

# SAÚDE DAS

PROMOÇÃO DA EQUIDADE E DA INTEGRALIDADE

# MULHERES LÉSBICAS

## DOSSIÊ

*"A invisibilidade da população composta por estas mulheres e de suas demandas implica desperdício de recursos com atenção à saúde e baixa eficácia no tratamento efetivo de suas necessidades."*

### **Produção**

Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Rede Feminista de Saúde

### **Pesquisa**

Regina Facchini

*Antropóloga, mestre em Antropologia Social, doutoranda em Ciências Sociais pelo Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da UNICAMP.*

*E-mail: rfacchini@uol.com.br*

### **Regina Maria Barbosa**

*Médica, doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro.*

*E-mail: rbarbosa@nepo.unicamp.br*

### **Colaboração**

Lidiane Ferreira Gonçalves, Fátima Oliveira e Maria José Oliveira Araújo

### **Edição de Texto**

Mônica Bara Maia e Fátima Oliveira

### **Revisão**

Libério Neves

### **Coordenação Editorial**

Mônica Bara Maia

### **Projeto Gráfico**

Moema Cavalcanti

### **Editoração Eletrônica**

Sigla Comunicação

### **Apoio**

Fundação Ford

UNFPA

*Autorizamos a reprodução total ou parcial, desde que citada a fonte.  
Dia Internacional da Mulher. Belo Horizonte, 8 de Março de 2006*

# Conteúdo

Introdução, 5

Homossexualidade feminina e saúde: contextualizando, 7

A construção dos direitos sexuais, 9

Mulheres lésbicas e o direito à saúde, 9

Homossexualidade feminina: terminologias e estimativas, 12

Estimativas para o Brasil, 15

Homossexualidade feminina e saúde: há especificidades?, 18

O que dizem os estudos internacionais, 18

Câncer de mama e de colo de útero, 19

Doenças sexualmente transmissíveis, 19

Saúde mental e violência, 20

Abuso de álcool e drogas, 20

As pesquisas no Brasil, 22

Vitimização, violência e saúde, 23

Invisibilidade e saúde, 23

Saúde sexual e saúde reprodutiva, 25

A consulta ginecológica, 27

Políticas e ações voltadas à saúde de lésbicas no Brasil, 30

Demandas e propostas apontadas nos estudos e pelo movimento social, 35

Referências bibliográficas, 37

Páginas na Internet, 40

O que é a Rede Feminista de Saúde, 41



*Dossiê Saúde das Mulheres Lésbicas: Promoção da Equidade e da Integralidade*, pesquisa realizada por Regina Facchini e Regina Maria Barbosa, por solicitação da Rede Feminista de Saúde, é uma publicação pioneira no Brasil, com foco na saúde das mulheres lésbicas, que sistematiza trilhas percorridas através de muitas angústias, apreensões e lutas, além de pistas e saberes acumulados de vários estudos, em diversos países.

Ao mesmo tempo em que sistematiza trilhas, pistas e saberes acumulados, o Dossiê delinea perfis das necessidades e das dificuldades que mulheres lésbicas deparam quando precisam dos serviços de saúde, da atenção básica à especializada. Alguns títulos constantes na publicação em si são instigantes, além de indutores de polêmicas intermináveis, como, por exemplo: "Homossexualidade feminina e saúde: há especificidades?"; "Políticas e ações voltadas à saúde de lésbicas no Brasil"; e "Demandas e propostas apontadas nos estudos e pelo movimento social". Há uma certeza: o direito da mulher lésbica à saúde a partir das singularidades de suas demandas.

A Rede Feminista de Saúde reafirma que a atenção devida à saúde das lésbicas ainda necessita de muitos aportes científicos que exigem dedicação e definição política de mais estudos e aspira que o Dossiê possa ser inspiração para pesquisas sobre o tema, pois, como bem destacam as autoras, o produto final é alicerce para "uma reflexão acerca do modo como a invisibilidade da sexualidade feminina – em especial, da sexualidade não heterossexual entre mulheres – e o preconceito associado à homossexualidade implicam questões de saúde pública (...) a produção de conhecimento ou políticas deve sempre levar em conta toda a diversidade de estilos de vida, geração, pertencimentos raciais/étnicos ou de classe, entre outros, presentes na população".

O *Dossiê Saúde das Mulheres Lésbicas: Promoção da Equidade e da Integralidade* representa uma definição política da Rede Feminista de Saúde de contribuir para retirar da invisibilidade as necessidades e dificuldades das lésbicas diante dos serviços e profissionais de

saúde, evidenciando a vulnerabilidade que o saber médico clássico e o poder dos serviços de saúde nos moldes tradicionais – em geral de matrizes homofóbica, patriarcal e vitoriana – impõem a mulheres que exercem a sexualidade fora do modelo exclusivamente "hetero", e que se traduz, cotidianamente, de norte a sul e de leste a oeste do País, em prática discriminatória contra mulheres lésbicas.

Sua publicação, há muito esperada, constitui um alerta a elaboradores(as) e gestores(as) das políticas de saúde para as singularidades das demandas das lésbicas, bem como a profissionais de saúde para o fato de que é preciso considerar a orientação sexual da mulher e o modo como busca exercer sua sexualidade. A outra face do Dossiê é dirigida à vida privada de cada mulher lésbica: ao autoconhecimento, ao desbravar do próprio corpo em bases científicas e seguras, refletindo-se em sólido empoderamento, quando da abordagem das necessidades pessoais em saúde, junto aos serviços e profissionais de saúde.

*Fátima Oliveira*

Secretária executiva da Rede Feminista de Saúde

*Ana Maria da Silva Soares*

Secretária adjunta da Rede Feminista de Saúde

---

# Introdução

A pesquisa realizada para a elaboração do Dossiê Saúde das Mulheres Lésbicas: Promoção da Equidade e da Integralidade teve como base a análise de estudos populacionais, epidemiológicos e de natureza qualitativa em várias áreas do conhecimento. O material aqui apresentado colabora para uma reflexão acerca do modo como a invisibilidade da sexualidade feminina – em especial da sexualidade não heterossexual entre mulheres – e o preconceito associado à homossexualidade implicam questões de saúde pública. Entre essas questões, ressaltamos o descumprimento de princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde, como a equidade e a integralidade.

Nossa contribuição, como feministas e pesquisadoras de saúde da mulher e das questões de gênero e sexualidade, ao debate em curso no Brasil sobre as demandas de saúde de "mulheres lésbicas, bissexuais e outras mulheres que fazem sexo com mulheres", buscou: 1) contextualizar o crescimento da preocupação com a temática no campo acadêmico e de ativistas e formuladores de políticas públicas; 2) mapear o conhecimento produzido

pelos estudos populacionais, com ênfase nas estimativas e nas terminologias utilizadas; 3) mapear os estudos internacionais e brasileiros sobre saúde dessa população e apontar seus principais resultados no que diz respeito a possíveis especificidades; 4) mapear políticas públicas e ações destinadas, nos últimos anos, à promoção da saúde integral dessa população no Brasil; 5) apontar demandas e propostas formuladas por estudos e pelos movimentos sociais em torno dessa temática.

O material aqui disponibilizado faz parte do acúmulo sobre este tema que nós, pesquisadoras responsáveis pela elaboração do presente Dossiê, construímos ao longo dos últimos três anos, na linha de pesquisa em "Saúde, gênero e diversidade sexual", apoiada pela

Fundação Ford e pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Embora o apoio a nossas atividades de pesquisa e a uma série de iniciativas, aqui citadas, represente um avanço no que respeita à produção de conhecimento nesse tema, cabe ressaltar que uma das principais indicações deste Dossiê diz respeito à necessidade de conhecer melhor a popu-

---

A produção de conhecimento  
ou de políticas deve sempre  
levar em conta toda a diversidade  
de estilos de vida, geração,  
pertencimentos raciais/étnicos  
ou de classe, entre outros,  
presentes na população

---

lação formada por mulheres que vivem práticas homossexuais, bem como suas demandas.

Dada a variedade das formas de referência a essa população nos estudos, optamos por conservar a forma de referência dos/das autores/as citados/as. A utilização do termo "lésbicas" no título do Dossiê se deve ao caráter desta publicação e ao reconhecimento de que, em torno dessa categoria, demandas e ações têm sido articuladas pelos movimentos sociais. No entanto, ressaltamos que na produção de caráter científico ou técnico deve-se considerar que a categoria "lésbica" representa uma das possibilidades de formulação de

identidade sexual, entre as várias presentes na população de mulheres que mantêm práticas sexuais com outras mulheres. Entendemos que a produção de conhecimento ou de políticas deve sempre levar em conta toda a diversidade de estilos de vida, geração, pertencimentos raciais/étnicos ou de classe, entre outros, presentes na população.

Esperamos que o presente trabalho contribua para a produção de políticas e de conhecimento, e para transformação da situação de invisibilidade e precariedade que marca a atenção à saúde dessas mulheres no Brasil.

---

# Homossexualidade Feminina e Saúde: contextualizando

A relação entre a homo e a bissexualidade feminina e a temática saúde está perpassada por uma série de fatores que envolvem: a invisibilidade do homoerotismo feminino; a invisibilidade da própria sexualidade feminina; e o grau de preconceito que temos, ainda hoje, em relação à homossexualidade.

Não há como compreender o crescimento da preocupação com a temática da saúde de mulheres lésbicas e bissexuais sem que se considerem fatores como o crescimento da visibilidade do movimento de *gays*, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais (GLBT) na sociedade brasileira contemporânea; a segmentação de categorias no interior desse movimento e a explicitação em separado da categoria "lésbica"; o contexto em que vêm se dando as reivindicações em torno da saúde das mulheres nos últimos anos no Brasil; a produção e a divulgação de conhecimentos sobre (homo)sexualidade; e os avanços conceituais na luta por direitos, com a afirmação dos direitos sexuais.

Embora o tema da sexualidade, de alguma forma, estivesse presente no campo da saúde coletiva e dos estudos de população há, pelo menos, duas ou três décadas – nos debates em torno das políticas e dos programas de controle da fecundidade, no Brasil –, é na década de 1980 que se criam as condições históricas, políticas e culturais para sua constituição enquanto campo temático ligado às questões de Saúde Reprodutiva.

*Fonte: Aquino et al., 2003.*

Até então, sua presença podia ser percebida apenas de forma marginal, dado que o debate no campo da saúde se concentrava em torno dos fatores que poderiam promover a aceitação e a efetividade dos métodos contraceptivos. A relação entre gravidez indesejada, prática contraceptiva e sexualidade, embora admitida, era tratada do ponto de vista de sua invisibilidade.

---

(Na virada do século XXI se incorporam) ao campo da sexualidade novas temáticas, como heterossexualidade não procriativa, reprodução desvinculada do ato sexual, sadomasoquismo, homossexualidades e transexualidade

---

Tal encobrimento acontecia também no interior do movimento feminista, que emerge com força no Brasil

*Fonte: Dixon-Mueller, 1993; Barbosa, 2005.*



na década de 1980. A ênfase na igualdade dos direitos de mulheres e homens, defendida pelo movimento, se desdobra nos estudos voltados para a família e a saúde da mulher, campo que mais tarde passará a ser conhecido como o da saúde sexual e reprodutiva. Apesar de os estudos feministas postularem a dissociação entre exercício da sexualidade e a reprodução, sua discussão ocupava um lugar secundário, quando comparado ao da reprodução e da maternidade.

*Fonte: Petchesky, 1996; Citeli, 2005; Barbosa, 1997.*

Do ponto de vista teórico-conceitual, a posição marginal que os estudos sobre sexualidade ocupavam no conjunto das Ciências Humanas, e em especial nos estudos feministas, refletia uma perspectiva de análise que tratava a sexualidade teoricamente englobada pela categoria gênero. Assim, a reflexão sobre a subordinação das mulheres levou ao questionamento da relação direta e naturalizada entre reprodução e gênero (a idéia de que o gênero está ligado ao papel que mulheres e homens assumem na reprodução biológica) e da consequente confusão entre gênero e sexualidade.

*Fonte: Vance, 1991; Rubin, 1975; Corrêa, 1996; Piscitelli et al, 2004.*

O trabalho de Rubin (1975) demonstra como essa relação perpassa a produção de conhecimento nas Ciências Humanas e o modo como se ancora num pressuposto velado que tende a "naturalizar" a heterossexualidade, bem como aponta para gênero e sexualidade como eixos que, embora se relacionem em contextos específicos, não se referem a fenômenos da mesma ordem.

*Fonte: Rubin, 1975; Rubin, 1984.*

Esses estudos vão proporcionar aportes teórico-metodológicos e contribuir para dar legitimidade à temática, pavimentando o campo de estudos sobre sexualidade, que se amplia na década de 1990 a partir da emergência da epidemia de AIDS. No entanto, é apenas

na virada do século que a reflexão sobre o processo de autonomização da sexualidade em relação a gênero ganha visibilidade política e alguma legitimidade acadêmica, incorporando ao campo da sexualidade novas temáticas, como heterossexualidade não procriativa, reprodução desvinculada do ato sexual, sadomasoquismo, homossexualidades e transexualidade.

*Fonte: Citeli, 2005.*

Os estudos sobre homossexualidade, que floresceram dentro da tradição antropológica brasileira na década de 1980, iniciam o debate sobre as questões relacionadas às liberdades de orientação e expressão sexuais, marcando a passagem de abordagens centradas no indivíduo e na "etiologia" da homossexualidade para uma abordagem centrada na inter-relação sujeito-sociedade e no contexto sociocultural.

*Fonte: Aquino, 1995; Fry, 1982; Guimarães, 2004; Heilborn, 2004; MacRae, 1990; Perlongher, 1987.*

Com a emergência da epidemia de AIDS, essas dimensões vão, em parte, ceder lugar ao foco das relações entre homossexualidade masculina e a AIDS. Mas isso não impediu que surgissem trabalhos pioneiros sobre homossexualidade feminina. No entanto, nenhum deles dedicou-se mais diretamente a questões de saúde, muito embora abordassem aspectos importantes para contextualizar tais questões – construção de identidades, sociabilidade e conjugalidade – e indicassem situações que tendem a tornar essa população mais vulnerável, tais como o silêncio e a invisibilidade social e as concepções românticas que marcam o estabelecimento de parcerias afetivo-sexuais.

*Fonte: Muniz, 1992; Carvalbo, 1995; Aquino, 1995; Heilborn, 2004.*

No campo das reivindicações políticas, os estudos apontam que o movimento de lésbicas nasce e, até certo ponto, se mantém na interseção do movimento homossexual e o movimento feminista. Ressaltam, assim, suas dificuldades de autonomia e visibilidade. Ocorrem ten-

sões e parcerias pontuais entre ativistas lésbicas, *gays* e feministas no início dos anos de 1980, quando buscam consolidar-se como sujeitos políticos.

*Fonte: Fry e MacRae, 1983; MacRae, 1990.*

Embora tenham estado presentes desde as primeiras iniciativas do movimento homossexual no Brasil (finais dos anos de 1970), os primeiros grupos exclusivamente lésbicos foram formados a partir de 1980, e o termo "lésbicas" foi incluído no nome do movimento apenas a partir do 1993, com o VII Encontro Brasileiro de Lésbicas e Homossexuais.

*Fonte: Facchini e Barbosa, 2004.*

As tensões permanecem na virada do século XX para o XXI. Nesse processo, tornam-se importantes a organização dos SENALE (Seminários Nacionais de Lésbicas) – a partir de 1996, com suporte do Programa Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde – e a afirmação das especificidades lésbicas a partir da referência ao "corpo lésbico" e suas demandas de saúde, especialmente quanto à possibilidade de infecção por DST e Aids. Tal caminho conduz da invisibilidade à afirmação da vulnerabilidade, em um contexto marcado pela feminização e pauperização da epidemia da Aids.

*Fonte: Almeida, 2005.*

## A CONSTRUÇÃO DOS DIREITOS SEXUAIS

Os anos de 1990 assistiram, no campo das reivindicações políticas em âmbito internacional, ao processo de construção da noção de "saúde sexual" e "direitos sexuais", idéias relacionadas, mas distintas, às de "saúde reprodutiva" e "direitos reprodutivos". É consenso a importância da Conferência

Internacional de População e Desenvolvimento, realizada no Cairo (1994), e da IV Conferência Mundial sobre a Mulher, em Pequim (1995), como marcos centrais para a consolidação de uma terminologia relacionada aos direitos sexuais.

