



**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**  
FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO  
**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**  
LEPPS - Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde  
Av. Bandeirantes, 3900, Monte Alegre, 14040-901, Ribeirão Preto-SP  
Fone (0xx16) 3315 3645 / 98132 9896



Carolina de Souza

Câncer de mama em mulheres lésbicas: significados atribuídos por pacientes e suas parceiras  
ao adoecimento e ao tratamento oncológico

Ribeirão Preto - SP

2019





**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**  
FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO  
**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**  
LEPPS - Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde  
Av. Bandeirantes, 3900, Monte Alegre, 14040-901, Ribeirão Preto-SP  
Fone (0xx16) 3315 3645 / 98132 9896



Carolina de Souza

Câncer de mama em mulheres lésbicas: significados atribuídos por pacientes e suas parceiras  
ao adoecimento e ao tratamento oncológico

Versão original

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia,  
Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade  
de São Paulo para obtenção do título de Mestre em  
Ciências.

Área de Concentração: Psicologia em Saúde e  
Desenvolvimento.

Orientador: Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos

Ribeirão Preto - SP

2019

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Souza, Carolina de

Câncer de mama em mulheres lésbicas: significados atribuídos por pacientes e suas parceiras ao adoecimento e ao tratamento oncológico. Ribeirão Preto, 2019.

194 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto-USP. Área de concentração: Psicologia em Saúde e Desenvolvimento.

Orientador: Santos, Manoel Antônio dos.

1. Neoplasias da mama. 2. Lésbica. 3. Lesbianidade. 4. Orientação sexual.

Este estudo foi desenvolvido junto ao Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde e do VIDEVERSO: Grupo de ação e pesquisa em diversidade sexual e de gênero.



VIDE | VERSO

grupo de ação e pesquisa em  
diversidade sexual e de gênero

Apoio financeiro:

O desenvolvimento deste estudo contou com o apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), mediante a concessão de bolsa de mestrado, processo número 2016/26212-2, com vigência de maio de 2017 a abril de 2019.



FUNDAÇÃO DE AMPARO À PESQUISA  
DO ESTADO DE SÃO PAULO



Nome: Souza, Carolina de

Título: Câncer de mama em mulheres lésbicas: significados atribuídos por pacientes e suas parceiras ao adoecimento e ao tratamento oncológico

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências. Área de Concentração: Psicologia em Saúde e Desenvolvimento.

Aprovada em: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2019

Comissão Julgadora

Prof.(a): \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof.(a): \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof.(a): \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof.(a): \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_





## AGRADECIMENTOS

Inicialmente, agradeço às participantes deste estudo por terem compartilhado suas histórias de vida comigo e por me permitirem conhecer momentos tão importantes de suas trajetórias. Vocês me ensinaram mais do que qualquer teoria e me mostraram como podemos ser resistentes em situações inimagináveis. Foi e sempre será uma honra ter conhecido todas vocês!

Agradeço também ao meu orientador, Prof. Manoel, por ter me acolhido em seu laboratório, pela orientação precisa em cada trabalho, pelo incentivo constante, pelo exemplo de profissionalismo e dedicação acadêmica e pelo crescimento profissional e pessoal que me proporcionou durante estes quase sete anos de orientação. Obrigada pela companhia durante essa longa jornada!

Agradeço as/aos integrantes do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde – LEPPS pela disponibilidade em sempre ouvir a respeito do meu trabalho e por todas as sugestões e conselhos que vocês me deram. Agradeço pela companhia de todas as quartas-feiras e agradeço, em particular, à Andréa e Elaine que me acolheram e tranquilizaram em todos os momentos de angústia.

Agradeço as/aos integrantes do Núcleo de Ensino, Pesquisa e Assistência na Reabilitação de Mastectomizadas – REMA, que me acolheram calorosamente, colaborando em minha trajetória profissional e minha formação como pesquisadora. Todos/as vocês são exemplos de dedicação e profissionalismo. Obrigada também pela companhia nas manhãs de quarta-feira! Em especial, gostaria de agradecer à Antonieta e à Profa. Marislei pelo carinho, pelos aprendizados e pela confiança em meu trabalho. Sou grata também à todas as mulheres que frequentam o REMA e que me ensinam a cada dia que minha maior força não está em meus cabelos e sim em meu coração.

Meus agradecimentos especiais à Profa. Arilda e ao Prof. Rodrigo pelas palavras de incentivo e valiosas sugestões apresentadas durante o debate de minha qualificação. Agradeço também à Profa. Daniela por todas as considerações feitas durante a apresentação de meu trabalho no grupo VIDEVERSO.

Agradeço à minha analista, Uanda, pela sensibilidade em sua escuta e em sua fala e por caminhar comigo nas estradas sinuosas da minha mente.

Agradeço à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), pela bolsa de mestrado concedida (processo número 2016/26212-2), no período de maio de 2017 a abril de 2019.

Agradeço também às psicólogas e amigas queridas Brisa, Carol, Clara, Fer e Su, pela companhia de todos esses anos de graduação e pós-graduação, pelo incentivo em continuar fazendo o que eu gosto e por acreditarem em meu potencial. Também agradeço por todos os momentos felizes e divertidos que passamos juntas.

Agradeço aos meus amigos e amigas, Jão, Rah e Thiago, por estarem sempre ao meu lado nesses 20 anos de amizade e pelo amor incondicional. Obrigada por todos os momentos inesquecíveis que passamos juntos e por tornarem minha vida mais leve. Eu não poderia ter encontrado amigos(as) melhores em nenhum outro lugar do mundo.

Por fim, agradeço especialmente à minha família pelo amor e apoio incondicional que recebo a cada dia de todos. Aos meus pais, Denise e Valnir, e minhas irmãs, Raquel e Sofia, meus sinceros agradecimentos pelo incentivo, entusiasmo e companhia, e por estarem sempre presentes e próximos/as durante essa trajetória, fazendo do caminho árduo uma jornada mais fácil ao ser compartilhada. Vocês são exemplos de vida para mim. Sou grata também à Luna, minha gata, pelo carinho constante e por sempre dividir suas boas energias comigo.

Abril  
el trigo se cubre  
de gotas de sangre.  
Espárragos adolescentes  
dan el último estirón  
bajo los olivos.  
Las abejas  
comienzan a recolectar.

Mayo  
henchido de dolor.  
En mayo  
un río de amapolas  
escapará de mi pecho  
sin que lo pueda detener.

Lanzo un alegato  
a las que perdieron  
ríos de amapolas,  
vaciadas,  
las que en lugar de naranjas y limones  
tienen cicatrices.  
¡Amazonas modernas  
con el carcaj  
y las flechas:  
cabalguemos juntas  
por los bosques umbríos  
robles solidarios!  
las que fueron torturadas,  
pinchadas  
-como yo.

*Abril, Mayo y un Alegato*  
Viky Frías Ruiz



## RESUMO

Souza, Carolina de. (2019). Câncer de mama em mulheres lésbicas: significados atribuídos por pacientes e suas parceiras ao adoecimento e ao tratamento oncológico. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.

O câncer de mama é o segundo tipo de neoplasia que mais ocorre com as mulheres do Brasil e do mundo, correspondendo a 29% dos casos novos a cada ano no país. Como as taxas de incidência e sobrevivência das neoplasias mamárias são altas na atualidade, muitas mulheres irão conviver com as sequelas do seu tratamento por um período relativamente prolongado. Isso torna cada vez mais oportuno que se invista em estudos que levem ao desenvolvimento de intervenções que possam contribuir para melhorar a saúde psicológica e física dessas mulheres. A literatura dedicada aos aspectos relacionados à sexualidade da mulher acometida parte do pressuposto de que ela tem uma orientação heterossexual, consoante ao pressuposto naturalizado da heteronormatividade. Considerando essas premissas, este estudo tem por objetivo compreender os significados atribuídos por mulheres lésbicas com câncer de mama ao adoecimento e suas vivências do tratamento oncológico. Trata-se de um estudo qualitativo, transversal, descritivo-exploratório e que teve como referencial teórico os estudos de gênero. Participaram sete mulheres, sendo que quatro receberam diagnóstico de câncer de mama e realizaram tratamento oncológico e três eram as parceiras íntimas. Para a construção do *corpus* de análise foram realizadas sete entrevistas narrativas episódicas, com questões que buscaram circunscrever os significados que as mulheres homossexuais, e suas parceiras, atribuem à doença e ao tratamento. As entrevistas foram realizadas individualmente, em situação face a face, com duração entre 77 minutos a 331 minutos, e audiogravadas mediante autorização das participantes. Após a coleta de dados, o conteúdo audiogravado das sete entrevistas foi transcrito literalmente e na íntegra. Posteriormente, os dados foram analisados e discutidos na perspectiva da análise de conteúdo temática indutiva. Os resultados mostraram que o tratamento do câncer causa inúmeras modificações corporais e todas as participantes que tiveram a doença trouxeram algum ou vários prejuízos físicos decorrentes. Os significados atribuídos por elas a esses comprometimentos ficaram, em grande parte, circunscritos à dimensão física/corporal: dores, limitação de movimentos e outras sequelas e complicações. As mulheres acometidas vivenciaram a mastectomia como um processo muito agressivo e que impactou sua imagem corporal. As vivências da quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia foram marcadas por cansaço e dores e pelas mudanças que esses processos desencadearam no relacionamento do casal. As companheiras focalizaram mais nos aspectos emocionais vivenciados junto às suas parceiras e intensificaram seus laços de cumplicidade e companheirismo. Pôde-se observar também que algumas participantes se sentiram bem recebidas pelos profissionais nos serviços de saúde, enquanto outras relataram diversas experiências de preconceito e discriminação por parte de homens médicos pelo fato de serem um casal lésbico, o que impactou negativamente a qualidade do vínculo e da aliança de trabalho. Discute-se que a não percepção de preconceito e discriminação durante o tratamento pode estar relacionada à invisibilização no serviço do relacionamento lésbico. Espera-se que o conhecimento produzido neste estudo possa contribuir para a implementação de estratégias de promoção e prevenção de saúde junto aos serviços de tratamento e reabilitação psicossocial voltados à mulher submetida à mastectomia, possibilitando o desenvolvimento de políticas sociais e públicas implementadas pelo Estado que sejam sensíveis à diversidade sexual e de gênero.

**Palavras-chave:** neoplasias da mama; lésbica; lesbianidade; orientação sexual.

## ABSTRACT

Souza, Carolina de. (2019). Breast cancer in lesbian women: meanings attributed by patients and their partners to disease and oncologic treatment. Master's Dissertation, Faculty of Philosophy, Sciences and Letters at Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, SP.

Breast cancer is the second most common type of neoplasm among women in Brazil and in the world, corresponding to 29% of new cases each year in the country. As the rates of incidence and survival of breast cancer are currently high, many women will live with the sequelae of their treatment for a relatively long time. This makes it more and more opportune to invest in studies that lead to the development of interventions that can contribute to improve the psychological and physical health of these women. The literature dedicated to aspects related to sexuality of the affected woman is based on the assumption that she has a heterosexual orientation, according to the naturalized assumption of heteronormativity. Considering these assumptions, this study aims to understand the meanings attributed by lesbian women with breast cancer to illness and their experiences of oncologic treatment. This is a qualitative, cross-sectional, descriptive and exploratory study that had gender studies as a theoretical framework. Seven women participated, four of whom were diagnosed with breast cancer and underwent oncologic treatment and three were intimate partners. For the construction of the corpus of analysis, seven episodic narrative interviews were conducted, with questions that sought to circumscribe the meanings that homosexual women, and their partners, attribute to the disease and treatment. The interviews were conducted individually, in face-to-face situations, lasting between 77 minutes and 331 minutes, and were recorded with the consent of the participants. After data collection, the audio-recorded content of the seven interviews was transcribed literally and in full. Subsequently, the data were analyzed and discussed from the perspective of inductive thematic content analysis. The results showed that the treatment of cancer causes numerous body changes and all participants who had the disease brought some or several resulting physical damages. The meanings attributed by them to these impairments were largely limited to the physical/body dimension: pain, limitation of movements and other sequelae and complications. The affected women experienced mastectomy as a very aggressive process that impacted their body image. The experiences of chemotherapy, radiotherapy and hormone therapy were marked by tiredness and pain and by the changes that these processes triggered in the couple's relationship. The companions focused more on the emotional aspects experienced with their partners and intensified their ties of complicity and companionship. It could also be observed that some participants felt well received by professionals in the health services, while others reported several experiences of prejudice and discrimination by male doctors because they were a lesbian couple, which negatively impacted the quality of the bond and the work alliance. It is discussed that the lack of perception of prejudice and discrimination during treatment may be related to invisibility in the service of the lesbian relationship. It is hoped that the knowledge produced in this study can contribute to the implementation of health promotion and prevention strategies for psychosocial treatment and rehabilitation services for women undergoing mastectomy, enabling the development of social and public policies implemented by the State that are sensitive to sexual and gender diversity.

**Keywords:** breast neoplasms; lesbian; lesbianity; sexual orientation.

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1. Passos metodológicos para elaborar a análise temática .....	61
Tabela 2. Características sociodemográficas das participantes .....	69
Tabela 3. Características clínicas das participantes acometidas pelo câncer de mama .....	75





## LISTA DE SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CCEB	Critério de Classificação Econômica - Critério Brasil
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
DDH	Disque Defesa Homossexual
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
EUA	Estados Unidos da América
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
FFCLRP	Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
LEPPS	Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde
LGBTI	Lésbicas, <i>Gays</i> , Bissexuais, Transexuais e Intersexos
OMS	Organização Mundial da Saúde
REMA	Núcleo de Ensino, Pesquisa e Assistência na Reabilitação de Mastectomizadas
SPM	Secretaria de Políticas para as Mulheres
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USP	Universidade de São Paulo
VCM	Violência contra as Mulheres



## SUMÁRIO

<b>1. APRESENTAÇÃO</b> .....	19
<b>2. INTRODUÇÃO</b> .....	21
2.1. O câncer de mama: tratamento e implicações psicológicas .....	22
2.2. Reflexões sobre diferentes “tipos” de conjugalidades .....	29
2.3. Um percurso histórico feminino .....	33
2.4. Marco teórico-conceitual: Estudos de Gênero .....	37
2.5. Gênero, lesbianidades e saúde .....	44
2.6. Violência contra mulheres lésbicas e heterossexuais .....	48
<b>3. JUSTIFICATIVA</b> .....	52
<b>4. OBJETIVOS</b> .....	54
4.1. Objetivo geral .....	54
4.2. Objetivos específicos .....	54
<b>5. MÉTODO</b> .....	55
5.1. Tipo de estudo .....	55
5.2. Participantes .....	55
5.3. Procedimentos investigativos .....	56
5.4. Procedimento.....	57
5.5. Considerações éticas .....	61
<b>6. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	62
6.1. Contextualização das entrevistas .....	62
6.2. Caracterização das colaboradoras .....	69
6.3. Análise das entrevistas .....	77
a) Análise das entrevistas realizadas com as mulheres que tiveram câncer de mama .....	78
b) Análise das entrevistas realizadas com as companheiras afetivas .....	98
<b>7. CONCLUSÕES</b> .....	110
<b>8. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	113
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	125
<b>ANEXOS</b> .....	135
<b>APÊNDICES</b> .....	138



## 1. APRESENTAÇÃO

Olá! Eu sou a Carol e tenho 26 anos. Acho importante explicar meu lugar de fala e poder falar um pouco sobre quem eu sou. Eu me considero uma mulher cisgênero e heterossexual, de pele branca e classe média. Eu gosto muito de ler livros de época e mangás, bem como assistir séries de TV, animes e novelas coreanas. Gosto também de jogos de computador e, como nerd que sou, amo Harry Potter e Star Wars. Eu também sou apaixonada por gatos.

Nasci em Ribeirão Preto, cidade que eu adoro, e sempre permaneci aqui. Inclusive, nunca nem mudei de bairro. Sou a mais velha de três irmãs e moro com elas, meu pai e minha mãe. Estudei na mesma escola do Jardim II ao 3º Colegial e minha turma praticamente sempre se manteve a mesma. Foi nesse início de vida escolar que conheci dois dos meus melhores amigos e como eles também nunca mudaram de escola, passamos todo esse período juntos. Os dois se consideram homossexuais e, pela proximidade, vivi com eles, na medida do possível, o processo de *coming out* ou, como eles dizem, de ter sido jogado para fora do armário. Não foram eles que decidiram contar para suas famílias, mas elas que acabaram descobrindo por meio de redes sociais. A aceitação por parte das famílias foi um processo mais longo e esse começo trouxe muita apreensão. Apesar das dificuldades enfrentadas, os dois dizem que hoje em dia o relacionamento com a família está bem melhor e mais leve.

Eu também sou psicóloga e, sem querer mudar de cidade, realizei minha graduação na Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP – USP) de 2012 à 2016. Acredito que todo o tempo que passei na faculdade contribuiu não só para meu crescimento profissional, mas também pessoal, e me colocou mais perto de diversas discussões políticas e sociais e, mais especificamente, perto de questões sobre feminismo e direitos LGBTI.

Em 2012, participei da primeira disciplina do programa de bacharelado, Seminários de Pesquisa I, e assisti apresentações de pesquisas de membros do LEPPS (Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde – FFCLRP-USP) e percebi que as temáticas apresentadas estavam bastante relacionadas com um interesse prévio meu, a área da saúde e, mais especificamente, a oncologia. Uma dessas apresentações era sobre o REMA (Núcleo de Ensino, Pesquisa e Assistência na Reabilitação de Mastectomizadas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP) e nesse momento me interessei pelo funcionamento desse serviço. Em seguida, eu e algumas colegas de turma entramos em contato com o professor Manoel para conhecermos o REMA. Agendamos uma visita ao serviço e assistimos o momento do grupo de apoio, algo que veio para confirmar ainda mais meu interesse por essa área. Após essa visita,

marquei uma reunião com o professor Manoel e decidimos conjuntamente iniciar uma pesquisa a respeito dos grupos de apoio para mulheres com câncer de mama.

Estudei essa temática praticamente durante toda a minha graduação, de 2012 a 2016, participando do REMA durante dois anos. Em 2014, participei semanalmente como observadora dos exercícios físicos em grupo, ministrados pela equipe de fisioterapia, e do grupo verbal que ocorre logo em seguida. Em 2015, dei início ao Programa de Estágio Profissionalizante da FFCLRP-USP e fui responsável pelo atendimento individual de usuárias deste serviço e pela co-coordenação dos grupos verbais. O contato próximo com profissionais e pacientes me mostrou como o REMA é um lugar de mulheres que transbordam força e alegria e um lugar cheio de vida, mesmo quando falamos de momentos de sofrimento, e me incentivou a querer continuar estudando mais sobre mulheres e sobre o câncer de mama. Ainda, o tempo que passei no REMA e pesquisando sobre a temática suscitaram em mim outras questões a respeito do câncer que apareciam com frequência no grupo, como a questão da conjugalidade e da sexualidade após o tratamento. Assim, conversei com o professor Manoel sobre o ingresso no mestrado e possíveis temas de trabalho. Eu sempre tive vontade de fazer pesquisa na área de gênero e sexualidade também e quando o professor Manoel sugeriu um projeto sobre mulheres homossexuais que tiveram câncer de mama, não hesitei em aceitar. Assim, dei início a pós-graduação, com um tema de pesquisa que une dois grandes interesses meus como pesquisadora e profissional: saúde e gênero e sexualidade.

Atualmente, sou psicóloga voluntária no REMA desde abril de 2017, participando semanalmente do serviço e mensalmente do grupo de apoio para familiares. Desde então venho coordenando o grupo de apoio e continuei observando a realização dos exercícios físicos prévios, bem como ajudando a conferir as fichas das mulheres presentes. Aproveito essas ocasiões para observar e interagir com as participantes, de modo a ampliar minha rede de contatos para a pesquisa e, principalmente, para poder conhece-las melhor e para que elas também me conheçam melhor. Além disso, também participo das reuniões pós-grupo com a equipe, quando são feitas as anotações de evolução no prontuário de cada paciente, auxílio na coordenação do grupo de apoio para familiares de mulheres com câncer de mama existente no serviço e participo das festas de aniversário, dos passeios e dos eventos propostos pelo REMA. Também ofereço suporte ao estágio profissionalizante realizado pelas alunas de graduação em Psicologia da FFCLRP-USP: “Atuação em Psico-Oncologia: atenção multiprofissional a mulheres com câncer de mama”.

Considero importante estar imersa no campo empírico, uma vez que complementa minha formação de pesquisadora dentro da temática do câncer de mama, pois colabora para

uma vivência que promove uma compreensão um pouco mais aprofundada sobre a experiência do câncer, as repercussões de seus tratamentos e do estigma associado a essa condição, assim como o desenvolvimento do trabalho da equipe multidisciplinar envolvida no contexto assistencial. Além disso, poder observar e/ou participar das atividades do grupo permite que eu aprenda com as mulheres e demais profissionais sobre as questões da sexualidade que envolvem as mulheres que tiveram câncer de mama. O grupo de familiares contribui também no sentido de ampliar a compreensão da pesquisadora sobre a conjugalidade dentro do câncer de mama, bem como entender como a dinâmica familiar se reorganiza durante o tratamento do câncer. Resumindo, reaprendo a cada semana o que é ser mulher ao conviver com todas as mulheres incríveis, pacientes e profissionais, que frequentam esse grupo.

## 2. INTRODUÇÃO

O presente projeto nasceu de uma exigência ética de reflexão sobre as inequidades na produção de saberes e práticas no cotidiano da vida de mulheres lésbicas acometidas pelo câncer de mama, tendo em vista o ideal posto no horizonte das políticas públicas de oferecer uma saúde integral e humanizada para mulheres e homens nas condições concretas de sua existência. Entende-se que dar voz às minorias sexuais para se expressarem no campo da saúde é dar consistência a um princípio organizador e estruturante da humanização no cuidado e da abordagem de gênero. Busca-se, sobretudo, elucidar como a visão hegemônica do gênero contribui para construir, nos serviços de saúde, vulnerabilidades diferenciadas dentro do próprio gênero feminino, excluindo as necessidades das mulheres lésbicas (Regina Facchini & Regina Barbosa, 2006).

A sexualidade feminina é um dos assuntos mais importantes do movimento feminista, na construção histórica, social e cultural do ser mulher (Kátia Souto, 2008). Nesses atravessamentos, o corpo feminino emerge como uma dimensão que extrapola o biológico e nele delinea as marcas de vivências e estereótipos que designam à mulher um lugar subalterno, de opressão e submissão, mas que também comportam movimentos de resistência e insurgência, que se expressam na máxima “Nosso corpo nos pertence”, bandeira da luta feminista. Dela, a condição feminina surge como o direito a tomar decisões sobre seu próprio corpo como marcador da autonomia e da liberdade da mulher frente às opressões perpetuadas pela dominação masculina (Brisa Rodrigues, 2017; Juciane Gregori, 2017).

Essa dominação historicamente restringiu e limitou a vida e a sexualidade feminina, sendo o corpo feminino um *locus* privilegiado de operacionalização de sua submissão. As

práticas de saúde se voltam para a docilização desse corpo e tendem a reproduzir o papel tradicional que a sociedade impõe às mulheres, como mãe, em sua função procriativa e de cuidadora da prole. Sob a hegemonia do discurso biomédico na produção de conhecimentos e na organização dos serviços, os cuidados à mulher são institucionalizados com essa preocupação relacionada à saúde materna e o ciclo gravídico-puerperal, que aprisionam a sexualidade feminina à essa condição de priorização da saúde reprodutiva, negando seu protagonismo e participação social. Isso também se observa na produção do conhecimento científico, já que as investigações sobre o corpo da mulher tendem a se restringir a esse período reprodutivo, particularmente dócil à medicalização do seu corpo (Aline Coutinho & Suzane Silva, 2016; Gabriela Zanardo, Magaly Uribe, Ana Nadal, & Luísa Habigzang, 2017).

O foco principal com relação à saúde de mulheres lésbicas está na preocupação com a possibilidade de estas contraírem doenças sexualmente transmissíveis. Além disso, as expectativas em relação ao gênero reforçam vulnerabilidades de saúde que são duvidosas, como a relação entre o câncer e a ausência de gravidez e/ou da amamentação, sem considerar que existem fatores de ordem institucional e de ofertas de serviços de saúde que influenciam nos tratamentos de forma geral. Assim, observa-se que há um grande foco nas questões referentes às DSTs, porém, por outro lado, há uma ausência de outras questões que poderiam garantir a saúde integral de mulheres lésbicas (Cintia Carvalho, Fernanda Calderaro, & Solange Souza, 2013).

## **2.1. O câncer de mama: tratamento e implicações psicológicas**

### *Câncer de mama: características epidemiológicas e implicações psicológicas e sociais*

O câncer de mama é o segundo tipo de neoplasia que mais ocorre com as mulheres do Brasil e do mundo, correspondendo a 29% dos casos novos a cada ano no país. O prognóstico é relativamente bom, caso a doença seja devidamente diagnosticada e tratada em estágio precoce. No contexto nacional, as taxas de mortalidade por câncer de mama ainda são elevadas, devido, muito provavelmente, ao fato de a doença ainda ser diagnosticada em fase avançada (Brasil, 2019).

A maior incidência da doença encontra-se nas idades de 50-60 e 40-49 anos. Estatísticas mostram uma elevação da incidência tanto nas nações em desenvolvimento quanto nos países desenvolvidos. Nas décadas de 1960 e 1970, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), observou-se um aumento de 10 vezes nas taxas de incidência ajustadas por idade em



diversos continentes nos Registros de Câncer de Base Populacional (Luciana Rosa & Vera Radünz, 2012; Luiz Gebrim & Luis Quadros, 2006).

Considerando que as taxas de sobrevivência e incidência da neoplasia mamária são altas, várias mulheres terão de conviver com o diagnóstico e as sequelas do tratamento por um tempo bastante longo. O câncer, que é uma condição crônica de saúde, e seus tratamentos, que comumente implicam em métodos invasivos e de toxicidade elevada, podem produzir efeitos adversos duradouros e cumulativos. Por conta disso torna-se cada vez mais imperioso investir no desenvolvimento de intervenções que melhorem tanto a saúde física quanto o bem-estar psicológico e social das mulheres acometidas, dando ênfase na manutenção de sua qualidade de vida. Intervenções psicológicas, como grupos de apoio, aconselhamento e psicoterapia, podem auxiliar as pacientes a lidarem com o câncer e a manejarem os efeitos adversos do tratamento (Carol Emslie et al., 2007; Gisele Silva & Manoel Santos, 2010).

Do ponto de vista das dimensões psicológicas envolvidas, o câncer de mama é um evento dramático na vida da mulher. Os tratamentos existentes ainda são invasivos e mutiladores, a despeito dos notáveis avanços tecnológicos na área, e afetam a mulher acometida não só fisicamente, mas também emocional, social e sexualmente. A adaptação a uma nova imagem corporal, a reintegração na vida familiar e sexual, a necessidade de fazer remanejamentos nos papéis sociais e readaptação no trabalho, acrescidas do medo da morte, constituem o desafiador processo de adaptação a uma vida nova. São etapas de uma trajetória longa, que poderá ser experimentada pelas mulheres com várias nuances, facilidades ou dificuldades. Portanto, é necessário disponibilizar serviços especializados que atendam a todas essas demandas e acolham essas mulheres (Carol Emslie et al., 2007; Maria Clapis, 1997).

