



O cuidado às mulheres lésbicas no campo da saúde sexual e reprodutiva

The care to lesbian women in the field of sexual and reproductive health

El cuidado de las mujeres lesbianas en el campo de la salud sexual y reproductiva

Luciane Marques de Araujo^I; Lucia Helena Garcia Penna^{II}; Joana Iabrudi Carinhanha^{III}; Cristiane Maria Amorim Costa^{IV}

RESUMO

Objetivo: descrever e analisar o cuidado às lésbicas, por enfermeiras e médicos, no campo da saúde sexual e reprodutiva. **Método:** pesquisa descritiva, qualitativa. Participaram do estudo 24 enfermeiras e 21 médicos atuantes na atenção primária, no município do Rio de Janeiro. Pesquisa aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa. Os dados foram coletados em 2014, por meio da entrevista semiestruturada. Desenvolveu-se análise de conteúdo temático-categorial. **Resultados:** os esquemas de percepção e apreciação de enfermeiras e médicos sobre as lésbicas apresentam um conteúdo fortemente normativo e os profissionais apresentam defasagem de conhecimento, inabilidade de comunicação e omissão em relação às demandas de saúde dessas mulheres. **Conclusão:** o cuidado às lésbicas é permeado por rotinas heteronormativas e a omissão de enfermeiras e médicos frente às demandas de saúde de lésbicas opera como uma violência simbólica, sendo condicionante do menor acesso à saúde.

Descritores: Mulheres lésbicas; saúde sexual e reprodutiva; gênero e saúde; violência.

ABSTRACT

Objective: to describe and analyze care by nurses and physicians for lesbians' sexual and reproductive health. **Method:** in this qualitative, descriptive study, data were collected in 2014, by semi-structured interviews of 24 nurses and 21 physicians working in primary care in Rio de Janeiro city. Thematic category content analysis was applied. The study was approved by the research ethics committee. **Results:** nurses' and doctors' perceptions and understandings of lesbians are strongly normative in content and personnel display knowledge deficits, inability to communicate and omission in relation to these women's health demands. **Conclusion:** care for lesbians is permeated by heteronormative routines, while nurses' and physicians' omissions in response to lesbian health demands operates as symbolic violence, and is a condition in their more restricted access to health.

Descriptors: Lesbian women; sexual and reproductive health; gender and health; violence.

RESUMEN

Objetivo: describir y analizar el cuidado a las lesbianas, por parte de enfermeras y médicos, en el campo de la salud sexual y reproductiva. **Método:** investigación descriptiva, cualitativa. Participaron del estudio 24 enfermeras y 21 médicos que trabajan en la atención primaria, en el municipio de Río de Janeiro. Investigación aprobada por el Comité de Ética en Investigación. Los datos fueron recolectados en 2014, a través de la entrevista semiestructurada. Se desarrolló el análisis de contenido temático-categorial. **Resultados:** los esquemas de percepción y apreciación de enfermeras y médicos sobre las lesbianas presentan un contenido fuertemente normativo y los profesionales presentan desfase de conocimiento, inhabilidad de comunicación y omisión en relación a las demandas de salud de esas mujeres. **Conclusión:** el cuidado a las lesbianas se hace a través de rutinas heteronormativas y la omisión de enfermeras y médicos ante las demandas de salud de lesbianas se muestra como una violencia simbólica y limita el acceso a la salud.

Descriptor: Mujeres lesbianas; salud sexual y reproductiva; género y salud; violencia.

INTRODUÇÃO

O campo da saúde sexual e reprodutiva caracteriza-se pela exigência intrínseca da abordagem da sexualidade como objeto privilegiado na atenção às demandas das mulheres.

Em relação às mulheres lésbicas, não existem estatísticas precisas sobre seu número no Brasil. Isso se deve, em grande medida, à heterogeneidade de autoclassificação e ao medo resultante da expectativa de discriminação, relacionada à declaração da homossexualidade, o que pode inclusive explicar a escassez de pesquisas brasileiras direcionadas a este grupo de mulheres^{1,2}.

