

A saúde de mulheres negras lésbicas e os desafios no acesso aos serviços brasileiros

[artigo]

Jardel Gomes da Silva Lemos

SOBRE O AUTOR

Jardel tem 22 anos, mossoroense, Bacharel em Fisioterapia pela Faculdade Católica do Rio Grande do Norte (FCRN). Foi membro da Liga Acadêmica Interprofissional na Saúde Obstétrica e Uroginecológica (LAISOU) do Centro Universitário CESMAC, atualmente tem realizado pesquisas em Saúde coletiva.



A SAÚDE DE MULHERES NEGRAS LÉSBICAS E OS DESAFIOS NO ACESSO AOS SERVIÇOS BRASILEIROS

THE HEALTH OF BLACK LESBIAN WOMEN AND THE CHALLENGES IN ACCESSING BRAZILIAN SERVICES.

Jardel Gomes da Silva Lemos

RESUMO

O Brasil, desde o seu processo de colonização, recebeu influências culturais da população portuguesa, incluindo os costumes do conservadorismo, marginalizando assim, várias camadas populares que fugiam dos padrões estabelecidos, incluindo as mulheres negras e lésbicas, o que prejudicou a garantia de seus direitos humanos, como o direito à saúde. Este artigo possui como finalidade realizar uma pesquisa bibliográfica dos principais estudos brasileiros sobre o acesso à saúde por parte das mulheres negras lésbicas. Foram utilizadas as bases Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Biblioteca Eletrônica Científica Online (SCIELO) para a consulta dos estudos, assim como o uso de descritores “Saúde das Minorias Étnicas”, “Minorias Sexuais e de Gênero” e “Saúde da Mulher Negra”, após consulta nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), ao final, foram estabelecidos critérios de inclusão e exclusão para melhor seleção. Como resultado, selecionaram-se 11 estudos, no qual evidenciaram que apesar das conquistas políticas, ainda estão presentes nas instituições públicas, como as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os grandes hospitais, condutas racistas e homofóbicas por parte dos profissionais envolvidos, principalmente no atendimento ginecológico, pois o cuidado à saúde das mulheres ainda se mantém centralizado na lógica reprodutiva e, com isso, questões relativas à orientação sexual não têm sido consideradas na rotina do profissional ginecologista. Assim, é ressaltada a necessidade de educação continuada aos profissionais da saúde, para um atendimento humanizado.

Palavras-chave: Direito Sanitário; Assistência Integral à Saúde; Pessoas LGBTQIA+.

Submissão: 08/12/22
Aprovação: 26/01/23

ABSTRACT

Since its colonization process, Brazil has received cultural influences from the Portuguese population, including conservatism customs, thus marginalizing several popular layers that deviated from established standards, including black women and lesbians, which undermined the guarantee of their rights, such as the right to health. This article aims to carry out a bibliographical research of the main Brazilian studies on access to health by black lesbian women. The databases Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS) and the Online Scientific Electronic Library (SCIELO) were used to consult the studies, as well as the use of descriptors "Health of Ethnic Minorities", "Sexual and Social Minorities". Gender" and "Black Women's Health", after consulting the Health Sciences Descriptors (DeCS), in the end, inclusion and exclusion criteria were established for better selection. As a result, 11 studies were selected, in which they showed that, despite political achievements, racist and homophobic behavior on the part of the professionals involved, mainly in gynecological care, as women's health care is still centralized in the reproductive logic and, therefore, issues related to sexual orientation have not been considered in the professional gynecologist's routine. Thus, the need for continuing education for health professionals is emphasized, for a humanized care.

Key-words: Health Law; Comprehensive Health Assistance; LGBTQIA+ people.

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi considerada um marco na luta por condições dignas de saúde para os brasileiros, uma vez que determinou a saúde como um direito universal de todos e dever do Estado¹.

Nesse evento, o Movimento Social Negro participou ativamente do processo de elaboração e aprovação das propostas, ao lado de outros movimentos, incluindo o Movimento pela Reforma Sanitária. Após grandes discussões, muitas conquistas foram obtidas, como a Constituição Federal de 1988 e maior visibilidade quanto às questões específicas de saúde da mulher, sobretudo aquelas relacionadas à sexualidade e reprodução, de modo que o racismo e o sexismo foram citados como determinantes sociais, que acabam restringindo os direitos humanos dessas camadas sociais¹⁸.

18 ROSÁRIO, Celita Almeida; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria; MATTÁ,

De acordo com o V Seminário Nacional de Mulheres Lésbicas, realizado em junho de 2003, a elaboração de políticas públicas precisa incorporar o entendimento de que as mulheres lésbicas também são mulheres e, portanto, devem ser contempladas no conjunto das ações de atenção à saúde da mulher¹⁹.