A mudança acarretada na vida da mulher com câncer de mama é radical, devido principalmente ao diagnóstico e tratamento. As barreiras e dificuldades enfrentadas no longo percurso do tratamento são incalculáveis, pois requerem adaptações profundas no modo de pensar e agir, o que impacta física e emocionalmente o convívio pessoal e social (Fernanda Moura, Michelly Silva, Suziane Oliveira, & Lara Moura, 2010; Patricia Bervian & Nara Girardon-Perlini, 2006). Fernanda Moura et al. (2010) encontraram, em seu estudo, sentimentos negativos gerados pela percepção física pós-mastectomia, sentimentos desencadeados pela falta de apoio e atenção adequada dos profissionais durante a assistência, mas também sentimentos positivos devido ao conforto espiritual experimentado ao longo do processo. Percebe-se que o espaço de enfrentamento dessa situação foi gradualmente se transformando em um problema que demanda não apenas a atuação dos profissionais de saúde, como também o envolvimento dos familiares, que precisam participar em um trabalho conjunto, que potencialize não somente

o enfrentamento espiritual/religioso, como também outros modelos de enfrentamento (Raquel Biffi, 2003).

Estudo investigou o uso dos cuidados de seguimento entre sobreviventes de câncer de longo prazo, que seguiu um delineamento transversal de base populacional, abrangendo 1522 pacientes com câncer de mama, próstata, cólon de útero e câncer ginecológico, com quatro a 14 anos após o diagnóstico. Modelos de regressão multivariada foram utilizados para testar possíveis relações entre o apoio percebido (apoio emocional/informacional e tangível, modelados de forma separada), utilização dos cuidados de acompanhamento nos últimos dois anos e tomada de decisão associada à participação ativa nesses cuidados. Foram identificados fatores clínicos e sociodemográficos associados com o apoio social entre pacientes sobreviventes de longo prazo. Também foram percebidos fatores associados ao apoio identificado. Nenhum tipo de apoio foi relacionado diretamente à utilização de cuidados de acompanhamento, apesar de o estado marital ter sido associado de forma positiva. Os dois tipos de apoio (emocional/informacional e tangível) foram relacionados moderadamente com a tomada de decisão associada com a participação dos pacientes nesses cuidados. Ter recursos financeiros adequados, ser casada(o), ter uma melhor percepção do seu estado de saúde e a história de recorrência do câncer foram fatores relacionados a maior apoio emocional e tangível percebidos. Ainda que o apoio social percebido possa favorecer a autoeficácia na tomada de decisões no decorrer dos cuidados de acompanhamento ao câncer, os autores concluíram que outros fatores, como a satisfação conjugal, parecem ter influência sobre o uso dos cuidados de acompanhamento (Laura Forsythe et al., 2014).

Assim, sobreviventes ao câncer têm um papel importante na tomada de decisões relacionadas ao tratamento e na coordenação de ações de cuidado essenciais para um adequado seguimento/acompanhamento. O apoio social e estado marital são fatores relevantes a serem considerados no planejamento da assistência à sobrevivência oncológica (Laura Forsythe et al., 2014). Diante dessas evidências, pode-se questionar o seguinte: se o estado marital emerge como uma variável tão relevante para o bem-estar psicológico da paciente, isso pode ser generalizado para todas as mulheres, inclusive aquelas que têm orientação homossexual? Os estudos são omissos em relação a esse aspecto, inclusive nas grandes amostras não há indicação clara de que todas as participantes incluídas como casadas ou em união estável têm um parceiro homem, em vez de uma companheira.

Em um estudo qualitativo, Maria Clapis (1997) argumenta que a interpretação/significado do que é *ser mulher* depois da mastectomia indicou a necessidade de aumentar os cuidados de si, principalmente aqueles associados ao movimento da alma, que a

autora denominou de *psico-espiritual*. Isso porque, após a mastectomia, *ser mulher* significou ter um corpo doente, mutilado, incompleto, levando a participante a necessitar de auxílio para cuidar de si. Poder trabalhar com as perturbações do corpo e da alma, no cuidado direcionado à busca da recuperação da saúde, pode acarretar melhoras na qualidade de vida. Além disso, a literatura reconhece que as vivências positivas de outras pessoas que passaram pelos mesmo tratamento funcionam como uma força para o encaminhamento de ações necessárias e ajudam também a diminuir as preocupações e os medos que este tratamento pode trazer para as pacientes, tornando-as mais fortes para que possam ter um projeto de vida e enfrentar esta doença (Leandra Rossi & Manoel Santos, 2003; Lorena Oliveira et al., 2013).

Uma conclusão provisória, que pode ser extraída do exame das evidências existentes na literatura até o momento, é que assegurar uma assistência integral para a mulher com câncer de mama é de extrema relevância, pois as situações, eventos vitais e sentimentos que a paciente vivencia durante o processo de diagnóstico, tratamento e reabilitação são muito complexos (Leandra Rossi & Manoel Santos, 2003; Maria Clapis, 1997; Raquel Biffi, 2003; Raquel Biffi & Marli Mamede, 2010; Vanessa Cesnik & Manoel Santos, 2012) e necessitam ser melhor compreendidos por estudos que direcionem atenção para alguns aspectos específicos ainda pouco investigados, como as vivências afetivas, a sexualidade e a feminilidade no contexto das orientações sexuais que divergem da heteronormatividade.

#### *Mastectomia: os ataques à feminilidade e seus impactos na vida afetivo-sexual*

O diagnóstico do câncer de mama – e, logo em seguida, a cirurgia de mastectomia – causam não apenas mutilações físicas, como também danos inexoráveis na imagem corporal das mulheres em tratamento. As consequências da cirurgia deixam marcas emocionais e físicas, como sentimentos de rejeição, vergonha, medo e estranheza. Considerando essas alterações na vida da mulher, é importante entender que ela passará por uma reorganização e readaptação pessoal, que abalam também sua família e outras pessoas de sua rede social. Assim, além da retirada da mama se acrescentam as perdas no sentimento de feminilidade e no senso de identidade (Cláudia Gasparelo, Catarina Sales, Sonia Marcon, & Maria Salci, 2010).

O tratamento do câncer envolve um percurso longo rumo ao desconhecido, o que traz inúmeros temores e aumenta as incertezas das mulheres acometidas. Por conta disso, grande parte delas se sente segura e confiante com a figura do médico quando este lhes propõe a reconstrução mamária, conforme mostra o estudo de Aline Inocenti, Manoel Santos, Edilaine Loyola, Paola Magalhães e Marislei Panobianco (2016). Em alguns casos, foi o próprio médico que escolheu quando a cirurgia seria realizada e qual o seu tipo, sendo possível perceber que

algumas mulheres alegaram que não tiveram a oportunidade de participar da decisão sobre sua cirurgia (Aline Inocenti, 2012).

Uma vez realizada a mastectomia, a mulher sofre bastante devido às mudanças e alterações físicas que experimenta, mas essas dores físicas e psicológicas às vezes podem permanecer escondida atrás de outra, como o medo das consequências da doença e sua possível reparação, o que não significa que esta dor específica não esteja presente. Primeiramente, a mulher mastectomizada mostra uma fratura no seu “imaginário corporal”, ou seja, na imagem mental do corpo que todas as pessoas possuem e que está diretamente relacionada à constituição da subjetividade, que é uma construção que se dá na intersubjetividade. Assim, a autoimagem depende de como os outros a percebem e vice-versa. Como consequência, a imagem corporal está indissolúvelmente ligada à autoavaliação do indivíduo (José Arroyo & María López, 2011; Maria Lima et al., 2018).

No processo de subjetivação, a mama constitui-se como uma parte erótica essencial que dá valor à mulher e a ajuda a elaborar seu senso de identidade como pessoa sexuada. É compreensível que a remoção de uma parte tão importante para as mulheres remeta à ideia de se tornar incompleta e parar de ser desejável e fisicamente atraente. Isso afeta, em maior ou menor grau, todas as mulheres que passam por essa situação de ter um órgão afetado que é tão associado a signos femininos, como erogeneidade, maternidade e amamentação. A partir do momento em que se veem mutiladas, elas passam a evitar qualquer situação que revele o seu “imaginário incompleto”, escondendo sua “deficiência” de outras pessoas e também de si mesmas. A falta do valor simbolicamente atribuído a uma parte do corpo muitas vezes tende a se irradiar e ser difundida para o restante da pessoa, podendo defini-la a partir da perda sofrida e da incompletude resultante. É nesse ponto que a queda da autoestima acaba levando a uma introversão e inibição social (Gislaine Silva et al., 2018; José Arroyo & María López, 2011; Nayara Rodrigues et al., 2018).

Esse “imaginário corporal” quebrado é determinado, principalmente, no campo da vida emocional-sexual, e é em sua privacidade que essa ruptura vai se manifestar. A possibilidade de rejeição por parte do(a) parceiro(a) é sentida profundamente. Assim, essas mulheres se tornam muito sensíveis ao comportamento e julgamento dos seus pares (José Arroyo & María López, 2011). Diante desse estado de coisas foi constatado que as mulheres que receberam apoio de seus cônjuges conseguiram enfrentar melhor todo o tratamento preconizado, parecendo muito otimistas, mesmo com todo o sentimento negativo que pode advir do enfrentamento do câncer de mama (Cláudia Gasparelo et al., 2010; Vanessa Cesnik et al., 2013; Vanessa Cesnik & Manoel Santos, 2012). Ficou claro também que foram as mulheres que

implementaram mudanças no comportamento sexual por sentirem vergonha de seu companheiro, o que reflete tanto o temor de serem rejeitadas devido a sofrerem também, em certos momentos, a perda do desejo sexual (Daniela Santos, Nicholas Ford, Manoel Santos, & Elisabeth Vieira, 2014; Elisabeth Vieira, Daniela Santos, Manoel Santos, & Alain Giami, 2014). Algumas mulheres inclusive adquiriram hábitos e costumes que não faziam parte de sua rotina diária, como, por exemplo, dormir de sutiã para não mostrar as cicatrizes deixadas pela mastectomia (Claúdia Gasparelo et al., 2010).

Estudos retrospectivos mostram que os companheiros tiveram um papel significativo no enfrentamento dos problemas relacionados à ausência da mama, demonstrando sentimentos de compreensão, amizade, carinho e respeito por suas parceiras, deixando para elas o tempo que elas necessitaram para se recuperar e ajudando-as a contornar de forma eficaz os obstáculos impostos pela cirurgia (Claúdia Gasparelo et al., 2010; Daniela Santos et al., 2014; Elisabeth Vieira et al., 2014; Vanessa Cesnik et al., 2013). Por outro lado, os casais que tentam superar o sofrimento e a dor sozinhos podem atravessar um processo de tratamento e de doença mais difícil. Quando o cônjuge não demonstra engajamento nesse processo e parece não dar o apoio necessário à mulher em sofrimento, essa omissão é vivenciada como uma forte agressão à companheira e afeta diretamente sua autoestima (Leandra Rossi & Manoel Santos, 2003). Diante da possibilidade iminente de perdas, inclusive da própria vida, as relações afetivas tendem a adquirir grande proeminência e passam a ser objeto de reflexão, sendo utilizadas no momento da reaproximação com a rotina no pós-tratamento. Poder contar com um relacionamento conjugal de qualidade auxilia a mulher a enxergar e significar sua situação muito além da dor e do sofrimento, restaurando as bases de seu bem-estar e sua qualidade de vida, o que é percebido também pelos cônjuges e filhos (Lorena Oliveira et al., 2013; Patricia Bervian & Nara Girardon-Perlini, 2006).

Na cultura ocidental, os seios e o cabelo são investidos como símbolos máximos da feminilidade. Por isso, tanto a perda (parcial ou total) da mama como a do cabelo são vivências potencialmente traumáticas, com efeitos devastadores sobre a autoimagem das mulheres com câncer de mama. É possível supor que, dada a importância atribuída ao “corpo bonito” na cultura brasileira, essas preocupações são especialmente exacerbadas na mulher que se encontra em tratamento oncológico. Essas questões foram explicitamente levantadas e discutidas por 2/3 das enfermeiras entrevistadas no estudo de Elisabeth Vieira, Nicholas Ford, Manoel Santos, Lílian Junqueira e Alain Giami (2013). Muitas delas mostraram ter uma rica apreciação dos efeitos negativos que essas perdas acarretam na imagem corporal das pacientes que estavam

sob seus cuidados, incluindo a depressão. De forma variada, elas aludiram ao efeito observado sobre a autoestima, o bem-estar geral e a perda de confiança na interação sexual.

No referido estudo com enfermeiras brasileiras que atuam na oncologia, foi possível identificar uma série de representações em relação à sexualidade que incidem sobre as formas como essas profissionais se comunicam com as pacientes que estão se recuperando do câncer de mama. Observou-se que algumas dessas representações são lastreadas em um modelo puramente biomédico, elegendo a busca da sobrevivência como mais relevante do que a satisfação sexual. Mas há também aquelas representações sociais formadas em conformidade com os estereótipos de gênero e idade, que podem inibir a capacidade das enfermeiras de sintonizar com o sentimento de insegurança das pacientes e de fornecer orientações úteis para minimizar os prejuízos na vida sexual dessas mulheres. Assume-se que as representações da sexualidade das profissionais responsáveis pelo cuidado têm o potencial de afetar a comunicação com as pacientes. Esses resultados são valiosos porque podem auxiliar no aperfeiçoamento da qualificação oferecida às enfermeiras e os demais trabalhadores da saúde responsáveis pela produção do cuidado (Elisabeth Vieira et al., 2013).

#### *Alguns estigmas com relação ao câncer de mama*

Em relação ao câncer de mama, embora a prevenção e o rastreamento médico recebam forte apoio das instituições de saúde, a maioria dos desafios colocados por suas consequências psicossociais continua sem resposta. Dentre os membros de famílias propensos a desenvolverem o câncer, alguns são ignorados pelos sistemas de saúde, em particular, as mulheres mais jovens, que estão expostas a um risco elevado de câncer de mama e de ovário. Na verdade, essas mulheres são jovens demais para se preocuparem com medidas de prevenção, no entanto, algumas delas já foram confrontadas com a doença da mãe e amargaram sua perda precoce. Esse período inicial de suas vidas também as torna vulneráveis, à medida que enfrentam problemas de identidade, afirmação no ambiente social, início dos relacionamentos amorosos e as dúvidas sobre como se planejar para o futuro (Fabrice Kwiatkowski et al., 2016), o que exige que o sistema de saúde formule estratégias específicas para abarcar essa população.

Uma outra questão é que a pergunta sobre a orientação sexual sequer é incluída pelos profissionais de saúde na consulta de rotina, o que reforça a invisibilização das mulheres lésbicas nos serviços de saúde. Desse modo, nas práticas em saúde os profissionais, sem terem plena consciência desse processo, acabam sustentando o pressuposto de que todas as mulheres assistidas em decorrência do câncer de mama têm uma sexualidade hetero-orientada, além de naturalizarem o pressuposto de que orientações sobre sexualidade não devem ser parte essencial

dos cuidados à mulher mastectomizada. De fato, profissionais de saúde que atuam nos serviços de oncologia entendem que o importante é assegurar boas condições para incrementar a sobrevivência da mulher (Lílian Junqueira, 2014).

Em decorrência disso, tende a haver negligência dos aspectos relacionais, ou seja, naturaliza-se também a ideia de que a mulher com câncer de mama tem, necessariamente, um marido, companheiro ou namorado, não se concebendo a possibilidade de ela ser atraída sexualmente por uma outra mulher e ter uma parceira íntima, que também necessitará receber atenção, orientações e cuidados durante o processo de tratamento oncológico. Nesse sentido, há o risco de não-cuidado em relação a uma figura de apoio social fundamental no processo de enfrentamento da mulher acometida por câncer (Cintia Carvalho et al., 2013).

Além disso, a comunicação do profissional de saúde deve ser avaliada quanto a vieses heterossexuais, como a implicação de que a reconstrução mamária deve fazer parte de um curso normal de tratamento. Os profissionais devem reconhecer que a reconstrução da mama está carregada de valor e que a variedade de opções viáveis de tratamento e construção, incluindo a decisão de não a reconstruir, deve ser apresentada de maneira neutra e imparcial (Rachael Wandrey, Whitney Qualls, & Katie Mosack, 2016b).

## **2.2. Reflexões sobre diferentes “tipos” de conjugalidades**

### *Conjugalidade heterossexual e câncer de mama*

Os estudos sobre as possíveis transformações da intimidade conjugal em consequência do impacto do câncer de mama e de seus tratamentos focalizam quase que exclusivamente as mulheres heterossexuais. Portanto, os parceiros íntimos investigados nas pesquisas sobre as percepções de mudanças na vida sexual e as questões relativas aos relacionamentos amorosos após o câncer de mama geralmente se limitam aos homens (Jessica Loaring, Michael Larkin, Rachel Shaw, & Paul Flowers, 2015; Karen Fergus & Ross Gray, 2009; Sharon Holmberg, Linda Scott, William Alexy, & Betsy Fife, 2001; Tamiris Hirschle, Silvana Maciel, & Geane Amorim, 2018). Isso fica ainda mais evidente em uma revisão sistemática de estudos qualitativos e de métodos mistos, que mostrou que não só as mulheres, como também seus companheiros/maridos sofrem as repercussões das alterações corporais resultantes do tratamento oncológico. As autoras do estudo aplicaram análise temática para examinar 16 artigos selecionados com base em critérios definidos de inclusão/exclusão, o que permitiu vislumbrar cinco temas relacionados às reações emocionais dos parceiros masculinos: experiências do corpo alterado, comunicação entre o casal, impacto no relacionamento

conjugal, necessidade de informação e recomendações (Emma Rowland & Alison Metcalfe, 2014).

A literatura revisada mostrou que as percepções do parceiro em relação às alterações físicas e da imagem corporal da parceira, após a mastectomia e a quimioterapia, eram secundárias ao seu problema de saúde. Alguns homens se sentem angustiados frente às alterações corporais da parceira e respondem aos seus sentimentos disfóricos utilizando mecanismos de enfrentamento altamente complexos e baseados primariamente na emoção. Eles consideram desafiador conversar com a parceira sobre as questões relacionadas ao corpo e à imagem corporal e os bloqueios na comunicação muitas vezes os levam a vivenciarem conflitos que prejudicam o bem-estar psicológico do casal. Para ajudar a se preparar para as mudanças no corpo da parceira, os homens desejam obter da equipe de saúde informações personalizadas e que focalizem a saúde sexual. As autoras da revisão concluem que a informação eficaz que contribui para o desenvolvimento de estratégias mais efetivas de enfrentamento ajuda os homens a apoiarem melhor a mulher acometida pelo câncer de mama, promovendo assim o bem-estar emocional de ambos os cônjuges (Emma Rowland & Alison Metcalfe, 2014).

Frente a esses achados é razoável indagar quais seriam as experiências e vivências das parceiras de mulheres lésbicas que enfrentam o câncer de mama, considerando que a companheira muito provavelmente terá que lidar com as consequências do “corpo alterado” da parceira após a mastectomia e os demais tipos de tratamentos oncológicos. Além disso, é preciso considerar que os efeitos do câncer de mama são duradouros e podem acompanhar toda a sobrevivida da mulher acometida (Margaret Barton-Burke, 2002).

#### *Políticas públicas e o casamento entre pessoas do mesmo sexo*

Considerando que esta dissertação de mestrado tem como participantes exclusivas as mulheres, não se pode falar das mesmas sem considerar os movimentos feministas. Assim, Maria Moraes (2011) explica que esses movimentos proporcionaram diversos avanços, dentre eles importantes mudanças da legislação, aderidas à Constituição de 1988 que é uma das mais avançadas do mundo. As mulheres e os homens passaram a ter igualdade de direitos no interior da família.

Em que pese a existência de vários feminismos e considerando que a questão da maternidade dividia as opiniões, o cuidar passou a estar presente nas análises, até mesmo para ser monetariamente contabilizado, pois correspondia a uma parte bastante significativa do “trabalho invisível” exercido pelas mulheres. Depois de muitos anos de luta dos feminismos a questão do reconhecimento do cuidar se tornou uma das vitórias. O princípio da solidariedade



e do cuidar encontram respaldo jurídico tanto no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) de 1990 quanto pelo Estatuto do Idoso de 2003. Essa valorização do cuidar modifica a própria definição atual de família, já que “é família quem cuida” e este princípio do cuidado, tanto como o da “solidariedade” e o da “responsabilidade” são acolhidos pela jurisprudência brasileira. Desse modo, essa mudança de ideais é precisamente uma das características da família atual. Ela não está mais relacionada com uma instituição nascida do casamento legal heterossexual e sim da disposição em cuidar de uma outra pessoa, que seja mais vulnerável por definição (Maria Moraes, 2011).

Do ponto de vista jurídico, a “união civil” possibilita qualquer tipo de arranjo familiar com direitos à herança e etc., sem que seja preciso que a orientação sexual dos(as) parceiros(as) seja reconhecida de maneira explícita. Ainda, as diferentes técnicas de reprodução, como a barriga de aluguel e a inseminação artificial, provocam alterações importantes, pois indicam que o parentesco pode tornar-se apenas um laço de afinidade, uma escolha pessoal (Maria Moraes, 2011).

O Estado está legislando modelos de afeto no lugar de garantir um direito democrático da sexualidade para todas as pessoas, ou seja, utilizando-se do discurso do amor romântico e produzindo, ainda que de maneira implícita, um quadro baseado em necessidades particulares para regulamentar as subjetividades. O Brasil é o único país que utiliza o termo homoafetividade, cujo intuito é designar as relações entre pessoas do mesmo sexo a fim de legitimar direitos por meio da afirmação jurídica de um sentimento com valor positivo. Isso em tese pode reduzir impasses políticos e amortecer as tensões geradas pelo problema da gestão de afetos específicos, idealizados (sendo que nem todos da população LGBTI vão se identificar com eles) e que não possuem necessariamente validade, ou são facilmente contestáveis em uma esfera pública propriamente dita (Angelo Costa & Henrique Nardi, 2015).

A relação conjugal se torna um modelo universal, um ideal normativo. É como se houvesse um consenso sobre o que são afetos e sobre o que caracteriza uma relação conjugal. Porém, esse modelo não abarca todas as possibilidades de uma experiência conjugal e pode precipitar, inclusive, certas formas de sofrimento. Enquanto o casamento civil é fundamentalmente um contrato e isso basta como prova de sua existência, essa mesma linha de raciocínio parecia aplicar-se à união estável entre pessoas de sexos diferentes. Por outro lado, a união de pessoas do mesmo sexo demandou uma justificativa adicional, pois sua legitimidade social por si só não era evidente (Angelo Costa & Henrique Nardi, 2015).

O uso da homoafetividade indica que o casamento para a população LGBTI ainda não adquiriu cidadania plena, mesmo com o ordenamento jurídico, necessitando ainda de

eufemismos. A redução do preconceito não ocorre. Não adianta que apenas uma mudança terminológica ocorra se essa mudança não vem acompanhada de uma transformação na estrutura que não permite que certas palavras sejam ditas (Angelo Costa & Henrique Nardi, 2015).

Os autores argumentam que parece que os(as) homossexuais só podem entrar na sociedade contemporânea no momento que for comprovado que essas pessoas também são capazes, com base no afeto, de criar uma família. Assim, a entrada da homossexualidade no ordenamento jurídico ocorre por meio de um processo de polimento moral (Angelo Costa & Henrique Nardi, 2015).

A sexualidade deixa de ser um dispositivo político e se transforma em um “dispositivo da afetividade”, que esquadrinha e regula as práticas de sexualidade não-heterossexual. São os discursos, principalmente os psicológicos e legais, criados para fortalecerem uma hierarquia sexual específica que sustenta esse dispositivo. Os autores ressaltam um risco importante ao se assumir uma justificativa afetiva, particular, em detrimento de outra com validade universal: qualquer pessoa que, por motivos pessoais, não compartilhe desses preceitos colocados pelo amor/afeto não estaria inclinada a reconhecer o direito de união como algo que tem validade de forma irrestrita (Angelo Costa & Henrique Nardi, 2015).

É possível relacionar o texto de Maria Moraes (2011) e Angelo Costa e Henrique Nardi (2015) no sentido de que a primeira vai questionar a normatização de valores a partir do momento em que eles se tornam “judicializados” e os últimos vão alertar para alguns perigos que essa “judicialização” de valores pode trazer. A partir do momento que o casamento homoafetivo se torna legal não é apenas a celebração em si que se torna oficial, dentro das leis, mas o uso do termo homoafetivo também. É claro que a legalização do casamento entre pessoas do mesmo sexo é um avanço muito importante e um marco de civilidade inclusiva, mas uma reflexão mais aprofundada das questões que estão por trás disso e do termo utilizado, como apontado pela dupla de autores, ajuda a compreender uma normatização de certos valores que pode não ser tão positiva quanto a lei do casamento em si. Enquanto que o casamento entre pessoas de sexos opostos não precisa ter o aval jurídico do afeto, com as pessoas homossexuais ocorre o contrário, é por meio disso que o casamento se justifica. É como se às pessoas homossexuais que fogem do ideal de afeto (que é algo subjetivo e idealizado) não fosse permitido por lei que se casem, enquanto que das pessoas heterossexuais não se exige passar por essa “prova”. Usar o eufemismo “homoafetividade”, como descrevem Angelo Costa e Henrique Nardi (2015), não reduz o preconceito, apenas o confirma, pois a impressão que fica é a de que estereótipos ainda são validados por grande parte da população: todos(as) os(as)

homossexuais mantêm relações ocasionais com diferentes pessoas, ou seja, relações teoricamente “não-afetivas”, e apenas pessoas que estejam engajadas em outro tipo de relacionamento (“homoafetivo”) poderiam se casar. O afeto se torna um juízo de valor normatizado pela esfera jurídica, mas que só serve para uma população específica. E mais, por ser um valor pessoal, essa lei também não garante que mesmo os “casais homoafetivos” poderão se casar legalmente, pois se um juiz, por exemplo, não concordar que determinado casal está unido pelo afeto, de acordo com suas próprias concepções do que isso implica, ele pode usar de seu poder de autoridade para não “aprovar” o casamento.

### **2.3. Um percurso histórico feminino**

#### *A história da mulher na perspectiva da mitologia*

Um dos cultos mais antigos da humanidade é o do divino feminino, que se originou no período dos caçadores/coletores. Nessa época, a Deusa era vista como uma mulher de seios e nádegas pronunciadas e estava ligada a algum culto de fertilidade. A Terra foi o primeiro elemento que o homem cultuou e era considerada mãe de tudo o que era vivo e também a responsável pela morte. A vida emergia do ventre da Terra e a morte significava um retorno ao útero. Era essa Grande Mãe que produzia os frutos, os animais e o próprio homem, concebendo o mundo natural e o mundo humano como interligados (Rosalira Oliveira, 2005).

Durante o período Neolítico, quando surge a agricultura, é visto um grande prestígio do feminino. A Grande-Deusa era muito valorizada por ser a deusa da fecundidade e criadora da vida, o que também pode contribuir para a visão de mulher como criadora no mundo humano. A maternidade consolidou-se como algo sagrado, sendo que a fertilidade da terra ficou associada à fecundidade feminina. Além disso, a mulher ficou responsável também pelas curas medicinais e pelos ritos funerários, e passou a ocupar posições sociais importantes (sacerdotisas, artesãs, chefes de clãs matrilineares). Não existem registros durante o período Neolítico de grandes disparidades de status por conta do sexo. As sociedades eram matrifocais, o pensamento e as práticas espirituais estavam relacionados a uma Deusa-Mãe e a filiação era definida pela linhagem materna (Rosalira Oliveira, 2005).