^IEnfermeira. Doutora. Professora Adjunta, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: lmdearaujo@gmail.com

^{II}Enfermeira. Doutora. Professora Adjunta, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: luciapennafenferj@gmail.com

^{III}Enfermeira. Doutora. Professora Adjunta, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: joanaibrudi@gmail.com

^{IV}Enfermeira. Doutora. Professora Adjunta, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: cmacosta1964@gmail.com

As consequências dessa invisibilidade lésbica incluem o desconhecimento sobre seu perfil, suas demandas e dificuldades de acesso aos serviços de saúde³. Assim, esse silêncio contribui tanto para uma maior vulnerabilidade da mulher lésbica, quanto para a sua invisibilidade social, trazendo dificuldades para que as políticas públicas possam melhor contempla-las⁴.

Sabe-se que as lésbicas no Brasil tendem a procurar os serviços de saúde com menor frequência do que as mulheres heterossexuais, sendo apontadas como causas as experiências de discriminação no atendimento, pelos próprios profissionais de saúde^{1,5,6}.

Além da discriminação resultante do preconceito, o despreparo dos profissionais para lidar com as especificidades desse grupo e a negação, pelas próprias mulheres, do risco para determinadas doenças, especialmente, as doenças ginecológicas, são motivos apontados para a menor procura de serviços de saúde⁴.

No que tange à discriminação e exclusão dos serviços de saúde, é reconhecido o papel fundante que o construto simbólico e cognitivo, elaborado e compartilhado pelos profissionais de saúde sobre a mulher lésbica, exerce sobre suas práticas de atenção à saúde, explicando a relação entre o profissional e a mulher estabelecida no espaço terapêutico da consulta⁷.

Seja qual for o problema de saúde de uma mulher, sua detecção precoce é fundamental, e a maior parte dos cuidados recomendados às mulheres, no campo da saúde sexual e reprodutiva, é desenvolvido no âmbito da atenção básica, e realizado por enfermeiras e médicos⁸. Portanto, os profissionais deste campo podem ser considerados informantes privilegiados sobre a atenção à saúde das lésbicas.

Sendo assim, pretende-se descrever e analisar o cuidado às lésbicas, por enfermeiras e médicos, no campo da saúde sexual e reprodutiva, com vistas à proposição de ações que venham impactar favoravelmente sobre a qualidade da atenção à saúde dessas mulheres.

REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Esta pesquisa delinea-se como de natureza qualitativa e descritiva por objetivar descrever as práticas de cuidado às lésbicas, analisando-as a partir das opiniões, crenças, conhecimentos e atitudes do grupo de enfermeiras e médicos participantes da pesquisa⁹.

A posição teórica adotada se apoia no reconhecimento de que na relação profissional e mulher, a desigualdade de capital é um critério que estrutura hierarquicamente o espaço social, simplesmente porque remete a recursos que conferem poder àqueles que os possuem, e ainda, que as representações sociais organizam as relações simbólicas entre indivíduos e grupos, afetando as tomadas de posição, corroborando a ideia de que o que falam e pensam enfermeiras e médicos sobre as mulheres lésbicas, afetam suas inter-relações e as práticas de cuidado à saúde^{7,10-12}.

O cenário do estudo envolveu 16 unidades de saúde da atenção primária do Município do Rio de Janeiro, representando sete das 10 áreas programáticas. Do total de profissionais atuantes no campo da saúde sexual e reprodutiva dessas unidades, foram incluídos como participantes 24 enfermeiras e 21 médicos, sendo este número alcançado pelo critério de saturação¹³.

Como critério de inclusão foi exigido ao profissional ter iniciado a atuação no campo antes ou mesmo no ano de 2011, ano em que foi instituído, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBT)¹⁴, de modo a assegurar que todos os participantes tenham vivenciado o processo de sua implantação.