Constatou-se, nesse seminário, que as mulheres lésbicas ainda consideram que o câncer de colo de útero afeta apenas mulheres heterossexuais e, assim, não se sentem mobilizadas para sua prevenção, nem também para a prevenção de outros tipos de câncer, como o câncer de mama². Outro ponto identificado é que para as mulheres lésbicas profissionais do sexo, um problema que se coloca a frente é a vulnerabilidade pela exposição às infecções sexualmente transmissíveis (ISTs)².

A aproximação dessas mulheres com as agendas do movimento feminista proporcionou que temáticas como o machismo, a misoginia e a própria invisibilidade feminina, entrassem na pauta dos movimentos de mulheres lésbicas e bissexuais, direcionando as discussões e esclarecendo as demandas específicas desses grupos, o que contribuiu com a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, lançada em 2004, pelo Ministério da Saúde, trazendo discussões sobre temas considerados tabus, como métodos anticoncepcionais e tratamentos para casos de abortamento inseguro².

Outro marco importante foi a criação de um Programa, o Brasil sem Homofobia (BSH), também no ano de 2004, esse programa do Governo Federal surgiu para alertar a necessidade da criação e atenção das políticas públicas para a população em questão, visando combater ao preconceito e às intolerâncias, que impactam na negligência e ruptura de direitos fundamentais a gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais²⁰.

Gustavo Corrêa. Sentidos da universalidade na VIII Conferência Nacional de Saúde: entre o conceito ampliado de saúde e a ampliação do acesso a serviços de saúde. *Saúde em Debate*, [S.L.], v. 44, n. 124, p. 17-31, mar. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104202012401>.

19 BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

20 BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

No início, o BSH esteve mais voltado para os problemas de violência verbal, psicológica, física e homicídios de homens gays. Porém, ao longo do tempo, foi sendo investido outras temáticas, como, por exemplo, o conceito de cidadania, problematizando a questão da negligência de direitos, como a saúde, a moradia, o que representou um avanço no tratamento da questão por parte do governo e da agenda do movimento de lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros (LGBT) com a perspectiva de justiça social²¹.

No ano de 2008, foi realizada a 13ª Conferência Nacional de Saúde, no qual a orientação sexual e a identidade de gênero foram levantados como determinantes sociais, ou seja, fatores que impactam na saúde dos indivíduos, algumas normas e protocolos foram pensados, incluindo perspectivas de atendimentos especializados para as lésbicas e travestis e a implementação do protocolo de atenção contra a situação de violência, considerando a singularidade da paciente²².

As lésbicas negras, por exemplo, enfrentam uma dupla violência institucional em hospitais ou centros de saúde, no atendimento voltado à saúde sexual, física e mental, devido à sua orientação sexual e em relação à etnia, resultando em aversão à busca de ajuda em momentos de dor e sofrimento físico e psíquico²³.

Contudo, apesar desse avanço, é observado até os dias atuais que os atendimentos realizados pelos profissionais de saúde, como médicos, fisioterapeutas, enfermeiros e nutricionistas, que exercem um trabalho na área da ginecologia e obstetrícia, ainda partem do pressuposto de que a vida sexual ativa das mulheres é sempre de caráter heterossexual, excluindo a diversidade.

Desse modo, o artigo busca realizar uma revisão literária dos principais estudos nacionais sobre o acesso à saúde por parte das mulheres ne-

21 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.

22 Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório na 13ª Conferência Nacional de Saúde - saúde e qualidade de vida, políticas de Estado e desenvolvimento. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.

23 Ministério da Saúde. Mulheres lésbicas e bissexuais direitos, saúde e participação social. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2013.

gras lésbicas, a fim de discorrer sobre a realidade problemática, de forma a gerar maiores discussões sobre a temática na comunidade acadêmica.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

No Brasil, apenas na década de 1980, surgiram as primeiras discussões sobre as questões específicas envolvendo a homossexualidade feminina, no contexto do Grupo Somos²⁴, porém não tiveram potência para modificar as relações de poder no interior do movimento, essa situação favoreceu a manutenção da invisibilidade política de lésbicas e mulheres bissexuais, não contemplando o grupo nas ações de prevenção da aids, por exemplo (BRASIL, p. 12, 2013).

A aproximação dessas mulheres com as agendas do movimento feminista proporcionou que temas como o machismo, a misoginia e a própria invisibilidade feminina, entrassem na pauta dos movimentos de lésbicas e mulheres bissexuais, qualificando as discussões e evidenciando as lutas por demandas específicas desses grupos (BRASIL, p. 12, 2013). De modo geral, a demanda da população LGBT envolve reivindicações nas áreas dos direitos civis, políticos, sociais e humanos, o que exige atuação articulada e coordenada de todas as áreas do Poder Executivo (BRASIL, p. 13, 2013).