Apesar de o caminho da discussão dos direitos sexuais ter passado, em termos de encontros internacionais, pelas temáticas da população ou da mulher, não se constituindo em um campo específico de regulação, pela primeira vez o "sexual" deixa de ser algo apenas ligado à violência, para assumir uma conotação positiva associada ao bem-estar dos indivíduos. No entanto, se por um lado a incorporação da noção de "saúde sexual" marca a entrada da sexualidade no escopo dos direitos, por outro não engloba a dimensão do direito ao prazer sexual e às liberdades de orientação e expressão sexuais.

*Fonte: Viana & Lacerda, 2004; Parker, 1997.*

## MULHERES LÉSBICAS E O DIREITO À SAÚDE

O enfrentamento das questões ligadas à homossexualidade feminina, e especificamente à sua relação com a saúde, não aconteceu nem a partir dos estudos feministas nem no interior dos estudos sobre a homossexualidade. As dimensões da homossexualidade e do erotismo feminino mantiveram-se marginais a esses dois processos. Seu enfrentamento, enquanto campo de reivindicação de direitos, emerge mais recentemente, a partir da expansão e da visibilidade do movimento lésbico e da articulação de atrizes sociais ligadas aos movimentos feminista e lésbico, tendo como ponto de partida a idéia dos "direitos sexuais".

*Fonte: Barbosa, 2005; Barbosa & Facchini, 2003; Facchini, 2004; Miller, 2001.*

(No Brasil) os primeiros grupos exclusivamente lésbicos foram formados a partir de 1980 e o termo "lésbicas" foi incluído no nome do movimento apenas a partir de 1993

Em dezembro de 2001, o *Jornal da RedeSaúde* n.º 24, o mais importante instrumento de divulgação e debate da Rede Feminista de Saúde e Direitos

Reprodutivos, dedicou um número para trazer à tona a discussão dos direitos sexuais, com enfoque na vivência da homossexualidade como um direito legítimo de escolha.

## SEXO É UMA CATEGORIA BIOLÓGICA

Biologicamente a espécie humana se divide em dois grupos: o do sexo feminino e o do sexo masculino. Segundo uma determinação genética (que está inscrita nos genes), quem porta os cromossomos XX é biologicamente mulher, e quem porta os cromossomos XY é biologicamente homem. Sexo é uma categoria biológica. Já o exercício da sexualidade, seja na forma homo, hetero ou bissexual, representa uma questão de opção, que se inscreve nos marcos da elaboração cultural.

Desde 1974 a Associação Norte-americana de Psiquiatria deixou de considerar a homossexualidade como um distúrbio mental. O CID (Código Internacional de Doenças) não inclui mais a homossexualidade no rol das doenças. No entanto, o fantasma da discriminação, que ronda cada passo da engenharia genética, já está causando tumulto nesse cenário de aparente calma, que tanto custou a ser conquistado.

As indagações – em geral tendenciosas, com forte teor de discriminação, de invasão da privacidade das pessoas – são inúmeras. Todas sugerem o mesmo rumo: o controle da reprodução não basta para que os governos controlem as pessoas; eles necessitam agora ter controle absoluto sobre a forma como as pessoas obtêm prazer sexual!

A procura desenfreada por uma determinação genética que "explique" a identidade/o comportamento sexual, a tentativa de comprovar cientificamente que a homossexualidade corresponde a uma doença, um erro genético, e que a bissexualidade equivale a meia doença, metade de um erro genético – tudo isso é ter-

ivelmente perigoso! Revela também o refinamento a que podem chegar a intolerância e a incapacidade de conviver respeitando as diferenças.

A busca de um jeito, qualquer um, para demonstrar as bases genéticas da homossexualidade parece uma "idéia fixa". Percebe-se uma proliferação de pesquisas sobre o tema, que, até meados de 1994, seguiam quatro rotas principais: percentual de homossexualidade em gêmeos idênticos; análise da anatomia cerebral; estudo da linhagem materna; e estudo do cromossomo X.

Para colocar mais "lenha na fogueira" desse debate, bioengenheiros japoneses da multinacional Mitsubishi declararam, no início de 1993, que haviam "fabricado" moscas homossexuais masculinas e femininas, através de manipulação genética. Conseguiram tal feito "apenas" trocando a posição de um denominado "gene P" no cromossomo sexual. Então, os autores da pesquisa concluíram que a preferência por relação sexual entre seres do mesmo sexo decorre de uma mutação genética.

Essa é uma conclusãozinha complicada, de implicações políticas desastrosas. É inegável que o relacionamento sexual entre pessoas do mesmo sexo ainda se encontra sob o manto das coisas antinaturais. E isso, na era do ecologicamente correto, é visto por muitas pessoas como um atentado à natureza. Por outro lado, alguns setores também consideram ecologicamente incorreto reproduzir a espécie, porque, segundo eles, há gente demais neste planeta.

*Fátima Oliveira é médica e Secretária Executiva da Rede Feminista de Saúde*

**Fonte:** Oliveira, F. Engenharia genética: o sétimo dia da criação. 14ª. Impressão. São Paulo: Moderna, 2004, p. 157-159.

A construção da mulher lésbica, como sujeito de um direito a cuidados diferenciados de saúde, tem estimulado, em âmbito internacional, uma busca pelas especificidades de saúde de tais sujeitos. Também tem levado à produção de reflexões críticas sobre a abordagem da sexualidade dentro de um campo marcado por oposições como saúde-doença e normal-anormal.

*Fonte: Facchini e Barbosa, 2004.*

À medida que a reivindicação dos direitos sexuais como parte dos direitos humanos das mulheres vem sendo compreendida como argumento que dá suporte à reivindicação de direitos das lésbicas e vem ganhando, nos últimos anos, o apoio de diferentes atores e atrizes sociais (feministas, militantes do movimento lésbico e técnicos de agências governamentais, como Ministério

da Saúde e o da Justiça), a invisibilidade dessa população e o quadro de escasso conhecimento científico a seu respeito dificultam o embasamento de tais políticas. Tal fato eleva o risco de que se produzam políticas a partir de sujeitos hiper-reais, como a "lésbica", tomada enquanto categoria essencial e universal, em detrimento do reconhecimento e da plena incorporação da diversidade presente nessa população.

*Fonte: Facchini e Barbosa, 2004.*

Portanto, poder estimar o tamanho da população homossexual feminina, conhecer aspectos relacionados a crenças, atitudes e práticas vinculadas à saúde e à sexualidade, assim como identificar suas demandas e necessidades de cuidado, constitui, sem dúvida, um ponto de partida para a formulação de políticas públicas voltadas para este grupo.

---

# Homossexualidade Feminina: terminologias e estimativas

A primeira questão a ser enfrentada diz respeito às categorias usadas para a identificação da população homossexual. Há certo consenso de que a "orientação sexual" poderia ser descrita como constituída por, pelo menos, três dimensões: comportamental, desejo/atração e identidade, que não necessariamente caminham da mesma maneira e na mesma direção. Entretanto, essas dimensões vêm sendo utilizadas em diferentes estudos de forma intercambiável e sem necessariamente serem explicitadas, o que torna imensamente difícil a comparação dos resultados obtidos. O não-reconhecimento da possibilidade de descompasso entre identidade, desejo/atração e comportamentos (práticas) sexuais, tem sido apontado como particularmente problemático por vários autores.

*Fonte: Laumann et al., 1994; Solarz, 1999; Young & Meyer, 2005; Heilborn, 1996; Parker, 1994; Rankow, 1996*

Diagrama construído a partir do inquérito populacional sobre comportamento sexual, feito nos EUA, em 1992, discrimina as diferentes possibilidades de interação dessas três dimensões e elucida problemas e inconsistências das estimativas realizadas, quando os conceitos usados para a identifi-

cação da população não estão claramente estabelecidos (Figura 1).

*Fonte: Laumann et al, 1994.*

Os resultados desse estudo demonstram que:

1. Quase 60% das mulheres relataram desejo/atração por outra mulher, mas nunca tiveram uma parceira sexual, nem se autodefiniram como "lésbicas".
2. Menos de 1% nunca teve uma parceira sexual, mas se autodefiniram como "lésbicas" e referiram desejo/atração por outra mulher.
3. Aproximadamente, 13% relataram já ter tido parceiras sexuais na vida, mas negaram o desejo por mulheres.
4. O mesmo percentual conjugou as dimensões de desejo/atração e comportamento, enquanto que a convergência das três dimensões foi relatada apenas por 15% das mulheres.

5. A convergência de identidade e comportamento, sem a vigência de desejo/atração, assim como a identidade dissociada das outras duas dimensões, não foi relatada por nenhuma mulher.

Em 2003, entre os resultados de inquérito populacional sobre comportamento sexual na Austrália, com 9.134 mulheres entre 16 e 59

---

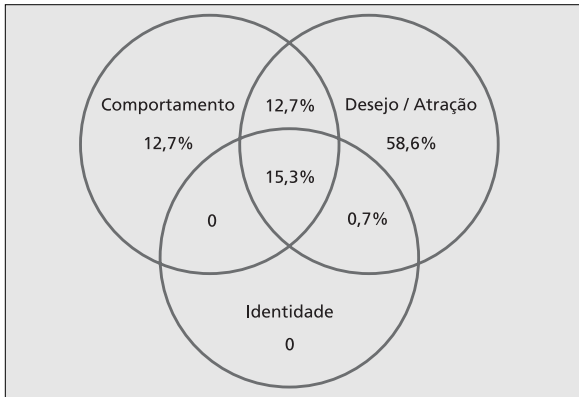
Orientação sexual poderia ser descrita como constituída por, pelo menos, três dimensões: comportamental, desejo/atração e identidade

---

anos, 1.374 mulheres relataram desejo/atração, experiência ou identidade não heterossexual. Esse estudo revela um panorama bastante similar ao do estudo anterior, no que se refere à convergência das três dimensões, relatada apenas por 15% das mulheres. A grande diferença encontrada está na maior convergência entre comportamento e desejo/atração, relatada por 32,6%, e na menor proporção de mulheres que relataram apenas desejo/atração por outra mulher (Figura 2).

Fonte: Smith et al, 2003.

**FIGURA 1.** Inter-relação entre desejo/atração (na vida adulta), comportamento (na vida adulta) e identidade (homo ou bissexual) sexual entre 150 mulheres que relataram "orientação homossexual".



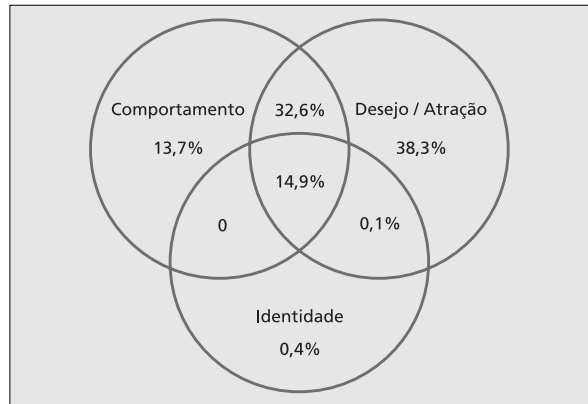
Fonte: Adaptado de Lanmann et al, 1994

Comparando os dados referentes às três dimensões no mesmo estudo por gênero, observamos que as mulheres referem de maneira isolada o desejo/atração pelo mesmo sexo em maior proporção (38,3%) que os homens (26,3%) (Figura 3). Por outro lado, para homens e mulheres a dimensão identitária aparece praticamente sempre como resultante da convergência entre comportamento e desejo/atração, cabendo ressaltar que a convergência entre essas dimensões incorpora a dimensão identitária em menor proporção entre mulheres (14,9%) do que entre os homens (28,7%).

A dimensão identitária foi a que menos contribuiu na identificação de mulheres com desejo/atração,

experiência ou identidade não heterossexual, representando isoladamente apenas 15,4% do total. Esses resultados evidenciam a complexa inter-relação entre essas três dimensões e reforçam a importância de diferenciar e precisar claramente as dimensões utilizadas na definição da população homossexual.

**FIGURA 2.** Inter-relação entre desejo/atração (na vida), comportamento (na vida) e identidade (homo ou bissexual) sexual atual entre 1.374 mulheres que relataram atração, experiência ou identidade não heterossexual.



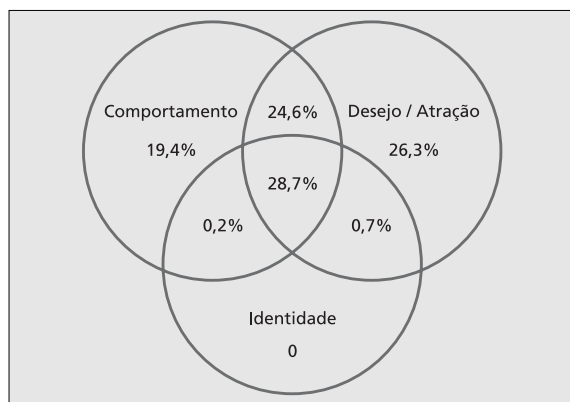
Fonte: Adaptado de Smith et al., 2003.

Revisão em 152 artigos sobre saúde de populações de homens e mulheres homossexuais encontrou em apenas 4 a explicitação das definições conceituais utilizadas para identificação da população dos estudos. Em 65% desses estudos, independentemente de explicitação ou adequação ao objeto de estudo, a identidade sexual auto-referida foi a categoria usada.

Fonte: Sell & Petrucci, 1996.

A definição conceitual de grupos populacionais específicos e a operacionalização da definição para sua identificação nunca foram tarefa fácil. Não se trata de uma defesa da padronização de conceitos e definições, nem sempre desejáveis ou necessários. Trata-se de defender que, independentemente da natureza do estudo, qualitativo ou quantitativo, as dimensões mencionadas sejam delimitadas e explicitadas na construção do objeto de estudo.

FIGURA 3. Inter-relação entre desejo/atração (na vida), comportamento (na vida) e identidade (homo ou bissexual) sexual atual entre 798 homens que relataram atração, experiência ou identidade não heterossexual.



Fonte: Adaptado de Smith et al., 2003.

Outro desafio a ser enfrentado diz respeito às dificuldades em precisar como as dimensões escolhidas vão ser definidas e medidas, particularmente quando o objetivo do estudo é quantificar ou medir a ocorrência de eventos no campo de comportamento e práticas homossexuais. A própria definição de "sexo" e a distinção entre ato e parceiro sexual não são claras na grande maioria dos estudos. Embora esse desafio esteja presente de modo igual nas pesquisas sobre sexualidade, de uma forma geral, no contexto da homossexualidade a distinção entre ato, desejo/atração e experiência sexual adquire nuances que exigem maior cuidado e esforço no sentido da definição clara dos termos.

Por exemplo, no contexto da heterossexualidade normativa em que vivemos, a penetração pênis-vagina constitui um parâmetro para a conceituação de relação sexual. Perguntar sobre a primeira relação sexual neste contexto pode induzir uma resposta referida à primeira relação heterossexual. O momento da primeira relação demarca o início da vida sexual. Por isso, é de fundamental importância que as perguntas permitam discriminar o início da vida sexual com pessoa do mesmo sexo e do sexo oposto.

Por outro lado, do ponto de vista da relação saúde e homossexualidade, não está claro que indagações sobre práticas sexuais mereceriam inclusão em estudos epidemiológicos para identificação de riscos para DST. Estas, entre tantas outras questões, são desafios conceituais a serem enfrentados na busca do melhor entendimento desse universo.

O conhecimento acerca do número e do sexo dos parceiros, em determinado período de tempo, é fundamental para compreender melhor a experiência da homo e da bissexualidade, masculina e feminina. Os períodos de tempo mais comumente adotados para a construção desses indicadores são: durante a vida; nos últimos 5 anos; e no último ano. No entanto, essas informações ampliam sua capacidade explicativa, ao serem conjugadas a questões relativas a duração e número de relações ou ainda à sua concomitância, e constituem dados usualmente ausentes nas pesquisas. As idéias de que entre duas mulheres as relações são mais duradouras, de que o número de parceiros(as) sexuais é menor, e de que a simultaneidade das parcerias é incomum – fatores que contribuiriam para diminuir o risco de DST nessa população – não se baseiam em evidências científicas.