O projeto da pesquisa atendeu à Resolução nº 466/12, tendo sido aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa, sob o protocolo nº 531.660/ 2014 e todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido¹⁵.

A coleta de dados foi realizada no período de março a setembro de 2014.

O instrumento de coleta de dados foi a entrevista semiestruturada, no decorrer da qual foi aplicada a técnica de substituição para reduzir a pressão normativa que se exerce sobre o indivíduo¹⁶.

O roteiro temático de entrevista apresentou um questionamento central, que solicitava aos profissionais, falar sobre suas lembranças mais marcantes em relação às práticas de cuidado às mulheres lésbicas.

A caracterização dos participantes do estudo envolveu atributos de ordem pessoal e profissional, através de um questionário aplicado ao término da entrevista.

Os depoimentos foram gravados, transcritos e submetidos à análise de conteúdo temático-categorial, com auxílio do *software NVivo 10 for Windows*¹⁷.

A análise de conteúdo envolveu um processo de leitura flutuante e exaustiva, acompanhada da delimitação dos *free nodes*, seu agrupamento por proximidade de significado em *tree nodes* e subsequentes agrupamentos destes últimos, dos quais emergiram as categorias: a interação entre os profissionais de saúde e a mulher lésbica; a prevenção das infecções sexualmente transmissíveis (IST); e a adesão ao exame preventivo do câncer do colo de útero^{17,18}. Destaca-se que os *free nodes* foram identificados no texto segundo a categoria profissional, enfermeiras (E) e médicos (M), e a ordem numérica das entrevistas (E1, E2 ... M1, M2 ...).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O grupo de 45 profissionais investigados foi predominantemente constituído por mulheres jovens, entre 25 e 34 anos. A maioria se autodeclarou branca, heterossexual, com apenas dois homossexuais, ambos do sexo masculino; o tempo de exercício profissional entre 3 e 10 anos; a maioria, especialista em saúde da família, com apenas quatro médicos e duas enfermeiras especialistas em gineco-obstetrícia.

A interação entre os profissionais de saúde e a mulher lésbica

A partir dos depoimentos de enfermeiras e médicos, foi possível reafirmar que as consultas realizadas no campo da saúde sexual e reprodutiva obedecem a um verdadeiro ritual norteado por rotinas instituídas nos serviços, apoiadas na heteronormatividade, no qual fica explícita a assimetria entre o profissional e a mulher, cabendo às enfermeiras e médicos o controle dos assuntos a serem tratados, o poder de interromper a fala da cliente e o domínio das perguntas que formulam, restando a ela, o dever de responder, sabendo, ainda, que está sendo avaliada¹⁹.

As nossas anamneses são muito engessadas em rotinas. Geralmente, faço todas as perguntas da rotina, mas, vejo que tem casos que a gente acaba perguntando de forma errada e até o que não deveria. (E24)

Perguntamos, subentendendo que a mulher é heterossexual. É comum, por exemplo, começar a conversa já perguntando se usa pílula. (M14)

Embora a PNSILGBT recomende a abordagem e registro da orientação sexual e identidade de gênero nos prontuários clínicos e em todos os documentos do SUS, esta é uma prática pouco frequente, entre as enfermeiras e médicos, o que chama atenção, especialmente, por se tratarem de determinantes sociais de saúde¹⁴.

Apesar de não se falar sobre estes assuntos, a partir do momento em que a mulher entra no consultório, sua expressão de gênero é minuciosamente observada e sua orientação sexual deduzida. Assim, caso a mulher tenha uma expressão de gênero masculina, será prontamente classificada como homossexual, pelo profissional, mesmo que ela não se autodeclare lésbica, ou ainda, que diga o contrário.