É observado que nas práticas das ciências da saúde, por muitos anos, a sexualidade lésbica foi associada à patologia e o racismo foi naturalizado, pois a sociedade brasileira foi construída permeada de ideais europeus e patriarcais, o que influenciou na formação acadêmica dos profissionais de saúde (MARQUES, p. 2040, 2013).

Contudo, a necessidade de discutir e compreender a influência do gênero, etnia e orientação sexual na área da saúde é indispensável, principalmente para gerar um fortalecimento de políticas públicas e promover um atendimento em saúde integral (MARQUES, p. 2040, 2013).

24 O Somos: Grupo de Afirmação Homossexual, mais conhecido popularmente como Somos, foi um grupo de luta pelos direitos LGBT, fundado em 1978, sendo o primeiro coletivo brasileiro em defesa desses direitos. O grupo foi formado a partir da publicação do periódico O Lampião da Esquina, chamando-se inicialmente Núcleo de Ação pelos Direitos dos Homossexuais. Em outro momento, considerou-se então usar o nome "Somos", em homenagem a uma publicação do movimento homossexual argentino surgido entre 1971 e 1976.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo trata-se de uma revisão de literatura do tipo integrativa, que possibilita a síntese de conhecimento sobre o tópico de interesse delimitado na área da saúde, a qual pode contribuir na identificação de lacunas do conhecimento, percorrendo-se as seguintes etapas: I) elaboração da questão norteadora; II) busca dos estudos primários; III) análise dos estudos primários; IV) coleta dos dados; V) síntese dos resultados obtidos e; VI) apresentação do trabalho (BEYEA; NICHLL, p. 877, 1998; PEREIRA *et al.*, p. 100, 2018; MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, p. 2, 2019)

Inicialmente, perguntou-se: como são apresentadas, na literatura, as condições de saúde das mulheres negras e lésbicas no Brasil? Dessa forma, foi realizada uma consulta às bases Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Biblioteca Eletrônica Científica Online (SciELO). Foram utilizados na pesquisa os descritores “Saúde das Minorias Étnicas”, “Minorias Sexuais e de Gênero” e “Saúde da Mulher Negra”, após consulta nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS).

Dentre os critérios de inclusão, foram considerados artigos disponíveis em texto completo, em língua portuguesa e língua inglesa, com publicação nos últimos 10 anos, que abordavam a realidade do acesso à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) pela população negra e LGBTQIA+, sendo excluídos estudos em outros formatos, como editoriais, assim como aqueles que não se relacionavam com o delineamento proposto.

A busca dos artigos foi realizada por dois revisores durante o primeiro semestre de 2022. Inicialmente, os revisores leram os títulos dos trabalhos e seus respectivos resumos, excluindo aqueles que fugiam da temática. Posteriormente, todos os estudos selecionados foram lidos por completo, de modo a identificar e eleger aqueles que atendessem aos critérios estabelecidos.

Dessa forma, os achados obtidos dos trabalhos elegíveis foram comparados e organizados em um quadro dividido em: Autor/ano; Objetivo do estudo; Tipo do estudo; Resultados e Conclusão. Por tratar-se de uma pesquisa com enfoque em análise secundária de dados, não envolvendo, portanto, seres humanos, não houve necessidade de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), respeitando a autenticidade dos conceitos e definições dos autores.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente foram encontrados 25 artigos, destes foram excluídos o total de 14 estudos, pelo fato de não se adequarem a proposta desta pesquisa e apresentarem outro formato de estudo, perfazendo o total de 11 artigos incluídos neste estudo.

Apesar dos negros formarem mais da metade da população brasileira, essa população é afetada pela desigualdade social e negligência de direitos sociais, incluindo o acesso à saúde, isso acontece devido a presença do racismo institucional, presente nas variadas instituições do país, dentre elas, os locais que fornecem ações e serviços de saúde gratuitos, como as Unidades Básicas de Saúde e as Unidades de Pronto Atendimento (WERNECK, p. 536, 2016; TAVARES; OLIVEIRA; LAGES, p. 582, 2013).

O racismo estrutural, diz respeito aos comportamentos e processos derivados de uma sociedade em que a prática do racismo foi naturalizada (LÓPEZ, p. 123, 2012). Pode-se observar que o racismo estrutural não é uma ação isolada de apenas um indivíduo ou de um grupo social, mas acaba fazendo parte de um processo social que ocorre pela tradição social, o que revela o preconceito direcionado a quem possui uma raça ou etnia diferente da hegemonia branca (SILVA, p. 150, 2009; ALMEIDA, p. 10, 2019).