Essa Deusa foi adorada por diversos povos antigos, representando o princípio criador e simbolizando a unidade da vida para todos eles. Porém, seu culto paulatinamente começou a ser enfraquecido e substituído pelos deuses guerreiros e, posteriormente, pela crença em um Deus único. Primeiramente, a Grande Mãe foi vista como a filha, a mãe ou a esposa de um Deus

masculino e, por fim, excluída da psique humana quando a ideia de um Deus único se estabeleceu com as religiões monoteístas. Esse processo mudou a maneira de se enxergar a realidade e, de certo modo, perdura até os dias de hoje. É como se o mundo fosse visto como uma cadeia de comando aonde o homem possui a tarefa, delegada pelo Deus-pai, de governar os demais seres considerados subalternos ou inferiores. Além disso, como Deus criou o mundo para proporcionar o bem-estar da humanidade, o homem passa a controlar as engrenagens do comandar, enxergando a natureza como algo que deve servi-lo, que ele pode controlar e que é considerado inferior aos humanos (Rosalira Oliveira, 2005).

Observando a narrativa bíblica de Adão e Eva, cuja origem é modelar no cristianismo, pode-se pensar que Eva é tida como um mau exemplo de comportamento feminino. Ter sido criada por Deus mediante a costela arrancado ao homem foi uma forma de garantir sua submissão, porém, mesmo assim, ela descumpriria as regras de Deus e persuadiria Adão a fazer o mesmo, o que condenou todos os seres humanos a já nascerem com a marca do pecado original. Eva praticou a desobediência ao estabelecido e cometeu o pecado de comer do fruto proibido, pois queria ser tão poderosa quando Deus, e assim se tornou a origem de todos os males da humanidade que, como punição, perdeu sua condição de imortalidade. Nesse caso, mais uma vez, a mulher é tida como a causadora de problemas que leva o homem ingênuo a cometer sérios erros de julgamento. Eva e Adão são expulsos do paraíso com a tarefa de crescerem e se multiplicarem, e a primeira torna-se, então, esposa e mãe, tendo que ser sempre vigiada pelo marido, já que é pecadora e sedutora (Keith Braga, Jéssica Ponciano, & Arilda Ribeiro, 2015; Marilyn Yalom, 1997).

Eva não era o ideal de mulher proposto pelo cristianismo, mas sua história auxiliou a disseminar a necessidade de controle sobre a mulher e sua cega obediência ao homem, marido e filhos. O maior modelo de feminino existente no Ocidente veio com Maria, a virgem imaculada e assexuada, mãe e esposa. Com tantas representações do feminino ao longo da História, é importante destacar que muitas lutas ocorreram durante os movimentos feministas para que as mulheres pudessem se libertar da representação da “Mulher”, ideia engessada e que delimita o raio de ação em que as mulheres podem viver as mais diversas experiências femininas (Joan Scott, 1989; Keith Braga et al., 2015).

Nas últimas décadas muitos avanços e mudanças vêm acontecendo, com as mulheres podendo subverter estereótipos culturalmente ligados ao feminino. Porém, isso não significa que a luta está prestes a acabar frente à inferiorização histórica das mulheres nas mais diferentes latitudes e longitudes. A força das simbologias e representações da mitologia e das religiões, bem como da filosofia clássica, biologia, ciência moderna, entre outros, ainda permanece

fortemente enraizada na sociedade (Keith Braga et al., 2015) e as reações aos avanços do movimento emancipatório das mulheres têm se tornado cada vez mais acirradas e violentas, resultando no aumento dos índices de violência contra a mulher, incluindo o feminicídio.

### *A história do seio*

Para muitas pessoas, principalmente para os homens, os seios são vistos como objetos sexuais, porém, é importante ressaltar que essa visão sexualizada não é uma verdade universal. Existem lugares na África e no Pacífico Sul onde as mulheres andam com os seios descobertos desde sempre e sem um significado majoritariamente erótico, bem como existem culturas não-ocidentais em que o fetiche está direcionado para outra parte do corpo (Marilyn Yalom, 1997).

Há um grande esforço dos homens e das instituições ao longo da história para se apoderarem dos seios femininos. Por serem uma parte determinante do corpo feminino, os seios sempre receberam conotações positivas e negativas. Na história de Eva, ela é tanto a mãe honrosa da raça humana, que amamentou nossos antepassados, como também a mulher tentadora, que possui seios redondos que são associados com a maçã do pecado. No modelo do “bom” seio observa-se que o foco está totalmente no poder de alimentar crianças ou, simbolicamente, toda uma comunidade. Porém, quando é o modelo “mau” que predomina, o seio se torna um agente de excitação ou até de agressão. Essa visão geralmente vem de uma combinação de sexo e violência que pode ser encontrada em várias obras da contemporaneidade. Também não se pode esquecer que as representações dos seios, e de qualquer objeto, demonstram um ponto de vista que é tradicionalmente masculino. Esse órgão é visto pelos homens como uma propriedade sua, podendo dele dispor com ou sem autorização das mulheres (Keith Braga et al., 2015; Marilyn Yalom, 1997).

Na tradição do cristianismo, Maria é vista como uma mãe miraculosa e os seios são vistos como algo digno, pois são eles que produzem o leite necessário para a sobrevivência da criança. Pode-se dizer, de maneira metafórica, que o leite é o alimento espiritual de todas as pessoas. Por outro lado, durante os séculos XV, XVI e XVII, as obras artísticas que circulavam pela Europa mostravam o potencial erótico dos seios ao invés do seu significado sagrado e maternal (Marilyn Yalom, 1997).

Depois, durante a Revolução Francesa, veio a ideia de que uma reforma social geral aconteceria se as mães passassem a amamentar seus filhos ao invés de enviá-los para as amas de leite, prática comum da época. A mãe que amamentava era vista como alguém que trazia uma contribuição importante para o bem-estar do seu lar e da comunidade em que vivia. Essa obrigação da mãe amamentar seu bebê, em um plano mais individual, juntou-se à

responsabilidade da Nação, na esfera coletiva, de “alimentar” também seus cidadãos. Não é fora de contexto que a República muitas vezes seja representada por uma mulher com os seios nus (Marilyn Yalom, 1997).

Na medicina, a literatura que concerne os seios existe desde a Antiguidade Greco-Romana. Havia relatos sobre as modificações que o seio pode sofrer durante a gravidez, o exercício e a dieta, sobre qual seria a maneira mais adequada de se amamentar, como tratar ferimentos e como ocorre o processo do desmame. Observa-se que a medicina trouxe muitas melhorias para os tratamentos das pessoas doentes, mas que era a imagem de mulher reprodutora e provedora de alimento que essa área da saúde valorizava (Marilyn Yalom, 1997). Além disso, o seio é reduzido à sua condição de glândula mamária, o médico mastologista trata de afecções da “mama”, o que destitui essa parte do corpo feminino de seus múltiplos atravessamentos simbólicos para entronizá-lo como um órgão que, como qualquer outro do corpo humano, pode estar sujeito a processos mórbidos.

Durante o século XIX, o aleitamento ainda possuía uma conotação moral advinda da medicina, porém, com o desenvolvimento da psicologia e da psicanálise, este órgão passou a ser percebido como um elemento fundamental na vida emocional das crianças. Mamar era mais do que a primeira atividade no alvorecer da criança, era também o começo da vida erótica do ser humano. Ainda nessa época, com o desenvolvimento da era industrial, os interesses comerciais sobrecarregaram as mulheres com diversos tipos de peças para dar forma, sustentar e aumentar os seios: loções, cremes, espartilhos, sutiãs, programas para emagrecimento, implante de silicone e outros processos cirúrgicos foram criados. Peças de roupa para cobrir os seios já existiam na Grécia e em Roma, e o espartilho era muito utilizado pelas mulheres de camadas mais elevadas da população durante a Idade Média. Porém, o espartilho industrial e, mais tarde, os sutiãs, com sua produção em larga escala, fizeram com que a roupa íntima fosse acessível a todas as mulheres. Dessa maneira, o “controle do seio” passou a ser obrigatório para todo mundo (Marilyn Yalom, 1997).

A roupa íntima feminina ia se modificando conforme o ideal físico predominante em cada época, ela tanto poderia tanto esconder e apertar os seios como evidenciá-los. Faz sentido que o movimento de libertação das mulheres, cujo auge se deu no final dos anos 1960, tenha começado com a queima de sutiãs. Tal ato era uma forma de resistência diante das proibições externas e uma forma de “quebrar” esse controle exterior que aprisionava (e aprisiona) as mulheres. A partir de então, elas puderam questionar a autoridade da medicina e da moda, por exemplo, e decidir se querem ou não usar sutiã, amamentar ou passar por uma mastectomia (Marilyn Yalom, 1997).

É importante lembrar que a questão da aparência física permeia todas essas considerações. Muitas mulheres são pressionadas por ideais de beleza dominantes que são completamente arbitrários e, dessa forma, não é estranho que elas tenham dificuldade de gostar de seus seios se eles não correspondem ao ideal físico que impera em determinada época e região. As cirurgias estéticas e os programas para redução de peso estão ficando cada vez mais frequentes e a proporção de mulheres jovens com sintomas de anorexia nervosa e bulimia é muito alta. Sabe-se que a mídia, embora não exclusivamente, influencia nos padrões de beleza que são valorizados em cada sociedade e mantém significados que são homogêneos, impedindo o reconhecimento da enorme diversidade existente entre as mulheres (Daniela Auad, & Cláudia Lahni, 2013; Eunice Macedo, 2015; Marilyn Yalom, 1997).

As feministas e outras ativistas lutaram para livrar as mulheres dos ideais arbitrários de beleza que a mídia enfatizava. Em determinado momento, passou a ser errado não usar sutiã e deixar de evidenciar os contornos do corpo. Depois de mais de dois séculos sem existir uma obrigação para a amamentação, a mesma voltou com força total. As mulheres lutam ativamente para ter maior controle dos seus corpos também no que diz respeito às decisões médicas que vão afetar sua vida, principalmente em relação ao diagnóstico de doenças ameaçadoras à vida, como o câncer de mama (Daniela Auad, & Cláudia Lahni, 2013; Eunice Macedo, 2015; Marilyn Yalom, 1997).

As mulheres são obrigadas a encarar o significado atribuído ao seio como um órgão que é fonte da vida, mas também pode ser aniquilador. Os seios estão relacionados à passagem da adolescência para a idade adulta, ao prazer sexual e à amamentação, mas também são vinculados no imaginário coletivo ao câncer de mama e à morte. Dessa forma, a oposição entre o seio “bom” e o seio “mau” está concretamente relacionada com a tensão entre vida e morte (Marilyn Yalom, 1997).

Não se pode esquecer que a história cultural do seio está inserida no contexto do “reino do falo”, que domina o Ocidente há mais de dois séculos. Apesar disso, o seio também possui o seu “reino” próprio, criado a partir das fantasias masculinas, mas que hoje tem cada vez mais expressado as necessidades e desejos das próprias mulheres, a quem, de fato, os seios pertencem (Marilyn Yalom, 1997).

## **2.4. Marco teórico-conceitual: Estudos de Gênero**

### *Reflexões sobre identidade*

A história das relações sociais no Ocidente deriva de pensamentos binários que classificam as pessoas dentro de regras de comportamentos e condutas morais que são vistas como adequadas para um determinado grupo. Assim, observando os modos de subjetivação que definem a representação de uma identidade, reconhecer-se ou ser reconhecido como homem ou mulher (masculino ou feminino) são “características” que vão impor certas regras de (con)vivência dentro daquela sociedade. Alguns exemplos desse processo de construção de sentidos são as relações estabelecidas entre sexo, gênero e práticas sexuais. Pensando nas condutas de gênero que são esperadas socialmente, seria importante entender que, em cada cultura, dentro de sua época e valores próprios, os significados e a interpretação do que é masculino ou feminino são vistas de formas diferentes (Joan Scott, 1989; Vagner Prado, Cristiano Giorgi, & Arilda Ribeiro, 2015).

A padronização das mulheres sob uma única identidade de gênero – mulher branca, culta, católica, de classe média, com capacidades físicas e psíquicas preservadas, com características estéticas específicas – constitui uma forma naturalizada de violência social sobre as mulheres, pois tal perspectiva invisibiliza todas as mulheres que estão situadas em outras estruturas de poder e não reconhece a diversidade feminina, seus desejos e necessidades, a especificidade das suas histórias, das suas perspectivas, dos seus percursos e orientações sedimentadas de mundo. Assim, a ideia de “mulheres”, no plural, como série social parece ser mais adequada, pois mostra as heterogeneidades existentes no interior desse grupo e incorpora entidades que são distintas entre si, possibilitando que tais diferenças não se transformem em desigualdades (Daniela Auad, & Cláudia Lahni, 2013; Eunice Macedo, 2015; Linda Nicholson, 2000).

Pode-se pensar também a construção da identidade de gênero em termos de felicidade e de realização pessoal, no intuito de respeitar e reconhecer a legitimidade das diferentes orientações afetivo-sexuais, descartando a moralista bipolarização mulher/homem. Para se construir esse paradigma “novo” é necessário também a eliminação de qualquer forma de discriminação, seja ela de classe, gênero, etnia, orientação afetivo sexual, religião, capacidade, língua e cultura (Eunice Macedo, 2015).

#### *Alguns conceitos-chave dos estudos de gênero*

Alguns aspectos são fundamentais para o entendimento de como funciona o gênero e de como ocorre a mudança: é preciso falar do sujeito individual e da organização social, bem como articular a natureza das suas interrelações. É possível compreender o conceito de realização humana como um esforço para a construção de uma vida, uma identidade, uma sociedade com



certos limites, um conjunto de relações, que possa também abarcar a possibilidade de reinterpretação, de resistência e de negação (Joan Scott, 1989; Linda Nicholson, 2000).

Dessa forma, observa-se que o gênero:

[...] é um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos, e o gênero é uma forma primeira de significar as relações de poder. As mudanças na organização das relações sociais correspondem sempre à mudança nas representações de poder, mas a direção da mudança não segue necessariamente um sentido único [...] (Joan Scott, 1989, p. 21).

Nessa perspectiva teórica, gênero é entendido como uma categoria sócio-histórica e política, configurando-se como um importante dispositivo analítico acerca do processo de transformação das diferenças sexuais em instrumentos de dominação e produção de desigualdades sociais (Joan Scott, 1989; Margareth Rago, 1998).

O gênero implica em quatro elementos que estão intimamente relacionados entre si. O primeiro está associado aos símbolos culturais disponíveis, que apontam para representações múltiplas, e muitas vezes contraditórias, do que é ser mulher, como por exemplo: Eva e Maria, mitos da luz e da escuridão, da purificação e da poluição, da inocência e da corrupção (Joan Scott, 1989; Keith Braga et al., 2015).

O segundo são os conceitos normativos que vão tentar limitar e conter as possibilidades metafóricas que podem ser atribuídas às interpretações do sentido dos símbolos. Tais conceitos podem ser observados nas doutrinas educativas, políticas, religiosas, jurídicas ou científicas e vão servir como uma oposição binária que afirma sem nenhuma dúvida o sentido do masculino e do feminino. Mesmo que existam lutas contra essas doutrinas, a posição que emerge como dominante é entendida como a única possível, promovendo a ideia de que essas posições normativas vieram de um consenso social e não de um conflito. Um exemplo disso são os grupos religiosos fundamentalistas que têm como práticas a restauração do papel “tradicional” das mulheres, tido como mais autêntico por eles, enquanto que na verdade existem poucos antecedentes históricos que sustentariam este papel. O objetivo das pesquisas é descobrir qual a natureza da repressão ou do debate que leva a uma aparente permanência da representação binária dos gêneros. O terceiro aspecto seria, então, esta análise incluir uma noção do político e uma referência às organizações e instituições sociais (Daniela Auad, & Cláudia Lahni, 2013; Joan Scott, 1989).

É importante que haja uma visão mais ampla da categoria de gênero que inclua o parentesco (tendo a família como fundamento da organização da sociedade), o mercado de trabalho (sendo sexualmente segregado), a educação (as instituições de educação que são

socialmente masculinas), o sistema político (com o sufrágio masculino universal), a economia. O gênero é construído através de diferentes tecnologias sociais e não de uma única e independente das demais. Ele não vai representar um indivíduo e sim uma relação social (Joan Scott, 1989; Teresa Lauretis, 1994).

O quarto aspecto do gênero é a identidade subjetiva. Distribuições de poder são estabelecidas por conferências. Existe um controle ou um acesso diferencial aos recursos materiais e simbólicos, o que faz com que o gênero também esteja implicado na concepção e na construção do poder em si (Joan Scott, 1989; Linda Nicholson, 2000).

Além disso, existe uma tendência de se pensar que tudo o que é comum entre as mulheres por conta do seu sexo origina tudo o que é comum entre elas com relação ao gênero. Este pensamento coloca o gênero como representativo daquilo que as mulheres possuem em comum e outros aspectos, como raça e classe, daquilo em que elas se diferem. O sujeito é constituído no gênero não somente pelas suas diferenças sexuais e experiências de relações de sexo, mas também através de códigos linguísticos, representações culturais, sua raça e sua classe. Tal sujeito não é único e dividido e sim múltiplo e contraditório. Portanto, uma abordagem dicotômica esconde a possibilidade de entrelaçar o que há de comum entre as mulheres com o que existe de diferente. As diferenças não estão relacionadas apenas com qualidades acidentais, mas também em um nível mais interno. Não existem aspectos comuns vindos da biologia (Linda Nicholson, 2000; Teresa Lauretis, 1994).

De modo geral, os seres humanos diferem em termos das expectativas sociais a respeito do pensar, sentir e agir e também na maneira como cada um entende o corpo. Assim, as diferenças sociais entre masculino e feminino não estão ligadas apenas aos fenômenos limitados que muitas vezes estão associados ao “gênero”, como estereótipos culturais de comportamento e personalidade, mas também com maneiras culturalmente diversas de se compreender o corpo. É importante que o conceito de gênero não fique tão amarrado à diferença sexual a ponto de ser confundido com ela e, por conta disso, seja considerado uma derivação direta dessa diferença sexual ou seja incluído nela como efeito de linguagem ou imaginário, sem relação com o real. Dessa forma, o corpo deixa de ser capaz de embasar ideias relacionadas à diferença entre o masculino e o feminino para se tornar uma variável constantemente presente como um elemento importante na maneira como a distinção masculino e feminino se mantém atuante em todas as sociedades (Linda Nicholson, 2000; Teresa Lauretis, 1994).

Linda Nicholson (2000) explica que ela não está negando a ideia de que cada sociedade tem sua maneira de distinguir masculino e feminino e nem a possibilidade de que tal distinção esteja relacionada ao corpo. A autora vai colocar que existem sim diferenças na importância e

no sentido que são concedidos ao corpo e que essas diferenças vão influenciar o significado da distinção entre masculino e feminino. Conseqüentemente nunca haverá um só conjunto de aspectos formativos da “identidade sexual” pelo qual se possa deduzir algo sobre os contentamentos e as opressões intrínsecas ao “ser mulher”.

Uma visão complementar do conceito de gênero é dada por Teresa de Lauretis (1994), que explica que tal conceito não é algo que exista a priori na humanidade e nem uma propriedade de corpos, ele é o produto e o processo de uma série de tecnologias sociais ou aparelhos biomédicos. O gênero, percebido como representação e auto-representação, é criação de diversas tecnologias sociais, como o cinema, e de epistemologias, pronunciamentos e práticas críticas institucionalizadas e práticas da vida diária.

### *Lesbianidades e heterossexualidade compulsória*

Jules Falquet (2009) vai definir a lesbianidade da seguinte forma:

Além de poder ser utilizado ou reivindicado para descrever práticas individuais de mulheres, o termo “lesbianismo” se refere também a um conjunto de abordagens teóricas e movimentos sociais que problematizam essas práticas. Globalmente, no sentido político, o lesbianismo pode ser considerado uma crítica em atos e um questionamento do sistema heterossexual compulsório de organização social. Este se baseia na estrita divisão da humanidade em dois sexos, fundamentos de dois gêneros obrigados a manter relações desiguais de “complementaridade” no contexto de uma rígida divisão sexual do trabalho. Nesse sentido, o lesbianismo desestabiliza o sistema dominante, ao representar uma ruptura epistemológica fundamental e incitar uma profunda revolução cultural (p. 123).

Os discursos que oprimem as mulheres lésbicas e heterossexuais e os homens homossexuais são aqueles que enxergam como correto que a base de qualquer sociedade seja a heterossexualidade. Estes discursos declaram que sua verdade, dentro das normatividades de gênero e de sexualidade impostas, está em um campo que é apolítico, mesmo não sendo possível pensar em algo que fuja ao político neste momento da história, e como se a existência da homossexualidade fosse um signo politicamente insignificante. Um dos muitos meios de reforço é deixar a possibilidade lésbica invisibilizada, como uma sexualidade que aparece de tempos em tempos de maneira fragmentada para depois sumir novamente. Dessa forma, as pesquisas, inclusive feministas, que auxiliam a marginalidade e a invisibilidade lésbica atuam na contramão da libertação e do empoderamento das mulheres como um grupo (Adrienne Rich, 2010; Livia Toledo & Fernando Teixeira Filho, 2010; Monique Wittig, 1980).

As mulheres são tradicionalmente controladas por instituições, através da maternidade, da família nuclear, da exploração econômica, da heterossexualidade compulsória, entre outras,

que têm ganhado força pela legislação, pela mídia e pela censura. Se a lésbica não se disfarça acaba, por exemplo, enfrentando discriminação quando procura aluguel ou mesmo perseguição e violência nas ruas. Mesmo em abrigos de mulheres agredidas ou programas acadêmicos voltados para as mulheres, as lésbicas assumidas vão sendo demitidas e as outras vão se sentindo pressionadas a não se assumir. Refugiar-se no semelhante acaba se tornando a resposta mais passiva e debilitante à repressão política, à insegurança econômica e à revigorada “caça” das diferenças. Pode-se, nesses casos, observar a opressão que acompanha o “pensamento hétero”, o qual vai transformar todos os seus conceitos em leis universais e afirmar que elas podem ser reproduzidas em todas as sociedades, em todas as épocas e em todos os indivíduos (Adrienne Rich, 2010; Monique Wittig, 1980).

É por meio da heterossexualidade compulsória que a experiência lésbica é vista por uma escala que vai do desviante até o odioso ou vai ser simplesmente dada como invisível. Qualquer teorização que enxergue a existência lésbica como uma simples “preferência sexual”, um fenômeno marginal ou menos “natural”, o oposto de uma relação heterossexual ou de uma relação homossexual masculina seria extremamente frágil, mesmo que traga alguma contribuição. Todas estas “teorias” eliminam a possibilidade de as mulheres lésbicas criarem suas próprias categorias (Adrienne Rich, 2010; Monique Wittig, 1980).

Existem diferenças específicas entre as experiências das lésbicas e as dos homossexuais masculinos. Os movimentos homossexuais, que tem uma hegemonia masculina, dificilmente serão aliados dos movimentos feministas e lésbicos, os quais lutam primeiramente pelos interesses da classe de mulheres. Assim, incluir as lésbicas como versão feminina da homossexualidade masculina faz com que elas sejam destituídas de sua existência política. Relacionar a homossexualidade feminina com a masculina, por serem ambas estigmatizadas, é novamente negar a realidade das mulheres. Assim como a maternidade, a experiência lésbica é profundamente feminina e contempla opressões, significados e potencialidades particulares, que não podem ser analisadas se forem agrupadas simplesmente com outras existências sexualmente estigmatizadas. Por exemplo, uma lésbica que sofre preconceito heterossexista no trabalho e não pode se assumir não é só obrigada a negar a verdade sobre suas relações. Sua permanência no trabalho depende de que ela finja ser uma mulher heterossexual, conseguindo também desempenhar o papel feminino tido como o de uma mulher “de verdade” (Adrienne Rich, 2010; Jules Falquet, 2014).

Um grande entrave político-teórico para o feminismo é a suposição de que a maior parte das mulheres são heterossexuais de modo inerente. Esta suposição se sustenta por conta do apagamento da existência lésbica, por ela ser vista como doença e por ser tratada como algo

excepcional, mais do que intrínseco. Porém, esta suposição também ocorre porque reconhecer que a heterossexualidade não é a “preferência” de muitas mulheres e sim algo imposto, mantido por força, administrado, organizado, divulgado, é um caminho grande a ser percorrido pelas pessoas que se consideram livremente heterossexuais “de forma inata”. Estes discursos heteronormativos oprimem as mulheres lésbicas ao impedi-las de se pronunciar a não ser que elas se expressem por meio do referido discurso (Adrienne Rich, 2010; Monique Wittig, 1980).

Reconhecer a existência das mulheres lésbicas significa reanalisar o sistema heteronormativo e androcêntrico por completo, desfazer a instituição do binarismo sexual e ir além do sexo, pois as formas de se vivenciar a sexualidade, o prazer e as relações não são baseadas na natureza ou na biologia, nem na masculinidade genitalizada ou em determinismos culturais, mas sim construídas e desenvolvidas, o que as tornam múltiplas e possíveis de se transformar. É possível rever todo o sistema hegemônico ao se validar a potencialidade sexual entre mulheres (Lívia Toledo & Fernando Teixeira Filho, 2010).

Assim, percebe-se que uma visão que impossibilita o entendimento de que uma mulher possa satisfazer outra é que, na sociedade, a mulher não é vista como sujeito e sim satisfeita por um, a mulher é o objeto e o homem é o sujeito. Dessa forma, não há espaço para as lesbianidades, pois elas não se relacionam com nenhuma imagem legitimada de mulher: a mulher é vista como objeto para satisfazer o homem ou o homem é o sujeito capacitado para satisfazer seus desejos sexuais. A relação entre duas mulheres faz com que o sujeito e o objeto de satisfação estejam presentes ao mesmo tempo e na mesma pessoa – a mulher – rompendo com a perspectiva comentada anteriormente, o que faz com que as lesbianidades sejam desacreditadas (Lívia Toledo, 2008).

Ao considerar o termo lesbianismo inadequado, Adrienne Rich (2010) cria dois outros termos: existência lésbica e *continuum* lésbico. A existência lésbica se refere tanto a presença histórica de lésbicas quanto a criação constante de sentidos dessa mesma existência. Ela é a quebra de um tabu, a rejeição de um modo coercitivo de vida, uma investida contra o direito masculino de ter acesso às mulheres, uma recusa ao patriarcado, um ato de resistência. A heterossexualidade compulsória tenta se impor às mulheres ao destruir registros, memória e cartas documentando a existência lésbica.

O termo *continuum* lésbico abarca um conjunto:

[...] de experiências de identificação da mulher, não simplesmente o fato de que uma mulher tivesse alguma vez tido ou conscientemente tivesse desejado uma experiência sexual genital com outra mulher. Se nós ampliamos isso a fim de abarcar muito mais formas de intensidade primária entre mulheres, inclusive o compartilhamento de uma

vida interior mais rica, um vínculo contra a tirania masculina, o dar e receber de apoio prático e político [...] (Adrienne Rich, 2010, pp. 35-36).

Este conjunto permanece ao longo da vida das mulheres e através da história e nos ajuda a entender a abrangência da história e da psicologia feminina que ficou “escondida” como consequência de conceitos mais limitados, e em sua maioria clínicos, de “lesbianismo” (Adrienne Rich, 2010).