A lésbica, só de olhar para ela, você já sabe que é sapatão. [...] mas, ela diz que é casada e mora com o marido. Às vezes, ainda tenho dúvidas sobre ela. Não acredito. (E6)

Você logo vê que é [lésbica], pela sua apresentação masculinizada, por seus trajes, pelo comportamento, mesmo que ela não fale. Quando é masculinizada você consegue ver nas entrelinhas. Nem precisa perguntar. (M3)

Essa pressuposição de uma identidade lésbica apoiada na observação da expressão de gênero constitui-se em um ato de simplificação e demonstra que os profissionais de saúde investigados tendem a perceber e classificar, como lésbicas, as mulheres com estereótipo de gênero masculino^{12,20}. Essa forma de categorização revela não somente um preconceito, mas ainda, a não consideração das vivências sexuais expressas, pelas próprias mulheres, apontando um ato de desrespeito que põe em evidência o exercício profissional de um poder, que é institucionalmente autorizado e reconhecido, e que funciona como substrato para a instituição de relações assimétricas e permeadas por violência simbólica^{21,22}.

O conhecimento sobre a identidade sexual e, especialmente, sobre as práticas sexuais da mulher é muito importante para que o profissional de saúde possa nortear a consulta, adequando suas orientações às singularidades dessas mulheres, especialmente, no que tange às suas práticas sexuais, e, ainda, atentando para as vulnerabilidades relacionadas à saúde.

Pode-se inferir que o uso desse sistema de classificação sexual, que se apoia exclusivamente na observação do corpo e de algumas pistas verbais, e/ ou não verbais, emitidas, pelas mulheres, poderá acarretar, entre os profissionais, inúmeros equívocos de interpretação, quanto ao conhecimento sobre a identidade sexual e práticas sexuais das mulheres²⁰.

A qualidade do diálogo entre o profissional e a mulher é decisiva sobre a relação terapêutica de cuidado. Somente o diálogo aberto e livre de preconceitos proporcionará o espaço adequado à verbalização, pela mulher, de sua sexualidade, suas práticas sexuais, suas demandas de saúde, evidenciando suas vulnerabilidades. Este conhecimento é fundamental ao profissional, para que possa compreender o contexto singular de vida, o impacto da vivência da

homossexualidade sobre sua qualidade de vida e saúde, a determinação social de aspectos de sua saúde, para, a partir disto, planejar seus cuidados²³.

Convém recomendar que as pistas verbais e não verbais expressas, pelas mulheres, relativas à sexualidade ou outros assuntos que apontem dificuldades em sua abordagem, sejam aprofundadas, pelos profissionais, e, ainda, que sejam valorizadas as manifestações de hesitação, atraso na produção da fala e camuflagem de alguns termos, pelas pacientes. Os profissionais de saúde devem colaborar com as mulheres na coprodução de termos que elas manifestam dificuldades de expressar. As dificuldades de comunicação nessa interação apontam o despreparo do profissional e sua escassa sensibilidade para questões dessa natureza²⁴.

É reconhecido, ainda, que o comportamento afetivo dos profissionais contribui com a satisfação da mulher, sua participação no planejamento dos cuidados, a maior aderência aos tratamentos, sua qualidade de vida e recuperação. Esse comportamento afetivo é o que proporciona e privilegia a construção de um vínculo, de uma relação de confiança entre o profissional e o sujeito do cuidado, essencial para o cuidado humanizado. O comportamento afetivo significa encorajar, ser amigável, demonstrar preocupação, fornecer segurança, chamar a mulher pelo nome²⁵.

A prevenção das IST

É consenso, entre as enfermeiras e médicos participantes, que a maioria das lésbicas acredita ser imune ao risco de contrair qualquer tipo de IST, supondo que tais infecções ocorrem exclusivamente nas relações heterossexuais, e, mais especificamente, por ocasião da penetração vaginal. A partir desta constatação, os profissionais percebem que essa crença, entre lésbicas, contribui decisivamente para que não adotem as medidas de prevenção de IST recomendadas.

Outra situação muito comum entre as lésbicas, segundo os profissionais, é o desconhecimento quanto à necessidade do uso de camisinha nos brinquedos sexuais, quando compartilhados com a parceira.