A ginecologia, enquanto especialidade do saber nas ciências da saúde, surgiu para dar assistência na preparação, exercício e perda da capacidade reprodutiva durante a passagem do século XIX para o XX. No entanto, a abordagem meramente reprodutiva excluiu a mulher do direito ao seu próprio corpo e reforça o binômio mãe-reprodutora, colocando-a em posição desprivilegiada e normatizadora (BROWN *et al.*, p. 673, 2014).

As alterações fisiológicas no corpo feminino e situações que ocorrem na vida da mulher, como a menarca, início da atividade sexual, suspeita de gravidez, planejamento familiar, infecções no trato genital, são exemplos de situações que levam as mulheres a buscarem pelos cuidados do profissional ginecologista (TRIVELLATO, p. 493, 2013).

Essa aproximação pode, na consulta ginecológica, provocar ansiedade para muitas mulheres, incluindo as mulheres lésbicas, pois essa assistência é ainda mais complexa. O tema da lesbianidade ainda

é marginalizado a todo o processo do cuidado, indicando invisibilidade, desconhecimento, preconceitos, estigma e repressão da sexualidade feminina (MARQUES, p. 2037, 2013), que, de forma implícita ou explícita, denotam modelos normativos de tecnologias em saúde (ALBUQUERQUE, p. 2, 2016; VIANNA, p. 792, 2015).

São atingidas especialmente as mulheres lésbicas negras, recebendo preconceito e violência institucional nos hospitais e centros de saúde, principalmente nos atendimentos voltados à saúde sexual, física e mental, devido a sua orientação sexual e sua etnia (FERNANDES; SOLER; LEITE, p. 37, 2018; CAZEIRO; SOUZA; BEZERRA, p. 9, 2019).

Dentre os grandes problemas, que desencadeiam o adoecimento dessas mulheres, estão a constante exposição de experiências cruéis, como abusos físicos, sexuais e psicológicos durante o cotidiano das mesmas, além das raízes patriarcais inseridas na sociedade brasileira e os conceitos de heteronormatividade, produzindo discursos de ódio no meio social (WERNECK, p. 537, 2016).

Assim como também uma forte correlação entre as regiões habitadas por populações de renda mais baixa e precariedade da oferta de recursos pelo SUS, cabendo aos grupos racialmente discriminados ocupar patamares inferiores e estando sujeitos a ofertas de ações de saúde pública precárias (WERNECK, p. 537, 2016; DINIZ; OLIVEIRA; LANSKY, p. 95, 2012).

Além disso, algumas pesquisas revelaram a existência de um círculo vicioso: de um lado, o usuário que não apresenta consciência da importância dos serviços e ações de saúde e, por isso, não o procura; do outro, os profissionais que não detêm a qualificação e a conscientização necessária acerca da saúde LGBT, para atrair a população para os espaços de saúde (ALBUQUERQUE *et al.*, p. 8, 2016; DALLEGRAVE; CECCIM, p. 377, 2016).

Logo, a deficiência no acolhimento dessa população nos serviços de saúde, somada à inadequação dos programas, às especificidades do grupo, e às abordagens profissionais incrementadas por percepções equivocadas e estereotipadas, resulta em dificuldade de acesso, desqualificação da assistência prestada e afastamento previsível desses grupos das ações de cuidados e promoção da saúde (ALBUQUERQUE *et al.*, p. 9, 2016; MOTTA, p. 74, 2016).

Um estudo de abrangência nacional, onde foram entrevistadas 15.688 mulheres vivenciando o período do pós-parto, por telefone, entre os meses de março de 2011 a fevereiro de 2013, observou que todas as variáveis componentes da relação profissional/parturiente mostraram que os percentuais de mulheres que relatam algum tipo de violência, seja ela física, verbal ou psicológica, são maiores entre pretas ou pardas, de menor escolaridade e da região do Nordeste. Em contrapartida, as mulheres brancas de classe A e B possuem melhor índice de satisfação no atendimento à saúde (D'ORSI *et al.*, p. 160, 2014).

Os achados da pesquisa apontaram que o atendimento realizado nas regiões mais desenvolvidas, com fonte de pagamento privado, possibilita maior grau de satisfação e melhor relacionamento com os profissionais, ferindo os princípios de equidade na assistência à saúde pública. No setor privado, por exemplo, o vínculo entre a mulher e o obstetra é maior e estabelecido desde o pré-natal, o que pode contribuir para uma melhor experiência de parir, com menos ansiedade e com mais apoio interprofissional (D'ORSI *et al.*, p. 160, 2014).