Além disso, ao se definir um *continuum* lésbico, o conceito de existência lésbica também é ampliado e aprofundado, sendo possível perceber que o erótico não está confinado a qualquer parte do corpo ou somente no corpo em si mesmo. Considerando a probabilidade de que todas as mulheres existam em um *continuum* lésbico – pode-se pensar até mesmo na mulher idosa que está morrendo e sendo tocada e amparada por mulheres – observa-se a possibilidade de mover-se para dentro ou para fora desse *continuum*, mesmo que nem todas as mulheres se identifiquem como lésbicas. É possível conectar os aspectos de identificação entre as mulheres, como as amigas, as associações de mulheres, entre muitas outras (Adrienne Rich, 2010).

Esta identificação é uma fonte de energia e de poder feminino que, por outro lado, é contido e menosprezado pela instituição da heterossexualidade. Há uma pressão para que ocorra uma dissimulação e uma desintegração da realidade e da visibilidade da paixão entre mulheres e da escolha destas como suas aliadas, companheiras de vida e de comunidade, o que leva a uma perda imensurável do poder de todas as mulheres modificarem as relações sociais entre os sexos e de cada uma se libertar (Adrienne Rich, 2010).

## **2.5. Gênero, lesbianidades e saúde**

As concepções de gênero encontram-se inscritas no processo de socialização e construção da identidade de mulheres e homens, perpassando os mais diferentes aspectos da vida. Como tal, gênero é um elemento constituinte dos sujeitos, orientando os seus modos de pensar, sentir e agir em toda a vida social (Rosana Machin et al., 2011). A literatura mostra vários indicadores psicossociais que afirmam a ideia de gênero como uma construção de fato psicossocial, que influenciará a expressão da saúde mental. As mulheres são mais socializadas do que os homens para internalizarem o estresse, algo que contribui para desencadear transtornos relacionados à ansiedade, depressão e ideação suicida (Cidália Rabasquinho & Henrique Pereira, 2007). No caso dos homens, mais do que um comportamento natural, o distanciamento deles dos serviços de saúde encontra-se intimamente relacionado aos modos de

produção da existência e a uma sociedade alicerçada no processo de divisão sexual do cuidado (Mara Lago & Rita Muller, 2010).

Um exemplo da relação existente entre gênero, sexualidade e saúde pode ser encontrado em alguns achados da literatura acerca da relação entre as mulheres e doenças potencialmente fatais, como câncer e AIDS (Regina Barbosa & Wilza Villela, 1996). Segundo as autoras, as relações de gênero são as responsáveis pelo fato de mulheres, mesmo aquelas que têm algum domínio do conhecimento sobre o vírus HIV, terem dificuldades de implementar o uso do preservativo com o parceiro íntimo e de buscar formas de alterar esse quadro. Desse modo, gênero e sexualidade acabam se articulando para deixar as mulheres em posição de maior vulnerabilidade, estampando de que modo a produção da saúde está profundamente interligada a essas duas esferas (Maria Heilborn, 1997).

No campo da Saúde Coletiva tais concepções generificadas incidem na maneira como os sujeitos se vinculam aos serviços de saúde e nos modos como exercitam as práticas de cuidado (Kátia Souto, 2008; Romeu Gomes, 2008). No contexto institucional, as desigualdades de gênero contribuem para a constituição dos públicos beneficiários das ações ofertadas, em detrimento de outros (Lilia Schraiber et al., 2010). Nesse sentido, constata-se no cenário brasileiro o reconhecimento das mulheres como sujeitos das políticas de saúde (Brasil, Ministério da Saúde, 2004b), mas há uma persistente dificuldade de se inserir a questão da orientação sexual não-heterocentrada nas propostas assistenciais.

O estudo de Ruth McNair e Rachel Bush (2016) constatou que sofrer discriminação e experimentar julgamento negativo foram as barreiras mais comuns enfrentadas por homens homossexuais e mulheres lésbicas, seguidas por falta de sensibilidade LGBTI, ao procurarem os serviços de saúde. A falta de prontidão para buscar ajuda e a necessidade de demonstrar autossuficiência foram características comuns a essa população e cerca de 1/3 dos(as) participantes se mostraram preocupados(as) com uma possível falta de confidencialidade na divulgação de seus dados. A liberdade para ter um profissional de saúde de sua escolha consistiu em um fator facilitador para a busca desses serviços para até 1/3 dos(as) participantes. Além disso, as autoras, assim como Grayce Albuquerque, Jeanderson Parente, Jameson Belém e Cintia Garcia (2016), encontraram que o segundo facilitador para a busca de ajuda mais relatado pelos(as) participantes foi o incentivo para obter apoio de um amigo(a) ou parceiro(a).

Há evidências de que profundas disparidades de saúde ocorrem entre indivíduos homossexuais quando comparados aos heterossexuais. Os estudos mostraram que o assédio e a discriminação baseada na orientação sexual estão associados a maior vulnerabilidade aos distúrbios psicológicos (Gregory Herek, Joseph Gillis, Jeanine Cogan, & Eric Glunt, 1997; Ilan

Meyer, 1995; Robin Lewis et al., 2015). Estudo realizado na Austrália, observou que mulheres lésbicas e bissexuais eram significativamente mais propensas a usar os serviços de saúde do que as heterossexuais, porém, a satisfação das primeiras com esses serviços e a continuidade dos cuidados eram significativamente menores (Tonda Hughes, Laura Szalacha, & Ruth McNair, 2010).

As Unidades de Saúde da Família são vistas como um lugar “de mulheres” e “para mulheres”, que é o maior público recebido ali. Geralmente, as ações do serviço estão relacionadas com os aspectos reprodutivos e a porta de entrada é por conta da maternidade. É comum que a mulher chegue ao serviço pelo fato de algum dos agentes de saúde ter identificado a gravidez dela em uma de suas visitas e a partir daí essa mulher é captada para as outras ações. Percebe-se que o modelo de mulher esperada nas Unidades de Saúde da Família é o seguinte: adulta, mãe e heterossexual. Qualquer mulher que fuja desse padrão é invisibilizada ou passa por serviços que não são adequados para suas demandas particulares (Ana Mello, 2014; Kátia Souto, 2008).

Na maioria das vezes, as mulheres lésbicas passam despercebidas nos serviços de saúde e a identificação de sua orientação sexual não ocorre de forma direta, nas consultas com as mulheres, e sim pela identificação dos outros de características tidas como do gênero masculino, como, “cabelo curto, jeito masculino de andar, tipo de roupa” (p. 21). As mulheres que nem passam por essa identificação estereotipada não são percebidas como lésbicas, ficando ainda mais invisibilizadas e tendo suas demandas particulares não atendidas. Isso valida ideias de que mulheres homossexuais não correm riscos de transmitir DST/AIDS e, por isso, não é necessário realizar orientações específicas sobre prevenção (Ana Mello, 2014; Grayce Albuquerque, Cíntia Garcia, Maria Alves, Cicera Queiroz, & Fernando Adami, 2013; Michelle Cardoso & Luís Ferro, 2012; Regina Barbosa & Regina Facchini, 2009).

Os profissionais não sabem que abordagem utilizar quando identificam uma mulher homo ou bissexual e acabam seguindo o protocolo de atendimento feito para mulheres heterossexuais. Eles não sabem o que fazer, pois não tiveram em sua formação a oportunidade de discutir sobre homossexualidade e sua interface com a saúde. Assim, a produção de materiais informativos e de formação para os profissionais de saúde precisa considerar a diversidade dos discursos. A abordagem utilizada com um profissional que possui atitude de aceitação provavelmente terá que ser diferente daquela utilizada com um profissional que possui um discurso de rejeição ou um discurso mais rígido sobre a questão da homossexualidade. Além disso, os profissionais também precisam ser cuidadosos ao lidar com as categorias de classificação presentes nas mulheres de minorias sexuais, já que o significado das palavras



lésbica ou bissexual, por exemplo, pode não ser o mesmo para a dupla que está na consulta (Ana Mello, 2014; Grayce Albuquerque et al., 2013; Michelle Cardoso & Luís Ferro, 2012; Regina Barbosa & Regina Facchini, 2009).

Mulheres lésbicas, bissexuais e transexuais que participaram de uma pesquisa sobre as experiências de acesso aos serviços de assistência em HIV-aids descreveram múltiplas barreiras ao cuidado e apoio em HIV, incluindo o estigma generalizado, os pressupostos heteronormativos presentes nos serviços de mulheres HIV-positivas e o tratamento discriminatório e desqualificado por parte dos profissionais de saúde. Intervenções que abordem as formas de marginalização que se inter cruzam (estigma sexual, homo/transfobia e estigmas relacionados ao HIV) em normas comunitárias e sociais e na programação e pesquisa em HIV-aids são necessárias para promover a equidade em saúde entre mulheres LGBTI (Carmen Logie, Lana James, Wangari Tharao, & Mona Loutfy, 2012).

Observa-se a urgência em refletir sobre a organização dos serviços de saúde e sobre a formação dos profissionais a fim de se garantir uma escuta qualificada, um respeito maior e um acolhimento adequado a todas as usuárias do sistema público de saúde, de forma que a universalidade do acesso e a integralidade do atendimento também sejam possíveis. É importante que haja um ambiente de apoio e acolhimento em que estas mulheres se sintam seguras o suficiente para revelarem, caso queiram, sua orientação sexual. Os clínicos que são capazes de fornecer tal ambiente podem auxiliar lésbicas e bissexuais a desenvolverem suas habilidades de enfrentamento (Ana Mello, 2014; Deborah Aaron & Tonda Hughes, 2007; Grayce Albuquerque et al., 2016; Tonda Hughes, Timothy Johnson, Sharon Wilsnack, & Laura Szalacha, 2007).

Por outro lado, percebem-se também avanços em programas e políticas públicas para atender as populações marginalizadas, como o programa Brasil sem Homofobia, a Carta de Direitos dos Usuários da Saúde, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e a Política Nacional de Saúde Integral de LGBTI. O obstáculo é que a efetivação destas políticas ainda é vista como algo desafiador. O Estado, portanto, deve garantir o acesso aos direitos à liberdade de expressão, de associação e de reunião pacífica a todos os cidadãos, independentemente do sexo, orientação sexual ou identidade de gênero, e deve assegurar que quaisquer restrições a esses direitos não sejam motivadas por discriminação. A fim de proteger o exercício desses direitos, deve-se prevenir ou efetivamente investigar e punir os atos de violência e intimidação. Ainda, o direito de acesso a instalações, bens e serviços de saúde de maneira não discriminatória, especialmente para populações vulneráveis ou marginalizadas é

uma obrigação imediata e deve ser garantido pelos governos (Grayce Albuquerque et al., 2013; 2016; United Nations Human Rights, 2012).

## **2.6. Violência contra mulheres lésbicas e heterossexuais**

Considerando a população geral brasileira entre 2003 e 2013, o número de vítimas de homicídios do sexo feminino passou de 3937 para 4762, um aumento de 21% nos últimos 10 anos. Esse grande número de mortes representou 13 homicídios femininos diários. Nessa época a população feminina aumentou, passando de 89,8 para 99,8 milhões (crescimento de 11,1%). Percebe-se, assim, que a taxa nacional de homicídios, que em 2003 era de 4,4 por 100 mil mulheres, passou para 4,8 em 2013, com um crescimento de 8,8% na década (Secretaria Especial de Políticas Públicas para as Mulheres, 2015). Ainda que existam leis nacionais que teoricamente deveriam proteger as mulheres, os dados citados colocam o Brasil como um dos países com maiores índices de violências contra as mulheres (Daniela Auad, & Cláudia Lahni, 2013).

Essa violência acomete mulheres de todas as idades, raças, orientações sexuais e classes sociais e é vista como um fenômeno complexo que possui várias vertentes, sendo que a observação de certos eixos (raça e gênero, classe e gênero, geração e gênero, orientação sexual e gênero) é importante para o reconhecimento e para o enfrentamento dos mais variados “tipos” de violência. Por exemplo, ser vista e se enxergar como branca, negra ou indígena; idosa, jovem ou adulta; pertencente à classe alta, média ou baixa; heterossexual, bissexual ou homossexual, podem ser características que estimulam o reconhecimento, as diferenças e/ou a discriminação. Tais características podem ser validadas ou silenciadas e a forma como isso ocorre pode determinar um aumento das desigualdades, mas, por outro lado, também pode contribuir para a construção de uma sociedade mais igualitária e que respeite às diferenças (Daniela Auad, & Cláudia Lahni, 2013).

A criação da Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM), em 2003, foi um marco histórico para a constituição de uma rede de atendimento às mulheres em situação de violência, pois é um passo importante para garantir recursos para implementação de serviços e políticas públicas integradas de enfrentamento à violência contra as mulheres (VCM). Assim, o Estado reconhece a necessidade de haver incentivo à formação de redes compostas por todos os serviços intersetoriais que atendem à mulher em situação de violência, para que elas tenham assegurado um atendimento integral. Com o lançamento do Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, em 2007, consolida-se a importância de se ter uma rede

articulada de atendimento à mulher. Desse modo, a atuação governamental deixa de abarcar apenas o apoio a serviços emergenciais e especializados e campanhas públicas isoladas, evoluindo para uma atuação mais sistêmica e que contempla uma multiplicidade de ações intersetoriais, tais como: “a capacitação de agentes públicos para prevenção e atendimento; a criação de normas e padrões de atendimento; o aperfeiçoamento da legislação; o incentivo à constituição de redes de serviços; o apoio a projetos educativos e culturais de prevenção à violência; e a ampliação do acesso das mulheres à justiça e aos serviços de Segurança Pública” (Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2011, p. 11).

A constituição da rede de enfrentamento à VCM procura dar conta da complexidade desta violência e de seu caráter multidimensional, que abrange diversas áreas, englobando a saúde, educação, segurança pública, assistência social, justiça e cultura, entre outras. Por isso os serviços devem trabalhar a partir de uma visão intersetorial e de forma a estabelecer fluxos de atendimento compatíveis com as realidades locais, contemplando as demandas das mulheres em suas diversidades (Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2011).

De acordo com o artigo 7º da Lei nº 11.340/2006 (2006, para. 13) são formas de violência doméstica e familiar contra a mulher, entre outras: I – a violência física, “entendida como qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal”; II – a violência psicológica, “entendida como qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da autoestima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento [...]”; III – a violência sexual, “entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força [...]”; IV – a violência patrimonial, “entendida como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos [...]”; V – a violência moral, “entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria”.

A violência física é a que mais acomete as mulheres, representando 48,7% dos atendimentos realizados no Sistema Único de Saúde (SUS) em 2014. Incide especialmente nas etapas jovem e adulta da vida da mulher, quando chega a representar quase 60% do total de atendimentos. Em segundo lugar aparece a violência psicológica, presente em 23% dos atendimentos em todas as idades, principalmente da etapa jovem em diante. Em terceiro lugar, a violência sexual, representando 11,9% dos atendimentos, com maior incidência entre as crianças até 11 anos de idade e as adolescentes (correspondendo, respectivamente, a 29% e 24,3% dos atendimentos). A negligência/abandono por parte dos pais ou responsáveis é registrada em 28,3% dos atendimentos de crianças. As taxas elevadas de negligência/abandono são também observadas em idosos (Secretaria Especial de Políticas Públicas para as Mulheres,

2015). Com relação à população LGBTI, as formas de violência mais prevalentes incluem: física (assassinato, espancamento, sequestro, estupro e agressão sexual) e psicológica (ameaça, coerção e privação arbitrária da liberdade) (United Nations Human Rights, 2012).

Em 2013, o Disque Direitos Humanos (Disque 100) registrou 1695 denúncias de 3398 violações relacionadas à população LGBTI no Brasil, envolvendo 1906 vítimas e 2461 casos suspeitos. Os números indicam um quadro grave de violências homofóbicas no Brasil: nesse mesmo ano, foram reportadas, do total de violações diárias, 9,31 violações de direitos humanos de caráter homofóbico. A cada dia 5,22 pessoas foram vítimas de violência homofóbica do total de casos reportados no país. A maior parte das denúncias de violências contra a população LGBTI é relacionada a vítimas do sexo biológico masculino (73%), 16,8% são do sexo biológico feminino e em 10,2% dos casos esse dado não é informado. As violências psicológicas foram as mais reportadas (40,1% do total), seguidas de discriminação (36,4%) e violências físicas (14,4%). Também houve um percentual de negligências significativo (3,6%). Os outros tipos de violação correspondem a 5,5% (Grayce Albuquerque et al., 2016; Secretaria Especial de Direitos Humanos, 2013).

As experiências captadas pelo Disque Defesa Homossexual (DDH) – parceria entre a polícia e grupos de ativistas LGBTI criada em 1999 – e as pesquisas que foram desenvolvidas na última década mostraram que, diferentemente do que ocorre com as dinâmicas de violências de gênero e de racismo (que permitem respostas focalizadas por se caracterizarem como mais homogêneas), a homofobia engloba fenômenos muito diferentes e opera com muitas variáveis, que perpassam desde as discriminações no âmbito doméstico até crimes com fins lucrativos. Assim, é importante que os discursos produzidos pela academia e pelo movimento LGBTI, que informam as diferentes maneiras de se ler e lidar com esses fenômenos, reconheçam essa complexidade e mobilizem demandas particulares para cada tipo de violência cometida (Silvia Ramos & Sérgio Carrara, 2006).

Aproximadamente 20% da população LGBTI dos Estados Unidos sofreu uma violação ou crime contra sua pessoa ou propriedade desde a idade de 18 anos com base na sua orientação sexual. Incluindo-se as tentativas de crimes que não se consumaram, a proporção aumenta para cerca de 25%. O assédio é o tipo consideravelmente mais difundido, com cerca de metade dos adultos das minorias sexuais relatando já terem sofrido abuso verbal em algum momento de sua vida, como consequência de sua orientação sexual. Mais de um adulto em cada 10 já experimentou discriminação em casa ou no emprego por causa de sua orientação sexual (Gregory Herek, 2009).

Estudo encontrou que a vulnerabilidade à angústia tende a melhorar na maioria dos adolescentes LGBTI à medida que atingem a idade adulta. No entanto, os resultados também indicaram que o sofrimento psicológico não pode melhorar se essas vítimas tiverem que lidar com esse desafio por conta própria. As primeiras experiências, particularmente as vivências de vitimização, influenciam o desenvolvimento da juventude LGBTI e afetam o funcionamento psicológico posterior, mesmo com o apoio social. Portanto, para proteger a saúde psicológica dos jovens e adultos jovens LGBTI são necessárias intervenções precoces que visem a reduzir os prejuízos decorrentes da exposição sistemática à violência; essa situação só poderá melhorar quando jovens LGBTI não mais experimentarem vitimização (Michelle Birkett, Michael Newcomb, & Brian Mustanski, 2015).

De acordo com Daniel Borrillo (2010), a forma como a questão da homossexualidade vem sendo problematizada está mudando nas últimas décadas devido à atual preocupação com a violência contra lésbicas e *gays*: ao invés dos trabalhos se focarem no estudo do comportamento homossexual, tratado anteriormente como desviante, a atenção se fixa agora nas razões que fizeram este “qualificativo” ser atribuído a essa forma de sexualidade, como forma de controlar e regular as sexualidades divergentes do padrão heteronormativo. Assim, esse deslocamento do objeto de análise para a homofobia engendra uma mudança epistemológica, pois se trata menos de compreender o funcionamento e origem da homossexualidade e mais de analisar o porquê de a orientação sexual dissidente desencadear tanta hostilidade. Também há uma mudança política, porque o que agora merece uma problematização específica, do ponto de vista político-institucional, é a *questão homofóbica* e não a *questão homossexual*.

A lesbofobia – ou seja, a homofobia voltada para mulheres homossexuais – é marcada por uma especificidade dentro de outra, pois a mulher lésbica é vítima de uma violência particular, dupla, relacionada ao desprezo proveniente do fato de ser tanto mulher (pois o padrão hegemônico é o masculino) como homossexual. Diferentemente do homem *gay*, ela acumula uma dupla discriminação: contra o gênero e contra a (homos)sexualidade. Esta discriminação invisibiliza os aspectos relacionados à identidade sexual e de gênero dessas mulheres (Daniela Auad & Cláudia Lahni, 2013; Daniel Borrillo, 2010).

Historicamente, as lésbicas parecem ter sido menos perseguidas do que os *gays*, porém isto não deve ser interpretado como indício de uma maior tolerância social para com as mulheres homossexuais; pelo contrário, essa indiferença, reflexo da misoginia vigente na sociedade sob dominação masculina, é sinal do enorme desdém pela sexualidade feminina, transformando-a simplesmente em um instrumento do desejo masculino e tornando

impensáveis que relações erótico-afetivas entre mulheres possam existir. Vê-se que “o menosprezo dos homens pela sexualidade feminina – incluindo a da lésbica, considerada como inofensiva – transforma-se em violência quando as mulheres contestam o *status* atribuído a seu sexo, ou seja, quando elas rejeitam ser esposas e mães” (Daniel Borrillo, 2010, p. 49).

Na população feminina de adolescentes lésbicas e bissexuais, 48% já havia se automutilado e 42% já havia tido ideação suicida. Ter sido vítima de *bullying* foi associado significativamente a pensamento suicida e ter sido vítima de agressão sexual mostrou-se relacionado à automutilação. Observou-se também que o comportamento sexual aumenta o risco de autolesão nessa população. Sentir-se triste ou sem esperanças aumenta a probabilidade de automutilação e a vulnerabilidade a pensamentos suicidas (Whitney DeCamp & Nicholas Bakken, 2016).

Outros estudos também encontraram que os tipos de violência de gênero mais comuns são a sexual, a física e a psicológica (Aline Brilhante, Gracyelle Moreira, Luiza Vieira, & Ana Catrib, 2016; Michelle Birkett et al., 2015; Secretaria Especial de Direitos Humanos, 2013), bem como evidenciaram que as mulheres são as que mais sofrem e estão vulneráveis a esses tipos de violência (Aline Brilhante et al., 2016). Os ataques sofridos constituem uma forma de violência baseada no gênero, impulsionada pelo desejo de punir aquelas que são reconhecidas como transgressoras ou que desafiam as normas convencionais de gênero (Eunice Macedo, 2015; United Nations Human Rights, 2012).

A violência que afeta de maneira desproporcional as mulheres está associada também à orientação sexual, o que cria outra disparidade, que se sobrepõe à vulnerabilidade relacionada ao gênero. Assim, de acordo com as pesquisas citadas anteriormente, as mulheres lésbicas e bissexuais enfrentam diversos tipos de violência no cotidiano, estando sujeitas a riscos ainda mais elevados do que as mulheres heterossexuais (Aline Brilhante et al., 2016; United Nations Human Rights, 2012).

Apesar de existirem em vários países políticas públicas de combate à violência de gênero, esta tem se constituído como um sério problema de saúde pública, além de não contemplarem especificidades das mulheres lésbicas e bissexuais. Trata-se de uma demanda que está se modificando nos últimos anos, em função das alterações de ordem social, política, legal e jurídica que afetam as relações de gênero e as trocas interpessoais. Um dos aspectos que favorecem a continuidade da violência é a invisibilidade do problema e o seu sub-registro (Aline Brilhante et al., 2016; Eunice Macedo, 2015).

### **3. JUSTIFICATIVA**

Ampliar a investigação sobre questões relacionadas a gênero e saúde é um tema candente na agenda de pesquisa contemporânea e se torna particularmente relevante devido à necessidade de se reorganizar o sistema de saúde, de modo a atender de forma equânime todos os segmentos da população (Estela Aquino, Greice Menezes, & Marúcia Amoedo, 1992). De acordo com Brian Dodge et al. (2016), ainda há muito o que se perscrutar e conhecer sob a superfície do chamado “estresse de minoria”. Assim, investigar a origem das disparidades de saúde entre indivíduos das chamadas *minorias sexuais* também permite destacar o papel do apoio social e identificar os recursos materiais como fatores moderadores do estresse induzido pelo estigma social.

No estudo de Ruth McNair e Rachel Bush (2016) foram encontradas implicações para os serviços de saúde convencionais decorrentes da pesquisa realizada. As autoras pontuam, em particular, que esses serviços precisam ser sensíveis à população LGBTI. Em primeiro lugar, apenas algumas participantes relataram ter recorrido a serviços específicos LGBTI, buscando, ao invés disso, os serviços tradicionais; em segundo lugar, elas identificaram a necessidade de os serviços convencionais serem mais LGBTI inclusivos. E, finalmente, mais de 2/3 das participantes identificaram a possibilidade de acesso a tais serviços como um fator facilitador da procura por ajuda. No entanto, há evidências de que poucos serviços de saúde realmente oferecem espaços orientados por tais cuidados.

Além disso, para que a ajuda profissional seja efetiva, ainda falta a necessária compreensão abrangente da sexualidade e dos efeitos deletérios da discriminação baseada no gênero e/ou na orientação sexual. Além disso, o apoio social pode deixar de abarcar a amplitude inerente à diversidade das mulheres homossexuais que precisam de ajuda, considerando que pode haver também certa heterogeneidade em meio à aparente homogeneidade desse grupo. Por outro lado, considerando que as experiências de receber suporte social afetam amplamente suas vidas, contribuindo para suprir suas necessidades de saúde mental, disponibilizar cuidados sensíveis à população LGBTI torna-se uma necessidade crítica na atual agenda de saúde (Ruth McNair & Rachel Bush, 2016).

Ademais, Rada Germanos, Rachel Deacon e Julie Mooney-Somers (2015) concluíram que para se desenvolver intervenções de saúde pública que sejam adequadas e eficazes é necessário um envolvimento com as identidades sexuais atuais e perceber a importância social, cultural e local das mesmas. Observa-se que uma pesquisa qualitativa em profundidade ajudaria a identificar futuramente as melhores práticas de aproximação com esse grupo populacional (Ruth McNair & Rachel Bush, 2016).

Apesar de ser reconhecido que a sexualidade é parte constitutiva da experiência humana, raramente ou nunca é incorporada como uma dimensão do cuidado, negando à mulher o direito e a autonomia para escolher e decidir. Ao ser utilizado como categoria analítica para se compreender a agenda de saúde, “o enfoque de gênero orienta essas políticas a reconhecerem as diferenças e desigualdades existentes entre os gêneros e como elas se manifestam nas suas vivências, principalmente no processo de adoecimento e sofrimento” (Kátia Souto, 2008, p. 169).

Maior investimento na qualificação das profissionais nas questões da sexualidade é um dos potenciais benefícios resultantes da presente investigação. Nesse sentido, os resultados esperados podem trazer uma contribuição significativa para a melhor capacitação dos profissionais de saúde, de modo a sensibilizá-los para a necessidade de incluírem questões sexuais na assistência às mulheres com câncer de mama, com foco na inclusão e na humanização do cuidado (Daniela Santos, Manoel Santos, Vanessa Cesnik-Geest, & Elisabeth Vieira, 2016; Elisabeth Vieira et al., 2013).

O Brasil conta com princípios e diretrizes que regulam a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Brasil, Ministério da Saúde, 2004b). Contudo, essa política de saúde não destaca se há necessidades específicas da mulher homossexual. Nesse sentido, este estudo pode trazer subsídios para a proposição de políticas que possam preencher essa lacuna, se existente, e, desse modo, contribuir para a organização de serviços culturalmente sensíveis e receptivos às mulheres lésbicas (The Joint Commission, 2011).