A gente sempre orienta que cada uma deva ter o seu brinquedo para penetração e que se for apenas um [brinquedo] para as duas, que devem usar a camisinha, porque uma coisa que a gente nota é que elas não sabem dessa necessidade. Elas sabem que no pênis se usa camisinha, mas se for de borracha, acham que não precisa. (E1)

As IST estão entre os problemas mais comuns de saúde pública, em todo o mundo, agregando atenção especial por facilitarem a transmissão do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e pela significativa relação entre o Papiloma Vírus Humano (HPV) e o câncer de colo de útero²⁶.

Outra situação que merece destaque diz respeito à percepção de algumas lésbicas, quanto à inadequação das medidas de prevenção recomendadas, pelos profissionais, para uso em certas práticas sexuais. A partir dos depoimentos, vê-se claramente que estas mulheres sugerem, aos profissionais, a sua percepção da inadequação da camisinha a determinadas práticas sexuais, o que parece não ser compreendido, ou mesmo, desconhecido, pelo profissional.

Ela me perguntou: Quando se tem relação com homem se usa camisinha e com a minha parceira? Aí, expliquei que deveria usar também. Tive a impressão que não entendeu, mas ela não falou mais nada. (E22)

Ela me perguntou: Doutora tem algum remédio para evitar pegar doença, pelo sexo? Daí, eu respondi que tinha camisinha. Aí, foi que ela falou: Mas, para a gente não dá [...] Quando se esfrega, o plástico sai. [...] Na época, eu nem sabia o que era isso [referindo-se ao tribadismo]. (M13)

Em relação às tecnologias para prevenção de IST utilizadas pelas lésbicas, tem-se o *cling film* e películas de látex ou poliuretano, adaptadas de luvas e camisinhas, masculina ou feminina, que podem ser utilizadas nos brinquedos sexuais, na prática do sexo oral, mas, para o tribadismo, não há tecnologia eficaz disponível para uso²⁷.

A inexistência de tecnologias para o uso em determinadas práticas sexuais, exclusivas dessas mulheres, como é o caso do tribadismo, além de potencializar sua vulnerabilidade às IST²⁸, aponta para a falta de interesse e de investimentos em estudos e pesquisas, dirigidos às especificidades dessas mulheres. Essa situação indica que tanto os profissionais de saúde, quanto os órgãos competentes da saúde, insistem em não reconhecer essas mulheres, contribuindo para mantê-las na invisibilidade e à margem dos direitos à saúde. Esta é uma situação de exclusão que demonstra claramente a violência simbólica a que estas mulheres estão sujeitas²¹.

As mulheres precisam sentir que suas necessidades, preocupações e hesitações são compreendidas e integradas, pelos profissionais, com os quais se relacionam. Estes são os elementos básicos para o estabelecimento de relações colaborativas e de confiança².

Há que se comentar que nenhum dos profissionais de saúde, participantes deste estudo, reconhece a responsabilidade de realizar estudos e pesquisas que contribuam para a atualização de seus conhecimentos e para o desenvolvimento de novas tecnologias de prevenção de IST, como uma das atribuições de suas profissões.

No que diz respeito ao desconhecimento profissional sobre as práticas sexuais e as medidas de prevenção adequadas às lésbicas, os profissionais de saúde responsabilizam os cursos de graduação na área da saúde e o silêncio sobre esta temática, nos manuais e outros materiais educativos, elaborados pelo Ministério da Saúde.

Na faculdade a gente não estuda nada de IST entre lésbicas. Então, eu não sabia nada. O pouco que hoje eu sei, aprendi [no trabalho], conversando e deduzindo. (E16)

Aqui, entre os residentes e mesmo entre alguns colegas mais antigos, vejo muitas dificuldades na orientação dessas mulheres, quanto à prevenção de IST. Mas, não é culpa deles. A gente não tem isso na faculdade. (M5)

Cabe aqui a consideração de que os manuais do Ministério da Saúde são escritos por profissionais de saúde. Portanto, compete aos profissionais manterem-se atualizados para atender às demandas de saúde das pessoas, de modo a exercer impacto positivo sobre os indicadores de saúde e, dessa maneira, sobre a realidade social.

