças sexualmente transmissíveis em mulheres que fazem sexo com mulheres. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo; 2004.
6. Ministério da Saúde. Mulheres lésbicas e bissexuais direitos, saúde e participação social. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2013. [acesso 5 out 2018]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mulheres_lesbicas_bisexuais_direitos_saude.pdf
7. Seminário Nacional de Lésbicas. Roda de Conversa: Negritude e Visibilidade: Saúde e Autocuidado. Relatório final do SENALESBI. Teresina/PI; 9 a 12 junh 2016.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
10. Ministério da Saúde. Atenção integral à saúde de mulheres lésbicas e bissexuais – relatório da oficina “Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais” realizada em Brasília de 23 a 25 de abril de 2014. Brasília; 2014. [acesso em 5 out 2018]. Disponível em: <https://docplayer.com.br/7011578-Atencao-integral-a-saude-de-mulheres-lesbicas-e-bissexuais.html>
11. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Sífilis; 2017; 48(36).
12. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIVAids e das Hepatites Virais. Boletim epidemiológico HIV/Aids. Brasília; 2017.
13. Organização Mundial de Saúde (OMS). Constituição da Organização Mundial da Saúde. In. Biblioteca virtual dos direitos humanos. (on line). [acesso em: 5 out 2018]. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>
14. Corrêa MEC. Mulheres lésbicas e internet: A busca da maternidade nas redes sociais virtuais. In: Duas mães? Mulheres lésbicas e maternidade. (Tese de Doutorado). Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo; 2012. p.187-190[acesso 5 out 2018]. Disponível em: http://www.clam.org.br/bibliotecadigital/uploads/publicacoes/1909_1396_tese_maria_eduarda_cavadinha_correa.pdf
15. Garcia F, Costa M, Guimarães L, Neves M. Vulnerabilidade e o uso de drogas. Belo Horizonte: 3i editora; 2005.
16. Peres MCC, Soares SF, Dias MC. Dossiê sobre lesbocídio dossiê sobre lesbocídio no Brasil: de 2014 a 2017. Rio de Janeiro: Livros Ilimitados; 2018. [acesso em: 5 out 2018]. Disponível em: <http://dossies.agenciapatriciagalvao.org.br/fontes-e-pesquisas/wp-content/uploads/sites/3/2018/04/Dossi%C3%AA-sobre-lesboc%C3%ADdio-no-Brasil.pdf>
17. Bento B. Na escola se aprende que a diferença faz a diferença, Estudos Feministas. 2011; 19(2): p. 548-559.
18. Nascimento Y, Brêda M, Albuquerque M. O adoecimento mental: percepções sobre a identidade da pessoa que sofre. Interface – Comum. Saúde, Educ. 2015; 19(54):479-490.
19. Moreira T. O ato de nomear – da construção de categorias de gênero até a abjeção. Cadernos do CNLF. 2010; XIV(4):t4.