Do ponto de vista internacional, apenas 5 países dispõem de informações advindas de inquéritos populacionais de abrangência nacional, sobre comportamento sexual, realizadas a partir da década de 1990. A comparação dos resultados demonstra, de maneira geral, que a proporção de mulheres que relataram experiência não heterossexual é igualmente baixa nos diferentes países (Tabela 1). No entanto, alguns aspectos chamam atenção. Como experiência e prática homossexual constituem eventos extremamente marcados por estigma e discriminação, em todas as sociedades, um cuidado na interpretação dos resultados diz respeito à exatidão dessas medidas, provavelmente subestimadas. Tanto a ocorrência da experiência em si, como o próprio relato

dessas experiências, vão depender do contexto social onde os indivíduos estão inseridos.

Fonte: Barbosa, 2005

**TABELA 1. Distribuição de mulheres segundo sexo dos parceiros na vida, em diferentes países.**

<b>País (ano da pesquisa)</b>	<b>Parceiros do mesmo sexo na vida(%)</b>
Inglaterra (1990-1991)	1,7
França (1991-1992)	2,6
Estados Unidos (1992)	3,8
Chile (1998)	0,1
Austrália (2001-2002)	5,7

Nesse sentido, é questionável se as variações encontradas nas pesquisas – com taxas mais altas nos EUA e Austrália em relação à França e Inglaterra – refletem de fato diferenças no comportamento sexual; se advêm da possibilidade de ocorrer o relato do comportamento num contexto sociocultural específico; ou, ainda, se são derivadas de artefatos metodológicos. Chamam atenção os valores extremamente baixos, observados no Chile.

#### ESTIMATIVAS PARA O BRASIL

Os dados disponíveis para o Brasil são oriundos da pesquisa "Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/AIDS" realizada em 1997/1998, por Berquó e colaboradores. A forma como o questionário foi concebido produz dados válidos apenas para a população sexualmente ativa nos 5 anos anteriores à pesquisa. Assim sendo, 3% das mulheres sexualmente ativas nos últimos cinco anos relataram ter tido, durante sua vida, parceiras do mesmo sexo ou de ambos os sexos. A comparação entre estas e as mulheres que referiram apenas parceiros do sexo oposto pode ser observada na Tabela 2.

Fonte: Brasil. Coordenação Nacional de DST/AIDS, 2000.

As principais diferenças entre os dois grupos dizem respeito à composição etária, sendo a proporção de mulheres homo/bissexuais maior entre 26 e 45 anos. Quanto à inserção social, esse grupo aparece em menor proporção nas classes A/B e em maior na classe C. Quanto à escolaridade, os dois grupos apresentam um perfil semelhante, mas a proporção de mulheres com ensino fundamental completo entre as homo/bissexuais é maior. Quanto à raça/cor é possível observar uma proporção maior entre as mulheres que se autodefiniram como pretas ou pardas. A proporção de mulheres com filhos entre elas é ligeiramente menor, e o número de parceiros sexuais nos últimos cinco anos (independentemente do sexo do parceiro) é um pouco maior, embora seja pequeno para os dois grupos. Apenas 5%, entre todas, tiveram mais do que 3 parceiros nesse período.

A descrição acima tem o único objetivo de fornecer um perfil aproximado do grupo de mulheres que referiram ter tido parceiras (pelo menos uma) na vida. Os resultados devem ser interpretados com cautela, dado o pequeno número de pessoas que compõem o grupo analisado, como também pela não-realização de testes estatísticos apropriados. Além disso, o fato de o período de tempo analisado, parceria sexual na vida, abarcar experiências sexuais de distintas naturezas deve ser igualmente levado em consideração na interpretação dos resultados.

Ao focalizar a análise em três períodos de tempo: na vida, nos últimos cinco anos e no último ano, observa-se que a proporção de mulheres que relata relações sexuais com mulheres ou com homens e mulheres na vida diminui de 3% para 1,8% nos últimos cinco anos e 1,7%, no último ano. Assim, tem-se uma visão mais clara da complexidade envolvida na identificação e mensuração dessas populações (Tabela 3). A idéia da existência de uma homossexualidade feminina estante e estável ao longo da vida desaparece, dando lugar a um



cenário mais dinâmico onde as mulheres transitam pelas diferentes experiências.

Fonte: *Barbosa & Koyama, 2006.*

Do ponto de vista da relação entre saúde e homossexualidade, a compreensão dessa dinâmica é crucial, ficando evidente que a categoria "mulheres exclusivamente homossexuais" praticamente inexistente.

**TABELA 2. Distribuição de mulheres sexualmente ativa nos últimos 5 anos, segundo o sexo dos parceiros na vida e características selecionadas. Brasil, 1997/1998.**

Características selecionadas	Sexo do parceiro		Total
	Do mesmo sexo ou ambos os sexos	Do sexo oposto	
<b>Total</b>	739 (3,0%)	24.105 (97,0%)	24.843 (100%)
<b>Idade</b>			
16-25	16,9	27,5	27,2
26-35	40,5	29,5	29,9
36-45	32,2	25,8	25,9
46+	10,4	17,2	17,0
<b>Escolaridade</b>			
Fundamental incompleto	40,8	49,4	49,2
Fundamental completo	35,4	20,6	21,0
Médio completo	17,5	24,2	24,0
Superior completo	6,4	5,8	5,8
<b>Raça/cor*</b>			
Branca	44,2	53,7	53,5
Negra	55,8	46,3	46,5
<b>Classe social</b>			
A/B	18,2	27,5	27,3
C	40,1	33,5	33,7
D/E	41,7	39,0	39,1
<b>Coabitação</b>	83,7	89,9	89,7
<b>Existência de filhos</b>	66,9	75,9	75,6
<b>Nº de parceiros/as nos últimos 5 anos</b>			
1	57,2	78,8	78,2
2	12,9	10,9	10,9
3	24,5	5,9	6,4
4-5	3,7	2,6	2,6
5+	1,8	1,8	1,8

Fonte: Banco de dados da pesquisa *Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/AIDS*, Ministério da Saúde.

\* Para a classificação raça/cor foram utilizadas as mesmas categorias do IBGE, estando agrupadas na categoria negra as mulheres que se autodefiniram como pretas ou pardas.

**TABELA 3. Distribuição de mulheres segundo o sexo dos parceiros na vida, nos últimos cinco anos e no último ano. Brasil, 1997/1998.**

Períodos selecionados	Sexo do parceiro		
	Do mesmo sexo(%)	De ambos os sexos (%)	Do sexo oposto (%)
No último ano	1,7	0,0	99,3
Nos últimos cinco anos	1,3	0,5	99,2
Na vida	0,3	2,7	97,0

Fonte: Banco de dados da pesquisa "Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/AIDS, Ministério da Saúde".

A grande maioria das mulheres que relatam relações com mulheres no último ano e nos últimos cinco anos teve, anteriormente, relações também com homens, o que provavelmente explica a alta proporção de mulheres com filhos (66, 9%), observada na Tabela 2. Essas diferenças apontam para a importância de serem incorporadas questões nos estudos que permitam entender as dinâmicas de comportamento e práticas homo e bissexuais entre mulheres, ao longo da vida. Mais interessante do que utilizar categoria dicotômica "sim/não" sobre a homossexualidade, é questionar especificamente sobre as dimensões desejo/atração, comportamento e identidade, incorporando recortes temporais para períodos específicos.

Fonte: Brogan et al., 2001.

A significância desses dados para a saúde pública e para a dinâmica populacional se baseia na capacidade de estimarem o tamanho e o perfil dessas populações. A realização da segunda versão do estudo, do Ministério da Saúde, em 2005, com resultados ainda não disponíveis, incorpora questões que: exploram a dimensão de atração; permitem discriminação do início da vida (homo) e (hetero)sexual; revelam padrões da dinâmica de parcerias, incluindo duração e simultaneidade das relações; e indagam sobre práticas sexuais específicas para esses grupos. Estas incorporações con-

tribuirão, sem dúvida, para uma aproximação mais sensível e, ao mesmo tempo, mais precisa da magnitude desse grupo e de suas particularidades, oferecendo ainda maior comparabilidade com os resultados obtidos em outros estudos. De forma inédita, será possível comparar resultados sobre aspectos do comportamento sexual de brasileiros(as) em um curto espaço de tempo (1998/2005).

A questão do tamanho da amostra representa um desafio para os estudos sobre a homossexualidade. A incorporação da dimensão do desejo/atração, no estudo acima, provavelmente ampliará o poder de análise e de discriminação de fatores associados às experiências homo e bissexual. No entanto, questões de pesquisa que dependam exclusivamente de informações relativas a comportamentos e práticas sexuais talvez continuem necessitando de amostras maiores. A incorporação de questões bem definidas e claras sobre comportamento homo e bissexual, em inquéritos populacionais de abrangência nacional com amostras maiores, como é o caso da pesquisa nacional de demografia e saúde – que não incorporou questões sobre homossexualidade feminina nos estudos realizados em 1996 e 1986 – constitui uma maneira de viabilizar a obtenção das informações necessárias.

Fonte: Solarz, 1999.

---

# Homossexualidade Feminina e Saúde: há especificidades?

## O QUE DIZEM OS ESTUDOS INTERNACIONAIS

Os primeiros estudos sobre a homossexualidade feminina datam dos anos 1950, tendo como principal foco a investigação da "etiologia lésbica". Nos anos 1960 aos 1980, a ênfase se desloca para o funcionamento psicológico, comparando mulheres homo e heterossexuais, numa tentativa de determinar se a atração pelo mesmo sexo consistia em uma psicopatologia. Nos anos 1980 emergiram os primeiros estudos sobre aspectos do desenvolvimento da homossexualidade, tendo por referência a mulher como sujeito psicologicamente saudável. Foi apenas a partir de 1985 que o interesse pela saúde de mulheres "lésbicas" aumentou, coincidentemente à realização do primeiro *National Lesbian Health Care Survey*, que possibilitou de maneira sistemática a identificação de demandas de saúde dessa população.

Fonte: Solarz, 1999.

Em 1999, o departamento de estudos sobre a mulher do NIH (*National Institutes of Health*) encomendou ao Instituto de Medicina dos EUA uma revisão dos estudos e informações existentes sobre saúde e homossexualidade

feminina. O relatório, *Lesbian Health. Current Assessment and Directions for the Future*, identificou mais de 600 estudos produzidos nas décadas de 1980 e 1990 e organizou-os em tópicos que cobrem temas relacionados a: HIV/AIDS; câncer; DST; violência; adolescência; saúde mental; suicídio e serviços de atenção à saúde. O relatório apontou a existência de vários fatores associados a risco ampliado para diferentes problemas de saúde, com estabelecimento de consenso, no entanto, apenas para um número exíguo de questões. Remanescem ainda incertezas no campo constituído por uma diversidade de estudos que apresentam fragilidades metodológicas ou produzem resultados que não se confirmam ou se contradizem.

Fonte: Solarz, 1999.

---

Nos anos 1980 emergiram os primeiros estudos sobre aspectos do desenvolvimento da homossexualidade tendo por referência a mulher como sujeito psicologicamente saudável

---

Os estudos apresentam precariedade nas definições conceituais, utilizadas para identificação da população, sendo a identidade sexual auto-referida a categoria adotada na maioria deles. Além disso, os grupos estudados são predominantemente constituídos por mulheres brancas, de maior escolaridade e mais jovens, o que exclui a possibilidade de comparabilidade

entre diferentes níveis socioeconômicos, faixas etárias, raça/etnia e de compreensão da relação entre condições de saúde, homo/bissexualidade e exclusão social.

### CÂNCER DE MAMA E DE COLO DE ÚTERO

Estudos existentes apontam alguns fatores de risco e algumas demandas específicas nesse grupo populacional, no que se refere a câncer de mama e de colo de útero. É recorrente, na literatura, a discussão sobre a evidência de maior prevalência de certos fatores de risco para câncer de mama entre mulheres homossexuais. No entanto, a informação até agora disponível não permite tal confirmação. Entre os fatores citados registram-se maior consumo de álcool, sobrepeso, nuliparidade (que nunca engravidou) e a baixa frequência de exames preventivos.

*Fonte: Solarz, 1999; Burnett et al., 1999; Cochran et al., 2001; Dibble & Roberts, 2003; Dibble et al., 2004; Fish & Wilkinson, 2003; Frisch, 2004; Lauver et al., 1999; Valanis et al., 2000; Lauver et al., 1999.*

Com relação ao câncer de colo de útero, existem evidências claras de sua ocorrência entre as mulheres desse grupo populacional. A associação entre infecção por HPV (Papiloma Vírus Humano) e neoplasia cervical foi detectada entre mulheres homossexuais na presença e na ausência de relato de relações sexuais com homens, sugerindo a possibilidade de sua transmissão na relação sexual entre mulheres. A existência de outros fatores reconhecidamente associados a câncer de colo de útero – como início precoce da vida sexual, multiplicidade de parcerias masculinas e tabagismo – foram também relatados.

*Fonte: Fethers et al., 2000; Marrasso et al., 2000; Marrasso et al., 1998; Marrasso, 2000b; Marrasso, 2000a; Ferris et al., 1996; Bailey et al., 2000; Rankow & Tessaro, 1998.*

Reforçando a noção de maior vulnerabilidade, vários estudos sugerem menor frequência de realização de exames de papanicolaou 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.

*Fonte: Aaron et al., 2001; Denenberg, 1995; Diamant et al., 2000b; Diamant et al., 2000a; Fethers et al., 2000; Marrasso et al., 2000; Rankow, 1995; Rankow & Tessaro, 1998.*

Os motivos para a menor procura de serviços de saúde se relacionam: 1) à existência de discriminação; 2) ao despreparo dos profissionais para lidar com as especificidades desse grupo populacional; 3) às dificuldades das mulheres em assumirem a homo ou a bissexualidade; e 4) à negação do risco.

*Fonte: Rankow, 1995; Roberts & Sorensen, 1995; Rankow & Tessaro, 1998; Bernbard, 2001; Boehmer & Case, 2004; Andersson & Westerstahl, 2000; Bergeron & Senn, 2003; Diamant et al., 2000a.*

### DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Com relação às doenças sexualmente transmissíveis entre mulheres homossexuais, os estudos se concentram em duas vertentes. A primeira questiona a noção vigente de que essas mulheres não têm DST e revela que as DST constituem um problema de saúde entre elas, ainda que menos prevalentes do que entre as mulheres heterossexuais.

*Fonte: Bailey et al., 2004b.*

A segunda vertente preocupa-se em identificar as formas e fatores associados à transmissão de DST entre mulheres que fazem sexo com mulheres, tais como: número de parceiros(as), frequência de relação sexual, tipos de práticas sexuais e de higiene. Tricomoníase, herpes genital e lesões por HPV foram observadas sem história de contato sexual com homens. A proporção de vaginose bacteriana encontrada em estudos recentes tem sido consistente e surpreendentemente alta,

estando associada ao número de parceiras e ao tabagismo, mas não necessariamente ao contato sexual com homens. A frequência de relações sexuais entre mulheres parece ser uma variável que explica melhor a ocorrência de DST na vida do que o número de parceiras.

Fonte: Bailey et al., 2004a; Bailey et al., 2004b; Mrazzozzo et al., 2001; Mrazzozzo, 2000b; Fetters et al., 2000; Skinner et al., 1996; Mrazzozzo et al., 2002; Bauer & Welles, 2001.

Um dos desafios para o estabelecimento de associações com as questões de saúde afetas a esse grupo, e em particular as relativas a infecções sexualmente transmissíveis, é a variação das parcerias sexuais e de seu padrão de ocorrência ao longo da vida. Uma mulher pode ter relações com outras mulheres de forma eventual ou mais regular, variando este padrão ao longo do tempo. A mesma mulher pode, ainda, ter relações com parceiras de comportamento exclusivamente homossexual ou parceiras que tenham relações com homens de forma esporádica ou regular. Essa mesma mulher pode, ela própria, ter relações com homens de forma esporádica ou regular. E esses homens podem ser, eles próprios, bissexuais, padrão aparentemente não raro nos circuitos não heterossexuais, conforme apontado por outros autores.

Fonte: Fetters et al., 2000.

Embora haja a crença de que as mulheres homossexuais constituem um grupo de baixíssimo risco para o HIV, a prevalência da infecção nesse grupo, em termos populacionais, é desconhecida. Nos EUA, apesar de escassos, os estudos de HIV entre mulheres homo e bissexuais revelam resultados inesperados. A prevalência de infecção por HIV é maior em mulheres que fazem sexo com homens e mulheres, comparadas às exclusivamente homo e heterossexuais. O risco acrescido se vê

## Apesar de escassos, os estudos de HIV entre mulheres homo e bissexuais revelam resultados inesperados

associado a sexo desprotegido com homens e uso de droga injetável. Embora já se admita a possibilidade de ocorrer transmissão do HIV entre mulheres, sua magnitude é desconhecida, assim como a devida à inseminação artificial com sêmen não testado. Estudos sobre percepção de risco para trans-

missão do HIV são mais raros ainda e demonstram que a maioria das mulheres que fazem sexo com mulheres se consideram em baixo risco.