Quanto aos cursos de graduação na área de saúde, é fundamental que seus projetos político-pedagógicos²⁹ contemplem questões como gênero, sexualidades, assim como as questões de saúde presentes entre as pessoas lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT), com vistas a uma formação crítico-reflexiva que coloque em xeque as bases que criam e sustentam estereótipos, discriminações, iniquidades e violência, contribuindo para a construção de uma postura profissional ética, respeitosa e humanizada.

A adesão ao exame preventivo do câncer do colo de útero

O câncer do colo do útero é considerado um problema de saúde pública nos países em desenvolvimento, devido às altas taxas de prevalência e mortalidade. Entretanto, a mortalidade por este tipo de câncer é plenamente evitável, uma vez que o avanço das tecnologias permite o diagnóstico precoce de lesões precursoras, evitando, assim, sua progressão para o câncer⁸.

A estratégia mais utilizada, com resultado altamente eficaz, é o rastreamento em mulheres assintomáticas, por meio do exame citopatológico, que permite o diagnóstico ainda em fase inicial, sendo possível a obtenção da cura em até 100% dos casos⁸.

No que se refere à adesão das lésbicas ao exame preventivo, pelas lésbicas, as enfermeiras e médicos foram unânimes na percepção de dificuldades apenas entre as lésbicas que, com base nos estereótipos de gênero, classificam como masculinas. Já entre as femininas, essa dificuldade não foi constatada por nenhum deles.

Essas mais masculinas têm sexo sem penetração porque não gostam. Geralmente, não gostam de penetração porque não gostam de homem. Daí, quase sempre têm receio em relação ao preventivo, por causa do espelho. Já as outras [femininas] são mais como nós [referindo-se à heterossexualidade]. (E24)

Noto também que elas dão um intervalo muito grande entre os exames [preventivo]. Maior que o recomendado. Essas mais pesadas [masculinas] não gostam mesmo. Acho que associam o espelho ao pênis[...] Já as femininas, nunca vi terem problema com o exame. (M16)

O sistema de classificação das lésbicas em masculinas e femininas, pelos profissionais participantes, remete, portanto, ao binarismo masculino e feminino presente na memória coletiva e a análise da mulher lésbica, comparativamente ao protótipo de mulher considerada *normal*, as heterossexuais, as classificam, ainda, em mais ou menos estranhas, hierarquizando-as^{5,7,12}.

Assim, a classificação das lésbicas ocorre de duas maneiras: generalizando as femininas e particularizando as masculinas. Generalizando, nós reduzimos as distâncias do protótipo de *normalidade*. Particularizando, como no caso das lésbicas masculinas, nós ampliamos a distância e mantemos o objeto em análise, como algo divergente do protótipo. Portanto, classificar, pela generalização ou particularização, não é uma escolha puramente intelectual, mas reflete uma atitude específica para com o objeto, um desejo de defini-lo como normal ou aberrante. E assim, as lésbicas masculinas são percebidas como estranhas, esquisitas^{30,31}.

Ainda em relação à adesão ao exame, chama atenção, a percepção das enfermeiras e médicos, de que as lésbicas masculinas não gostam de fazer o exame porque não gostam da penetração vaginal, pelo espelho, o que acreditam esteja associado ao fato de não gostarem das práticas sexuais que envolvam penetração. Assim, compreendem que a menor adesão das lésbicas masculinas ao exame preventivo e, ainda, o desrespeito à periodicidade recomendada para sua realização, se apoiam numa suposta associação, feita pela lésbica masculina, entre o espelho e o pênis e entre a inserção vaginal do espelho e a prática sexual da penetração.