Os autores discorrem que em alguns serviços de saúde no Brasil, é predominante uma cultura discriminatória que considera que no setor público, no qual são atendidas as mulheres com baixa renda e escolaridade, elas não teriam capacidade de conhecimento e autonomia para decidir sobre as intervenções realizadas no parto. Enquanto as mulheres de maior renda e escolaridade atendidas no setor privado, possuiriam melhores condições de exercer sua autonomia e participar dessas decisões (D'ORSI *et al.*, p. 165, 2014).

Uma pesquisa realizada no estado do Maranhão com 26 mulheres negras, com idades entre 10 a 39 anos, foi possível identificar que a maioria estava em união estável, 46,2% iniciaram a vida sexual antes de 15 anos, e 53,8%, entre 16 e 20 anos, constatando-se que a maioria iniciou o pré-natal no primeiro trimestre e teve seis consultas ou mais durante o acompanhamento, sendo que todas as mulheres declaradas de cor preta e parda tiveram anemia ferropriva no período gestacional, revelando que, apesar de ter havido uma melhoria inegável no atendimento ao pré-natal, com fornecimento da quantidade mínima de consultas, não seria garantia de melhoria da assistência (BELFORT; KALCKMANN; BATISTA, p. 632, 2016).

Dentre as mulheres entrevistadas, observou-se que 15,3% estavam em sua primeira gestação, ou seja, eram primíparas; 23,1% estavam na segunda gestação, enquanto 34,6% já vivenciaram quatro gestações ou mais. Quando indagadas sobre as orientações que foram recebidas no pré-natal, 46,2% alegaram recomendações de alimentação saudável; 23,1%, necessidade de atividade física, e 23,1%, a importância do uso adequado de medicações no período gestacional (BELFORT; KALCKMANN; BATISTA, p. 632, 2016).

Ao serem questionadas, pelos pesquisadores, sobre as intercorrências durante a gestação, 100% das pretas e 76% das pardas alegaram anemia ferropriva durante o período gestacional; 56% das mulheres de cor preta e 41% das pardas alegaram vômitos em excesso. A hipertensão arterial foi referida por 11% das pretas e 6% das pardas. 33% das pretas constataram anemia falciforme. Os dados são maiores entre as pardas somente na infecção urinária, com uma porcentagem de 12% (BELFORT; KALCKMANN; BATISTA, p. 632, 2016).

Elas não recordaram ou não receberam orientações sobre anemia ferropriva, como também sobre anemia falciforme, que exigem cuidados especiais para manutenção da saúde, o que demonstra que a comunicação entre os profissionais de saúde e as usuárias não é eficaz. Esses dados evidenciam que o atendimento não está sendo eficaz, que a comunicação necessária para a gestante precisaria ser adequada às suas necessidades, de forma a garantir sua compreensão e maior participação no acompanhamento gestacional (BELFORT; KALCKMANN; BATISTA, p. 633, 2016).

Outro achado importante em uma pesquisa, onde foram entrevistadas 582 mulheres, que tem por objetivo descrever práticas sexuais e cuidados de saúde para mulheres que fazem sexo com mulheres, mostra que elas estão vulneráveis à infecção pelo Papiloma vírus humano (HPV), o que leva por consequência em muitos casos, ao câncer de colo uterino, estas mulheres estão vulneráveis pois em suas práticas sexuais, existe a troca de fluidos onde as mesmas ficam suscetíveis a contrair o HPV (RUFINO *et al.*, p. 8, 2014).

Esse estudo foi importante para quebrar paradigmas, pois por muitos anos, foi disseminado uma relação entre a ocorrência de HPV do tipo oncogênico associada às lesões do colo uterino apenas em mulheres que

tenham práticas com homens, ao longo da vida (RUFINO *et al.*, p. 9, 2014).

Outro estudo corrobora com esses achados, ao descrever que há uma menor realização do exame Papanicolau entre as mulheres com baixa escolaridade e que se auto referiram negras e com idade entre 40 e 59 anos. A desigualdade racial quanto o acesso ao exame Papanicolau e baixa escolaridade dessas mulheres pode ser atribuída ao baixo nível de informação (PAULISTA; ASSUNÇÃO; LIMA, p. 8, 2020).

Aspectos como a cor da pele, menor idade, renda familiar precária, ocorrência do primeiro parto com 25 anos ou mais de idade, apresentaram razões de prevalências significativamente maiores à não realização de exame citopatológico para detecção do câncer do colo uterino em relação às demais mulheres. A relação entre a cor da pele e a realização do exame foi confirmada em análise multivariada, encontrando-se uma razão de prevalência de 1,3 maior à não prevenção do câncer do colo uterino em relação àquelas de cor branca (PAULISTA; ASSUNÇÃO; LIMA, p. 8, 2020).