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1. Objetivo geral**

Compreender os significados atribuídos por mulheres lésbicas com câncer de mama e suas companheiras ao adoecimento e suas vivências do tratamento oncológico.

### **4.2. Objetivos específicos**

Como objetivos específicos tem-se: (1) Investigar os significados da neoplasia mamária e como eles são elaborados e reelaborados nas etapas iniciais do tratamento; (2) Compreender os significados atribuídos às vivências dos diferentes tipos de tratamento oncológico: cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia; (3) Investigar que significados são atribuídos



pelas participantes às práticas de cuidado em saúde frente às suas necessidades de saúde, explorando se os(as) profissionais são sensíveis às demandas das mulheres lésbicas.

## **5. MÉTODO**

### **5.1. Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo-exploratório, de corte transversal. A perspectiva da pesquisa qualitativa busca subsidiar a compreensão de significados, sentidos, vivências, experiências, crenças e representações, valorizando diferentes perspectivas da mulher homossexual acometida e tendo em vista seus aspectos biopsicossociais, especialmente a dimensão psicológica e o contexto sócio histórico no qual as participantes vivem suas vidas e significam seu processo saúde-doença-cuidado (Uwe Flick, 2009).

### **5.2. Participantes**

Participaram da pesquisa sete mulheres que se auto identificam como homossexuais, sendo que quatro receberam diagnóstico de câncer de mama e se submeteram a tratamento oncológico e três eram as parceiras íntimas que acompanharam o tratamento de suas namoradas/esposas, independentemente do tempo de união. As participantes foram localizadas a partir de contatos pessoais da pesquisadora. Houveram duas “recusas”, sendo que uma foi a esposa de Nina, que disse para ela que não gostaria de participar da pesquisa, e outra mulher que parou de responder às mensagens e ligações da pesquisadora. Vale ressaltar que a pesquisadora entrou em contato com vários grupos LGBTI e de apoio para pessoas com câncer e também com vários hospitais da cidade, tanto presencialmente quanto por Facebook e e-mail, porém não houve nenhum retorno efetivo nesses casos.

As participantes foram selecionadas a partir dos seguintes critérios de intencionalidade: ter idade igual ou superior a 18 anos, ter sido diagnosticada com câncer de mama (no caso das pacientes) ou ser sua parceira afetiva, estar em condições clínicas para conceder a entrevista e aceitar o convite de participação, ou seja, estar disponível para participar voluntariamente da pesquisa, formalizando sua concordância por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndices A e B).

Foram excluídas as mulheres que apresentassem dificuldades acentuadas de compreensão e comunicação, que possam inviabilizar seu engajamento na situação de entrevista.

### 5.3. Procedimentos investigativos

a) *Formulário de Dados Sociodemográficos*: Trata-se de um formulário contendo dados sociodemográficos e clínicos (Apêndice C).

b) *Critério de Classificação Econômica - Critério Brasil (CCEB)*: Trata-se de um instrumento que tem por propósito caracterizar as participantes em termos de sua posição na pirâmide social. O Critério Brasil é um instrumento padronizado e de acesso aberto, desenvolvido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas (ABEP), com base nos itens de conforto doméstico e nível de escolaridade da pessoa de referência (“chefe de família”). Este critério foi elaborado para delimitar grandes classes que atendam às necessidades de segmentação (considerando o poder aquisitivo) de grande parte das empresas. Porém, como qualquer outro critério, não pode satisfazer todos os usuários em todas as circunstâncias. Por isso, além do CCEB, é importante obter o máximo de informações possíveis sobre os respondentes (ABEP, 2016).

c) *Roteiro de Entrevista Semiestruturado*: Para construção dos dados, serão realizadas entrevistas **narrativas episódicas**, que segundo Uwe Flick (2009) concentram-se na compreensão dos relatos das participantes da pesquisa acerca de fatos, episódios e acontecimentos que se mostram relevantes para a compreensão do fenômeno estudado. Na medida em que tece suas narrativas, a entrevistada constrói, desconstrói e reconstrói sentidos, ao atribuir significados para os acontecimentos de sua vida. Esses significados são únicos e singulares, na medida em que refletem o modo próprio de existir da pessoa que os vivencia. Os roteiros de entrevista semiestruturada encontram-se no Apêndice D (para as pacientes) e no Apêndice E (para as parceiras).

A modalidade de entrevista foi privilegiada, visto que permite maior interação entre entrevistado e entrevistador, favorecendo respostas mais espontâneas e a exploração de assuntos mais complexos (Valdete Boni & Sílvia Quaresma, 2005). O roteiro foi desenvolvido a partir de uma revisão de artigos científicos sobre a temática (Apêndice F), realizada pela pesquisadora, complementado pela experiência do orientador. O roteiro de entrevista semiestruturada contempla questões que buscam circunscrever os significados que as participantes atribuem ao adoecimento por câncer de mama e suas vivências do tratamento oncológico. Foram investigados aspectos relacionados à história do diagnóstico, percepções sobre os relacionamentos passados e atuais, percepções sobre como os serviços de saúde recebem essas mulheres, percepções sobre se a equipe de saúde está capacitada para lidar com

a lesbianidade, benefícios e barreiras relacionados aos serviços de saúde, bem como facilidades e dificuldades para seguir com o tratamento, sugestões para aprimorar o serviço de saúde e planos/perspectivas futuras.

Em síntese, a trajetória da pesquisa é composta de três partes: (1) Dados de identificação/dados sociodemográficos; (2) Entrevista com a mulher acometida; (3) Entrevista com a parceira. Dados clínicos (tratamentos efetuados: cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonoterapia, complicações clínicas, data da realização da cirurgia, tipo de cirurgia, medicamentos utilizados, frequência de retornos ao serviço, estado atual de saúde), foram obtidos através de questões feitas diretamente as participantes.

#### **5.4. Procedimento**

##### *a) Constituição do corpus de pesquisa:*

A pesquisadora teve acesso as participantes e suas parceiras a partir de seus contatos pessoais e depois a partir do grupo de relações dessa (bola de neve). Foi realizado o convite e agendamento da entrevista na residência ou outro local, de acordo com a conveniência da participante. Foram realizadas entrevistas com cada mulher, em separado, com exceção de um casal, Débora e Helena, que compareceram juntas em ambas as entrevistas. Todas as entrevistas foram conduzidas em situação face a face. Inicialmente, foi aplicado o Formulário de Dados Sociodemográficos, seguido do Critério de Classificação Econômica Brasil. Na sequência foram aplicados os roteiros de entrevista semiestruturada. A entrevista foi audiogravada em gravador digital, mediante anuência das participantes. A coleta de dados foi realizada em ambiente preservado, resguardando-se os princípios de conforto e privacidade.

As entrevistas foram alicerçadas nas narrativas acerca do processo de investigação (pré-diagnóstico) e descoberta da doença; nas mudanças ocorridas na vida após o diagnóstico e durante o tratamento oncológico e nos significados atribuídos ao adoecimento e ao tratamento por câncer, entendendo que esses significados são continuamente elaborados e reconfigurados no decorrer do tratamento, em função das diferentes experiências e vivências das participantes.

Preliminarmente, a pesquisadora entrou em contato pessoal com as mulheres elegíveis, explicando os objetivos da pesquisa e solicitando sua colaboração. Havendo anuência por parte da paciente, a pesquisadora entrou em contato e agendou um encontro de acordo com a conveniência da participante. Nessa ocasião foi agendada a entrevista com a parceira.

##### *b) Procedimentos utilizados para análise do corpus:*

No processo de análise uma atenção especial foi dada aos significados atribuídos às práticas de cuidado em saúde frente às necessidades de saúde específicas que as mulheres homossexuais apresentam. A inquietação que move essa investigação é conhecer as vivências da mulher homossexual na assistência oncológica, discutindo sua (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero.

As entrevistas tiveram duração entre 77 minutos e 331 minutos, sendo audiogravadas e posteriormente transcritas e analisadas na perspectiva da análise de conteúdo temático indutivo (Virginia Braun & Victoria Clark, 2006). Foram realizadas leituras exaustivas do material transcrito, possibilitando a identificação de categorias temáticas e unidades de significado que subsidiarão a interpretação dos dados e a construção dos resultados. Assim, após análise dos dados, os resultados foram sistematizados nas categorias temáticas e interpretados com base no referencial teórico adotado, desvelando os significados e dimensões do câncer de mama e do tratamento oncológico na perspectiva da mulher homossexual e de sua parceira.

Será utilizada a perspectiva da análise de gênero, aplicada ao cenário da saúde e do adoecer por câncer (Antonia Xavier, Márcia Ataíde, Francisco Pereira, & Velma Nascimento, 2010), considerada necessária devido à forma pouco crítica e a-histórica como se tem pensado o “sujeito universal do cuidado” no sistema único de saúde (SUS) nos discursos de profissionais e usuários dos serviços hospitalares (Mara Lago & Rita Muller, 2010).

*c) Passo a passo da análise de conteúdo temática indutiva (Virginia Braun & Victoria Clark, 2006):*

*O que é análise temática?*

A análise temática é um método para identificar, analisar e reportar padrões (temas) dentro dos dados da pesquisa. Ela organiza e descreve minuciosamente seu conjunto de dados em detalhes. Há um papel ativo que o pesquisador sempre desempenha nessa análise, durante a identificação de padrões ou temas, selecionando quais são de interesse e relatando-os aos leitores.

Essa análise não está ligada a nenhuma estrutura teórica pré-existente, e por isso pode ser usada em conjunto com diferentes estruturas teóricas (embora não todas), e pode ser usada de maneiras diferentes dentro delas. A análise temática pode ser um método que trabalhe tanto para refletir a realidade, como para remover ou desvendar a superfície da "realidade". No entanto, é importante que a posição teórica de uma análise temática seja esclarecida, pois isso muitas vezes não é informado. Qualquer estrutura teórica traz consigo uma série de suposições

sobre a natureza dos dados, o que eles representam em termos de "o mundo", de "realidade" e assim por diante. Uma boa análise temática tornará essas questões transparentes.

#### *O que conta como um tema?*

Um tema capta algo importante sobre os dados em relação à questão de pesquisa e representa algum nível de resposta padronizada ou significado dentro do conjunto de dados. Uma questão importante a ser abordada em termos de codificação é o que conta como um padrão/tema ou que "tamanho" um tema precisa ter? Trata-se de uma questão de prevalência tanto em termos de espaço dentro de cada item de dados como de prevalência em todo o conjunto de dados. Idealmente, haverá um número de exemplos do tema em todo o conjunto de dados, mas mais exemplos não significam necessariamente que o tema em si é mais importante. Como esta é uma análise qualitativa, não há nenhuma resposta rigorosa e rápida para a questão de qual é a proporção que o conjunto de dados precisa exibir de evidências do tema para que ele possa ser considerado realmente um tema.

Um tema pode ter um espaço considerável em alguns dos itens dos dados, e pouco ou nenhum em outros, ou pode aparecer em muito pouco do conjunto de dados. Portanto o julgamento do pesquisador vai ser necessário para determinar o que é um tema. A orientação inicial das autoras com relação a isso é que o pesquisador mantenha alguma flexibilidade e que regras rígidas não funcionam. Além disso, a "clareza" de um tema não depende necessariamente de medidas quantificáveis, mas, como dito no início, de capturar algo importante em relação à questão de pesquisa geral.

Também não há nenhum método certo ou errado para determinar a prevalência. Parte da flexibilidade da análise temática é que ela permite que o pesquisador determine temas (e a prevalência) de várias maneiras. O importante é que o pesquisador seja consistente em como ele faz isso dentro de qualquer análise em particular.

#### *Tipos de análises: indutiva*

Uma abordagem indutiva significa que os temas identificados estão fortemente ligados aos próprios dados (Patton, 1990, citado por Virginia Braun & Victoria Clark, 2006). Nessa abordagem, se os dados foram coletados especificamente para a pesquisa (por exemplo, através de entrevista), os temas identificados podem ter pouca relação com a pergunta específica que foram feitas aos participantes. Eles também não seriam impulsionados pelo interesse teórico do pesquisador na área ou tópico. A análise indutiva é, portanto, um processo de codificação dos dados sem tentar encaixá-lo em um quadro de codificação pré-existente ou de preconceitos

analíticos do pesquisador. No entanto, é importante notar, como discutimos anteriormente, que os pesquisadores não podem se libertar de seus compromissos teóricos e epistemológicos. A escolha por delineamentos indutivos vai em direção a como e por que o pesquisador está codificando os dados também. Ele opta pela indutiva pois a questão de pesquisa específica pode evoluir através do processo de codificação.

É importante destacar que a análise indutiva não é a única possível e que as autoras explicam outras “abordagens”: análise teórica/dedutiva, abordagem semântica, abordagem latente, paradigma realista/essencialista e paradigma construcionista.

#### *As particularidades da pesquisa qualitativa*

Primeiramente, há a pergunta ou as perguntas globais da pesquisa que conduzem o projeto. Uma questão de pesquisa pode ser muito ampla (e exploratória) ou mais restrita. Essas perguntas restritas podem ser parte de uma pesquisa mais ampla e, se for o caso, as análises que elas informam também fornecerão respostas para a questão global de pesquisa. Embora todos os projetos sejam guiados por questões de pesquisa, estas também podem ser refinadas à medida que o projeto progride. Em segundo lugar, se os dados das entrevistas ou grupos focais foram coletados, há as perguntas que os participantes responderam. Por fim, há as perguntas que orientam a codificação e a análise dos dados. Não há nenhuma relação necessária entre estas três questões, e na realidade, muitas vezes é desejável que haja uma distinção entre elas. As autoras contam que um dos piores exemplos de análises temáticas que elas já viram usou as questões feitas aos participantes como temas identificados na análise, porém elas explicam que dessa forma não foi feita análise nenhuma.

Resumindo, a análise temática envolve uma busca através de um conjunto de dados – quer seja um número de entrevistas ou grupos focais ou uma série de textos – para encontrar repetidos padrões de significado. A forma exata e o produto da análise temática variam, como indicado acima, e por isso é importante que as questões descritas anteriormente sejam consideradas antes e durante as análises temáticas. O importante é que o produto final contenha uma parte – não necessariamente muito detalhada – do que foi feito e por quê.

#### *Fazendo análise temática: um guia passo a passo*

A análise envolve um constante movimento de trás para a frente entre todo o conjunto de dados, os extratos codificados de dados que o pesquisador está analisando e a análise dos dados que ele está produzindo. A escrita é parte integrante da análise, não algo que ocorre no final, como acontece com as análises estatísticas. Portanto, a escrita deve começar na primeira

fase, com a descrição de ideias e esquemas de codificação em potencial, e prosseguir por todo o processo de codificação e análise.

Existem diferentes posições sobre quando o pesquisador deve se engajar na literatura relevante para a sua análise. Portanto, não há uma maneira certa de se prosseguir com a leitura, para a análise temática, embora uma abordagem mais indutiva seria reforçada por não se engajar com a literatura nos estágios iniciais da análise, enquanto uma abordagem teórica requer engajamento com a literatura antes da análise.

É importante reconhecer que as diretrizes da análise qualitativa são exatamente isso - não são regras e, seguindo os preceitos básicos, será necessária flexibilidade para se adequar às perguntas e dados da pesquisa (Patton, 1990, citado por Virginia Braun & Victoria Clark, 2006). Além disso, a análise não é um processo linear onde simplesmente passa-se de uma fase para outra. Em vez disso, é um processo mais recursivo, onde o pesquisador se move para frente e para trás conforme necessário, ao longo das fases. É também um processo que se desenvolve ao longo do tempo (Ely et al., 1997, citado por Virginia Braun & Victoria Clark, 2006) e não deve ser apressado.

As autoras propõem um guia de seis passos para a análise temática, conforme indicado na tabela abaixo:

**Tabela 1.** *Passos metodológicos para elaborar a análise temática.*

<b>Passos</b>	<b>Descrição do Processo</b>
1. Familiarizar-se com os seus dados	Transcrever os dados (se necessário), ler e reler os mesmos, anotando as idéias iniciais.
2. Geração de códigos iniciais	Codificação de características interessantes dos dados de forma sistemática em todo o conjunto deles, agrupamento dos dados relevantes para cada código.
3. Procurar temas	Agrupar códigos em temas potenciais, reunindo todos os dados relevantes para cada tema em potencial.
4. Revisão de temas	Verificação dos temas de trabalho em relação aos estratos codificados (nível 1) e todo o conjunto de dados (nível 2), gerando um "mapa" temático da análise.
5. Definição e nomeação de temas	Análise contínua para refinar as especificidades de cada tema e a história geral que a análise conta, gerando definições e nomes claros para cada tema.
6. Produzindo o relatório	A última oportunidade de análise, seleção de exemplos de extratos vivos e convincentes, análise final dos extratos selecionados, relacionando a análise passada com a questão de pesquisa e a literatura, produzindo um relatório acadêmico da análise.

## **5.5. Considerações éticas**

As implicações ético-políticas do presente estudo são salientes, principalmente quando se considera a invisibilidade e vulnerabilidade psicossocial a que as mulheres lésbicas estão

submetidas em um ambiente de desigualdades persistentes e violações sistemáticas aos direitos sociais das minorias sexuais.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP), CAAE nº 65391517.4.0000.5407 (Anexo 1), seguindo-se os procedimentos éticos de respeito as voluntárias e a instituição, de acordo com a Resolução nº 466/12 sobre pesquisa envolvendo seres humanos (Brasil: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2012) e do Conselho Federal de Psicologia (nº 016/2000, de 20/12/2000).

A participação na pesquisa foi voluntária e precedida por informações e esclarecimentos às participantes sobre os objetivos e procedimentos do estudo. As participantes formalizaram sua participação por meio da assinatura do TCLE (Apêndices A e B), no qual declararam ter ciência da liberdade para participação ou não do estudo, da possibilidade de desistência e retirada do consentimento em qualquer etapa da pesquisa e do cuidado com a preservação da identidade das participantes no decorrer da pesquisa e na divulgação científica (Hildegard Giostri, 2003). Considerando o aspecto sensível do objeto de estudo, a pesquisadora se colocou à disposição para oferecer suporte e acolhimento psicológico às participantes que dela necessitarem, caso sejam mobilizados conflitos por este estudo. Além disso, caso seja identificada demanda para atendimento psicológico no processo de investigação e a participante não esteja em acompanhamento sistemático, será realizado encaminhamento para o serviço de psicologia da clínica do Centro de Psicologia Aplicada.

Com vistas a garantir o anonimato das entrevistadas, seus nomes serão substituídos por nomes fictícios escolhidos, em sua maioria, pelas próprias participantes.

## **6. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **6.1. Contextualização das entrevistas**

*a) Débora: 13/11/2017, 18h*

Meu orientador, por meio de sua rede pessoal, conseguiu o número do celular de Débora. Depois de concedida a permissão para o contato, o orientador explicou a pesquisa para ela através do aplicativo WhatsApp. Com a concordância de Débora, e sabendo que a pesquisadora e o orientador estariam presentes naquele momento, foi combinado que a entrevista seria feita no dia 13 de novembro, as 18 horas, pelo programa Skype. Na data combinada, entramos (pesquisadora e orientador) no aplicativo e adicionamos o e-mail que Débora havia passado.



Primeiramente eu estranhei um pouco porque o nome da pessoa do e-mail não era o dela, mas depois percebi que era o e-mail de sua companheira. Débora não entra no aplicativo e mandamos uma mensagem para saber se havia algum problema. Ela explica que estava voltando de uma consulta médica que havia atrasado. Iniciamos a entrevista em torno das 19 horas. Quando vi Débora ela me pareceu bem mais jovem do que a idade que tinha. Ela se dizia tímida e prolixa, mas não me passou isso durante sua fala na entrevista, ela me parecia comunicativa. Sua companheira ficou com ela durante a entrevista e era possível ver que em vários momentos elas compartilhavam um fone de ouvido para que ambas pudessem ouvir a conversa. Ela também complementou algumas falas de Débora, mas sem ser invasiva, e foi possível vê-la fazendo alguns carinhos na parceira. Achei Débora muito participativa durante toda a entrevista, ela não pareceu desconfortável durante nenhuma pergunta e respondeu a tudo com bastante detalhes. Apenas mais para o final que achei que ela foi parecendo mais cansada, porém continuando a responder tudo com bastante engajamento. Pensei que uma entrevista por Skype fosse ser bastante desconfortável, mas me senti muito à vontade nesta, emocionando-me com vários relatos de Débora e me sentindo muito enriquecida por poder ouvi-la. Ao final da entrevista, perguntamos sobre a possibilidade da namorada de Débora também participar da pesquisa. Ela responde que vai conversar com a companheira, mas que acredita que ela não terá problema algum em participar. A duração da entrevista foi de 3 horas, 7 minutos e 21 segundos e a transcrição dela gerou 31 páginas.

*b) Nina: 15/11/2017, 10h*

Esta participante também foi encontrada por meio da rede pessoal do orientador. O mesmo, depois de permitido por Nina que o contato ocorresse, explicou pelo aplicativo WhatsApp sobre o que era a pesquisa. Nina concordou em participar, sabendo que a entrevista seria realizada pela pesquisadora e pelo orientador. Foi combinado que o encontro ocorreria em uma padaria da cidade, de acordo com a preferência da participante. No dia marcado, a mesma chegou pontualmente e quando fui cumprimentá-la reparo em uma cicatriz próxima ao seu ombro, que imagino ser da mastectomia. Na padaria havia música ao vivo e decidimos (Nina, pesquisadora e orientador) nos sentar para ver aonde poderíamos realizar a entrevista. Nina parece estar bastante relaxada e tranquila. Ela pergunta sobre qual é o objetivo da pesquisa e de que forma eu pretendo analisar os dados que eu conseguir. Eu respondo às perguntas dela de acordo com o que está previsto no relatório de pesquisa, porém tentando não ser “mecânica” e usando um vocabulário menos acadêmico e com menos jargões. Nina me pergunta, então, de

que forma os meus achados poderão chegar aos serviços de saúde e explica que ela é terapeuta ocupacional e por isso sempre pensa muito em como as coisas podem se realizar na prática. Eu explico que o meu trabalho é, de fato, teórico, mas que o acesso a ele e aos artigos que poderão vir dele é público e que os serviços de saúde poderão ter acesso a isso. A participante confirma essa informação comigo mais uma vez e diz que tudo bem, parecendo concordar com essa forma de “divulgação” para os serviços. Pergunto se ela gostaria de fazer a entrevista proposta e ela diz que sim. Escolhemos outro local para realizarmos a entrevista e Nina pega alguns pães de queijo antes de sairmos, dizendo que não pode ficar muito tempo sem comer. Apesar disso, vejo que ela não come nenhum durante a entrevista e apenas comenta que comeu um no caminho, algo que me deixa um pouco angustiada. Chegando ao novo local, acomodamo-nos e iniciamos a entrevista. Achei que Nina respondeu a tudo com muitos detalhes e disposição, parecendo interessada em compartilhar sua história conosco (orientador e pesquisadora) e não pareceu que teve algum assunto que a incomodou ou que ela não quisesse conversar sobre. Por outro lado, ela relatou dores musculares perto do local aonde havia feito a mastectomia, mas seguiu a entrevista dizendo que isso não tinha problema. Sua esposa ligou para ela algumas vezes, mas Nina demorou para perceber e só depois respondeu que ainda estava na entrevista, dizendo para nós que havia avisado a esposa sobre o compromisso, mas que ela se preocupa quando Nina demora. Para mim, foi uma experiência incrível entrevistar alguém com tanto conteúdo para passar adiante, emocionei-me em diversos momentos e me senti acolhida por Nina, como se estivéssemos tendo uma conversa quase que casual. A duração da entrevista foi de 5 horas, 31 minutos e 2 segundos, gerando 63 páginas de transcrição.

*Nina: 04/05/2018, 18h (Devolutiva)*

Em março deste ano, entro em contato com Nina pelo aplicativo WhatsApp. Primeiramente, peço desculpas pela demora em contata-la novamente e pergunto se ela tinha conseguido falar com a esposa sobre a participação na pesquisa. Ela disse que iria falar com a companheira e me perguntou se podia ter acesso ao material que eu havia analisado. Eu disse que ainda não havia terminado a dissertação, mas que poderíamos marcar uma devolutiva. Tentamos marcar algumas vezes pelo WhatsApp, mas não estávamos conseguindo encontrar um dia para nos encontrarmos. Como a comunicação pelo WhatsApp não estava parecendo muito “fluida”, ligo para Nina para combinar a devolutiva. Ligo algumas vezes, mas Nina não pôde me atender, explicando que estava com muitos compromissos nestes últimos dias. Depois de algum tempo, Nina me manda uma mensagem avisando que sua esposa não gostaria de participar da pesquisa e que achava que poderíamos marcar a devolutiva em uma sexta-feira.

Ligo novamente para ela e conseguimos conversar. Marcamos nosso encontro para o dia 04/05, uma sexta-feira, as 18h, em uma cafeteria que Nina havia sugerido. Quando chego no local combinado, Nina já está me esperando. Ao me aproximar de sua mesa, vejo que ela trouxe o termo de consentimento com algumas partes destacadas. Fico preocupada se vou conseguir atingir as expectativas que Nina tem para esta devolutiva. Iniciamos nossa conversa e Nina começa a me perguntar sobre aspectos do termo de consentimento que, depois de uma leitura mais atenta, ficaram um pouco claros para ela. Nina pergunta o que eu quero dizer com sentidos e vivências e eu explico que gostaria de saber como as mulheres que eu entrevistei significam e ressignificam o tratamento de câncer vivido por elas ou pelas parceiras. Ela também me pergunta que período eu abarco ao falar de “tratamento do câncer”, pois, para ela, isto se refere mais a quimioterapia e radioterapia. Eu explico que gostaria de saber desde o diagnóstico até quando a hormonioterapia começou ou deixou de ser considerada. Nina faz mais algumas perguntas sobre questões do termo de consentimento e depois começamos a conversar sobre os possíveis desdobramentos da minha pesquisa, como ela poderia chegar aos serviços de saúde, a importância da temática, entre outros. Nina me fez refletir muito durante nossa conversa, permitindo que eu pudesse olhar para aspectos que vão além da minha pesquisa. Apesar de eu ter ficado um tanto receosa no começo, a devolutiva seguiu muito tranquila, senti-me bastante confortável conversando com Nina, muito bem recebida mesmo depois do longo afastamento e que os laços que havíamos construído no ano passado permaneceram firmes. A devolutiva durou em torno de 1 hora e 30 minutos.

*c) Helena: 01/12/2017, 20h*

Débora confirmou comigo por WhatsApp que sua namorada havia concordado em participar da pesquisa. Falo com ela pelo Skype, através do e-mail que estávamos usando para fazer a ligação e falo um pouco sobre como seria a entrevista, que participaríamos eu e meu orientador e depois confirmo com Helena o interesse dela em participar. Ela responde que sim e marcamos para o dia 01/12, as 20h. Faríamos a entrevista pelo programa Skype e nos conectamos (pesquisadora e orientador) em torno das 8 horas da noite, como combinado. Perguntamos se elas já estavam lá e se poderíamos começar a entrevista. Como não houve resposta, esperamos um pouco para a próxima tentativa. Tentamos chamá-las mais uma vez, mandamos mensagem para Débora através do WhatsApp, mas não obtivemos resposta. Ficamos esperando até por volta das 10 horas da noite, mas não foi feito nenhum contato. Deixei uma mensagem para Helena no Skype dizendo que tínhamos esperado ela e que imaginava que algum imprevisto tinha acontecido. Disse também que esperava que nada sério tivesse

acontecido nem com ela e nem com Débora e que esperava que pudéssemos marcar um outro dia para nossa entrevista. No dia seguinte, Helena responde a minha mensagem dizendo que Débora tinha passado mal na noite anterior e que as duas estavam no hospital e, sem internet, não conseguiram realizar a entrevista e nem nos avisar do ocorrido. Combinamos um novo dia para entrevista, seria na próxima sexta, 8 de dezembro, as 7 horas da noite.