Fonte: Bevier et al., 1995; Solarz, 1999; Kwakwa & Ghobrial, 2003; Fishman & Anderson, 2003.

### SAÚDE MENTAL E VIOLÊNCIA

Níveis elevados de sofrimento psíquico e de experiência de violência física na família, no trabalho e em lugares públicos têm sido apontados como proporcionalmente altos em vários estudos, quando comparados à população heterossexual.

Fonte: King et al., 2003; Smith et al., 2003; Meyer, 2003; Solarz, 1999; Harper & Schneider, 2003.

Com relação à violência doméstica, durante muitos anos se postulou que sua ocorrência seria muito menos freqüente entre mulheres lésbicas. No entanto, estudos evidenciaram que, ao contrário do que se supunha, sua ocorrência em termos de freqüência era similar à observada na população heterossexual.

Fonte: Burke & Follingsstad, 1999; Fortunata & Kohn, 2003; Tjaden et al., 1999; Waldner-Haugrud et al., 1997.

### ABUSO DE ÁLCOOL E DROGAS

Uso abusivo de álcool, uso de drogas ilícitas e tabagismo têm sido recorrentemente reportados como proporcionalmente altos nos estudos que focalizam apenas a população homo e bissexual, como também nos que a comparam com a população heterossexual. Tal fato

indica padrões diferenciados de risco para a saúde, especialmente no que se refere às doenças crônicas.

*Fonte: Roberts et al., 2004; Kob, 2000; Aaron et al., 2001; Diamant et al., 2000b; Cochran et al., 2001; Balsam et al., 2004.*

Os determinantes desse padrão devem ser buscados, menos nas características individuais e específicas dessa população, e mais no contexto social marcado por estigma

e discriminação, que gera um cotidiano repleto de experiências de preconceitos em várias instâncias da vida, na família, no trabalho, na escola, nos serviços de saúde. Um cotidiano marcado pela ansiedade e pela vivência – em geral, pouco compartilhada da experiência homossexual – relacionadas ao medo e expectativa de rejeição decorrente da homofobia presente na sociedade.

*Fonte: Meyer, 2003.*

---

# As Pesquisas no Brasil

Se, internacionalmente, os estudos sobre saúde e homossexualidade feminina ainda não conseguiram fornecer os subsídios necessários para o esclarecimento da existência de demandas e riscos específicos, os dados disponíveis para o Brasil são ainda mais escassos.

Nas pesquisas para o presente dossiê, foram localizados apenas setes estudos que focalizam diretamente a relação entre homossexualidade feminina e saúde sexual e reprodutiva. Cinco deles têm seu foco nas representações, comportamentos e práticas de cuidado à saúde, quatro dos quais com metodologia quantitativa. O sexto é o único sobre prevalência de DST entre mulheres que fazem sexo com mulheres, no Brasil. O sétimo é uma tese de doutorado que examina a transformação da construção discursiva do "corpo lésbico", buscando entender como esse corpo se desloca da quase obscuridade em que se encontrava no início da epidemia de AIDS para o centro de uma disputada arena de poderes, saberes e atores.

*Fonte: Barbosa & Facchini, 2003; BRASIL. Coordenação Nacional de DST-AIDS, 2002; Coelho, 2001; Granado, 1998; Minas de Cor Espaço de Cidadania e Cultura, 2005; Pinto et al., 2005; Almeida, 2005.*

Foram identificados ainda 23 trabalhos de conclusão de mestrado e doutorado na antropologia e na psicologia. A grande maioria sobre construção de identidades e a constituição do sujeito "mulher

homossexual" ou "lésbica", por meio da análise de sua trajetória e que, por não tratarem diretamente da relação entre homossexualidade feminina e saúde, não serão aqui abordados.

Uma dissertação de mestrado, voltada para a constituição de parcerias homoeróticas entre mulheres de camadas médias na cidade de Porto Alegre, abordou as possibilidades de sexo seguro e seus significados no contexto das relações homoeróticas entre mulheres.

*Fonte: Meinerz, 2005a.*

Na linha dos estudos sobre vitimização, o Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos (CLAM-IMS/UERJ) e o Centro de Estudos de Segurança e Cidadania (CESeC/UCAM) têm realizado, desde 2003, em parceria com universidades e ONGs locais, a pesquisa "Política, Direito, Violência e Homossexualidade em Paradas do Orgulho GLBT".

*Fonte: Carrara et al., 2003; Carrara & Ramos, 2005.*

Não foi possível localizar estudos brasileiros que tematizem diretamente outras questões relacionadas à saúde integral associando-as ao homoerotismo feminino. Uma

recente revisão afirma que inexistem estudos focados na análise de questões como dependência química, obesidade e violência conjugal. Pesquisas recentes indicam a existência do preconceito, e

---

Os dados disponíveis  
para o Brasil são ainda  
mais escassos

---

da discriminação e violência dele conseqüentes. No entanto, faltam estudos sobre a relação entre o preconceito e os agravos à saúde ou seu impacto nos cuidados à saúde, considerando a diversidade da população composta por mulheres que têm desejos, práticas e/ou identidades perpassadas pelo homoerotismo.

*Fonte: Almeida, 2005.*

### VITIMIZAÇÃO, VIOLÊNCIA E SAÚDE

O material publicado sobre a pesquisa "Política, Direito, Violência e Homossexualidade em Paradas do Orgulho GLBT" refere-se aos dados produzidos a partir da Parada do Orgulho GLBT do Rio de Janeiro, nos anos de 2003 e 2004. O perfil social dos participantes é semelhante nas duas edições da pesquisa: jovens ou adultos jovens, majoritariamente do sexo masculino, exercendo alguma atividade remunerada e provenientes de camadas médias urbanas. No geral, são altamente escolarizados e marcadamente secularizados. São preferencialmente da cidade do Rio de Janeiro ou de sua Região Metropolitana. Sua cor/raça auto-atribuída, segundo as categorias do IBGE, reflete a composição da população da cidade, predominando "brancos" e "pardos".

*Fonte: Carrara & Ramos, 2005.*

A invisibilidade social de mulheres homossexuais se faz sentir mesmo nesse tipo de evento, com 42,1% de homens e 20,2% de mulheres homossexuais. Há também uma diferença no acesso à escolarização, sendo que 54,3% dos homens homossexuais tinham 11 ou mais anos de estudo contra 46,4% das mulheres homossexuais. Entre tais mulheres há maior percentual de relações de namoro ou "casamento" atuais que entre os homens (59% e 43,4%, respectivamente). Mulheres homossexuais também "assumem" menos sua sexualidade do que os homens, especialmente com relação a colegas de trabalho, escola/faculdade e profissionais de saúde. Entre as 87 entrevistadas em 2004, 65,5% relataram ter "assumido" sua sexualidade para profissionais de saúde e 16,2% têm filhos, a grande maioria advinda de relacionamento heterossexual anterior.

*Fonte: Carrara & Ramos, 2005.*

As mulheres homossexuais relataram, mais frequentemente, experiências de discriminação por familiares ou por amigos ou vizinhos, apontando para dinâmicas mais silenciosas e interativas que predominam, em geral, na vitimização feminina. Ou seja, as mulheres homossexuais não são menos vítimas da homofobia que os homens, mas as modalidades de vitimização têm menor visibilidade, por ocorrerem predominantemente na esfera privada.

*Fonte: Carrara & Ramos, 2005: 78.*

Em 11,4% as mulheres homossexuais reportaram violência física; em 47,5%, agressão verbal ou ameaça de agressão; e em 4,9%, violência sexual. Quanto à agressão mais marcante, sofrida pelas entrevistadas na vida, 29,7% identificaram a casa como local da agressão, contra 15,1% de distribuição geral; 20,3% identificaram familiares como agressores e 9,4%, parceiros/as ou ex-parceiros/as.

*Fonte: Carrara & Ramos, 2005.*

### INVISIBILIDADE E SAÚDE

O movimento de lésbicas, em consonância com estudos de natureza qualitativa, vem apontando para o fato de que características como silêncio e mistério estejam associadas ao homoerotismo feminino e às relações afetivas e/ou sexuais entre mulheres, em nossa sociedade. Ativistas vêm ressaltando também temores relacionados ao preconceito, e seus efeitos na vida cotidiana e nas relações sociais levariam ao silêncio sobre as práticas e/ou desejos homoeróticos e a restrições que podem impactar negativamente as vivências amorosas. A invisibilidade individual contribuiria assim para a vulnerabilidade individual dessas mulheres e para a invisibilidade social, que por sua vez dificultaria o atendimento de suas necessidades por parte de programas e políticas públicas, reforçando a vulnerabilidade social e individual.

*Fonte: Portinari, 1989; Heilborn, 2004; Muniz, 1992; Almeida, 2005.*

A invisibilidade e a ausência de políticas adequadas afetaria os profissionais e serviços de saúde que, na ausência de informações sobre essa população, agiriam



a partir de estereótipos socialmente disseminados. As mulheres, por sua vez, temendo o preconceito e despreparo dos profissionais, se afastariam dos serviços ou resistiriam a relatar aos profissionais questões ligadas à sexualidade.

No plano do "conforto mental", o preconceito disseminado socialmente poderia produzir agravos à saúde, na medida em que, tanto a manutenção da

estratégia de ocultação social de suas práticas e desejos quanto o constante enfrentamento social pela estratégia de "sair do armário", poderiam se ver associados ao estresse e ao isolamento. O encobrimento de desejos e práticas privaria essas mulheres de suportes sociais importantes, como de familiares, amigos ou mesmo suporte religioso, especialmente em momentos de dificuldades relacionadas à vida afetiva, como em casos de separação, falecimento da

## MATERNIDADE LÉSBICA, FAMÍLIA E VIOLÊNCIA

Foi identificada uma única tese de doutorado enfocando a questão da vivência da "maternidade lésbica", num estudo etnográfico comparativo realizado nas cidades de Campinas (SP) e Toronto (Canadá), confrontando-se também com a violência no âmbito familiar e doméstico. O estudo comparativo deparou-se com a violência praticada por familiares, parceiras e ex-parceiros.

Os casos acompanhados no contexto brasileiro referem-se a famílias não planejadas, formadas por mulheres com passado heterossexual que se envolveram em relações lésbicas e trouxeram seus filhos para essas relações. No contexto canadense, os casos dizem respeito a famílias planejadas: as mulheres lésbicas optaram pela maternidade através do uso de tecnologias reprodutivas. O perfil em ambas as localidades envolve mulheres brancas, de classe média e, na maioria, com nível superior de escolaridade.

Ocorrência de situações violentas protagonizadas por familiares, ex-parceiros e parceiras contra mães lésbicas foi evidenciada em boa parte dos casos analisados no Brasil. Para a autora do estudo, num contexto marcado pela falta de respaldo legal, moral e social, o estereótipo da mãe frágil e passiva coloca as mães biológicas em uma posição desprivilegiada nas relações de poder entre duas mulheres numa relação lésbica. Nesse contexto, a mãe biológica se vê pressionada a renunciar à sua (homo)sexualidade, pela família de origem, pelos ex-maridos e suas famílias, e pela justiça, para que estes lhes favoreçam a guarda dos filhos.

Nos casos em que houve violência no interior do casal, a autora sugere que as mulheres poderiam não ter a intenção consciente de construir uma relação baseada em desigualdade de poder. Entretanto, na vivência cotidiana, seus valores podem ser abarcados por um modelo maior, hierárquico, quando não encontram lugar ou oportunidade para serem expressados, vivenciados e legitimados. Diante da instabilidade de um "não-lugar" dentro de uma relação (no caso, o lugar de companheira da mãe na estrutura familiar) e da ausência de suporte legal e social, a mulher pode resgatar um lugar definido e legitimado em torno de estereótipos, como a "mãe santificada" e a "lésbica violenta".

No contexto canadense, a violência doméstica é coibida por políticas públicas e campanhas organizadas por ONG. No entanto, apesar das garantias legais em torno da maternidade lésbica e da disponibilização de tecnologias reprodutivas para essas mulheres, permanece um referencial tradicional e essencialista de maternidade, que atua na constituição de hierarquias entre mães biológicas e não biológicas, reparadas através de estratégias simbólicas, como a escolha de um doador com características semelhantes às da mãe não biológica ou mesmo a dedicação integral do tempo dessa mãe para com o cuidado da criança. Se no Brasil esse referencial transforma a mãe biológica em vítima de violência, no Canadá muitas vezes leva a mãe não biológica a abandonar sua vida profissional em busca da legitimação de sua maternidade.

companheira ou situações de abuso ou violência na relação afetivo-sexual. Ou seja, nas situações em que outras mulheres contariam como uma rede de proteção social, sendo freqüentemente projetadas a um papel de vítima, são descritas como tendo um efeito contrário quando se trata de um relacionamento homoafetivo. A existência de ex-companheiros e/ou pais de filhos tenderia, em muitos casos, a agravar essa situação, na qual a família de origem da mulher e a família de origem do ex-companheiro atuariam como agentes de condenação.

Fonte: Villela, 2003.

Por outro lado, o desejo de obter aprovação por parte da família levaria, muitas vezes, a uma desmedida responsabilização nos cuidados ou suporte material a membros da família de origem, que podem resultar em sobrecarga física e emocional e conflitos nos relacionamentos afetivo-sexuais. Além disso, quando se trata de construir para si uma nova família, a culpa pode interferir no desejo de maternidade e criar ansiedades e angústias em torno da necessidade de provar a "saúde" e a "estrutura" da família criada.

Fonte: Villela, 2003.

As dificuldades trazidas pelo preconceito e seus efeitos estariam ligadas, também, a uma propensão ao abuso de substâncias lícitas e ilícitas. Problemas de ordem afetiva, devido a um "romantismo exacerbado", são apontados como relacionados a um sentimento muito intenso de "vazio" e a distúrbios de imagem corporal, como a bulimia, a anorexia e a obesidade. O mesmo amor romântico pode atuar como atenuante e justificativa de ações violentas, praticadas em seu nome. Por fim, a violência simbólica, marcada pela desvalorização pública do patrimônio afetivo e das práticas corporais dessas mulheres, também é apontada como um forte componente passível de afetar seu "conforto mental".

Fonte: Villela, 2003.

## SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA

Ainda que, com a feminilização da Aids e a abor-dagem das ações de prevenção a partir do conceito de

vulnerabilidade, as questões relativas à saúde sexual e reprodutiva venham ganhando maior visibilidade no movimento social e algum nível de inserção na agenda das políticas públicas, a quantidade de estudos produzidos a esse respeito ainda é pequena.

Os cinco estudos brasileiros apresentados a seguir possuem diferentes graus de refinamento metodológico. O primeiro estudo, realizado pela ONG Um Outro Olhar a partir de amostra de conveniência com 150 mulheres, não disponibiliza em sua publicação informações a respeito do perfil da população entrevistada.

Fonte: Granado, 1998.

O segundo foi realizado de janeiro de 1998 a junho de 1999 pelo Instituto Kaplan, a partir de questionários auto-aplicáveis (disponibilizados em ONGs, uma livraria especializada e na sede e no *site* do Instituto Kaplan), dirigidos a mulheres homo e bissexuais. Foram respondidos 135 questionários.

Fonte: Coelbo, 2001.

O terceiro, realizado pelo IBOPE, sob encomenda da Coordenação Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde, em dez capitais brasileiras, em junho 2002, entrevistou 1.000 mulheres em paradas *gays*, bares e locais de sociabilidade homossexual.

Fonte: BRASIL. Coordenação Nacional de DST/AIDS, 2002.

O quarto foi realizado em São Paulo, em 2004, num serviço de assistência especializada. A amostra de conveniência composta por 145 mulheres que fazem sexo com mulheres foi obtida a partir de técnica de *snowball* e da divulgação da pesquisa em ONG. Na técnica de *snowball* ("bola de neve"), a rede social dos informantes é acionada no intuito de acessar sujeitos com características semelhantes entre si; ou seja, cada entrevistada/o indica outras/os a partir de sua rede social.

Fonte: Pinto, 2005.

A última pesquisa foi conduzida pela ONG Minas

de Cor, em 2004, a partir de questionários aplicados por jovens moradoras de periferia treinadas, em bares, campos de futebol feminino e casas de conhecidas na periferia dos municípios da Grande São Paulo, totalizando 105 mulheres acessadas em 29 diferentes bairros e 5 cidades.