Dessa forma, o cuidado à saúde das mulheres ainda se mantém centralizado na lógica reprodutiva e, com isso, questões relativas à orientação sexual não têm sido consideradas na rotina do profissional ginecologista, de modo que tal ausência exclui a comunidade lésbica e suas práticas sexuais, reforçando padrões heteronormativos no atendimento clínico, gerando fragilidades na assistência a essas mulheres (OLIVEIRA, p. 940, 2019).

O atendimento às mulheres lésbicas é deficiente tendo em vista que não é considerada a orientação sexual das pacientes. A partir disso os profissionais de saúde avaliam qualquer corpo feminino como heterossexual, desrespeitando as diversidades do grupo, impedindo que essas mulheres sejam atendidas em suas especificidades e contribuindo para o adoecimento da população lésbica (CABRAL *et al.*, p. 80, 2019; FARIAS *et al.*, p. 2825, 2018).

Pode-se afirmar que, indubitavelmente, o preconceito e a homofobia são fatores vulnerabilizantes para o grupo LGBT e, ao pensar em melhorias para a saúde desse público, devem-se planejar medidas que reduzam os efeitos dessas iniquidades na vida das populações LGBT (ALBUQUERQUE *et al.*, p. 10, 2016; RUFINO *et al.*, p. 8, 2018; SANTOS *et al.*, p. 402, 2015).

Em vista disso, aponta-se a urgência da criação de dispositivos legais que proíbam as práticas discriminatórias e de exclusão para com esta população nos serviços de saúde, assim como a implementação de ações e programas de educação permanente para os trabalhadores e gestores em saúde, além de uma reforma curricular dos estudantes e a atuação em conjunto com os movimentos sociais (SILVA *et al.*, p. 140, 2017; SAMPAIO; GERMANO, p. 290, 2014).

Assim, é indispensável uma abordagem humanizada aos pacientes quanto à sua orientação sexual, pois por meio dessa informação será possível direcionar um atendimento quanto aos riscos para a saúde de maneira mais específica, proporcionando uma melhoria para a saúde dos pacientes LGBTs, caso o profissional se prontifique a ouvir essa informação sem preconceito e com respeito ao paciente (SILVA *et al.*, p. 140, 2017).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme exposto no artigo de revisão, pode-se dizer que os descritores utilizados foram eficazes para contribuir, não apenas na busca dos estudos avaliados, como também na resposta da questão norteadora desta pesquisa.

A saúde da mulher lésbica continua sendo negligenciada em relação à da mulher heterossexual, demonstrando a influência do preconceito presente nos serviços de saúde e na assistência da população brasileira. Além disso, quando a mesma paciente apresenta etnia negra, as ações de violência são mais fortes ainda, em virtude do racismo enraizado.

Pode-se dizer assim então, que o racismo continua presente nas instituições de saúde, agindo nos mais variados processos, seja nas relações entre os profissionais de saúde, como também no acesso ou atendimento prestado à comunidade negra. Logo, torna-se indiscutível pensar a categoria etnia e entender as especificidades para se gerar uma saúde igualitária.

Nesse sentido, uma das atitudes necessárias para se eliminar as disparidades raciais em saúde e atingir uma maior promoção da saúde para as mulheres negras, é educar toda a classe trabalhadora, com o propósito de eliminar as práticas do racismo executadas nas instituições que

fazem parte do SUS, de forma ampla, em todos os seus níveis de atenção e complexidade, desde as Unidades Básicas de Saúde até os grandes hospitais de referência, incluindo hospitais regionais, universitários e também filantrópicos.

Para se atingir esse objetivo, é indispensável realizar capacitações e oficinas coletivas para discutir sobre essa temática, envolvendo gestores, profissionais envolvidos na área da saúde, estudantes de graduação e pós graduação, como também os usuários, exigindo a participação popular e fortalecimento do controle social, especialmente com as mulheres negras e suas diversas representações sociais.

A criação de grupos coletivos, em defesa da saúde de mulheres negras e lésbicas, em ambientes, como as Unidades Básicas de Saúde também é uma atitude a ser pensada pelos profissionais, pois por meio de uma rede de apoio entre essas mulheres, será possível trabalhar o empoderamento, contribuindo no rompimento de um ciclo de vulnerabilidades imposto pela sociedade heteronormativa.