*Helena: 08/12/2017, 19h*

Conectamos (pesquisadora e orientador) o Skype por volta das 7 horas da noite, conforme combinado. Helena logo nos respondeu, dizendo que poderíamos iniciar a entrevista. Ao tentarmos fazer a ligação para ela estávamos apenas conseguindo ouvir o áudio, mas não ver a imagem, enquanto que ela conseguia nos ver e ouvir. Helena explicou que estava no Skype pelo celular e que provavelmente sua câmera estava com defeito. Ficamos conectando e desconectando várias vezes para ver se a imagem delas funcionava, porém nada mudou. Helena disse que ia tentar usar o Skype pelo computador, e como ficar conectando e desconectando não estava adiantando, ela perguntou se não podíamos fazer a entrevista só com o áudio enquanto ela arrumava o computador. Dissemos que tudo bem e começamos a entrevista assim. Eu senti bastante dificuldade em fazer uma entrevista sem poder olhar para a pessoa com a qual estou falando, não sabia exatamente como me movimentar, não sabia quais eram as deixas da pessoa, se ela tinha entendido o que eu tinha falado, se ela tinha encerrado sua própria fala. Foi bastante desconfortável, porém foi um alívio que em menos de dois minutos ela já tinha conseguido conectar o Skype no computador e pudemos seguir a entrevista com a imagem também. Senti que Helena estava um pouco mais tímida para responder as perguntas da entrevista, porém mesmo assim ela respondeu a praticamente tudo o que foi perguntado da maneira mais completa que pôde e me pareceu bastante interessada em colaborar com o trabalho. Durante toda a entrevista, Débora esteve junto dela e, assim como na primeira entrevista feita, as duas compartilhavam um mesmo fone de ouvido e estavam juntas no mesmo local. Durante vários momentos da entrevista Helena olhava para Débora parecendo que estava esperando que ela respondesse ou complementasse as perguntas que eram feitas a ela e Débora de fato complementou mesmo várias perguntas ou até iniciava a resposta delas quando Helena parecia um pouco mais hesitante em respondê-las. Débora parecia mais confortável em uma certa posição de quem guia a entrevista, enquanto que Helena muitas vezes olhava para ela como se procurando a confirmação ou, como já foi dito, uma complementação daquela resposta. Por outro lado, achei que essa dinâmica particular desse casal não interferiu de forma alguma na entrevista concedida, pelo contrário, achei que a experiência que ambas puderam

compartilhar conosco foi extremamente rica e de muito conteúdo. Durante nossos agradecimentos as duas foram se aproximando e unindo suas cabeças uma com a outra de uma forma carinhosa. A entrevista durou 3 horas, 8 minutos e 11 segundos e gerou 30 páginas de transcrição.

*d) Yele: 16/04/2018, 10h*

A indicação de Yele se deu por meio de uma profissional de saúde que trabalha junto comigo. Eu fui pedir alguma direção de como eu poderia encontrar participantes para a minha pesquisa e ela me passou o contato de Yele, dizendo que ela era abertamente homossexual e por isso que estava me dando o número dela. O número que eu recebi não completava a chamada e, como eu conhecia o nome completo de Yele, procurei seu perfil no Facebook, adicionei ela e apresentei-me por mensagem, perguntando se ela poderia passar seu telefone para conversarmos melhor. Yele me respondeu em pouco tempo, já me passando seu celular e dizendo que eu poderia ligar para ela sem problemas. Então, liguei para a participante e ela atendeu rapidamente. Expliquei sobre a minha pesquisa e a convidei para participar. Yele aceitou de prontidão. Marcamos a entrevista para o dia 16/04, as 10h, no local de trabalho de Yele. Quando cheguei ao trabalho dela, no dia combinado, Yele me recebeu de uma forma muito calorosa e já me direcionou para um local aonde poderíamos fazer a entrevista. Havia um rádio lá e ela abaixou o som, dizendo que, do contrário, iria prejudicar a gravação. Yele respondeu a todas as minhas perguntas de forma desinibida e com um tom mais alegre do que triste. Ela me passou a imagem de ser uma pessoa muito divertida, carinhosa e esforçada. Durante toda a entrevista me senti muito confortável com ela e ao final, falei sobre a possibilidade da namorada de Yele participar da pesquisa, caso ambas aceitem a proposta. Yele disse que por ela não haveria problema nenhum, que conversaria com a companheira e depois me passaria seu número. A entrevista durou 1 hora, 17 minutos e 15 segundos e gerou 15 páginas de transcrição.

*e) Frida: 16/04/2018, 15h*

A indicação de Frida foi feita por uma médica com a qual eu consulto e que trabalha junto dela. Esta médica conversou com Frida antes, para saber se ela permitia que o número dela fosse passado para mim. Frida permitiu e iniciei com ela uma conversa pelo WhatsApp. Expliquei para ela quem eu era e contei sobre a minha pesquisa. Frida aceitou participar e tentamos marcar um dia pelo WhatsApp. Na primeira tentativa, Frida precisou desmarcar pois descobriu que iria ter uma reunião de trabalho naquele mesmo dia. Tentamos mais algumas

vezes por WhatsApp, mas eu senti novamente que a conversa não era “fluida”. Assim, liguei para Frida, expliquei novamente quem eu era, falei sobre a pesquisa e perguntei novamente se ela gostaria de participar. Frida confirma o interesse e marcamos a entrevista para o dia 16/04, as 15h, em seu local de trabalho. Pensei que seria difícil achar Frida em seu emprego, mas todas as instruções que recebi foram bem claras e logo eu estava em seu posto de trabalho. Apresentei-me novamente e Frida disse que poderíamos realizar a entrevista em uma sala do serviço que não estava sendo utilizada. Durante a entrevista, senti que Frida respondeu a todos os meus questionamentos com muito empenho, falando sobre suas vivências sem receios e compartilhando vários momentos de sua vida. Ela me pareceu uma pessoa muito determinada, inclusive. Senti-me também muito acolhida por ela, que disponibilizou um horário dentro do seu serviço para conversar comigo, além de encontrar uma sala que não estava sendo usada para que nós pudéssemos ficar mais confortáveis. Ao final, pergunto para Frida, caso ela concorde, se poderia conversar com sua companheira e questionar se ela gostaria de participar da minha pesquisa. Frida disse que conversaria sim e que acreditava que a companheira iria aceitar sem problemas. A entrevista durou 1 hora, 19 minutos e 24 segundos e gerou 16 páginas de transcrição.

*f) Marília: 07/05/2018, 14h*

Primeiramente, Frida confirmou comigo por WhatsApp que sua esposa havia concordado em participar da entrevista e depois me passou o número de telefone de Marília. Liguei para ela no dia seguinte, apresentei-me e expliquei sobre minha pesquisa. Marília aceitou participar de imediato e inclusive se dispôs a me encontrar na faculdade para realizarmos a entrevista, o que achei muito generoso da parte dela. No dia marcado, Marília chegou com antecedência para nosso encontro. Durante a entrevista, senti que ela estava muito à vontade para me contar sobre suas vivências pessoais e sobre suas impressões do tratamento do câncer de Frida, bem como sobre o relacionamento entre as duas. Marília também respondeu à todas as questões que fiz com muito empenho e acredito que todos esses aspectos fizeram com que eu também me sentisse à vontade para conduzir a entrevista e tirar minhas dúvidas com ela. No final da entrevista, Marília comentou que gosta de participar de pesquisas, que acha importante colaborar e que achava essa minha pesquisa muito relevante. Esses comentários me deixaram mais confiante de que eu estava de fato pesquisando uma temática que poderia trazer benefícios para a população. Alguns dias depois de nosso encontro, Marília me pediu, por WhatsApp, uma cópia de minha pesquisa finalizada. Eu disse que enviaria uma cópia para ela sim, mas que ainda iria demorar aproximadamente um ano para eu finalizar o trabalho e ela respondeu que

não havia problema. A entrevista durou 1 hora, 27 minutos e 32 segundos e gerou 20 páginas de transcrição.

*g) Fernanda: 09/05/2018, 16h30*

Depois que Yele me confirmou que Fernanda aceitou participar da pesquisa, entrei em contato com a mesma pelo WhatsApp. Apresentei-me e perguntei se ela preferiria que eu ligasse para ela para conversarmos ou se preferiria que eu mandasse mensagens. Como Fernanda foi me respondendo e conversando comigo pelo aplicativo, senti que ela estava confortável dessa forma. Ela me pareceu muito prestativa e logo me informou qual dia e horário ela teria disponível já nessa mesma semana, além de ceder seu local de trabalho para realizarmos a entrevista. No dia, cheguei um pouco antes de Fernanda em sua empresa e fui muito bem recebida pelos funcionários que estavam lá. Quando ela chegou precisou atender um cliente primeiro (foi um atendimento rápido) e depois fomos para o escritório dela. Durante a entrevista, ela se mostrou muito disposta a responder todas as minhas perguntas da forma mais completa possível. Mesmo que ela e Yele estivessem namorando há poucas semanas, Fernanda me contou detalhadamente sobre como o relacionamento delas começou e pôde me passar seu ponto de vista sobre o câncer de mama de Yele. Além disso, ela trouxe experiências de seu passado que foram muito ricas para mim enquanto pessoa e pesquisadora. Ficamos conversando até depois do expediente dela, sendo que Fernanda também se dispôs a fechar a empresa sozinha quando terminássemos. Em momento nenhum senti que ela estava apressada para finalizar a entrevista. Pelo contrário, senti-me bastante acolhida durante todo o tempo que passei na empresa de Fernanda e com a impressão de que ela realmente queria me ajudar com a pesquisa. A entrevista durou 1 hora, 42 minutos e 16 segundos e gerou 17 páginas de transcrição.

## **6.2. Caracterização das colaboradoras**

A Tabela 2 apresenta alguns dados sociodemográficos das participantes desta pesquisa.

**Tabela 2.** *Características sociodemográficas das participantes*

Ref.	Casal (nomes fictícios)	Idade (anos)	Tempo de união	Situação ocupacional	Escolaridade*	Renda familiar	CCEB**
1	Débora	37	1 ano	Operadora de produção e <i>bartender</i>	ES Completo	R\$ 3000	B2
	Helena	22		Estudante de direito	ES Incompleto (cursando)		
2	Nina	53	30 anos	Terapeuta ocupacional	ES Completo	***	***
	Érika	57		Terapeuta ocupacional	ES Completo		
3	Yele	38	6 meses	Barbeira	ES Completo	R\$ 2000 à R\$ 3000	B1
	Fernanda	43		Química	ES Completo	R\$ 10000	A
4	Frida	51	13 anos	Oficial administrativa	EM Completo	R\$ 3000 à R\$ 3500	B1
	Marília	59		Professora universitária	ES Completo	R\$ 13000	A

\*EM: Ensino Médio; ES: Ensino Superior

\*\*Critério de Classificação Econômica Brasil

\*\*\*Dados que não foram obtidos

Débora tem 37 anos e Helena tem 22. Elas estão juntas há aproximadamente 1 ano, moram juntas também e nunca esconderam o fato de serem namoradas. Ambas residem em uma cidade próxima a São Paulo. Débora terminou o ensino superior e Helena está na graduação, cursando direito. Elas se conheceram na faculdade, sendo que as duas estavam na mesma sala do curso de direito. Ambas trabalham em uma mesma empresa e juntas totalizam uma renda mensal de 3000 reais. Débora apresenta-se como operadora de produção e *bartender* e Helena como estudante de direito. De acordo com o Critério de Classificação Econômica Brasil, elas se encontram na classe B2. Débora conta que a mãe e a avó de Helena no começo tinham receio do relacionamento, mas que atualmente elas aceitaram o namoro e tratam Débora como nora mesmo. Por outro lado, a família de Débora sempre aceitou o relacionamento das duas.

Ainda sobre a família, Débora falou que até os 25 anos morou com sua mãe (hoje com 60 anos) e que tem mais duas irmãs (de 39 e 35 anos) e um irmão de 34 anos, além das sobrinhas. Seus pais se separaram quando Débora era adolescente e ela relatou que a relação com o pai não era muito boa, pois ele era uma pessoa violenta. Seu pai faleceu em 2016. Ainda, Débora explicou que quando ela contou para sua família sobre sua orientação, sua irmã mais velha, o irmão mais novo e o pai aceitaram, mas sua mãe e a outra irmã não. Por outro lado, Débora



contou que hoje tem um relacionamento bom com todos e que, em termos religiosos, acredita em Deus, mas não segue nenhuma religião específica. Além disso, Débora disse que gosta de se vestir bem, que se preocupa com a questão do estilo, enquanto que Helena não liga tanto para isso e entende mais de computador, gosta de ler quadrinhos, de Harry Potter e Star Wars.

Helena explicou que quando conheceu Débora ela já tinha passado pelo tratamento do câncer de mama e que é a metástase pulmonar de Débora que elas estão enfrentando juntas agora. Ela também contou que sua avó (69 anos), sua mãe (38 anos) e sua madrinha (48 anos) são pessoas muito importantes na sua vida e que além delas, Helena tem uma irmã mais nova (de dois anos) e duas primas (de 27 e 15 anos) que aceitam seu namoro com Débora. Ela também tem dois irmãos mais velhos, próximos a ela em idade. Helena explicou que as pessoas de sua família sempre foram criadas “na barra da saia de sua avó” e, assim, sempre moraram perto umas das outras. Antes de morar com Débora, Helena morava em uma casa com sua avó e mãe. Os pais de Helena se separaram quando ela tinha em torno de 13 anos. Ela contou que tem dois pais, um biológico (que é pastor), com o qual ela não tem contato, mas que conheceu aos 12 anos, e este que se separou de sua mãe, que ela chama de “pai de criação”. Helena manteve o contato com seu “pai de criação” após o divórcio dos pais. Sobre o processo de contar para a família sobre sua orientação sexual, há aproximadamente um ano atrás, Helena disse que não foi um momento fácil e que ela chegou a ser noiva de um homem, mas fez de tudo para que o relacionamento terminasse. Ela sentiu que seu pai de criação a apoiou quando ela se revelou homossexual, mas quando contou para sua avó, elas ficaram algum tempo sem se falar, até que a avó conheceu Débora e hoje compreende o relacionamento de ambas. O pai biológico descobriu que Helena era homossexual quando a viu beijando Débora perto de sua casa. Ele não aceitou a orientação dela e eles não se falaram mais. Helena foi diagnosticada com transtorno bipolar quando era mais nova, na época em que conheceu seu pai biológico que, até então, ela pensava ser o próprio “pai de criação”. Ela passou por diversos psicólogos e psiquiatras durante este período, época também na qual Helena estava em conflito com sua sexualidade, e tomou medicação psiquiátrica dos 13 aos 17 anos. Ainda, Helena contraiu toxoplasmose durante a gravidez de sua mãe e, por isso, não consegue enxergar muito bem com o olho direito.

Nina tem 53 anos e Érika 57 anos. Elas se conheceram na universidade, Nina com 23 anos e Érika com 27, sendo que ambas cursavam terapia ocupacional. Ambas moraram nos Estados Unidos de 1996 a 2016, enquanto suas famílias permaneceram no Brasil. Nina e Érika são budistas e Nina não come carne, não fuma, bebe apenas socialmente, pratica yoga e andava de bicicleta. As duas se casaram durante a quimioterapia de Nina, em um parque de sua cidade,

logo após a legalização do casamento homoafetivo nos EUA (2015). Porém, elas estão juntas há 30 anos. Ambas trabalhavam no Estado quando estavam nos EUA. Em outubro de 2016, Nina e Érika retornam para o Brasil para ficar perto de suas famílias e, atualmente, residem em uma cidade do interior do estado de São Paulo.

Sobre a família, Nina falou que seu pai já faleceu e que além de sua mãe de 84 anos, tem mais duas irmãs e um irmão. A mãe de Érika tem 89 anos e mora com as duas, que ajudam em seus cuidados. Nina contou que saiu do Brasil com 23 anos e que, antes de morar nos EUA, morou cinco anos na Itália, participando de um projeto de desinstitucionalização de hospitais. Depois de nove meses, Érika também foi para a Itália. As duas se mudaram para os Estados Unidos pela maior oportunidade de trabalho na área de terapia ocupacional. Érika tem um irmão.

Yele tem 38 anos e Fernanda tem 43 e ambas residem em uma cidade do interior de São Paulo. Yele e Fernanda se conheceram em um bar aonde a primeira estava trabalhando como garçonete. Yele estava com a parceira que a acompanhou durante o tratamento do câncer e Fernanda também estava em outro relacionamento. Yele convidou Fernanda para cortar o cabelo com ela e nesse dia Fernanda disse que havia comprado um salão de beleza e convidou Yele para trabalhar lá. Nisso, as duas foram se ajudando e passando mais tempo juntas até que ambas terminaram seus relacionamentos, cada uma por um motivo particular, e começaram a se aproximar muito e logo se apaixonaram. Atualmente, as duas moram na mesma casa junto com os filhos de Fernanda.

Yele contou que atualmente trabalha como barbeira, mas que antes ela era gestora de negócios e chegou a concluir duas faculdades. Explicou que nessa primeira profissão precisava viajar muito, dormia muito pouco e ganhava muito dinheiro, porém quando percebeu que esse dinheiro não poderia pagar uma cura para a sua doença, Yele decidiu mudar de profissão. Ela já tinha conhecido um barbeiro profissional em um de seus antigos trabalhos e foi estudar com ele. Hoje ela tem sua própria barbearia e disse que está começando a cortar cabelos femininos também. Contou que estuda e frequenta o espiritismo e o catolicismo. Ela também costuma dar palestras sobre o câncer no hospital no qual fez seu tratamento. Nesse período de tratamento quem a acompanhou durante a maior parte do processo foi a namorada que estava com ela na época. Yele contou, ainda, que seu avô (que ela considera como pai, pois foi quem a criou) faleceu logo depois que ela fez sua primeira sessão de quimioterapia. Com relação a orientação sexual, a participante contou que tinha 23 anos quando se percebeu homossexual e que ao contar para seus avós (que são considerados pais por ela) eles ficaram um pouco chocados, mas depois começaram a pensar que o importante era que Yele estivesse com uma pessoa que fizesse bem

a ela. Além disso, contou que morou seis anos na Bolívia e que foi para lá à passeio, encontrar uma moça que ela conheceu pela internet, mas acabou ficando no país. Inclusive, comentou, foi essa moça, que é médica, que alertou Yele de que havia algo “errado” com seu corpo e, para ela fazer os exames, as duas vieram para o Brasil. Fazem cinco anos que Yele voltou, mas essa moça acabou voltando para a Bolívia para terminar a faculdade. Ainda, a participante comentou que fez muitos amigos na Bolívia e que ela costuma criar bons laços com as pessoas.

Fernanda contou que foi casada com um homem durante 15 anos e que teve três filhos com ele. Ela descobriu que estava grávida do primeiro filho quando estava na Califórnia estudando e voltou para o Brasil quando estava no oitavo mês de gestação. Fernanda explicou que ela e seu ex-marido se casaram por “questões religiosas”, pois seu pai era pastor, mas que o relacionamento era muito turbulento e chegou um momento em que ela percebeu que “não dava mais”. Nessa época também, a participante conheceu uma moça com a qual se relacionou durante dois anos e quando as duas decidiram assumir e começar a namorar, ela foi contar e esclarecer toda a situação para o ex-marido. Porém, nesse momento, Fernanda foi percebendo que tudo foi tão desgastante que influenciou no relacionamento que ela tinha com a moça, a ponto de Fernanda querer terminar. Foi nesse intervalo, ela contou, que comprou o salão e conheceu Yele. Cerca de um mês depois, Yele foi trabalhar no salão e depois de mais algum tempo, Fernanda terminou o relacionamento com a ex-namorada, querendo ficar um tempo sozinha. Ela começou a correr em um parque com Yele e as duas passaram a conversar bastante. Passado mais algum tempo, Yele terminou seu antigo relacionamento e ela e Fernanda passaram a se aproximar mais e a ter mais interesse uma pela outra até que começaram a namorar. Com isso, a participante decidiu esclarecer sua orientação sexual para seus filhos (dois meninos, um de 18 anos e outro de 16, e uma menina de 14 anos) e explicou que eles nunca tiveram problemas com isso e amam Yele, pedindo, inclusive, para que ela fosse morar na casa deles. Com relação aos cuidados com os filhos, Fernanda comentou que sempre fez tudo sozinha e que seu ex-marido não a ajudava em nada, mas que agora, com Yele, ela realmente tem percebido o que é ter uma parceira, alguém que divide esses cuidados e as tarefas do cotidiano com ela. Além disso, Fernanda disse que se considera cristã, que acredita em Deus, mas não segue nenhuma religião atualmente, e que gosta mesmo é de ler e estudar a Bíblia. Sobre a família, Fernanda contou que tem duas irmãs, mas que não conversa muito com elas por conta de “briga de herança” e que sua mãe não frequenta mais a sua casa desde que ela passou a desconfiar da orientação sexual de Fernanda.

Frida tem 51 anos e Marília 59 e as duas estão juntas há 13 anos, residindo em uma cidade do interior de São Paulo. Ambas trabalhavam em um mesmo hospital e foi assim que se

conheceram. Elas começaram a “se olhar com outro olhar” e a sair, mas Marília estava em um outro relacionamento e pediu algum tempo para terminar. Depois desse término, as duas começaram a namorar e atualmente têm planos de se casar. Frida contou que este é o seu primeiro relacionamento homossexual e que antes havia sido casada com um homem, enquanto Marília sempre tinha se relacionado com mulheres. Apesar de as duas não morarem na mesma casa, elas dividem todas as despesas. Ainda, as duas gostam muito de sair e viajar e por isso optaram por não ter filhos. Com relação à religião, as duas são católicas e costumam frequentar à missa toda semana.

Frida é oficial administrativa, mora sozinha e sempre praticou atividades físicas. Explicou que antes Marília passava os finais de semana em sua casa, mas que sua mãe adoeceu e Marília ficou responsável pelos cuidados dela. Frida tem uma irmã gêmea, da qual é muito apegada, e um irmão e ambos sabem sobre o relacionamento dela com Marília, porém ela optou por não contar isso diretamente para sua mãe, apesar de não esconder quando ela questiona alguma coisa. O pai de Frida já é falecido. Sobre o relacionamento heterossexual que ela teve no passado, contou que durou nove anos, mas quando os dois foram morar juntos durou nove meses. Frida também disse que esse relacionamento do passado “nem se compara” com o relacionamento atual dela com Marília. Ainda, a participante comentou que está fazendo um curso de maquiagem para trabalhar junto com a namorada, que é sócia de um salão de cabeleireiro, e também porque gosta da área de estética.

Marília é professora universitária há 22 anos. Comentou que sofreu muita discriminação em seu antigo trabalho como enfermeira, no qual trabalhou por 32 anos e está aposentada há três, mas que hoje, na universidade, não sente preconceito vindo dos colegas de trabalho e todos sabem sobre seu relacionamento com Frida. Por outro lado, ela também percebe que existe uma ressalva dos colegas para falar sobre questões relacionadas à sexualidade. Marília acredita que o crescimento profissional que teve ao longo dos anos a ajudou a superar as discriminações sofridas. Atualmente, a família de Marília sabe que as duas são um casal, com exceção de sua mãe. Inclusive, Marília mora com sua mãe para ajudar nos cuidados da mesma, que tem 85 anos. Além da mãe, a participante tem sete irmãos e 14 sobrinhos. Sobre o pai, Marília contou que ele foi assassinado em seu mercado há cinco anos. Além disso, disse que ela se considera uma pessoa mais tolerante, mas que o tratamento de Frida foi um momento muito difícil. Ela contou que a irmã de Frida também está com câncer, fazendo quimioterapia e que as duas têm tentado apoiá-la. Ela é sócia de um salão de cabeleireiro, bem como administradora do local.

A Tabela 3 apresenta alguns dados clínicos das participantes, relacionados à trajetória pessoal com o câncer de mama.

**Tabela 3.** *Características clínicas das participantes acometidas pelo câncer de mama*

<b>Nome (fictício)</b>	<b>Idade ao diagnóstico (anos)</b>	<b>Tempo de cirurgia (anos)</b>	<b>Tipo de cirurgia</b>	<b>Tratamentos complementares à cirurgia</b>	<b>Reconstrução mamária</b>
Débora	33	4	Mastectomia radical modificada	Quimioterapia e radioterapia	Sim
Nina	51	2	Mastectomia radical modificada	Quimioterapia e hormonioterapia	Não
Yele	33	5	Mastectomia radical modificada	Quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia	Sim
Frida	48	3	Quadrantectomia	Quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia	Não

Débora relatou que percebeu o nódulo em seu seio através de um exame de toque. Ela tinha 33 anos na época e estava com uma outra companheira. Débora fez seu tratamento no convênio que ela possui, por conta da empresa onde trabalha. Ela descobriu o nódulo em sua mama direita no final de setembro daquele ano e em novembro já sabia o diagnóstico. Disse que seus exames foram pedidos com urgência nesse período, o que a fez se preparar e não ficar tão assustada quando o diagnóstico de câncer foi confirmado. Débora contou que sua companheira na época (com a qual ficou durante 4 anos) ficou bastante abalada com o diagnóstico, chorava muito e que era Débora que precisava consolá-la. Com relação ao tratamento em si, Débora explicou que primeiro fez a quimioterapia (com duração total de seis meses), depois a cirurgia (mastectomia radical) e, por fim, a radioterapia. Ela também retirou os nódulos linfáticos do braço direito e fez a reconstrução das mamas. Disse que foi muito bem acolhida pelos profissionais nessa época, que teve direito a psicólogo e nutricionista. Porém não imaginava, mesmo com todas as informações recebidas, que o tratamento seria tão longo (o dela durou dois anos) e sofrido (perceber-se sem as mamas foi um choque). Débora comentou que não se preocupou muito com a queda do cabelo, que apenas a dor física desse momento a incomodava, e que falou naturalmente para as pessoas que confiava sobre o diagnóstico. Também contou que manteve suas atividades de costume mesmo estando sem cabelo e que só se incomodava de sair em público quando estava mais sensível por conta da quimioterapia e sabia que poderia ouvir algum comentário que a deixaria chateada. Em 2017, Débora descobriu que está com uma metástase pulmonar, notícia que a abalou bastante e a fez se preocupar em talvez ter que passar por todo o tratamento novamente. Ao ficar sabendo que o tratamento seria outro e com o apoio da família e da namorada, Débora se sentiu mais confiante para seguir se tratando. Neste segundo tratamento, Débora se queixa principalmente das dores físicas que

sente, do calor excessivo e irritabilidade, efeitos que ela atribui aos medicamentos que vem tomando.