### **O perfil das entrevistadas**

O perfil da população dos quatro primeiros estudos é semelhante: majoritariamente mulheres brancas, de extratos socioeconômicos médios e com 11 anos e mais de escolaridade. O último estudo tem 53% de mulheres com menos de 11 anos de escolaridade, 59% de pretas e pardas.

### **Acesso aos serviços de saúde**

Dados relativos aos quatro primeiros estudos mostram que a proporção de mulheres que fazem sexo com mulheres, que não acessaram serviços ginecológicos anualmente, variou de 13% a 70%; e 3% a 7 % nunca foram ou não vão a tais serviços (BRASIL. Coordenação Nacional de DST-AIDS, 2002; Coelho, 2001; Granado, 1998; Pinto *et al.*, 2005). Entre as mulheres que acessaram os serviços de saúde, cerca da metade (40 a 60%) não revelou sua orientação sexual. Entre as que revelaram, mais da metade relatou reações negativas/discriminatórias ou de surpresa por parte do profissional.

Após a revelação, 28% referiram que os médicos começaram a atender mais rápido e em 17% dos casos deixaram de pedir exames que as pacientes entendiam ser necessários.

*Fonte: Pinto, 2005.*

Em outro estudo, 59,5% relataram sua orientação sexual ao profissional de saúde: 88,6% delas por iniciativa da paciente e 5,1% a partir de abordagem do médico. Destas, 18,3% relataram reação preconceituosa por parte do profissional; 7,9%, demonstração de surpresa; e 15,3%, alguma "situação desagradável" após o relato. Entre as que não relataram, 30,6% saíram do consultório com receita de contraceptivo; 19,4% com indi-

cação de preservativo masculino; 3,2% com indicação de teste de gravidez e 4,8% tiveram hipótese diagnóstica associada a gravidez, ou seja, 58% foram avaliadas e receberam condutas como se tivessem orientação heterossexual, embora a maior parte delas praticassem sexo exclusivamente com mulheres.

*Fonte: Coelho, 2001.*

### **Realização de Papanicolaou**

A proporção de mulheres que relatou nunca ter realizado exame de prevenção de câncer de colo uterino variou de 18% (Pinto *et al.*, 2005) a 32% (BRASIL. Coordenação Nacional de DST-AIDS, 2002), sendo maior entre aquelas com menor escolaridade e pertencentes às classes D/E.

Para a população feminina em idade reprodutiva, foi estimada em 13,8% a proporção que nunca realizou exame de prevenção de câncer de colo uterino, a partir de inquérito populacional com amostra probabilística, realizado em São Paulo. Das que relataram tê-lo realizado, 89,7% o realizaram nos últimos 3 anos. No estudo com mulheres que fazem sexo com mulheres, a proporção encontrada foi bem menor: 66,9%, resultado que chama atenção pelo fato de a amostra apresentar escolaridade e renda elevadas.

*Fonte: Pinho, 2002; Pinto, 2004.*

No estudo realizado na periferia de São Paulo, a proporção de mulheres que nunca foi ao ginecologista é de 25%, das quais 61,5% dizem não querer ir ao ginecologista. A maior parte delas se declarou "ativa" em suas práticas sexuais. A proporção de mulheres nesse estudo que nunca fez papanicolaou é de 35%.

*Fonte: Minas de Cor Espaço de Cidadania e Cultura, 2005.*

### **Dados sobre DST**

Foram identificadas, por meio de exames clínicos e laboratoriais, as seguintes proporções de DST: 3,5 % de tricomoníase, 1,8% de clamídia, 7% de hepatite B, 2,1% de hepatite C, 6,3% de HPV, 2,9% de HIV. Ainda, 33,8% das mulheres foram diagnosticadas como portadoras de vaginose bacteriana, dado similar ao encontra-

do nos estudos internacionais. Todas as mulheres diagnosticadas com alguma DST, assim como com citologia oncológica alterada (7,7%), relataram relações sexuais com homens em algum momento da vida. A consulta regular (anual) ao ginecologista foi o único fator associado de forma protetora ao risco de ter alguma DST.

*Fonte: Pinto, 2005.*

### **Práticas sexuais**

No que diz respeito às práticas sexuais, 23,4% nunca tinham tido relações sexuais com homens; 36,6% relataram sexo com homens nos últimos 3 anos, sendo que, destas, 32% identificaram parceiros homossexuais ou bissexuais. O uso de preservativos nas relações sexuais com homens, nos três meses anteriores à pesquisa, foi relatado por 45,5%. O uso de barreiras nas relações com mulheres, no mesmo período, foi relatado por 2,1%. De acordo com esses dados, não se deve pressupor que mulheres que fazem sexo com mulheres mantenham relações exclusivamente homossexuais, e que a investigação da trajetória sexual deve ser a base para aconselhamento quanto a contracepção e prevenção contra DST/Aids.

*Fonte: Pinto, 2005.*

Com relação à quantidade de parcerias, os dados questionam estereótipos que associam a homossexualidade feminina à monogamia e relações estáveis: 17,9% tinham tido mais de uma parceria sexual no último mês e 62%, ao longo do último ano.

*Fonte: Pinto, 2005.*

A prática de sexo oral com a parceira foi citada por 99,3% das mulheres; 44,1% relataram sexo oral ou penetração com dedos, mãos ou acessórios durante o período menstrual. O uso de acessórios sexuais foi relatado por 33,1%; destas, 45,8% compartilham acessórios e 54,5% das que compartilham trocam o preservativo para o compartilhamento. A troca de sexo por bens ou dinheiro foi relatada por 7,6% das entrevistadas. Relações sexuais com parceiros/as sabidamente soropositivos/as foi relatada por 12,4%. Esses dados, aliados aos 38,6% que relataram história prévia de DST,

reforçam a necessidade de ações educativas entre profissionais e mulheres que desfaçam a suposição, fortalecida por interpretações do histórico da epidemia de Aids, de que o sexo entre mulheres não oferece riscos, e que enfatizem a necessidade de exames ginecológicos periódicos independentemente da orientação sexual da mulher.

*Fonte: Pinto, 2004.*

### **A CONSULTA GINECOLÓGICA**

Estudo realizado em São Paulo, a partir de observação etnográfica e entrevistas em profundidade entre mulheres que fazem sexo com mulheres, de 18 a 45 anos, apontou maior dificuldade em acessar cuidados ginecológicos entre mulheres que nunca tiveram sexo com homens, que possuem uma gramática corporal masculinizada ou que pertencem a segmentos socioeconômicos mais baixos.

*Fonte: Facchini & Barbosa, 2004; Facchini, 2004; Facchini, 2005.*

A consulta ginecológica é um momento extremamente delicado, tanto para o profissional quanto para a paciente, e pode ser marcado por uma série de dificuldades de comunicação. Para a maior parte das entrevistadas, a consulta é vista como lugar de exposição da intimidade física e comportamental, sendo comuns relatos sobre a possibilidade de que o corpo possa de algum modo denunciar uma sexualidade/erotismo "desviante". Para além da idéia de vergonha de ir ao ginecologista, há entre essas mulheres uma situação de vulnerabilidade relacionada ao estigma que envolve as práticas homoeróticas em nossa sociedade. Por um lado, para a paciente, há a dúvida sobre a relação custo-benefício de informar ao profissional sua orientação ou práticas sexuais e, optando por informar, a tensão e a ansiedade em relação ao acolhimento e à conduta posterior do profissional. Por outro lado, para o profissional há, muitas vezes, a necessidade de se confrontar com preconceitos e pré-noções a respeito da homossexualidade feminina e dificuldades em operar com a informação trazida pela paciente.

*Fonte: Facchini & Barbosa, 2004; Facchini, 2004*

As entrevistas indicaram, ainda, que o significado de palavras como "lésbica" ou "bissexual" pode não ser o mesmo para o profissional e para sua interlocutora. Os resultados reforçam a necessidade de que a coleta de informações em consultas ginecológicas não pressuponha a heterossexualidade das mulheres e de que o profissional investigue as trajetórias sexuais e reprodutivas, a fim de evitar pressuposições ligadas a estereótipos. Apontam, ainda, a necessidade de que os profissionais de saúde possam criar um ambiente de confiança onde as mulheres fiquem à vontade para falar mais abertamente sobre sua sexualidade e expor suas inquietações. Entre as entrevistadas que relatam ao ginecologista sua orientação sexual, a maior parte o fez após uma indicação de tratamento do parceiro sexual, ou durante a anamnese, particularmente após perguntas que pressupõem a heterossexualidade. Boa parte não o faz, esperando alguma orientação ou conduta mais específica por parte do profissional, mas como maneira de encurtar uma lista de perguntas que percebem não lhes dizerem respeito.

*Fonte: Facchini & Barbosa, 2004; Facchini, 2004*

A justificativa mais citada para não ir ao ginecologista foi a "ausência de necessidade", o que apareceu de modo associado a representações do ginecologista como "médico que trata de questões ligadas ao sexo com homens e reprodução" ou "médico que trata de DST". As representações acerca de riscos à saúde sexual e reprodutiva tendem a enquadrar as relações com mulheres como algo que libera do risco de gravidez indesejada e de DST, muitas vezes citadas como "doenças provenientes dos homens", que aparecem em boa parte das entrevistas como necessariamente promíscuos e moralmente desvalorizados.

*Fonte: Facchini & Barbosa, 2004; Facchini, 2004*

Os dados sobre percepção de risco para DST/Aids apontam diferenças geracionais. As entrevistadas de uma geração pré-Aids tenderam a manifestar muito menos preocupações nesse sentido do que a geração que já nasceu ouvindo falar em Aids, "sexo mais seguro" e prevenção. A hierarquização de práticas que

poderiam implicar maior risco não é comum a todas as entrevistadas, concentrando-se entre as que possuem mais informações e maior preocupação com a questão da Aids. Essa hierarquização concentra-se especialmente em práticas em que há troca direta de fluidos genitais (contato entre genitais) ou contato entre boca e região genital, e usa por referência as informações sobre prevenção ao HIV disseminadas nos meios de comunicação e cartilhas de prevenção.

*Fonte: Facchini & Barbosa, 2004; Facchini, 2004.*

No estudo realizado em bairros de periferia da Grande São Paulo, 16,2% das entrevistadas não acreditam na possibilidade de transmissão de DST numa relação entre duas mulheres. Entre as que acreditam na possibilidade de infecção (81,9%), 81,4% crêem que a infecção se dá por sexo oral.

*Fonte: Minas de Cor Espaço de Cidadania e Cultura, 2005.*

Assim como ocorre em outras populações, a restrição de práticas consideradas "de maior risco" deixa de ser adotada, na medida em que sentimentos de confiança e intimidade entram em cena no relacionamento. Poucas entrevistadas relataram acesso a informações específicas sobre prevenção às DST/Aids entre mulheres, sendo que algumas – sobretudo as mais velhas e que mantêm relações sexuais exclusivamente com mulheres – sequer manifestaram qualquer demanda de informação nesse sentido. Entre as que tiveram acesso a informações e citaram insumos como barreiras ou luvas, nenhuma considera viável sua utilização cotidiana.

*Fonte: Facchini & Barbosa, 2004; Facchini, 2004.*

As expectativas de fidelidade e a associação entre fidelidade e saúde sexual estão presentes em relatos, em que as queixas com relação à inexistência de métodos adequados são seguidas por afirmações no sentido de que a única forma de fazer sexo seguro é "conhecer a pessoa com quem vai pra cama". A afirmação da inexistência de métodos adequados para a prevenção refere-se principalmente às práticas de sexo oral, aos contatos genitais, às carícias e às práticas penetrativas, que não incluem o uso de acessórios. A percepção da inade-

quação de tais métodos relaciona-se ao fato de que sejam vistos como "barreiras ao contato", considerado indispensável na prática sexual. No entanto, no que concerne à utilização de acessórios, a resistência ao uso de "barreiras" é menor e há relatos de adesão ao uso do preservativo masculino nos *dildos* e em alguns tipos de vibradores, quando estes são compartilhados, e também de práticas como lavar o objeto antes de passar para a parceira.

Fonte: Meinerz, 2005b.

O modelo de prevenção focado no igualitarismo pode ser inadequado para a abordagem das relações concretamente estabelecidas entre mulheres. No caso de relações mediadas pela dicotomia fancha/lady (categorias de uso popular para indicar, respectivamente mulheres "masculinizadas", supostamente ativas na relação sexual, e mulheres "femininas", supostamente passivas na relação sexual), por exemplo, a exposição a riscos por parte da "fancha" poderia estar associada ao reforço de uma pretendida invulnerabilidade e/ou à caracterização dos materiais de prevenção como capazes de reduzir a percepção da "qualidade das relações sexuais" por parte da parceira. Nessa direção, mesmo as estratégias que propõem o conhecimento corporal mútuo não seriam necessariamente adequadas, uma vez que entre muitos casais há manipulação de apenas um dos corpos. Assim, a resistência ao uso de barreiras, em muitos casos, poderia estar menos relacionada à inadequação dos materiais do que à interação do próprio casal, mesmo que ele se organize em termos igualitários: a quem caberia a responsabilidade da prevenção e a iniciativa da negociação?

Fonte: Almeida, 2005.

Nesse contexto marcado por falta de informação e/ou por informações sobre aplicabilidade cotidiana tida como inviável, boa parte das mulheres utiliza práticas inadequadas com o intuito de prevenção, como a verificação do asseio e cuidados com a aparência, o ato de cheirar e/ou observar os genitais da parceira ou a

## Um contingente de mulheres está excluído da assistência à saúde

exclusão de parceiras que relatem, nos primeiros contatos, histórico de uso de drogas ou se identifiquem como bissexuais, num recurso que remete aos "grupos de risco", há muito já ques-

tionados.

Fonte: Facchini & Barbosa, 2004; Almeida, 2005.

Sentir-se "fora do grupo de risco" ou transpor para o campo da saúde julgamentos de ordem moral, como atribuir "perigo" aos contatos com mulheres bissexuais – as que "topam tudo" e cujo comportamento pode perturbar a estabilidade conjugal – indica a permanência, no interior dessa população, da classificação a partir de "grupos de risco" e dos problemas dela derivados.

Fonte: Facchini & Barbosa, 2004; Meinerz, 2005b.

Esses dados, em seu conjunto, em que pese às críticas relativas à metodologia adotada em alguns desses estudos, sinalizam que um contingente de mulheres está excluído da assistência à saúde e percebe os serviços como inadequados em sua abordagem. Muitas referem ter sido discriminadas e desmotivadas a acessarem cuidados à saúde. As mulheres relatam também a percepção de que suas demandas não são acessadas, ou consideradas, por preconceito ou despreparo dos profissionais de saúde.

A escassa, ou quase inexistente, produção científica abordando a temática saúde e homossexualidade feminina no Brasil; a inexistência de políticas de saúde consistentes para o enfrentamento das dificuldades e necessidades dessa população; o precário conhecimento sobre suas demandas e a ausência de tecnologias de cuidado à saúde adequadas, aliados à persistência de pré-noções e preconceitos, convertem-se, no âmbito da saúde pública, por exemplo, no desperdício de recursos, no constrangimento produzido no atrito das relações no interior dos serviços de saúde, na assistência inadequada, e muito provavelmente num contingente de mulheres que não obtiveram seu diagnóstico, nem seu tratamento.

---

# Políticas e Ações Voltadas à Saúde de Lésbicas no Brasil

A homossexualidade feminina é um tema que só muito recentemente iniciou sua entrada na agenda política brasileira. As ações voltadas à saúde de lésbicas e mulheres bissexuais ainda são bastante incipientes e, em larga medida, realizadas de maneira descentralizada/desarticulada por organizações da sociedade civil. O próprio movimento de lésbicas, apesar de nascido no mesmo período em que o movimento *gay* no Brasil permaneceu, até meados dos anos 1990, restrito a poucos grupos espalhados pelo País.

A relação do movimento de lésbicas com o Estado, na perspectiva da proposição de demandas para os programas públicos existentes, de proposição de novos programas e de crítica à intervenção estatal, é ainda pontual e incipiente. Ela se limita a interlocuções com os programas de DST/Aids, com algumas coordenadorias municipais da mulher, à inserção em alguns poucos conselhos de políticas, conferências, e alguns trabalhos pontuais junto a escolas públicas e penitenciárias. A incorporação de lésbicas em discussões sobre políticas públicas e a colaboração do poder público em ações do movimento vêm se dando mais em função da disponibilidade pessoal de técnicos ou gestores do

que por compromisso público para com essa população.