Apesar desta constatação, nada tem sido feito para que essas mulheres superem essas dificuldades. Além disso, os profissionais se eximem da responsabilidade direta de fazê-lo, recomendando que as campanhas de saúde o façam, conforme mencionado por muitos deles.

A postura profissional de omissão e transferência de responsabilidade, diante de uma necessidade de cuidado à saúde, camufla uma discriminação e uma atitude desfavorável frente às lésbicas, o que contribui para que sejam mantidas à margem dos cuidados e serviços, evidenciando a violência simbólica a que estão sujeitas²¹.

CONCLUSÃO

Considerando-se os depoimentos de enfermeiras e médicos que assistem às mulheres lésbicas, destacam-se as vulnerabilidades que elas apresentam. Algumas das vulnerabilidades das mulheres lésbicas são oriundas de suas próprias crenças e outras resultam dos preconceitos e experiências de discriminação nos serviços de saúde. Fato é que há uma omissão dos profissionais, frente às demandas de saúde apresentadas por essas mulheres, que opera como violência simbólica, sendo um condicionante do menor acesso de lésbicas aos bens e serviços em saúde.

As enfermeiras e médicos, por outro lado, deixam claro, a existência de inúmeras lacunas no seu conhecimento sobre essas mulheres, seus modos de viver, singularidades e vulnerabilidades. Cabe destacar a inabilidade relativa às competências de comunicação, tão necessárias à abordagem de temáticas consideradas difíceis, em especial, as sexualidades e as práticas sexuais, o que parece favorecer o uso acrítico das rotinas heteronormativas.

Tendo em vista a complexidade da situação apresentada, é reconhecida como limitação deste estudo a não inclusão das lésbicas como participantes, o que se pretende realizar em outro momento.

É urgente reconhecer a necessidade de fortalecer o controle social pelas pessoas que sofrem os processos de discriminação nos serviços de saúde e promover, entre os profissionais de saúde, a apropriação dos conhecimentos sobre as sexualidades, a consciência sobre os processos de discriminação dos quais se é participante, a autorreflexão crítica para a desconstrução de preconceitos e a erradicação da violência simbólica presentes no cuidado às lésbicas.

REFERÊNCIAS

1. Prefeitura Municipal de Porto Alegre (RS). Diretrizes para a assistência à saúde de lésbicas, mulheres bissexuais e que fazem sexo com outras mulheres. Porto Alegre (RS): Secretaria Municipal de Saúde; 2011.
2. Marques AM, Oliveira JM, Nogueira C. The lesbian population in health studies: contributions for a critical reflection. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2013 [cited 2019 Feb 15]; 18(7):2037-47. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000700019>.
3. Almeida G. Arguments on the possibility of STD infection and Aids among women that define themselves as lesbians. *Physis* [Internet]. 2009 [cited 2019 Feb 15]; 19(2): 301-31. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312009000200004>.
4. Facchini R, Barbosa RM. Dossiê saúde das mulheres lésbicas: promoção da equidade e da integralidade. Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Belo Horizonte (MG): Rede Feminista de Saúde; 2006.
5. Knauth DR. Aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro: Garamond; 2006.
6. Meinerz NE. Entre mulheres: etnografia sobre relações homoeróticas femininas em segmentos médios urbanos na cidade de Porto Alegre. Rio de Janeiro: Eduerj; 2011.
7. Araújo LM. Representações sociais de enfermeiras e médicos do campo da saúde sexual e reprodutiva sobre as mulheres lésbicas [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2015.
8. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e das mamas. Cadernos de Atenção Básica. Brasília (DF); 2013.
9. Minayo MCS. Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 5ª ed. São Paulo/ Rio de Janeiro: Abrasco; 2004.
10. Bourdieu P. O poder simbólico. 2ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2002.
11. Doise W. From social psychology to societal psychology. *Psicol. Teor. Pesqui* [Internet]. 2002 [cited 2019 Jan 11]; 18(1): 27-35. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722002000100004>.
12. Deschamps J, Moliner P. A identidade em psicologia social: dos processos identitários às representações sociais. Tradução de Lucia M. Endlich Orth. Petrópolis (RJ): Vozes; 2009.
13. Fontanella BJB, Magdaleno Junior R. Theoretical saturation in qualitative research: psychoanalytical contributions. *Psicol. Estud* [Online]. 2012 [cited 2018 Dec 10]; 17(1): 63-71. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722012000100008>.
14. Ministério da Saúde (Br). Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília (DF); 2010.
15. Conselho Nacional de Saúde (Br). Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução nº 466/12. Rio de Janeiro: MS/FIOCRUZ; 2013.
16. Silva RC, Ferreira MA. Building the script of an interview on social representations research: how, why, what for. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* [Internet]. 2012 [cited 2019 Mar 11]; 16(3): 607-612. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452012000300026>.
17. Lage MC. Utilização do software NVivo em pesquisa qualitativa: uma experiência em EaD. *ETD – Educ. Tem. Dig.* [Internet]. 2011. [acesso em 15 mar 2019]; 12(esp.): 198-226. DOI: <https://doi.org/10.20396/etd.v12i0.1210>.
18. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa (Pt): Edições 70; 2011.
19. Ostermann AC, Ruy R. As relações de poder nas consultas ginecológicas e obstétricas. In: Ostermann AC, Meneghel SN organizadoras. *Humanização, gênero, poder: contribuições dos estudos de fala-em-interação para a atenção à saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 65-81.