Quando discutida a percepção do atendimento, essas mulheres também reconhecem a diferença no tempo e qualidade dos atendimentos recebidos. Diante dessa pesquisa, é importante citar que o reconhecimento do racismo e homofobia pelas mulheres entrevistadas, apesar de lamentável, é um grande passo para o início de uma mudança estrutural.

Com relação ao exame preventivo do câncer de colo de útero, identificou-se que os programas preventivos focalizam o atendimento em mulheres de maior idade, o que acaba não analisando outros fatores de risco, como a cor da pele, de modo que as mulheres negras jovens, que possuem mais chances de apresentarem os miomas uterinos, não são incluídas nestes programas. Sendo assim, é urgente criações de novas propostas de funcionamento, abrangendo também os aspectos como a baixa escolaridade, exposição à vulnerabilidade social, violência sexual e sexualização precoce.

Ademais, deve ser ressaltada a importância do constante monitoramento e a avaliação dos processos eliminatórios do racismo institucional, incluindo a constituição de sistemas intra e interinstitucionais com autonomia, capacidade operacional e competência gerencial, adequadas ao desenvolvimento contínuo e sustentável das ações necessárias ao cumprimento de seu mandato.

Por outro lado, é preciso aprimorar a agenda de pesquisas em saúde da população negra e das mulheres negras no Brasil, realizando editais com financiamento necessário, capazes de estimular, tecnologias e inovações, buscando diminuir a desigualdade presente na oferta de recursos pelo SUS e a escassez de dados sobre a realidade da saúde dos negros no país.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, G.A; GARCIA, C. L; QUIRINO, G. S; ALVES, M. J.A; BELÉM, J. M; FIGUEIREDO, F. W. S. Access to health services by lesbian, gay, bisexual and transgender persons: Systematic literature review. **BMC int Health hum rights**, [S.L.], v. 16, n. 2, p. 1-10, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4714514/>. Acesso em 20 jun. 2021.
- ALMEIDA, S.L.A. **Racismo Estrutural**. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019.
- BELFORT, Ilka Kassandra Pereira; KALCKMANN, Suzana; BATISTA, Luís Eduardo. Assistência ao parto de mulheres negras em um hospital do interior do Maranhão, Brasil. **Saúde e Sociedade**, [S.L.], v. 25, n. 3, p. 631-640, set. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-129020162571>. Acesso em 01 out. 2022.
- BEYEA, Suzanne C.; NICOLL, Leslie H.. Writing an integrative review. **Aorn Journal**, [S.L.], v. 67, n. 4, p. 877-880, abr. 1998. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/s0001-2092\(06\)62653-7](http://dx.doi.org/10.1016/s0001-2092(06)62653-7). Acesso em 01 out. 2022.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 05 out. 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BROWN, J. L, *et al.* Gynecological care among lesbians and bisexual women: notes on the situation in Argentina. **Interface (Botucatu)**, [S.L.],

v. 18, n. 51, p. 673-84, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18n51/1807-5762-icse-1807-576220140049.pdf>. Acesso em 20 jun. 2021.

CABRAL, Kalline Trajano Feitoza, *et al.* Assistência de enfermagem às mulheres lésbicas e bissexuais. **Revista de enfermagem**, Recife, v.13, n.1, p.79-85, jan. 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/237896/31188>. Acesso em 08 out. 2020.

CAZEIRO, F.; SOUZA, E. M. F.; BEZERRA, M. A. "(Trans)tornando a norma Cisgênera e seus derivados". **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 27, n. 2, p. 1-12, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2019v27n254397>. Acesso em 08 nov. 2022.

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.

DALLEGRAVE, D; CECCIM, R.B. Expressões do processo de governamentalização nas Residências em Saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 20, p. 377-388, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.1332>. Acesso em 09 nov. 2022.

DINIZ, Simone G; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; LANSKY, Sonia. Equity and women 's health services for contraception, abortion and childbirth in Brazil. **Reproductive Health Matters**, [S.L.], v. 20, n. 40, p. 94-101, mar. 2012. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/s0968-8080\(12\)40657-7](http://dx.doi.org/10.1016/s0968-8080(12)40657-7). Acesso em 10 out. 2022.

D'ORSI, Eleonora *et al.* Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 30, n. 1, p. 154-168, ago. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00087813>. Acesso em 11 out. 2022.

FARIAS, Gesiany Miranda, *et al.* Os cuidados do enfermeiro às lésbicas. **Revista de Enfermagem Ufpe On Line**, [S.L.], v. 12, n. 10, p. 2825, 7 out. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5205/1981-8963-v12i10a236414p2825-2835-2018>. Acesso em 7 out. 2018.