*Fonte: Almeida, 2005.*

O Programa Nacional de DST/Aids tem se mostrado o mais sensibilizado programa para o diálogo com a sociedade civil. Em 1996, criou o Grupo Matricial para discutir saúde de lésbicas, um marco para a produção dos primeiros encontros do movimento, materiais educativos, capacitações de lideranças e realização de pesquisas. Do apoio do PN-DST/Aids surgiram também os SENALE (Seminários Nacionais de Lésbicas), considerados propulsores da emergência e fortalecimento de lideranças em âmbito nacional.

Em que pese ao envolvimento histórico do PN-DST/Aids com o desenvolvimento de ações para lésbicas, no *site* do Programa Nacional de DST/Aids estão disponíveis – além das pesquisas citadas e de notas de

divulgação de eventos – apenas dois documentos que fazem referência específica à palavra "lésbicas": um manual sobre GLBT elaborado em 2002 e o Programa Brasil sem Homofobia. Não há informações educativas nem material que dêem subsídios, por exemplo, a profissionais de serviço especializado na

---

As ações voltadas à saúde de lésbicas e mulheres bissexuais ainda são bastante incipientes

---

assistência a pessoas vivendo com o HIV/Aids que precisam aconselhar casais sorodiscordantes formados por duas mulheres, no que diz respeito à prevenção.

A criação da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM), em 2002, e todo o processo de construção do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM), incorporaram formalmente de algumas demandas de mulheres lésbicas, no que diz respeito à saúde, educação e combate à discriminação.

*Fonte: BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2004a; BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2004b.*

Com a indicação do fortalecimento dos mecanismos de participação e controle social e incorporação de grupos específicos de mulheres, entre elas as lésbicas, o

movimento obteve um assento no Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, depois de 20 anos de sua criação e de 27 anos da presença das lésbicas no cenário político como movimento social.

A indicação da articulação da Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde com outras áreas, a fim de atender às necessidades de grupos específicos, entre eles as "lésbicas", propiciou a reativação do contato do movimento com o Ministério da Saúde, ainda que de modo pontual, ao final de 2005. Discutiu-se uma proposta de ampliação do acesso de lésbicas, bissexuais e outras mulheres que fazem sexo com mulheres, especialmente as de baixa renda e pouco acesso à informação, aos serviços de saúde. Essa proposta, de certo modo, vai ao encontro de outros itens elencados no PNPM: produção de manual técnico educativo que con-

## VISIBILIDADE LÉSBICA

Em se tratando do Brasil e dentro do movimento de lésbicas, atualmente o SENALE é a instância maior de discussão e decisão. Antes de 29 de agosto de 1996, data de abertura do primeiro SENALE, o movimento de lésbicas estava atrelado a fóruns de discussões de grupos mistos, com as feministas ou *gays*. As pautas eram basicamente as questões desses grupos e não correspondiam plenamente às suas expectativas.

Com o I SENALE, realizado no Rio de Janeiro, abriu-se um leque de oportunidades: diversos outros encontros de lésbicas passaram a acontecer. A partir dali ficou evidenciado o óbvio: as questões das lésbicas careciam de um espaço para as lésbicas, onde teríamos a força da voz para deliberar sobre nossas necessidades, das mais prementes às mais utópicas, iniciando dessa forma um caminho em busca de ações afirmativas de visibilidade para mulheres

lésbicas. O 29 de agosto, Dia Nacional da Visibilidade Lésbica, surgiu nesse fórum democrático e festivo. (...) Hoje, quando celebramos a visibilidade, lembramos que ainda temos muito o que conquistar, mas se olharmos para trás, veremos o quanto já caminhamos: estamos na quinta edição do SENALE (o último ocorreu no mês de junho de 2003 em São Paulo), onde o Dia Nacional da Visibilidade Lésbica foi confirmado e exaltado. (...)

A formação de duas grandes REDES, primeiro a LBL (Liga Brasileira de Lésbicas) fundada no Fórum Social Mundial (2003), em Porto Alegre, durante o espaço de discussões GLBT, denominado Planeta Arco-Íris, e a constituição da ABL (Articulação Brasileira de Lésbicas) oficializada em Curitiba em maio de 2004, se constituem em articulações políticas de grupos de lésbicas interessados na estruturação do Movimento de Lésbicas.

**Fonte:** Associação Brasileira de Gays, Lésbicas e Transgêneros, 2005.



temple, entre outras, as demandas das lésbicas e a capacitação de pessoal de atenção básica e serviços de referência. No entanto, esse tipo de proposta esbarra ainda numa dificuldade que não se restringe ao âmbito federal: a reduzida articulação entre saúde da mulher, DST/Aids e atenção básica.

Apesar dos avanços, a compreensão do que sejam os direitos sexuais e reprodutivos ainda parece atrelada preferencialmente aos direitos reprodutivos, fazendo referência direta apenas a planejamento familiar, no sentido da contracepção e aborto, sem tematizar a reprodução assistida, nem mesmo a garantia da saúde de mulheres não heterossexuais como parte dos direitos sexuais.

No que concerne à possibilidade de implementação das propostas estabelecidas no PNPM, há problemas também no que diz respeito ao Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que, segundo documento elaborado pela SPM, "enfrentou dificuldades que prejudicaram sua implantação nos estados e municípios, acrescidas na última década pelo impacto das restrições econômicas que diminuíram seu escopo e ampliaram as dificuldades de articulação entre os três níveis administrativos previstos pela proposta de descentralização e instituição do SUS. Embora amplo no conceito, envolvendo vários aspectos da saúde da mulher, o atendimento ficou limitado basicamente ao período gravídico-puerperal com a ênfase concentrada na questão da mortalidade materna".

*Fonte: Brasil. Presidência da República, 2004.*

A trajetória que marcou a aproximação do movimento de lésbicas das políticas de saúde apresenta uma dificuldade compartilhada com o movimento de *gays*, lésbicas, bissexuais, travestis, transexuais e transgêneros (GLBT): o reduzido domínio dos instrumentos e legislação relativos ao controle social no SUS. Tal questão começa a ser enfrentada a partir de ações do governo

em âmbito federal, como a proposta de oferecer uma capacitação sobre controle social no SUS no IV SENAILE (2006), e nos estados onde foram realizados seminários estaduais sobre controle social, com o objetivo de instrumentalizar os participantes – com cotas para membros e não-membros dos conselhos municipais e estaduais de saúde – para a formulação e acompanhamento das políticas públicas de saúde em DST/HIV/Aids, com vistas à participação nas instâncias de controle social.

Outro espaço governamental que vem produzindo ações com impacto sobre a saúde de mulheres lésbicas e bissexuais é a Secretaria de Estado dos Direitos Humanos (SEDH), elevada ao *status* de Ministério em 2003, dando continuidade ao Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH), iniciado em 1995. A segunda versão do Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH II, 2002) continha uma seção dedicada ao assunto, com quinze ações a serem adotadas pelo governo brasileiro, para o combate à discriminação por orientação sexual, e para a sensibilização da sociedade na garantia do direito à liberdade e à igualdade de *gays*, lésbicas, travestis, transgêneros e bissexuais.

*Fonte: Conselho Nacional de Combate à Discriminação, 2004.*

"A criação do Conselho Nacional de Combate à Discriminação, em outubro de 2001, foi uma das primeiras medidas adotadas pelo governo brasileiro para implementação das recomendações oriundas da Conferência de Durban. Entre as vertentes temáticas tratadas pelo CNCD está o combate à discriminação com base na orientação sexual. Representantes de organizações da sociedade civil, dos movimentos de *gays*, lésbicas e transgêneros integram o CNCD e, em 2003, criou-se uma Comissão temática permanente para receber denúncias de violações de direitos humanos, com base na orientação sexual. Além disso, em novembro de 2003, o CNCD criou um Grupo de Trabalho destinado a elaborar o Programa Brasileiro de Combate à

## SAÚDE DE LÉSBICAS, BISSEXUAIS E MULHERES QUE FAZEM SEXO COM MULHERES: DEMANDAS E AVANÇOS

Nesta gestão (2003-2007), o Ministério da Saúde (MS), por intermédio da Área Técnica de Saúde da Mulher (ATSM), elaborou o documento "Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes", em parceria com diversas áreas técnicas do MS e setores da sociedade civil, onde foram definidas as ações para o período de 2004-2007.

A ATSM entende que as desigualdades de gênero tendem a acentuar outras desigualdades sociais e, entre elas, as discriminações quanto à orientação sexual. Esta foi a primeira vez que a ATSM identificou e reconheceu a necessidade de articulação com outras áreas técnicas e de proposição de novas ações que atendessem a grupos sociais de mulheres em situação de vulnerabilidade.

Em 13 de maio de 2004 foi publicada a Portaria nº. 880/GM, que dispõe sobre a criação do Comitê Técnico para a formulação de proposta de política nacional de saúde da população de *gays*, lésbicas, transexuais e bissexuais, do qual a ATSM participa. A primeira medida adotada para atingir a equidade no Sistema Único de Saúde (SUS), atendendo a deliberações da 12ª Conferência Nacional de Saúde e com vista à garantia de respeito às especificidades existentes, foi a livre escolha da denominação pela qual a pessoa prefere ser chamada.

O Comitê apóia os investimentos na formação, capacitação, sensibilização e promoção de mudanças de atitudes de profissionais de saúde no atendimento à população GLBT.

Em novembro de 2004 foi instituído, pela ATSM, um grupo de trabalho sobre a saúde da mulher lésbica que contou com a participação de várias militantes do movimento social; estas nos trouxeram consideráveis demandas, especialmente no que tange à prevenção de doenças e à saúde mental. Entre elas destacam-se:

- Prevenção ao uso e abuso de drogas lícitas e ilícitas;
- Prevenção e tratamento à obesidade mórbida;
- Sensibilização com o Programa de Saúde da Família (PSF), para reconhecer o casal como família;
- Prevenção e tratamento para DST;

- Prevenção e tratamento de câncer, especialmente de colo de útero e de mama;
- Presença da companheira no parto; e
- Prevenção e combate à violência entre casais de mulheres.

Atendendo a essas demandas, já houve alguns avanços. Quanto ao parto, por exemplo, a "lei do acompanhante" garante a presença de acompanhante de escolha da mulher durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto nos hospitais públicos e conveniados com o SUS. Essa lei se baseia em estudos indicadores de que a presença de acompanhantes vem reduzindo a duração do trabalho de parto e o número de cesáreas. Além disso, houve também redução nos casos de depressão pós-parto.

Outra realização é o folheto sobre saúde das mulheres lésbicas e bissexuais, que tem previsão de distribuição ainda no primeiro semestre de 2006. O material foi produzido em parceria com o Programa Nacional de Hepatites Virais e o Programa Nacional de DST/Aids, com a participação do movimento social e da academia. A proposta é que seja distribuído por organizações não governamentais que desenvolvem trabalhos com esse grupo. Outro material que estará disponível em breve é a Agenda da Mulher que, em atenção às reivindicações do movimento de lésbicas, tem um campo para registro de orientação sexual e informações sobre sexualidade.

Desde o final de 2005, a ATSM vem colaborando com o grupo de trabalho instituído pelo Programa Nacional DST/Aids para prevenção de DST entre lésbicas e bissexuais. O processo tem sido muito construtivo e produtivo. Num primeiro momento foi elaborada uma proposta piloto de prevenção das DST para mulheres lésbicas e bissexuais. Nossa participação tem contribuído para ampliar a perspectiva, no sentido de capacitar e sensibilizar profissionais da rede pública para a atenção integral à saúde, sexualidade, direitos sexuais e direitos reprodutivos, SUS, violência, controle social e informações sobre direitos.

Violência e à Discriminação a *Gays*, Lésbicas, Travestis, Transgêneros e Bissexuais (GLTB) e de Promoção da Cidadania Homossexual, que tem como objetivo prevenir e reprimir a discriminação com base na orientação sexual, garantindo ao segmento GLTB o pleno exercício de seus direitos humanos fundamentais."

*Fonte: Conselho Nacional de Combate à Discriminação, 2004.*

Em maio de 2004, a Secretaria Especial de Direitos Humanos lançou o Brasil Sem Homofobia, Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e de Promoção da Cidadania Homossexual, com o objetivo de "promover a cidadania de *gays*, lésbicas, travestis, transgêneros e bissexuais, a partir da equiparação de direitos e do combate à violência e à discriminação homofóbicas, respeitando a especificidade de cada um desses grupos populacionais".

*Fonte: Conselho Nacional de Combate à Discriminação, 2004.*

No âmbito do Programa Brasil sem Homofobia, muitas das ações propostas têm impacto sobre a questão da saúde: a realização de campanhas e implementação de Centros de Referência para o combate à homofobia; estímulo a pesquisas que permitam co-

nhecer e atender mais adequadamente às demandas de GLBT; ações específicas para propiciar a inserção adequada das mulheres lésbicas no interior de políticas e equipamentos públicos de combate à violência contra a mulher, como as Delegacias Especializadas; promoção da atenção especial à saúde da mulher lésbica em todas as fases da vida, inclusive através da capacitação de profissionais de saúde; e formalização de espaços de interlocução entre o Ministério da Saúde e o movimento, como o Comitê Técnico Saúde da População de *Gays*, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais.

Por parte do movimento de lésbicas e mulheres bissexuais há a expectativa de que as ações de integração interministerial, em parceria com o movimento, propostas no Programa Brasil sem Homofobia, efetivamente atinjam outro de seus objetivos anunciados, "a educação e a mudança de comportamento dos gestores públicos", com vistas ao avanço "na implementação de novos parâmetros para definição de políticas públicas, incorporando de maneira ampla e digna milhões de brasileiros", e que as demandas das mulheres sejam efetivamente visibilizadas e contempladas no processo de implementação do Programa.

*Fonte: Conselho Nacional de Combate à Discriminação, 2004.*

---

# Demandas e Propostas Apontadas nos Estudos e pelo Movimento Social

Ao final da pesquisa realizada para este Dossiê, ficam patentes algumas questões importantes frente às quais é fundamental intervir para promover a saúde integral das mulheres que se identificam como lésbicas ou bissexuais e de todas as mulheres que mantêm relações afetivas com outras mulheres: a invisibilidade da população; o preconceito e discriminação na sociedade como um todo e nos serviços que deveriam prover a atenção à saúde; a ausência de conhecimento mais adequado sobre a população e suas demandas para subsidiar políticas públicas, o que se torna especialmente grave quando se trata de questões mais peculiares, como o conhecimento sobre práticas sexuais e o contexto relacional em que se dão para subsidiar a prevenção às DST/Aids; e uma dificuldade especial em atender a demandas que envolvam o desejo de maternidade ou que perpassem a questão da família, como os casos de violência conjugal ou em que o/a agressor/a é um membro da família.

As propostas de melhoria da qualidade da atenção à saúde nessa população devem incluir os seguintes passos:

1. o conhecimento do tamanho da população e de suas demandas em termos de saúde e direitos sexuais e reprodutivos, o que implica a introdução do quesito orientação sexual e o registro de demandas nos serviços de saúde, na realização de pesquisas populacionais sobre sexualidade feminina e pesquisas que explorem especificidades em termos de comportamento e demandas das mulheres que fazem sexo com mulheres, e na inclusão de questões sobre orientação sexual em pesquisas populacionais

sobre saúde das mulheres;

2. a articulação de atores sociais, especialmente em âmbito local, em torno da proposta de visibilizar e encaminhar as demandas de saúde dessa população, o que implica localizar atores sensíveis ao tema nos serviços de saúde nas universidades, nas organizações da sociedade civil, nos programas estatais de saúde, direitos humanos, justiça e educação, na mídia e entre parlamentares, e planejar uma ação articulada e integrada;
3. o combate à discriminação, tanto no setor da saúde quanto na população em geral, o que implica treinamento dos profissionais para lidar com diversidade sexual na população feminina; divulgação de pesquisas em congressos da área de saúde sexual e reprodutiva, psicologia e/ou saúde mental, ciências sociais e saúde, e saúde pública; realização de campanha de massa visando a reduzir preconceitos e afirmar direitos relativos à saúde e à diversidade sexual de mulheres; e o apoio a ações do movimento lésbico e do movimento feminista em relação aos direitos e saúde sexuais e reprodutivos, e à redução do preconceito e discriminação social dirigidos a essa população. Também é fundamental avançar na legislação que coíbe a discriminação e a violência homofóbica e reconheça as uniões homoafetivas.