Nina foi diagnosticada com câncer em 2015. Explicou que sempre cuidou de sua saúde e que realiza a mamografia desde 1998. Assim, seus amigos ficaram bastante surpresos quando souberam que Nina estava com câncer. Ela contou que foi em uma visita ao Brasil que percebeu que havia algo estranho em seu seio direito, algo grande e que o estava deformando. Como seu retorno já estava próximo, realizou uma mamografia nos EUA e, confirmado o diagnóstico, fez todo o tratamento lá. Nina tinha um seguro de saúde privado e explicou que nos EUA há um hospital específico para a mulher, no qual os profissionais da saúde realizam todos os exames para verificar se a mulher está com algo sério. Fez a biópsia neste hospital e disse que foi bastante doloroso. Nos EUA o diagnóstico é dado pelo celular e quem dá a notícia é uma enfermeira que está diretamente ligada ao médico que havia consultado a paciente. Foi assim que aconteceu com Nina. Ela fez a mastectomia e esvaziamento axilar 40 dias depois de ter descoberto o nódulo em sua mama e optou, depois de muitas buscas, por não fazer a reconstrução das mamas. Nina fez também sete sessões de quimioterapia (que terminaram em novembro de 2015), fez outra cirurgia para retirada dos ovários e fazia a hormonioterapia, mas decidiu parar em abril de 2017 por conta dos efeitos colaterais (dores intensas e cansaço). Ainda, passou com uma terapeuta ocupacional por conta do inchaço no braço e para voltar a movimentá-lo e, por sugestão de sua oncologista, começou a frequentar um grupo de apoio para mulheres que tiveram câncer de mama. Sobre esse grupo, explicou que era voluntário, que todas as participantes haviam tido câncer, inclusive a pessoa que coordenava a reunião, e que o intuito do grupo era o compartilhamento de experiências entre as mulheres. Com relação ao histórico de câncer na família, ela contou que apenas uma prima de primeiro grau teve câncer de mama.

Yele descobriu que estava com câncer de mama em torno de janeiro de 2013, quando percebeu que seu mamilo estava inflamado, mas contou que demorou seis meses para conseguir o tratamento que ela esperava. Explicou que estudou muito sobre o câncer e que foi em vários hospitais, mas não concordava com o tratamento que estava sendo proposto pela equipe deles. Por fim, Yele acabou indo fazer o tratamento em outra cidade, optando por ir sozinha, pois ninguém achava que ela iria conseguir vaga no hospital dessa cidade. Disse que se preocupou tanto com seu tratamento que acabou não sofrendo muito com o diagnóstico. Esse sofrimento a fortalecia, mas o escondia da família que ficou muito abalada com o câncer de Yele. Ela também comentou que “viveu uma vida normal” durante esse período, trabalhava, saía com os amigos, manteve suas atividades físicas. Em termos de cirurgia, Yele passou por uma mastectomia (retirou sua mama esquerda) e precisou fazer o esvaziamento das axilas, além de

ter feito quimioterapia antes da cirurgia para a diminuição do tumor, radioterapia após e estar tomando Tamoxifeno. Ela também quis fazer a reconstrução da mama e disse que sentiu muita dor no processo e que no início ficou um pouco chocada ao ver sua “nova” mama, pois precisou retirar o mamilo na cirurgia. Porém, atualmente, contou que está muito satisfeita com a reconstrução e que não pensa em fazer nenhum tipo de retoque.

Frida contou que descobriu o câncer de mama em um de seus exames de rotina no começo de 2015 e que ela mesma foi procurar o resultado deles no computador e viu o diagnóstico. Disse que não teve dificuldades para encarar a doença, mas que a quimioterapia e a radioterapia foram difíceis porque ela tem muita alergia e acabou ficando queimada com os procedimentos. Explicou que o que a deixou mais desesperada foi saber que perderia seu cabelo, o que a fez, inclusive, procurar uma prótese, esquecendo-se de suas alergias. Frida contou que colocou a prótese em um dia e retirou no outro, pois deu edema de glote nela, e explicou que depois que começou o sofrimento do tratamento ela não se preocupou mais com o cabelo. Com relação ao tratamento mais especificamente, a participante disse que fez a cirurgia em junho de 2015, não precisou fazer o esvaziamento axilar, depois passou por cinco ciclos de quimioterapia e por 19 sessões de radioterapia, terminando esse processo em novembro do mesmo ano. Disse também que está tomando o Tamoxifeno, mas que odeia esse remédio e tem sentido muitos efeitos colaterais, como calor e dor. Frida comentou que sua médica sugeriu que ela retirasse as duas mamas, mas que ela optou por retirar só o quadrante, mesmo sabendo dos riscos.

### 6.3. Análise das entrevistas

Com o objetivo de facilitar a compreensão dos significados atribuídos por mulheres homossexuais e suas parceiras ao adoecimento por câncer de mama, após a realização de leituras repetidas e exaustivas do *corpus* de pesquisa, foram elaboradas categorias e subcategorias de análise. As **categorias** emergentes das falas aparecerão em negrito, e as respectivas subcategorias serão sublinhadas, de modo a facilitar a identificação das mesmas.

Para a melhor apreensão das experiências de cada participante, bem como semelhanças e diferenças nas mesmas, com relação ao tratamento do câncer de mama, optou-se por apresentar uma *análise horizontal*, ou seja, abarcando todas as participantes em relação às categorias e subcategorias. Além disso, optou-se por, primeiramente, apresentar a análise das mulheres acometidas pelo câncer e, posteriormente, a análise das companheiras.

*a) Análise das entrevistas realizadas com as mulheres que tiveram câncer de mama*

**Categoria 1. “Eles são tipo os deuses do hospital”: Recepção nos serviços de saúde**

Subcategorias

- Acolhimento (Débora, Nina, Yele, Frida)
- Falta de cuidado (Débora, Nina, Yele, Frida)
- Empatia maior vinda das médicas mulheres (Débora, Nina)
- Discriminação (Débora, Nina, Yele, Frida)

**Categoria 2. “A minha escolha eu morro, se eu decidir ficar com meus seios”:**

**Decorências do diagnóstico/tratamento**

Subcategorias

- Perda de cabelo (Débora, Frida)
- Dores (Débora, Nina, Yele, Frida)
- Retirada das mamas (Débora, Nina, Yele, Frida)
- Reconstrução mamária (Débora, Nina, Yele)
- Efeitos da hormonioterapia (Nina, Frida)
- Perda de mobilidade (Nina, Yele)

**Categoria 3. “Então: a família, os amigos e o trabalho. É o que mais me levanta”: Apoios recebidos**

Subcategorias

- Profissionais (Débora, Nina, Yele, Frida)
- Parceiras íntimas (Débora, Nina, Yele, Frida)
- Amigos e colegas (Débora, Nina, Yele, Frida)
- Família (Débora, Yele, Frida)

**Categoria 4. “Igual eu falo que o câncer me mudou muito, mas ela também”: Relação com a companheira durante e após o tratamento**

Subcategorias

- Mudanças negativas (Débora)
- Companheirismo (Débora, Nina, Yele, Frida)



- Cuidado (Débora, Nina, Yele)
- Sexualidade (Débora, Nina, Yele, Frida)

### **Categoria 5. “Você deixa de ser uma pessoa com direitos a partir do momento que você fala que é homossexual”: Outras discriminações**

#### Subcategorias

- Ambiente de trabalho (Débora, Nina)
- Pessoas desconhecidas (Débora, Nina)
- Amigos (Nina)
- Família (Débora, Frida)
- Nenhuma (Yele)

Sobre a categoria **recepção nos serviços de saúde**, as quatro participantes relataram que encontraram profissionais com as quais se sentiram muito acolhidas e confortáveis tanto com o ambiente, quanto com a própria presença deste(a) profissional:

[...] [ginecologista] sempre procurar entender o que está acontecendo comigo; todas as minhas situações ela perguntava, “e aí, como você passou, como você passou em determinada situação?”, então assim, ela procurava entender antes de falar qualquer coisa (Débora, 37 anos, namorada da Helena).

Então, só o clima é diferente, entendeu? Aí tem um monte de foto dela [ginecologista] com cachorro (risadas), tudo no lugar onde ela te recebe. Aliás, no consultório inteiro, porque ela ama cachorro (risadas). Então é completamente diferente, né? (Nina, 53 anos, esposa da Érika).

Eu tive a oportunidade de... de ser tratada pelo chefe do hospital [...] Ele me acolheu de uma forma incrível, incrível, muito boa. [...] Quando eu tô no hospital, ele vê no sistema que eu tô no hospital e vai até mim. Se eu vou fazer um exame vamos supor de... sei lá, da mama, ele aparece na sala “e aí, Yele, não sei o quê, tatatal... como é que você tá?”. quando eu fazia quimio, também. Ele ficava na porta da minha quimio [...] (Yele, 38 anos, namorada da Fernanda).

[...] É... assim... eu não tive problema, tá? A única coisa assim... na quimioterapia, as meninas são assim, nossa uns amores, todas elas, sabe? Mesmo no acolher, sabe? Nossa, deixam você muito à vontade, conversa com você, se preocupa com você, eu não posso reclamar. [...] (Frida, 51 anos, namorada da Marília).

Os médicos e médicas que têm condições de fornecer apoio e um ambiente seguro para as mulheres lésbicas e bissexuais possuem uma oportunidade única de ajudá-las a desenvolverem habilidades de enfrentamento que sejam adaptativas e saudáveis. Além disso, práticas de comunicação mais eficientes e afáveis estabelecidas com a população LGBTI, podem proporcionar maior conforto para as pacientes no momento da revelação do diagnóstico,

contribuindo também para um relacionamento melhor entre médico(a) e paciente (Deborah Aaron & Tonda Hughes, 2007; Jennifer Whitehead, John Shaver, & Rob Stephenson, 2016; Tonda Hughes et al., 2007). Todas as participantes relataram terem encontrado profissionais que as apoiaram e acolheram em diferentes momentos e com os(as) quais tiveram uma boa relação.

Débora, Nina, Yele e Frida trouxeram situações em que não receberam os cuidados adequados nos serviços:

[...] porque a gente já estava, desde as oito horas da noite, num hospital aguardando- eles falam de três a quatro horas pra sair o exame, que eles falam que eles vão avisar e na realidade não avisaram, quando a Helena foi lá o exame já tava pronto era onze e meia da noite, e isso era duas horas da manhã a hora que ela foi verificar, e ninguém falou pra gente que tava pronto. Então, quer dizer, já vem de uma situação exaustiva; eu tomei medicação [...] então tava com muito sono. Então assim, eu tava dormindo sentada na cadeira [...] numa sala de espera de hospital, ali, né. Aquela cadeira desconfortável (Débora, 37 anos, namorada da Helena).

Então, mas eu acho que a cultura do... do... de fazer a cirurgia, porque quanto mais cirurgia, mais dinheiro eles têm, entendeu? Que é a história que eles acharam quando ele decidiu não fazer a minha mastectomia sabendo, porque ele sabia, que eu tinha 30% de chance, porque os cirurgiões têm essas informações, em termos de pesquisa. [...]. Porque é muito mais rápido, se eu fizer junto, ele vai fazer as duas em três horas. Se ele fizer, ele vai cobrar quase o mesmo tanto do seguro pra fazer uma e daqui há dez anos ele vai cobrar de novo pra fazer a outra. Ele cobra duas vezes [...] (Nina, 53 anos, esposa da Érika).

Porque logo depois, eu tive dores na minha bacia e aí houve uma suspeita do câncer na bacia e aquilo... fiquei desesperada. A hora que elas entravam na sala e o doutor tava fazendo uma bacia de exames em mim e não descobri o que que era. Falei assim “se eu estiver com câncer de novo, vocês tão tudo fudida” eu tava três meses sem remédio. E aí, o meu nervoso maior foi ter passado por isso, entendeu? Daí, descobri que eu tive uma ruptura de um exercício que eu fiz errado na academia (Yele, 38 anos, namorada da Fernanda).

[...] Ai eu comecei a ter os retornos normal, tá? Ele me mandava chegar sete horas da manhã e eu saía daqui uma hora da tarde. A hora que eu chegava no consultório, eu ficava muito irritada, muito irritada, a ponto de esclarecer nada, ele me perguntava, eu respondia assim com meias palavras, simplificava tudo, porque eu já não tava aguentando mais. Então, em relação aos médicos do balcão, antes da quimio, eu acho que é uma falta de respeito. Entendeu? Porque eu acho que eles poderiam marcar assim uma turma para 7 horas, uma turma para 8 e... como que eu falo para você? E respeitar essa ordem ou pelo menos pela ordem de chegada, porque eu via que pessoas que chegavam muito, muito depois de mim, era chamada primeiro (Frida, 51 anos, namorada da Marília).

A análise de Rachael Wandrey, Whitney Qualls e Katie Mosack (2016a) sobre um fórum específico para mulheres de minorias sexuais que tiveram câncer de mama, indicou que os serviços de suporte atualmente disponíveis podem não estar atendendo adequadamente às necessidades exclusivas das minorias sexuais. Indivíduos que postaram neste fórum específico de lésbicas relataram a presença de homofobia, viés heterossexual e sentimentos de exclusão nos principais serviços de apoio ao câncer de mama. Parece que Débora, Nina, Yele e Frida

encontraram alguns profissionais que não conseguiram ser empáticos e se colocarem na situação difícil que elas estavam vivenciando a fim de poder oferecer o melhor tratamento possível a elas.

Nina e Débora relataram que sentiram muita compreensão e empatia vinda das oncologistas mulheres com as quais consultaram:

E escolhi inclusive uma outra, a oncologista, que fazia parte de um outro hospital, porque eu tinha recomendação, e aí eu segui a recomendação das minhas amigas, né, do pessoal que tinha informação pra me ajudar nisso. E eu também já tinha decidido que eu queria uma outra mulher. [...] Porque é diferente. No sentido daquilo que a gente tá sentindo, entendeu, de você pegar- se cê fala assim, “Pô, mas interfere?”, né, eu acho que é em termos da empatia, né, de você ter uma outra mulher que tem esses riscos, que, né, ou não, pra... eu... (Nina, 53 anos, esposa da Érika).

[...] aí comecei a ser atendida por uma mulher [ginecologista]. E assim, ela era incrível. Era uma profissional assim, acima de- então eu me sentia muito confortável com ela. Talvez pelo fato de ser mulher e talvez pelo fato dela ser tão compreensiva e sempre conversar comigo [...] (Débora, 37 anos, namorada da Helena).

A empatia suplementa o conhecimento objetivo e a tecnologia e é fundamental para o diagnóstico e para o tratamento eficaz, sendo que os médicos e médicas precisam dela para aprender mais sobre a situação da paciente, permitindo que esta participe mais plenamente da tomada de decisões e auxiliando-a em sua autonomia (David Jeffrey, 2016). Debra Roter, Judith Hall e Yutaka Aoki (2002) observaram que as mulheres médicas se envolvem mais em uma comunicação que vai considerar o contexto de vida mais amplo das condições dos pacientes, abordando questões psicossociais por meio de questionamentos e aconselhamentos relacionados, fazendo maior uso de conversas emocionais, conversas mais positivas e alistamento mais ativo dos comentários das pacientes. Os relatos de Nina e Débora corroboram os dados encontrados nas duas pesquisas citadas. Além disso, é possível pensar, de acordo com Adrienne Rich (2010), que Nina, Débora e suas respectivas médicas faziam parte do *continuum* lésbico, no sentido dessas profissionais mulheres, independentemente de sua orientação sexual, poderem ter se identificado com suas pacientes mulheres e vice-versa, fornecendo o apoio que Nina e Débora provavelmente estavam buscando naquele momento.

Débora disse também que teve mais de uma experiência de discriminação com os médicos que encontrou ao longo do tratamento:

Por exemplo, de um profissional que, ao invés de falar, “olha, Débora, você está com uma pneumonia, vou te receitar um antibiótico”- seria a medida que ele tem que tomar. Não: ao invés disso, ele ficou falando, comentando, “nossa, mas você é uma mulher bonita”, que não sei o que- sendo que a minha esposa estava do meu lado. Então... foi muito constrangedor, foi horrível, uma situação terrível também. [...] Meio que me assustou totalmente, porque ele queria

me internar; eu falei, “que que esse médico é capaz de fazer me internando?”, sabe? Eu só conseguia pensar que tipo de medicação ele vai me administrar, que que ele vai fazer; então eu fiquei- nossa, tentei fugir ao máximo [...]. Se eu estivesse sozinha, não sei; talvez eu teria passado por um outro tipo de constrangimento, mas se eu estivesse com meu marido ele não o faria. Isso eu tenho certeza, porque... eu já fui em lugares com meu irmão, por exemplo, e já fui respeitada, entendeu? Como se achasse que ele fosse, sei lá, um namorado, alguma coisa. E aí ela, no momento, ele não respeitou de forma alguma, né. Então acredito que se fosse um marido meu, eu teria tido outro tratamento, com certeza. Isso eu não tenho dúvida. Então- (Débora, 37 anos, namorada da Helena).

De você poder falar abertamente, de- que nem eu falei, tinha um profissional que, quando ele perguntou sobre relação sexual, falei que tinha uma parceira, ele riu e falou, “eu não consigo entender isso”. Só que eu acho que isso não cabe ao profissional. Ele querer entender ou não. Cabe a mim, né, e eu só quero que ele me escute, né, e que ele- se ele não for pra falar nada que vá me agregar, que ele não fale nada, simplesmente me examine, faça o que tem que ser feito, nada além, né (Débora, 37 anos, namorada da Helena).

É visto que as representações de gênero nos serviços de saúde e a orientação sexual das usuárias possuem implicações para a rotina e para a organização destes serviços, incluindo a invisibilização que as mulheres homossexuais sofrem nesse campo, além de efeitos nas relações entre profissionais, que influenciados por modelos culturais podem excluir aquilo que é diferente pela sua não-consideração, e usuárias no contexto da assistência. Estes profissionais são vistos como uma barreira no acesso aos serviços de saúde (Breno Ferreira, José Pedrosa, & Elaine Nascimento, 2018; Maria Heilborn, 1997; Rita Valadão & Romeu Gomes, 2011; Rosana Machin et al., 2011). Percebe-se que a postura do primeiro médico que Débora mencionou (falar sobre a aparência dela ao invés do tratamento) foi algo que a assustou, possivelmente prejudicando seu tratamento e a continuidade dele caso ela precisasse ser internada ou acompanhada por este médico durante algum tempo.

Além disso, pode-se observar no primeiro trecho como a distribuição do poder é diferente entre homens e mulheres, pois as relações sociais de sexo são marcadas pela dominação masculina. O médico homem, com seus privilégios associados à dominação e à suposta hierarquia, dirigiu uma fala ofensiva para sua paciente mulher sem considerar o efeito prejudicial que isso poderia ter nela. Observa-se a heterossexualidade como forma de opressão, pois a paciente ficou com medo de seguir o tratamento com este profissional. Débora também relatou que se ela estivesse acompanhada por um homem, seja ele irmão, namorado ou marido, ao invés de sua namorada, ela teria sido respeitada, pois a heterossexualidade, tida como o padrão, seria mantida (Joan Scott, 1989; Linda Nicholson, 2000; Pascale Molinier & Daniel Welzer-Lang, 2009).

No segundo trecho, a participante falou de um profissional que disse que não conseguia entender o fato de Débora ter uma parceira, frase que mostra a impossibilidade de certas pessoas

em entenderem que uma mulher pode satisfazer a outra, pois na sociedade a visão predominante é a de que a mulher é o objeto que vai satisfazer o homem ou o homem é o sujeito capaz de satisfazer a mulher. Qualquer pensamento diferente não parece legítimo (Lívia Toledo, 2008).

Nina, Yele e Frida, por outro lado, comentaram que não haviam sentido nenhuma discriminação nos serviços de saúde por conta de sua orientação sexual:

[...] Então não teve, nunca teve uma... uma diferença de tratamento [por parte dos profissionais da saúde]. E eu não sinto que eles deveriam ter me perguntado alguma coisa sobre isso [orientação sexual] pra fazer alguma diferença, né? Eu não sinto isso porque- antes de mais nada eu sou mulher, né, que tá passando por isso e ponto. Então nunca senti nenhuma necessidade de tá falando da minha sexualidade- (Nina, 53 anos, esposa da Érika).

[...] Foi nada com a sexualidade [durante o tratamento]. Quanto a sexualidade, nunca tive nada. Eu sou uma pessoa assumida. Trabalhava com gestão de negócios com empresários mor e eles sabia que eu era homossexual. Nunca tive nenhum problema (Yele, 38 anos, namorada da Fernanda).

Ninguém perguntava [nos serviços de saúde], ela também não estava comigo segurando a minha mão. Era mais uma amiga mesmo. Que era assim que ela se comporta, entendeu? (Frida, 51 anos, namorada da Marília).

Geralmente, os serviços de saúde não conseguem, pelo menos até o momento, incluir e atender de maneira satisfatória as demandas das mulheres cuja sexualidade não se enquadra dentro dos aspectos da heteronormatividade, mesmo que os discursos dentro das políticas de saúde teoricamente assegurem o direito dessas mulheres à um atendimento adequado (Joseph Burns, 2015; Rita Valadão & Romeu Gomes, 2011). Diferentemente desses achados, Nina, Yele e Frida não perceberam nenhum tipo de discriminação ou desigualdade em seus tratamentos por serem homossexuais. Por outro lado, não falar sobre diferentes orientações sexuais (como no trecho trazido por Nina) e não poder demonstrar todo e qualquer tipo de afeto (como no trecho de Frida) talvez possa reforçar a heterossexualidade compulsória ao invisibilizar e marginalizar a possibilidade lésbica (Adrienne Rich, 2010; Lívia Toledo & Fernando Teixeira Filho, 2010; Monique Wittig, 1980).

Com relação à categoria **decorrências do tratamento**, Débora explicou que a perda de cabelo não foi um problema para ela, sentindo-se muito bonita careca e mais feminina. Frida, por outro lado, sofreu com o fato de ficar sem o cabelo, mas disse que depois foi percebendo que ele não era tudo:

Então, como eu já tinha o cabelo curto - não era raspado mas ele era curto -, pra mim isso nunca foi problema. Eu falei pra ela [psicóloga], “não, cabelo pra mim nunca foi problema”, e assim, eu me senti muito linda careca. Fiz várias fotos, é... saía mesmo com a minha careca [...]. Eu achei, né, muito mais bonito, e tinha toda aquela opção de lenços coloridos, eu sempre colocava

lenço, então assim, eu achei que eu fiquei mais feminina; foi a época que eu me senti mais feminina da minha vida, por incrível que pareça, foi quando eu fiz quimioterapia. Eu me senti muito bonita nessa época [...] (Débora, 37 anos, namorada da Helena).

Aí, raspou tudo e já colocou aquele monte de cabelo [prótese]. Já que é para mudar, vamos mudar de acordo. Pus um cabelo até aqui [cintura]. [...] Cabelo humano. Paguei quatro mil e novecentos. [...] Ai eu pedi para a minha irmã uma pomada pro cabelo “você tá louca” ai chamou ela [Marília] “olha como está o pescoço da Frida” ai tive que tirar. Ai eu chorei, chorei, chorei, chorei, chorei. Ai não usei lenço, porque não gosto de turbante, essas coisas, não gosto. [...]. Vinha para o ambulatório não vinha sem maquiagem, vinha sempre com maquiagem, mas sempre careca [...]. Então, aí você vê que não é nada, né? Que tem outros recursos (Frida, 51 anos, namorada da Marília).

Verifica-se que o enfrentamento da perda do cabelo por mulheres que tiveram câncer de mama varia de acordo com a situação e a personalidade de cada uma delas, por isso esse enfrentamento apresenta pontos positivos e negativos. Muitas mulheres alegam que a queda de cabelo não afetou sua feminilidade, sendo que para elas o mais importante era estarem vivas. Por outro lado, o cabelo é tido como um dos maiores símbolos da feminilidade na cultura ocidental e a sua perda pode ser sentida como uma vivência bastante traumática que influencia na autoimagem das mulheres com câncer de mama (Ana Reis & Clícia Gradim, 2018; Elisabeth Vieira et al., 2013; Marilei Souza et al., 2017). De fato, as duas participantes deram sentidos diferentes para a queda do cabelo: Frida recorreu à um subsídio, a prótese, para disfarçar a falta de cabelos e encarou essa etapa como um momento de sofrimento que tinha que ser enfrentado e que, apesar das dificuldades, teria um fim e Débora não se achou menos feminina ou menos bonita por estar careca.

As quatro participantes relataram também sentir dores ao longo do tratamento. Débora, Nina e Frida trouxeram dores mais intensas no corpo e Yele falou que sentiu poucas dores por conta dos exercícios que fazia:

E é um processo bem doloroso [queda de cabelo por conta da quimioterapia], bem doloroso mesmo, porque o cabelo, ele sai de dentro pra fora, então todos os nossos folículos capilares - eu não sei se chama isso mesmo -, eles se abrem, né? Então eles ficam bem abertos mesmo pra que possa passar todo aquele cabelo de dentro pra fora. Então é uma dor assim, indescritível. [...]. A [quimioterapia] branca, ela não faz cair o cabelo, porém ela faz seu corpo inteiro doer, né. (Débora, 37 anos, namorada da Helena).

Porque eu tive várias complicações, né, complicações de dor, complicações eu tive problema no ombro, eu tenho dor até hoje, fica muito inchado, eu tenho muito uma sensação quente na mão, eu acho que ela deve ter pego algum nervo (Nina, 53 anos, esposa da Érika).

Ah, dificuldades assim, a gente... eu tive poucas dores por conta da corrida, do Yoga, da natação. É... as dificuldades maior, é... então, não sofri muitas coisas por conta de não focar na dor, na dificuldade, focar sempre nas coisas boas. Eu sempre fui muito assim, né? (Yele, 38 anos, namorada da Fernanda).

[...] Eu não tentei, eu fazia natação, mas as dor na perna era tanta que eu parei. Então, eu não tentei mais voltar a nadar. Seria a única coisa que eu deixei de fazer. E agachar, por exemplo, eu não consigo ficar agachada. Não consigo. A sensação que eu tenho é que vai estourar a minha perna (Frida, 51 anos, namorada de Marília).

Um grande estudo realizado na Dinamarca com 5119 mulheres que tiveram câncer de mama mostrou que 47% das mulheres tratadas por conta do câncer sentem dor e 58% das mulheres experimentam distúrbios sensoriais na região cirúrgica de 1 a 3 anos após a cirurgia. Ainda, a dor crônica após à cirurgia e às terapias adjuvantes pode ser predominantemente caracterizada como um estado de dor neuropática e provavelmente relacionada à lesão intraoperatória do nervo intercostal-braquial (Rune Gärtner et al., 2009). Todas as participantes que tiveram câncer de mama relataram, assim como no estudo citado anteriormente, que elas sentiram dores, em diferentes níveis e locais, durante o tratamento e após o mesmo também.

Sobre a retirada das mamas, Débora, Nina e Yele trouxeram sentimentos de tristeza ao perceberem que ficariam sem suas mamas. Já Frida escolheu não fazer a mastectomia, mesmo sendo uma recomendação médica:

Então, é- no começo, eu... pensei, tá bom, né, vai, sei lá, eles vão fazer uma- uma coisa legal e tal, né, e... não pensei que ia ficar feio, não- não sei, eu acho que eu não tinha- não sei onde que eu tava achando que eu tava com minha cabeça, mas eu não- não fiquei, na época, mal; eu fiquei mal mesmo quando eu fiz a cirurgia, que passei a mão e vi que eu não tinha, né, eu entrei com mama e saí sem mama. Então aí que veio o choque, sabe- (Débora, 37 anos, namorada da Helena).