20. Araujo LM, Penna LHG. Sex, gender, and sexual identities in women's health. *Rev. enferm. UERJ* [Internet], 2014 [cited 2018 Mar 11]; 22(1): 134-8. Available from: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/11468/9023>.
21. Bourdieu P. A dominação masculina. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1999.
22. Bourdieu P. A distinção: crítica social do julgamento. 2ª ed. Porto Alegre (RS): Zouk; 2011.
23. Ostermann AC, Jaeger A. Gênero e Sexualidade no Consultório Ginecológico: pressupostos identitários jamais questionados. In: Ostermann AC, Meneghel SN organizadoras. Humanização, gênero, poder: contribuições dos estudos de fala-em-interação para a atenção à saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 119-32.
24. Ostermann AC, Rosa DR. Do que não se fala: assuntos tabus e momentos delicados em consultas ginecológicas e obstétricas. In: Ostermann AC, Meneghel SN, organizadoras. Humanização, gênero, poder: contribuições dos estudos de fala-em-interação para a atenção à saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 47-64.
25. Vargens OMC, Progianti JM, Araujo LM. Humanização como princípio norteador do cuidado à mulher. In: Fernandes RAQ, Narchi NZ, organizadoras. Enfermagem e saúde da mulher. São Paulo: Manole; 2007. p. 277-87.
26. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. HIV/AIDS, hepatites e outras DST. Cadernos de Atenção Básica. Brasília (DF); 2006.
27. Almeida G. Da invisibilidade à vulnerabilidade: percursos do corpo lésbico na cena brasileira face à possibilidade de infecção por DST e Aids [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2005.
28. Rufino AC, Madeiro A, Trinidad A, Santos R, Freitas I. Sexual practices and health care of women who have sex with women: 2013-2014. *Epidemiol. Serv. Saúde* [online]. 2018 [citado em 15 dez 2018]; 27(4):e2017499. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742018000400005>.
29. Vila KM, Teva RHS, David HMSL, Rocha RG, Teixeira E, Marta CB. Political pedagogical project and critical thinking-based education: facilitators and hindrances. *Rev. enferm. UERJ* [Internet], 2016 [cited 2019 Feb 15]; 24(5):e21111. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2016.21111>.
30. Moscovici S. A psicanálise, sua imagem e seu público. Petrópolis (RJ): Vozes; 2012.
31. Moscovici S. A representação social da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar; 2012.