*Fonte: Heilborn et al., 2003*

Do ponto de vista da produção de conhecimento sobre essa população e suas necessidades de saúde, a inclusão do quesito orientação sexual em fichas médicas seria de fundamental importância, além do incentivo à

consolidação de linhas de pesquisa em direitos e saúde sexual e reprodutiva, e diversidade sexual e inserção dessa temática nas pesquisas sobre sexualidade e/ou saúde da mulher já realizadas.

Quanto à introdução do quesito orientação sexual em fichas médicas, os profissionais devem ser capacitados para abordar essa questão com as mulheres, e a privacidade e confidencialidade desse dado devem ser mantidas, a fim de preservar a qualidade da informação e não vulnerabilizar a mulher. Uma estratégia possível para a introdução desse quesito é fazê-lo a partir de serviços onde os profissionais já estejam capacitados para lidar com questões sensíveis, como o aconselhamento em relação a DSTs/Aids ou o acolhimento a casos de violência sexual.

O financiamento de pesquisas e a divulgação de seus resultados poderiam, a curto prazo, inclusive, subsidiar a prática clínica dos profissionais, uma vez que perguntar sobre a orientação sexual da mulher pode suscitar dúvidas e demandas para as quais, atualmente, os profissionais não têm resposta. A produção de estudos pode também permitir maior inserção e visibilidade do tema em congressos de caráter acadêmico, colaborando para a redução do preconceito social. A produção de conhecimento é fundamental, inclusive, para oferecer subsídios às propostas de introdução da temática da diversidade sexual e dos direitos sexuais e reprodutivos, na formação superior de carreiras específicas.

A defesa do princípio de equidade justifica a destinação de recursos a essa população, excluída de acesso a atendimento adequado e de que não se tem dimensão exata, apesar das evidências nos estudos internacionais de quanto se poderia evitar em termos de mortes e agravos à saúde, endereçando recursos e políticas de saúde a essa população.

A criação de serviços de saúde especificamente voltados a essa população, como centros de referência para atendimento, deve ser criteriosamente avaliada de acordo com as especificidades locais. Ao tomarmos em consi-

deração o grau de preconceito em relação à homossexualidade feminina, serviços específicos podem não somente se tornar fator gerador de conflitos entre a atenção à população em geral e políticas focais, mas também atuar como obstáculo ao objetivo de atrair a população a que se destina.

Uma estratégia possível em relação a isso é oferecer treinamento/capacitação de modo universal a profissionais em serviços públicos que possam se considerar estratégicos e sensíveis (serviços voltados à "saúde da mulher", DSTs/Aids, saúde mental, violência sexual), e divulgar a introdução da atenção à diversidade sexual nos serviços e o direito a acessá-los à população, através de argumentos que façam referência a valores como direitos humanos, direito à igualdade e à equidade, no que toca à saúde. A extensão dessa capacitação para profissionais de serviços de atenção básica é necessária e poderia ser tomada como um passo posterior ou trabalhada na forma de propostas no piloto, no primeiro momento. O fato de que programas de saúde reconheçam a importância da diversidade sexual e que visibilizem socialmente essa preocupação pode ser, inclusive, de fundamental importância para aumentar o grau de receptividade social, respeito à questão e promover debates sociais em torno da sexualidade feminina e dos direitos sexuais das mulheres.

Tais recomendações baseiam-se, fundamentalmente, num princípio de promoção da equidade e da integralidade da assistência. No entanto, em médio prazo, maiores informações sobre o tamanho e demandas dessa população podem permitir o estabelecimento de estratégias baseadas em critérios já consagrados na implementação de programas de saúde pública, como a magnitude, a transcendência e a factibilidade. A invisibilidade da população e de suas demandas implica desperdício de recursos com atenção à saúde (por exemplo, quando se prescreve anticoncepção ou se orienta se fornecem insumos para práticas sexuais mais seguras presumindo a heterossexualidade) e uma baixa eficácia no tratamento efetivo de suas demandas.

## Referências Bibliográficas

- AARON, D. J. *et al.* Behavioral risk factors for disease and preventive health practices among lesbians. **Am J Public Health**, v. 91, n. 6, p. 972-975, 2001.
- ALMEIDA, G. E. S. **Da invisibilidade à vulnerabilidade: percursos do 'corpo lésbico' na cena pública face à possibilidade de infecção por DST e Aids.** 2005. Tese doutorado em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, UERJ.
- ANDERSSON, D.; WESTERSTAHL, A. [Gynecologists about lesbian women – an interview study. There is a risk that lesbian women receive worse treatment]. **Lakartidningen**, v. 97(49), p. 5796-800, 2000.
- AQUINO, E. M. L.; BARBOSA, R. M.; HEILBORN, M. L.; BERQUÓ, E. Gênero, sexualidade e saúde reprodutiva: a constituição de um novo campo da Saúde Reprodutiva. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 2, p. S198-S199, 2003.
- AQUINO, L. O. R. Discurso lésbico e construções de gênero. **Horizontes Antropológicos**, v. 1, n. 1, p. 79-94, 1995.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE GAYS, LÉSBICAS E TRANSGÊNEROS. Tese guia – 1º. **Congresso da ABGLT: avanços e perspectivas.** Curitiba, 2005.
- BAILEY, J. V.; FARQUHAR, C.; OWEN, C. Bacterial vaginosis in lesbians and bisexual women. **Sex Transm Dis**, v. 31, n. 11, p. 691-694, 2004a.
- BAILEY, J. V. *et al.* Sexually transmitted infections in women who have sex with women. **Sex Transm Infect**, v. 80, n. 3, p. 244-246, 2004b.
- \_\_\_\_\_. Lesbians and cervical screening. **Br J Gen Pract**, v. 50, n. 455, p. 481-482, 2000.
- BALSAM, K. F. *et al.* Culture, trauma, and wellness: a comparison of heterosexual and lesbian, gay, bisexual, and two-spirit native americans. **Cultur Divers Ethnic Minor Psychol**, v. 10, n. 3, p. 287-301, 2004.
- BARBOSA, R. M., **Reflexões sobre gênero, (homo)sexualidade e saúde reprodutiva.** NEPO/UNICAMP. Campinas, 2005. Trabalho não publicado.
- \_\_\_\_\_. **Negociação sexual ou sexo negociado?** Gênero, sexualidade e poder em tempos de aids. 1997. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, UERJ.
- BARBOSA, R. M.; FACCHINI, R. **Mulheres, Cuidados à Saúde, Gênero e Diversidade Sexual.** Relatório de pesquisa. Campinas, 2003. Trabalho não publicado.
- BARBOSA, R. M.; KOYAMA, M. A. H. Mulheres que fazem sexo com mulheres: algumas estimativas para o Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. No prelo.
- BAUER, G. R.; WELLES, S. L. Beyond assumptions of negligible risk: Sexually transmitted diseases and women who have sex with women. **American Journal of Public Health**, v. 91, n. 8, p. 1282-1282, 2001.
- BERGERON, S.; SENN, C. Y. Health care utilization in a sample of Canadian lesbian women: predictors of risk and resilience. **Women Health**, v. 37, n. 3, p. 19-35, 2003.
- BERNHARD, L. A. Lesbian health and health care. **Annu Rev Nurs Res**, v. 19, p. 145-177, 2001.
- BEVIER, P. J.; CHIASSON, M. A.; HEFFERNAN, R. T.; CASTRO, K. G. Women at a sexually transmitted disease clinic who reported same-sex contact: their HIV seroprevalence and risk behaviors. **Am J Public Health**, v. 85, n. 10, p. 1366-1371, 1995.
- BOEHMER, U.; CASE, P. Physicians don't ask, sometimes patients tell: disclosure of sexual orientation among women with breast carcinoma. **Cancer**, v. 101, n. 8, p. 1882-1889, 2004.
- BRASIL. Coordenação Nacional de DST/Aids. **Comportamento Sexual da População Brasileira e percepções do HIV/AIDS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- \_\_\_\_\_. Coordenação Nacional de DST/AIDS, 2002. **Pesquisa de opinião pública – Mulheres que fazem sexo com mulheres.** Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/final/novidades/Mulheres.ppt>>. Acesso em: 20 jan. 2003.
- \_\_\_\_\_. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Contribuição da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres para as Conferências Estaduais.** Documento Base. I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2004a.
- \_\_\_\_\_. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres.** Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2004b.
- BROGAN, D.; FRANK, E.; ELON, L.; O'HANLAN, K. A. Methodologic concerns in defining lesbian for health research. **Epidemiology**, v. 12, n. 1, p. 109-113, 2001.
- BURKE, L. K.; FOLLINGSTAD, D. R. Violence in lesbian and gay relationships: theory, prevalence, and correlational factors. **Clin Psychol Rev**, v. 19, n. 5, p. 487-512, 1999.
- BURNETT, C. B. *et al.* Patterns of breast cancer screening among lesbians at increased risk for breast cancer. **Women Health**, v. 29, n. 4, p. 35-55, 1999.
- CARRARA, S.; RAMOS, S. **Política, Direito, Violência e Homossexualidade.** Pesquisa 9ª. Parada do Orgulho GLBT-Rio 2004. Rio de Janeiro: CEPESC, 2005.
- CARRARA, S.; RAMOS, S.; CAETANO, M. **Política, Direito, Violência e Homossexualidade.** Pesquisa 8ª. Parada do Orgulho GLBT-Rio 2003. Rio de Janeiro: Pallas, 2003.
- CARVALHO, T. T. de. **Caminhos do desejo: uma abordagem das relações homoeróticas femininas em Belo Horizonte.** 1995. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- CITELI, M. T. **A pesquisa sobre sexualidade e direitos sexuais no Brasil (1990-2002): revisão crítica.** Rio de Janeiro: CEPESC, 2005.
- COCHRAN, S. D. *et al.* Cancer-related risk indicators and preventive screening behaviors among lesbians and bisexual women. **Am J Public Health**, v. 91, n. 4, p. 591-597, 2001.
- COELHO, L. M.. A Representação Social da Homossexualidade Feminina nos Ginecologistas do Ponto de Vista das Mulheres Lésbicas e Bissexuais. **Revista Tesseract**, v. 4, 2001. Disponível em: <<http://tesseract.sites.uol.com.br/textoleilacoelho.htm>>. Acesso em: 03.jan.2006.

- CONSELHO NACIONAL DE COMBATE À DISCRIMINAÇÃO. **Brasil Sem Homofobia**: Programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- CORRÊA, S. Sexualidade e Gênero: idéias fora de lugar. In: R. Parker; R. M. Barbosa (Eds.). **Sexualidades Brasileiras**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/IMS/ABIA, p. 149-159, 1996.
- DENENBERG, R. Report on lesbian health. **Womens Health Issues**, v. 5, n. 2, p. 81-91, 1995.
- DIAMANT, A. L.; SCHUSTER, M. A.; LEVER, J. Receipt of preventive health care services by lesbians. **Am J Prev Med**, v. 19, n. 3, p. 141-148, 2000a.
- DIAMANT, A. L. *et al.* Health behaviors, health status, and access to and use of health care: a population-based study of lesbian, bisexual, and heterosexual women. **Arch Fam Med**, v. 9, n. 10, p. 1043-1051, 2000b.
- DIBBLE, S. L.; ROBERTS, S. A. Improving cancer screening among lesbians over 50: results of a pilot study. **Oncol Nurs Forum**, v. 30, n. 4, p. E71-E79, 2003.
- DIBBLE, S. L.; ROBERTS, S. A.; NUSSEY, B. Comparing breast cancer risk between lesbians and their heterosexual sisters. **Womens Health Issues**, v. 14, n. 2, p. 60-68, 2004.
- DIXON-MUELLER, R. The sexuality connection in Reproductive Health. **Studies in Family Planning**, v. 24, n. 5, p. 269-282, 1993.
- FACCHINI, R. Mulheres, diversidade sexual, saúde e visibilidade social. In: L. F. Rios; R. Parker; C. Pimenta; V. Terto Junior (Eds.). **Homossexualidade**: produção cultural, cidadania e saúde. Rio de Janeiro: ABIA, p. 34-43, 2004.
- \_\_\_\_\_. Mujeres, homosexualidades y salud: Visibilizando demandas e caminos. **Boletín Electrónico del Proyecto Sexualidades, Salud y Derechos Humanos en América Latina**, v. 2, n. 16, 2005. Disponível em: <<http://www.ciudadaniasexual.org/boletín/b16/articulos.htm>> Acesso em: 10.nov.2005.
- FACCHINI, R.; BARBOSA, R. M. Representações e práticas relativas à saúde sexual e reprodutiva entre mulheres que fazem sexo com mulheres. Campinas, 2004. Trabalho não publicado.
- FERRIS, D. G. *et al.* A neglected lesbian health concern: cervical neoplasia. **J Fam Pract**, v. 43, n. 6, p. 581-584, 1996.
- FETHERS, K. *et al.* Sexually transmitted infections and risk behaviours in women who have sex with women. **Sex Transm Infect**, v. 76, n. 5, p. 345-349, 2000.
- FISH, J.; WILKINSON, S. Understanding lesbians' healthcare behaviour: the case of breast self-examination. **Soc Sci Med**, v. 56, n. 2, p. 235-245, 2003.
- FISHMAN, S. J.; ANDERSON, E. H. Perception of HIV and safer sexual behaviors among lesbians. **J Assoc Nurses AIDS Care**, v. 14, n. 6, p. 48-55, 2003.
- FORTUNATA, B.; KOHN, C. S. Demographic, psychosocial, and personality characteristics of lesbian batterers. **Violence Vict**, v. 18, n. 5, p. 557-568, 2003.
- FRISCH, M. Health needs of women who have sex with women: evidence is lacking that women who have sex with women are high risk group for cancer. **BMJ**, v. 328, n. 7473, p. 464-464, 2004.
- FRY, P.; MACRAE, E. **O que é homossexualidade**. São Paulo: Brasiliense, 1983.
- FRY, P. Da hierarquia à igualdade: a construção histórica da homossexualidade no Brasil. In: \_\_\_\_\_. **Para Inglês Ver: Identidade e Política na Cultura Brasileira**. Rio de Janeiro: Zahar, p. 87-115, 1982.
- GRANADO, L. Mitos sobre a relação entre mulheres e a transmissão de DST/HIV. **Ousar viver**, São Paulo, v. 4, n. 6, 1998.
- GUIMARÃES, C. D. **O homossexual visto por entendidos**. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.
- HARPER, G. W.; SCHNEIDER, M. Oppression and discrimination among lesbian, gay, bisexual, and Transgendered people and communities: a challenge for community psychology. **Am J Community Psychol**, v. 31, n. 3-4, p. 243-252, 2003.
- HEILBORN, M. L.; FACCHINI, R.; BARBOSA, R. M. Public Health and Human Rights: Policies on Sexual Diversity. In: \_\_\_\_\_. **Learning to Dance**: Bringing Together the Fields of Public Health and Human Rights to promote Women's WellBeing. Nova York: Ford Foundation, p. 151-160, 2003.
- HEILBORN, M. L. **Dois é par**. Gênero e identidade sexual no contexto igualitário. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.
- HEILBORN, M. L. Ser ou estar homossexual: dilemas de construção de identidade social. In: R. G. Parker ; R. M. Barbosa (Eds.). **Sexualidades Brasileiras**. Rio de Janeiro: Relume Dumará; ABIA; IMS/UERJ, p. 136-145, 1996.
- KING, M. *et al.* Mental health and quality of life of gay men and lesbians in England and Wales: controlled, cross-sectional study. **Br J Psychiatry**, v. 183, p. 552-8, 2003.
- KOH, A. S. Use of preventive health behaviors by lesbian, bisexual, and heterosexual women: questionnaire survey. **West J Med**, v. 172(6) , p. 379-84, 2000.
- KWAKWA, H. A.; GHOBRIAL, M. W. Female-to-female transmission of human immunodeficiency virus. **Clin Infect Dis**, v. 36, n. 3, p. e40-e41, 2003.
- LAUMANN, E. O.; GAGNON, J. H.; MICHAEL, R. T.; MICHAELS, S. **The Social Organization of Sexuality**: Sexual Practices in the United States. Chicago: University Chicago Press, 1994.
- LAUVER, D. R. *et al.* Understanding lesbians' mammography utilization. **Womens Health Issues**, v. 9, n. 5, p. 264-274, 1999.
- MACRAE, E. **A construção da igualdade**: identidade sexual e política no Brasil da abertura. Campinas: Editora da Unicamp, 1990.
- MARRAZZO, J. M. Sexually transmitted infections in women who have sex with women: who cares? **Sex Transm Infect**, v. 76, n. 5, p. 330-332, 2000a.
- MARRAZZO, J. M. Genital human papillomavirus infection in women who have sex with women: a concern for patients and providers. **AIDS Patient Care STDS**, v. 14, n. 8, p. 447-451, 2000b.
- MARRAZZO, J. M. *et al.* Characterization of vaginal flora and bacterial vaginosis in women who have sex with women. **J Infect Dis**, v. 185, n. 9, p. 1307-1313, 2002.
- MARRAZZO, J. M. *et al.* Papanicolaou test screening and prevalence of genital human papillomavirus among women who have sex with women. **Am J Public Health**, v. 91, n. 6, p. 947-952, 2001.
- MARRAZZO, J. M. *et al.* Genital human papillomavirus infection in women who have sex with women. **J Infect Dis**, v. 178, n. 6, p. 1604-1609, 1998.
- MARRAZZO, J. M.; STINE, K.; KOUTSKY, L. A. Genital human papillomavirus infection in women who have sex with women: a review. **Am J Obstet Gynecol**, v. 183, n. 3, p. 770-774, 2000.