FERNANDES, M; SOLER, L.D; LEITE; M.C.B.P. Saúde das mulheres lésbicas e atenção à saúde: nem integralidade, nem equidade diante das invisibilidades. **BIS, Bol Inst Saúde (Impr) [Internet]**, [S.L.], v. 19, n. 2, p. 37-46,

dez. 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1016485>. Acesso em 08 out. 2022.

LÓPEZ, Laura Cecilia. O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 16, n. 40, p. 121-134, 20 mar. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-32832012005000004>. Acesso em 20 mar. 2021.

MARQUES, M. M; OLIVEIRA, J. M; NOGUEIRA, C. A população lésbica em estudos da saúde: contributos para uma reflexão crítica. **Ciênc Saúde Colet**, [S.L.], v. 18, n. 7, p. 2037-47, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1413-81232013000700019&lng=pt. Acesso em 20 jun. 2021.

MENDES, Karina dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Uso de gerenciador de referências bibliográficas na seleção dos estudos primários em revisão integrativa. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S.L.], v. 28, p. 1-10, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2017-0204>. Acesso em 08 nov. 2022.

MOTTA, J. I. J. Sexualidades e políticas públicas: uma abordagem queer para tempos de crise democrática. **Saúde em Debate [online]**, [S.L.], v. 40, n. spe, p. 73-86, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042016S07>. Acesso em: 20 jun. 2021.

OLIVEIRA, Beatriz Muccini Costa; KUBIAK, Fabiana. Racismo institucional e a saúde da mulher negra: uma análise da produção científica brasileira. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 43, n. 122, p. 939-948, set. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201912222>. Acesso em 20 out. 2022.

PAULISTA, Janaína Santos; ASSUNÇÃO, Paula Gonçalves; LIMA, Fernando Lopes Tavares de. Acessibilidade da População Negra ao Cuidado Oncológico no Brasil: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [S.L.], v. 65, n. 4, p. 1-10, 27 jan. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.32635/2176-9745.rbc.2019v65n4.453>. Acesso em 20 out. 2022.

PEREIRA, Adriana Soares, *et al.* **Metodologia da pesquisa científica [recurso eletrônico]**. 1. ed. Santa Maria: UFSM, NTE, 2018.

RIO, S. M. P; TRIVELLATO, I. M; CALDEIRA, N. M; ARAÚJO, S. F; REZENDE, D. F. Vivência das mulheres atendidas por alunos de medicina em consulta ginecológica. **Rev Brasil Educ med**, [S.L.], v. 37, n. 4, p. 492-500, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext

t&pid=S0100-55022013000400004&lng=en&nrm=iso. Acesso em 20 jun. 2021.

RUFINO, Andréa Cronemberger, *et al.* Práticas sexuais e cuidados em saúde de mulheres que fazem sexo com mulheres: 2013-2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [S.L.], v. 27, n. 4, p. 1-11, nov. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742018000400005>. Acesso em 20 out. 2022.

SAMPAIO, JV; GERMANO, IMP. Políticas públicas e crítica queer: algumas questões sobre identidade LGBT. **Psicol Soc.**, v. 26, n.2, p. 290-300, ago. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822014000200006>. Acesso em 20 out. 2022.

SANTOS, Adilson Ribeiro dos et al. Implicações bioéticas no atendimento de saúde ao público LGBTT. **Revista de Bioética**, Brasília, v. 23, n. 2, p. 400-408, aug. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422015232078>. Acesso em 20 dez. 2021.

SILVA, JM. **A promoção da igualdade racial em 2006 e o Programa de Combate ao Racismo Institucional**. Brasília: Ipea, 2009.

SILVA, Jonatan Willian Sobral Barros da, *et al.* Políticas públicas de saúde voltadas à população LGBT e à atuação do controle social. **Espaço Para A Saúde - Revista de Saúde Pública do Paraná**, [S.L.], v. 18, n. 1, p. 140, 17 jul. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.22421/1517-7130.2017v18n1p140>. Acesso em 20 jun. 2022.

TAVARES, Natália Oliveira; OLIVEIRA, Lorena Vianna; LAGES, Sônia Regina Corrêa. A percepção dos psicólogos sobre o racismo institucional na saúde pública. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 37, n. 99, p. 580-587, dez. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-11042013000400005>. Acesso em 20 out. 2022.

VIANNA, C. P. O movimento LGBT e as políticas de educação de gênero e diversidade sexual: perdas, ganhos e desafios. **Educação e Pesquisa**, [S.L.], v. 41, n. 3, p. 791-806, 2015. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/ep/article/view/105657>. Acesso em: 20 jun. 2021.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade [online]**, [S.L.], v. 25, n. 3, p. 535-549, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-129020162610>. Acesso em 20 jun. 2021.