- MEINERZ, N. E. **Entre Mulheres** – Estudo Etnográfico sobre a constituição da parceria homoerótica feminina entre mulheres de camadas médias na cidade de Porto Alegre. 2005a. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social). Rio Grande do Sul, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- MEINERZ, N. E. Método cien por ciento garantizado. Prácticas de sexo seguro en las relaciones homoeróticas entre mujeres de segmentos medios en Porto Alegre. **Boletín Electrónico del Proyecto Sexualidades, Salud y Derechos Humanos en América Latina**, v. 2, n. 16, 2005b. Disponível em: <<http://www.ciudadaniasexual.org/boletin/b16/articulos.htm>> Acesso em: 10.nov.2005.
- MEYER, I. H. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. **Psychol Bull**, v. 129, n. 5, p. 674-697, 2003.
- MICHAELS, S. & LHOMOND, B. Conceptualization and Measurement of Homosexuality in Sex Surveys: A Critical Review. **Cadernos de Saúde Pública**. No prelo.
- MILLER, A. M. Uneasy promises: sexuality, health, and human rights. **Am J Public Health**, v. 91, n. 6, p. 861-864, 2001.
- MINAS DE COR ESPAÇO DE CIDADANIA E CULTURA. **Novos contornos: lésbicas da periferia**. São Paulo, 2005. Trabalho não publicado.
- MUNIZ, J. O. **Mulher com Mulher dá Jacaré**: uma abordagem antropológica da homossexualidade feminina. 1992. Dissertação (Mestrado em Antropologia). Rio de Janeiro: Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- PARKER, R. G. Sexo entre homens: consciência da Aids e comportamento sexual entre homens homossexuais e bissexuais no Brasil. In: R. G. Parker; C. Bastos; J. Galvão; J. S. Pedrosa (Eds.). **A Aids no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS/UERJ, p. 129-150, 1994.
- PARKER, R. G. Sexual Rights: Concepts and Action. **Health and Human Rights**, v. 2, n. 3, p. 31-38, 1997.
- PETCHESKY, R. P. **Sexual rights**: inventing a concept, mapping an international practice. In Conference on Reconciling Sexuality. Rio de Janeiro, 1996.
- PERLONGHER, N. **O negócio do Michê**: prostituição viril em São Paulo. São Paulo: Brasiliense, 1987.
- PINHO, A. A. **Fatores associados à realização do teste de Papanicolaou entre mulheres em idade reprodutiva no município de São Paulo**. 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- PINTO, V. M. *et al.* Sexually transmitted disease/HIV risk behaviour among women who have sex with women. **AIDS**, v. 19 Suppl 4, p. S64-S69, 2005.
- PINTO, V. M. **Aspectos epidemiológicos das doenças sexualmente transmissíveis em mulheres que fazem sexo com mulheres**. 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, USP.
- PISCITELLI, A.; GREGORI, M. F.; CARRARA, S. Apresentação. In: PISCITELLI, A.; GREGORI, M. F.; CARRARA, S. (Eds.). **Sexualidades e saberes**: convenções e fronteiras. Rio de Janeiro: Garamond, p. 9-35, 2004.
- POMPEU, F. Direitos que não podem calar. **Jornal da RedeSaúde**. Dezembro, p. 22-25, 2001.
- PORTINARI, D. **O Discurso da Homossexualidade Feminina**. São Paulo: Brasiliense, 1989.
- RANKOW, E. J. Lesbian health issues for the primary care provider. **J Fam Pract**, v. 40, n. 5, p. 486-496, 1995.
- RANKOW, E. J.; TESSARO, I. Cervical cancer risk and Papanicolaou screening in a sample of lesbian and bisexual women. **J Fam Pract**, v. 47, n. 2, p. 139-143, 1998.
- RANKOW, E. J. Sexual Identity vs Sexual Behavior. **Am J Public Health**, v. 86, n. 12, p. 1822-1822, 1996.
- ROBERTS, S. J.; PATSDAUGHTER, C. A.; GRINDEL, C. G.; TARMINA, M. S. Health related behaviors and cancer screening of lesbians: results of the Boston Lesbian Health Project II. **Women Health**, v. 39, n. 4, p. 41-55, 2004.
- ROBERTS, S. J.; SORENSEN, L. Lesbian health care: a review and recommendations for health promotion in primary care settings. **Nurse Pract**, v. 20, n. 6, p. 42-47, 1995.
- RUBIN, G. The traffic in women: Notes on the 'political economy' of sex. In: RAITER, R.. **Toward anthropology of women**. Nova York: Monthly Review Press, 1975.
- RUBIN, G. Thinking Sex: Notes for a Radical Theory of the Politics of Sexuality. In: VANCE, C. **Pleasure and Danger**. Exploring Female Sexuality. Boston: Routledge and Kegan Paul, p. 267-319, 1984.
- SELL, R. L.; PETRULIO, C. Sampling homosexuals, bisexuals, gays, and lesbians for public health research: a review of the literature from 1990 to 1992. **J Homosex**, v. 30, n. 4, p. 31-47, 1996.
- SKINNER, C. J. *et al.* A case-controlled study of the sexual health needs of lesbians. **Genitourin Med**, v. 72, n. 4, p. 277-280, 1996.
- SMITH, A. M. *et al.* Sex in Australia: sexual identity, sexual attraction and sexual experience among a representative sample of adults. **Aust N Z J Public Health**, v. 27, n. 2, p. 138-145, 2003.
- SOARES, G. S. Direitos Sexuais como Direitos Humanos: um convite à reflexão. **Jornal da RedeSaúde**. p. 3-4, dez.2001.
- SOLARZ, A. **Lesbian Health**. Current Assessment and Directions for the Future. Washington DC: National Academy Press, 1999.
- SOUZA, E. R. **Necessidade de filhos: maternidade, família e (homo)sexualidade**. 2005. Tese (Doutorado em Ciências Sociais). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, UNICAMP, Campinas.
- TJADEN, P.; THOENNES, N.; ALLISON, C. J. Comparing violence over the life span in samples of same-sex and opposite-sex cohabitants. **Violence Vict**, v. 14, n. 4, p. 413-425, 1999.
- VALANIS, B. G. *et al.* Sexual orientation and health: comparisons in the women's health initiative sample. **Arch Fam Med**, v. 9, n. 9, p. 843-853, 2000.
- VANCE, C. Anthropology rediscovers sexuality: a theoretical comment. **Social Science and Medicine**, v. 33, n. 8, p. 875-884, 1991.
- VIANNA, A.; LACERDA, P. **Direitos e políticas sexuais no Brasil**: panorama atual. Rio de Janeiro: CEPESC, 2004.
- VILLELLA, W. V. **Saúde e homossexualidade feminina**. Trabalho apresentado in: SEMINÁRIO NACIONAL DE LÉSBICAS, 5º, 2003, São Paulo. Trabalho não publicado.
- WALDNER-HAUGRUD, L. K.; GRATCH, L. V.; MAGRUDER, B. Victimization and perpetration rates of violence in gay and lesbian relationships: gender issues explored. **Violence Vict**, v. 12, n. 2, p. 173-184, 1997.
- YOUNG, R. M.; MEYER, I. H. The trouble with "MSM" and "WSW": erasure of the sexual-minority person in public health discourse. **Am J Public Health**, v. 95, n. 7, p. 1144-1149, 2005.



## Páginas na Internet

Associação Brasileira de Gays, Lésbicas e Transgêneros (ABGLT)  
www.abgl.org.br

Associação fundada em 31 de janeiro de 1995, é uma rede com 144 organizações associadas de *gays*, lésbicas, transgêneros e outras organizações não governamentais colaboradoras. A ABGLT nasceu para ser um instrumento de expressão da luta pela conquista dos direitos humanos plenos dos homossexuais masculinos e femininos e contra quaisquer formas de discriminação, sejam elas jurídicas, sociais, políticas, religiosas, culturais ou econômicas.

Associação Grupo Orgulho Liberdade e Dignidade – GOLD  
www.gold.org.br

A GOLD é uma ONG mista (de *gays*, lésbicas, bissexuais e transgêneros) de Colatina, Espírito Santo, que divulga informações e ações para lésbicas, mulheres bissexuais e profissionais do sexo.

Associação da Parada do Orgulho GLBT de São Paulo – APOGLBT-SP  
www.paradasp.org.br ou www.comunidadeglbt.com.br

*Site* que divulga informações, notícias e ações voltadas à promoção da cidadania de *gays*, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais; programação das atividades da APOGLBT-SP; eventos do Orgulho e grupos de discussão temática; e informações sobre projetos na área de direitos sexuais e promoção da saúde integral.

Campanha digital contra o preconceito contra *gays*, lésbicas, bissexuais e transgêneros  
www.campanhaglbt.com

Esta campanha digital foi criada para unir todas as pessoas ou empresas que não concordam com a discriminação e o preconceito contra *gays*, lésbicas, bissexuais e transgêneros.

CLAM  
www.clam.org.br

O Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos tem como finalidade principal produzir, organizar e difundir conhecimentos sobre a sexualidade na perspectiva dos direitos humanos, buscando, assim, contribuir para a diminuição das desigualdades de gênero e para o fortalecimento da luta contra a discriminação das minorias sexuais na região.

Grupo Arco-Íris de Conscientização Homossexual  
www.arco-iris.org.br

O Grupo Arco-Íris existe há quase treze anos na cidade do Rio de Janeiro e tem por missão atuar como uma organização de referência na promoção da auto-estima e cidadania de *gays*, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais.

Grupo Gay de Alagoas  
www.ggal.org.br

*Site* institucional do Grupo Gay de Alagoas com informações, notícias locais e nacionais, e referências bibliográficas sobre a promoção e defesa dos direitos e cidadania de *gays*, lésbicas, travestis, transexuais, bissexuais e pessoas vivendo com HIV/Aids.

Grupo Umas & Outras  
www.grupoumaseoutras.com.br

O Umas & Outras é um grupo que promove atividades voltadas exclusivamente para mulheres, em São Paulo. O *site* traz informações sobre as atividades do grupo, direitos, cuidados integrais à saúde, além do sarau virtual.

Identidade – Grupo de Ação pela Cidadania Homossexual  
www.identidadecampinas.hpg.ig.com.br

*Site* do Grupo Identidade de Campinas, SP, divulga informações e ações voltadas à promoção da cidadania de *gays*, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais e projetos realizados pelo grupo.

INOVA – Associação Brasileira de Família GLTTB  
www.inovaglttb.blogspot.com

As novas famílias já são uma realidade. Famílias formadas por dois homens ou duas mulheres, muitas vezes criando filhos em comum, ganham mais e mais visibilidade. A INOVA reúne essas famílias para fortalecer laços, lutar por direitos e mostrar à sociedade que muitos são os caminhos da felicidade e do amor.

Movimento D'ELLAS  
www.orgulho.org

O Movimento D'ELLAS é um grupo de mulheres lésbicas e bissexuais, do Rio de Janeiro. Divulga informações e ações nas áreas de direitos humanos e sexuais, cultura, lazer, ajuda mútua, saúde mental e física, na luta e apoio contra qualquer forma de discriminação à mulher.

NEPS – Núcleo de Estudos e Pesquisas Sobre as Sexualidades  
www.neps.org.br/quereres/intro.html

Organização não governamental que se propõe a discutir as sexualidades em todas as suas diversidades de expressão.

Portal Quitéria  
www.quiteria.com.br

O Quitéria é uma revista pop feminista *online*, para meninas interessadas em música, informação, arte e debate. Organiza vários eventos, entre eles o festival cultural feminista Ladyfest Brasil e a Oficina de Consenso Sexual Para Jovens Lésbicas.

Programa Nacional de DST/AIDS  
www.aids.gov.br

Criado em 1983, o Programa tem por missão reduzir a incidência do HIV/aids e melhorar a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/aids.

Um Outro Olhar  
www.umoutroolhar.com.br

A Rede de Informação Um Outro Olhar é uma organização da sociedade civil, surgida em 1989 e oficializada em 1990. Atua na área de saúde e de direitos humanos de mulheres e minorias sexuais, através de dois eixos de trabalho: Informação, Educação e Comunicação (IEC) e Intervenção Comportamental.

---

# O que é a Rede Feminista de Saúde

A Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (Rede Feminista de Saúde) é uma articulação política, fundada em 1991. Reúne cerca de 180 instituições – entre grupos de mulheres, organizações não governamentais, núcleos de pesquisa, organizações sindicais/profissionais e conselhos de direitos da mulher – além de profissionais de saúde e ativistas feministas, que desenvolvem trabalhos políticos e de pesquisa em saúde da mulher, direitos sexuais e direitos reprodutivos.

A Rede se compõe de dez Regionais, organizadas nos estados do Goiás, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, São Paulo e no Distrito Federal, coordenadas politicamente por um Conselho Diretor e por uma Secretaria Executiva, atualmente sediada em Belo Horizonte.

A Rede Feminista de Saúde possui representações em vários conselhos, comitês e comissões em âmbito nacional, estadual e municipal, além de ser membro de entidades da própria sociedade civil nos mesmos níveis.

Sua atuação fundamenta-se nos seguintes princípios:

- fortalecimento do movimento de mulheres no âmbito local, regional, nacional e internacional, em torno da saúde e dos direitos sexuais e direitos reprodutivos;
- reconhecimento dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos como direitos humanos;
- reconhecimento da violência sexual, racial e doméstica como violações dos direitos humanos;
- defesa da implantação e da implementação de ações integradas de saúde da mulher no âmbito do Sistema Único de Saúde; e
- legalização do aborto, cuja realização constitui decisão que deve competir à mulher como direito.



#### CONSELHO DIRETOR

Domingas de Paula Martins Caldas (Fórum de Mulheres da Amazônia Paraense/Regional Pará)  
Dulcelina Vasconcelos Xavier (CDD – Católicas pelo Direito de Decidir/Regional São Paulo)  
Fabiana Paranhos (Anis – Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero/Regional Distrito Federal)  
Glória Rabay (Centro da Mulher 8 de Março/Regional Paraíba)  
Neusa Cardoso de Melo (Movimento do GRAAL no Brasil/Regional Minas Gerais)  
Sílvia Dantas (Gestos – Soropositividade, Comunicação e Gênero/Regional Pernambuco)  
Télia Negrão (Coletivo Feminino Plural/Regional Rio Grande do Sul)

#### SECRETARIA EXECUTIVA

Fátima Oliveira (Secretária executiva)  
Ana Maria da Silva Soares (Secretária adjunta)

#### ÁREA DE COMUNICAÇÃO

Mônica Bara Maia (Coordenadora)  
Jalmelice Luz (Jornalista)  
Renata Jantsch (Jornalista)

#### EQUIPE ADMINISTRATIVA

Carmélia Maria Viana da Rocha  
Helenita Livia Marcatti  
Gabriela Reis

**REALIZAÇÃO: REDE FEMINISTA DE SAÚDE o APOIO: FUNDAÇÃO FORD E UNFPA**

Rede Feminista de Saúde – Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos

Rua Hermílio Alves 34 – Santa Tereza Fone (5531) 3213-9097

31010-070 – Belo Horizonte/MG – Brasil

[www.redesaude.org.br](http://www.redesaude.org.br)

[redesaude@uol.com.br](mailto:redesaude@uol.com.br)