E a outra, que uma outra amiga vira pra mim e fala, “Ah, mas você pode decidir o quando você põe”, quer dizer, eu posso fazer uma reconstrução com um sutiã 42, 46, 48, 38, tirar... eu falei, “Meu, eu tava muito feliz com os meus seios do jeito que eles eram”, e não isso, né, não é escolha, eu não tô escolhendo colocar mais ou tirar o menos, que também acho que tem um monte de mulheres que fazem isso e que é muito legal; eu não tenho escolha. A minha escolha eu morro, se eu decidir ficar com eles, né? (Nina, 53 anos, esposa da Érika).

Ele [médico] falou “vai ficar sem prótese, porque o câncer já pegou a pele. [...] Ai, eu fiquei muito triste, porque eu queria a minha mama, né, mesmo que... e o fato de ser homossexual, uma coisa me chamou muito a atenção, porque quando eu era mais nova falava “ah, vou tirar meus peitos”, não quero os meus peitos. Quando eu tive câncer, eu tive a oportunidade de não ter, eu quis ele (Yele, 38 anos, namorada da Fernanda).

Ela [médica] virou assim “então, é... começa a pensar em retirar toda a mama... que não sei o que tem... Você viu a Ange...” porque eles acham que a gente com cara de tonto mesmo. É... “olha, você vê, a Angelina Jolie tirou os dois”, eu virei assim “é... se apertar a mama dela, sai até leite de tão perfeita que ficou. Agora aqui no [hospital], né?”, aí eu falei “não, não vou tirar enquanto tiver assim um fiapinho de esperança de não tirar, não vou tirar tudo”. Entendeu? Eu sempre fui muito categórica nesse aspecto de não tirar (Frida, 51 anos, namorada da Marília).

A mulher é orientada ao longo de sua vida para perceber que o corpo feminino é diferente do masculino, sendo que as mamas são um dos marcadores que mais evidenciam esta

diferença. Desta maneira, quando uma doença séria como o câncer atinge esse órgão, a mulher enxerga a mastectomia como um processo agressivo e mutilador, além de ser um ataque à autoestima e à estética corporal. Tudo isso faz com que a paciente sinta seu corpo de maneira estranha após a cirurgia (Claúdia Gasparelo et al., 2010; Maria Ferreira & Marli Mamede, 2003; Maria Lima et al., 2018; Rodrigo Peres & Manoel Santos, 2012). Pode-se dizer que Débora, Nina, Yele e Frida realmente perceberam a mastectomia como um processo agressivo e que iria influenciar em sua autoestima e estética corporal, tanto que a última optou por fazer uma cirurgia mais conservadora, mesmo que isso pudesse ser um risco de a doença voltar no futuro. Além disso, percebe-se que Frida e Nina foram categóricas também ao manter o controle sobre seu próprio corpo, a primeira decidindo pela não retirada das mamas e a segunda decidindo pela não reconstrução, ao invés de deixar que o/a profissional decidisse o que iria acontecer com seus corpos (Marilyn Yalom, 1997).

Sobre a reconstrução das mamas, Débora disse que não está satisfeita com sua reconstrução e que pretende fazer uma outra cirurgia. Yele, por outro lado, parece estar satisfeita com sua reconstrução. Já Nina, optou por não reconstruir:

Não muito. Não muito [satisfeita com a reconstrução]. Pretendo aí futuramente procurar um cirurgião, porque eu não fiz com um cirurgião, né, eu fiz com meu mastologista, né? E futuramente, eu pretendo procurar um cirurgião pra que fique, sei lá, um pouco mais... agradável. Eu não acho que ele ficou muito natural; ele ficou meio que quadrado, sabe, não é aquela coisa anatômica, digamos assim. Ela- você vê que tem uma certa diferença, não é simplesmente uma moça que foi lá e colocou um silicone na mama e fica aquela coisa redondinha, bonitinha - não. (Débora, 37 anos, namorada da Helena).

Então, na hora que eu escolhi fazer a mastectomia e não fazer a reconstrução, eu estava me preservando por uma outra dor. Eu não quero colocar o meu corpo em risco e fazer. Eu vi os vídeos, gente que coloca, como... qual que é o processo, é absolutamente... massacrante. Eu não quis passar por isso [...]. Essa parte aqui é interessante, porque eu tenho uma... uma pessoa que eu conheço muito próxima que ela fez e ela fez a reconstrução. Então, quando ela ficou sabendo que eu não fiz reconstrução, ela, tipo, “Ah, por que você escolheu não fazer a reconstrução?”, e aí eu explico, né, eu explico. Mas, tipo assim, “Ah, não, você devia ter feito”. Não, não devia, né, não devia fazer nada (Nina, 53 anos, esposa da Érika).

Então, na sequência, quando ele [médico] pôs [prótese] fica naquela situação de indignação “por que eu?”, mas hoje eu lido super bem, super tranquila. Não tenho problema com isso. [...] A minha prótese ficou perfeita. Ele mesmo fala que foi uma das melhores cirurgias que ele fez (Yele, 38 anos, namorada da Fernanda).

A cirurgia de reconstrução pode muitas vezes devolver às mulheres sua autoestima, a sensação de serem novamente completas e a sua autoimagem, além de ajudar a superar as consequências da doença. Por outro lado, é importante lembrar que a forma como a mulher enxerga seu corpo antes e após as mudanças causadas pelo câncer pode influenciar na maneira



como ela se vê após a cirurgia. Assim, a reconstrução da mama também pode ser vista como uma outra mutilação que deixa marcas na mulher e mantém o estigma que elas sentiam anteriormente (Aline Inocenti, 2012). Além disso, como muitas mulheres se sentem pressionadas por ideais de beleza arbitrários, não seria incomum que mulheres que retiraram seus seios e colocaram próteses sentissem dificuldades em gostar de suas novas mamas caso elas não correspondessem ao ideal físico da sociedade atual. Esses ideais também impedem o reconhecimento da diversidade entre as mulheres, o que pode ter feito a amiga de Nina não compreender sua escolha de não fazer a reconstrução mamária (Daniela Auad & Cláudia Lahni, 2013; Eunice Macedo, 2015; Marilyn Yalom, 1997).

Nina e Frida também comentaram que sentiram bastante os efeitos colaterais da hormonioterapia:

No caso do efeito colateral. Dói todas as juntas. Foi um dos efeitos colaterais mais fortes. E cê cansa. Aí cê para- ela [médica] fez essa... esse... antes de me mudar, ela fez isso, para ela ter certeza que era isso. Aí parou de- aí ela me viu depois de um mês, “Como que você tá?”, “Ah, eu tô me sentindo bem melhor”, aí ela falou, “Ah, então é isso”, foi a única coisa que dói, é de baixo do braço e o braço, ela falou, “Não, isso daí não tem nada a ver com o remédio” [...]. E o resto é tudo por causa do remédio. Aí você fica assim... eu fico cansada e com dor nas juntas, cê fala, “Não, não quero viver desse jeito. Pra viver desse jeito? Não, eu vou parar (Nina, 53 anos, esposa de Érika).

Eu acho que foi quando eu terminei a rádio. A dor nas minhas pernas era demais. E eu vinha aqui, falava que era do Tamoxifeno e eles falavam que não. Falavam que não era o Tamoxifeno. Quando eu fui com o ginecologista, com o doutor Paulo, ele falou que o Tamoxifeno dá isso. [...]. O Tamoxifeno é o melhor remédio que tem para o tipo de câncer que eu tive. A resposta é melhor. E eles não queriam trocar de maneira nenhuma a medicação. Tinha dia que eu achava que eu não ia dar conta de andar. [...]. Olha, se eles tivessem me dado opção de escolha [de medicamento] eu teria trocado. (Frida, 51 anos, namorada da Marília).

Pode-se observar nestes trechos que as participantes conseguiram, em maior ou em menor grau, questionar a autoridade da medicina e relatar que era o medicamento que estava causando suas dores. Por outro lado, o modelo biomédico, focado na cura da doença e não no indivíduo, não foi capaz de oferecer alternativas aos medicamentos que elas usaram, o que provavelmente fez com que Nina decidisse por conta própria interromper a medicação e manteve Frida sem opções para controlar sua dor (Rodrigo Costa, 2013).

Ainda, Nina e Yele contaram que perderam parte dos movimentos de seus membros, sendo que Nina teve comprometimento no braço em que houve a retirada dos linfonodos e Yele em suas pernas:

É, drenagem que fala aqui no Brasil. Eu fazia isso com ela [terapeuta ocupacional], vários exercícios, a voltar o movimento, eu tinha perdido muito movimento. [...] (Nina, 53 anos, esposa da Érika).

[...] Tive uma quimioterapia que eu não andei de reação da quimio, perdi os movimentos da perna. Eu andava dentro da piscina, foram quinze dias assim. [...] (Yele, 38 anos, namorada da Fernanda).

Ainda nos dias de hoje, o diagnóstico do câncer leva as pacientes para lugares estigmatizadores dentro da sociedade, os quais se relacionam com o próprio tratamento da doença, que sendo muito agressivo faz com que várias reações adversas ocorram no corpo destas mulheres, como dores, perda de movimento nos braços, incapacidades, etc. (Francisco Oliveira, Felipe Santana e Silva, & Amanda Prazeres, 2017; Marilei Souza et al., 2017; Silvio Silva et al., 2012). Nina, Yele e Frida relataram sentir dores intensas e perda de movimentos durante e após o tratamento para o câncer de mama.

Com relação aos **apoios recebidos**, as quatro participantes disseram ter encontrado profissionais da saúde que as auxiliaram de diversas formas:

Sim, tinha conhecimento [da orientação sexual], a gente conversava bastante sobre isso, é... inclusive ela [médica] brincava assim, “não é minha preferência, mas você gosta”, então assim a gente tinha uma intimidade a ponto de brincar mesmo. Então... (Débora, 37 anos, namorada da Helena).

[...] Aí ele [médico] falou, “Ah, quer saber? Cê tá com a doctor Silvia?”, eu falei, “É, tô”, ele falou, “Ah, conheço ela”, pegou o telefone, ligou pra ela e falou, “Ó, ela tá vivendo uma vida miserável aqui, com um monte de dor, sem fazer nada, cê tem que fazer alguma coisa”. [...] Ele falou com ela e na próxima vez que eu fui lá ela, “É, cê tá mal mesmo, né?”, e eu, “Ih, pois é, eu falei pra você”, aí ela falou, “Então vamô tentar outro remédio”, ele fez essa ponte, eu achei muito legal, muito legal (Nina, 53 anos, esposa da Érika).

Olha, a Ana [enfermeira] foi uma delas. Ela me acolheu demais, me apoiou demais. O fato dela colocar uma pessoa ali para a fisioterapia e ter encontrado a pessoa certa, porque também depende muito do profissional, né? [...] (Yele, 38 anos, namorada da Fernanda).

Sim [sentir-se acolhida]! Nossa, nossa, ele [ginecologista] é um amor, ele é um amor (Frida, 51 anos, namorada da Marília).

Felizmente, é possível observar também que existem grupos de profissionais de saúde que são sensíveis para a questão do respeito à diversidade e abertos a processos formadores de uma oferta de cuidados melhor e mais ampla e que buscam ter melhor capacitação para lidar com estas questões. A identificação de tais profissionais pode se tornar também uma estratégia para uma capacitação mais profunda, na qual esses profissionais que já são mais sensibilizados podem se transformar em agentes multiplicadores de uma perspectiva de respeito à dignidade

das pessoas e podem ressaltar a importância da equidade nas políticas de saúde (Rita Guimarães, Edu Cavadinha, Ana Mendonça, & Maria Sousa, 2017).

Débora, Nina e Frida também comentaram sobre como suas companheiras as apoiaram durante o tratamento do câncer e Yele comentou que sua namorada a ajuda com as consequências atuais da doença:

[...] a minha esposa e eu, nós somos carequinhas, olha ela aqui... ela não- não era careca, ela era- tinha o cabelo comprido mas ela raspou o cabelo e doou o cabelo dela, né, até por ter conhecimento da minha história e... acompanhar, mesmo que ela não estivesse ali fisicamente naquela época que eu passei, mas pelas experiências que a gente troca, ela sempre ficou do meu lado, sempre me apoiou, e por ela, assim... espontaneamente mesmo ela foi, falou, “olha, vou raspar” e doou o cabelo dela. Então- e agora ela não consegue deixar crescer, ela adorou também; particularmente ela fica linda de cabelo raspado. (risos) (Débora, 37 anos, namorada da Helena).

Não, a Érika foi muito muito muito muito presente. Foi muito presente em tudo, em tudo. Na força, de me ajudar... tudo, fisicamente, me ajudar no banho, me ajudar emocionalmente, né? E ficando do meu lado, dando a força na hora que eu tava decidindo a parte “de faço reconstrução ou não faço, o que que eu faço”, ela falava, “Você é que tem que decidir”, ela não interferiu em absolutamente nada, não falou a opinião dela. Simplesmente falou, “É você. Qualquer coisa que você decidir, eu te apoio” [...] (Nina, 53 anos, esposa da Érika).

Os cuidados que eu tenho, que ela também começou a ter, que é a minha alimentação, que é bebida assim, tipo... às vezes ela pergunta “ah, tá com dor? Ah, tá...” mas nada... só os cuidados básicos mesmos que ela sabe que eu sigo protocolos. [...]. [Ela] me acompanha super (Yele, 38 anos, namorada da Fernanda).

Ela [Marília] foi muito companheira. É... ela não deixava eu ficar baixo astral de jeito nenhum e é... finais de semana assim ela convidava um monte de gente para ir em casa. Ela sempre fazia festa. Entendeu? Então não posso reclamar de maneira nenhuma. [...] Ela nossa... ela foi tudo. Ela me ajudou muito (Frida, 51 anos, namorada da Marília).

Mulheres homossexuais que tiveram câncer de mama raramente referenciaram ter percebido falta de apoio de suas parceiras. Notavelmente ausentes foram relatos sobre parceiras que não participavam de discussões relacionadas ao câncer, uma questão que recebeu muito foco no contexto de mulheres heterossexuais (Jennifer White & Ulrike Boehmer, 2012; Karen Fergus & Ross Gray, 2009). Observa-se que todas as participantes relataram terem sido muito apoiadas por suas companheiras durante e após o tratamento, tanto com relação ao emocional como também com cuidados de ordem prática.

Por outro lado, isso não costuma ocorrer com casais heterossexuais, nos quais, sem um modelo para recorrer, os parceiros descreveram muitas vezes que se sentiam inadequados em seus papéis como cuidadores. Eles admitiram ficar surpresos com sua falta de compreensão sobre como apoiar uma mulher com câncer de mama. Particularmente, quando o humor de suas

parceiras e as necessidades correspondentes flutuavam de maneira imprevisível, os cônjuges não sabiam como responder. Ao sentirem-se desamparados, muitos homens caíram na armadilha de tentar solucionar problemas sem ouvir suficientemente os sentimentos de suas parceiras (Karen Fergus & Ross Gray, 2009; Rosana Machin et al., 2011).

As quatro participantes disseram que seus amigos e colegas estiveram presentes, de diferentes maneiras, para ajudá-las no tratamento do câncer de mama:

E quando eu fui fazer a cirurgia [mastectomia], eu precisava de dez doadores de sangue, né, porque eu perdi muito sangue, eu tomei duas bolsas de sangue- eu precisava de dez; apareceram trinta. Então foram as pessoas do trabalho que foram, então eles ficaram tão ali, é, vivendo aquilo ali comigo, que até mesmo as pessoas que ficavam com pena ou tal começaram a ver a situação de uma outra forma (Débora, 37 anos, namorada da Helena).

Mas quando você precisa, elas [colegas de trabalho] tão lá. Então, uma das coisas que eles... que eles cuidam muito é a comida. Eles sabem que fazer comida é um trabalho, né, que você tem que ficar, cê tem que fazer. Então como a Érika trabalhava e eu não podia fazer nada, eles mandavam comida, entendeu, pra gente fazer, pra gente não precisar fazer, né, então é muito, muito, muito legal isso, eu achei assim- então a minha rede de amigos que trabalham, aí eles mandam cartão, eles arrecadam dinheiro, te mandam dinheiro, manda flores- (Nina, 53 anos, esposa da Érika).

[...] E os amigos, os amigos nem se fala... a minha casa vivia lotada, gente entrando e saindo. É... nossa, não tem o que reclamar, não tem nem o que falar (Yele, 38 anos, namorada da Fernanda).

[...] [Apoiada] Pelos os meus amigos, pelos meus amigos. Pelo pessoal da [área aonde trabalha] aqui também. Não posso falar nada da [área aonde trabalha]. Toda vez que eu tava no ambulatório sempre o pessoal descia, os médicos sempre me trataram muito bem. Ficavam sabendo que eu tava no hospital, descia (Frida, 51 anos, namorada da Marília).

Foi visto que a procura por amigos reforça a importância do apoio social para os indivíduos LGBTI e funciona como uma estratégia de enfrentamento dos problemas e como uma possibilidade para encontrar amparo na rede de relações sociais. Dessa forma, muitas vezes a busca por amigos é maior do que a busca pela ajuda de familiares, o que questiona a atuação da família no suporte aos indivíduos LGBTI (Grayce Albuquerque et al., 2016). Todas as participantes relataram que se sentiram amparadas por seus amigos e colegas.

Débora, Yele e Frida falaram, ainda, que sentiram muito apoio da família durante o tratamento:

Aí nessa nova situação [metástase], a Helena, sempre foi comigo [no hospital], né, e também- a Helena e minha mãe. Então as duas foram assim, minhas- são mesmo, parceironas, né? (Débora, 37 anos, namorada da Helena).

[...] Eu tenho uma tia que mora em [cidade], ela vinha só para ir nas quimioterapias comigo, é... minha mãe, a ex-namorada e quem continua sempre no páreo é a família, né? [...] (Yele, 38 anos, namorada da Fernanda).

Ah, pela minha família. Pela minha família. A família dela. Família dela me apoiou muito. Nossa! [...] Então, eu fui muito apoiada pela minha família, pela família da Marília [...] (Frida, 51 anos, namorada da Marília).

O período que se sucede ao diagnóstico de câncer de mama é muito difícil, pois diversos estressores mobilizam a mulher com relação ao físico, ao emocional e ao social. Assim, é importante que a paciente acometida receba apoio familiar e social a fim de se fortalecer para enfrentar o tratamento e se engajar na sua readaptação. (Edilaine Caetano, Marislei Panobianco & Clícia Gradim, 2012; Gisele Silva & Manoel Santos, 2010).

Sobre a **relação com a companheira durante e após o tratamento** do câncer, Débora percebeu mudanças negativas em seu relacionamento anterior. Explicou que a ex-namorada não a tocava mais, tinha um cuidado excessivo com ela e acabou se relacionando com outra pessoa. Débora atribui que um dos fatores para isto ter acontecido é que a ex-namorada não a enxergava como uma pessoa completa:

Aí que veio, passado o efeito da anestesia e tudo o mais, aí que veio o choque, aí eu pensei, como a minha companheira vai me ver agora? E de fato, ela não me tocava mais, né, nessa parte; ela tinha um receio [...]. Então, isso foi bem nítido, foi bem, é- constrangedor pra mim; eu falava pra ela, "nossa, mas você não- não toca mais", não sei o que; ela falava, "é coisa da sua cabeça", né, "não tem nada a ver"- tanto que ela acabou me traindo com... uma pessoa e terminou justamente- eu acredito que um dos fatores que tenha levado ela a isso foi que talvez ela não sentia mais que eu era completa, ou suficiente pra ela, né (Débora, 37 anos, namorada da Helena).

É, porque desde o diagnóstico ela começou a me tratar diferente. Não com indiferença, mas como se eu fosse... uma bonequinha de porcelana e fosse quebrar. Então, ela- ela me... sufocou de uma forma como se eu não fosse capaz de nada. Então, por exemplo, "ai, eu vou na padaria- " "Não, não, não, você não pode!", sabe? Então ela foi me vetando de coisas pra que eu me sentisse completamente dependente dela. Então assim, eu acredito que foi uma- uma relação muito doentia no quesito de que ela me colocou como uma pessoa incapaz, né, e eu acreditei naquilo, que eu era incapaz. E a partir daí, eu me tornei dependente dela emocionalmente e... não conseguia mais fazer as minhas coisas por mim mesma - porque eu sempre fui muito independente, né, eu sempre- trabalho desde os 14 anos, então assim, eu sempre fui uma pessoa independente. Então, de repente, eu me vi completamente dependente dessa relação, então aí que mudou [...] (Débora, 37 anos, namorada da Helena).

As mulheres mastectomizadas passam por diversas adaptações em suas vivências como tais, sendo que o principal preditor negativo é a sensação de vergonha associada às alterações e distúrbios da imagem corporal feminina, o que pode influenciar a qualidade de vida e de saúde, bem como a maneira de sentir e expressar sua sexualidade (Francisco Oliveira et al.,

2017; Silvio Silva et al., 2012). Débora percebeu que sua ex-namorada foi se afastando dela e tratando-a de forma diferente depois da cirurgia de mastectomia.

Por outro lado, Débora, com sua parceira atual, Yele, com a ex-namorada e a atual, Nina e Frida perceberam que estas estiveram ao seu lado, foram realmente suas companheiras, independentemente das consequências do tratamento para o câncer de mama:

[...] Helena que vive me elogiando, né, porque eu tenho- tenho cicatrizes, né, como qualquer cirurgia nos deixa, né, e ela fala que isso é sinal de uma pessoa vencedora. (Débora, 37 anos, namorada da Helena).

Era ela que limpava os drenos, né, quando eu chego em casa, foi ela, a Érika, que tirava tudo, porque na hora cê tá sob efeito de anestesia, então você não sente absolutamente nada, “Nossa, tava lá, né?” [...] Ela que tinha que me dar banho. Ela que tinha que me ajudar no banho, né? Porque a história do como você fica com os drenos, todas as coisas, cê tem.. cê não pode mexer muito a mão... [...] (Nina, 53 anos, esposa da Érika).

Eu tava solteira e eu conheci a minha ex-namorada é... encontrei, na verdade. Porque eu namorava... eu conheci ela no colégio, a gente se encontrou tal e ela se apaixonou por mim. Eu tava careca, passando mal. [...] Nessa época ela me encontrou assim. Daí, ela se aproximou e logo depois a gente se envolveu. E foi normal. A gente... na verdade, o relacionamento durou muito mais durante o câncer. Depois do câncer, parece que até deu uma esfriada, mas era super intenso. A gente namorava, a gente saía, a gente ficava juntas o tempo todo [...] (Yele, 38 anos, namorada da Fernanda).

Antes do câncer e depois do câncer? Eu acho que companheirismo, né? Eu acho que tem muita coisa entre nós que não é só o sexo que faz a gente ficar junto. Que é outras coisas. São outras coisas, sabe? E é o estar junto, é o conversar, é o curtir a casa da gente, é curtir o animal que a gente tem, entendeu? [...] Eu acho que tem companheirismo. Diz que o amor vai se transformando, né? Eu acredito muito nisso [...] (Frida, 51 anos, namorada da Marília).

Embora sejam evidentes os efeitos deletérios na imagem corporal e o estigma que acompanha o câncer de mama, observou-se também que algumas mulheres trazem uma sensação de aceitação e conformidade frente às mudanças corporais sofridas e à ressignificação de novas formas de adaptação e enfrentamento do câncer. Além disso, percebe-se que as companheiras auxiliam na ressignificação e no enfrentamento do câncer de mama de suas namoradas ao responderem às necessidades delas tanto no momento do diagnóstico, bem como vários anos depois, quando as sobreviventes continuam a enfrentar lembranças de sua doença e temores de recorrência (Francisco Oliveira et al., 2017; Jennifer White & Ulrike Boehmer, 2012). Parece que todas as participantes sentem que suas parceiras as auxiliaram e estiveram ao seu lado tanto no momento do câncer como depois do tratamento.

Débora, Nina e Yele também disseram que suas companheiras as ajudaram com os cuidados durante o tratamento do câncer, ficando no hospital, fazendo curativos, reorganizando os ambientes, perguntando quais as necessidades delas:

Tanto que ela [Helena] ficou comigo no hospital - ela tem medo de sangue, ela tem pavor a agulha, e mesmo assim ela aguentou firme e forte; então, a partir daí eu pude ver que ela realmente tava comigo, não só porque ela achava legal falar "ai, eu tô do seu lado", mas porque ela tava mesmo e ela está mesmo do meu lado. Porque uma pessoa que tem medo de sangue ver a outra com dreno ali, né, é- ver o corte, cuidado do- do machucado - porque foi ela que cuidou, né, fazia curativo, etc. -, mesmo ela tendo medo, e ver eu ali toda hora tomando injeções e mais injeções e tá do meu lado, então eu acredito que essa pessoa, ela é... uma pessoa que vale com toda certeza tá do lado, sabe. (Débora, 37 anos, namorada da Helena).

[...] Pra dormir, a gente tinha que dormir certinho, ela punha um travesseiro de um lado, eu punha um travesseiro do outro, as minhas mãos tinha que ficar pra cima, os drenos aqui pra baixo, é... ela com- ela nem dormiu no quarto, ela foi dormir no outro, pra me dar mais espaço, ela... e ela sempre chegando, "Tudo bem", "Você tá bem?", "Eu preciso pegar e limpar o dreno", né, muito presente de... perguntar, de ver o que eu quero, "Cê precisa de alguma coisa pra beber?", "Cê tá bem?", "Cê não tá?", "Cê quer comer alguma coisa?", sempre muito... muito presente. Muito cuidadosa, muito- e isso eu não sei, né, se um homem faria, então nesse sentido, que a gente voltando, né? Pode ser, né, por que não? Ou então- (Nina, 53 anos, esposa da Érika).

[...] A quimioterapia me deixou uma herança que é o intestino preso. Então, por exemplo, esse final de semana eu passei muito mal de dor na barriga. Não conseguia ir no banheiro. Ela foi lá e comprou remédio, comprou fruta. Passei... uma hora depois que tomei o remédio, passei um mal [...]. [Fernanda] ficou do meu lado o tempo todo. Então, não tem o que reclamar não (Yele, 38 anos, namorada da Fernanda).

Mulheres com câncer de mama descreveram que o apoio que recebiam de suas parceiras era muito abrangente. O desejo das sobreviventes por equilíbrio nas responsabilidades domésticas e de cuidados, bem como a percepção de que suas parceiras ficam angustiadas com o câncer a longo prazo, indica que o envolvimento emocional das parceiras e a percepção dessa abrangência de seu apoio envolvem uma grande demanda (Jennifer White & Ulrike Boehmer, 2012). As três participantes parecem perceber muito apoio vindo de suas companheiras, mas também é possível notar que não é fácil para elas dar este apoio e vivenciar os tratamentos decorrentes do câncer de mama.

Com relação à sexualidade, Débora, Nina e Frida disseram que esse aspecto muda após o tratamento para o câncer de mama. Já Yele disse que nada mudou para ela nesse quesito:

Você perde a lubrificação, né, você não- não tem mesmo. [...] Mas existe sim, essa alteração física na mulher, infelizmente há essa diminuição da libido; porém a outra pessoa, é... ela tem um papel muito importante, e os médicos inclusive falam pra que... o parceiro/a parceira estimule muito a outra pessoa, né. Não simplesmente vire e durma, né. Então, não houve essa situação; pra ela [ex-namorada] tava tudo bem. [...] Existem tantos meios hoje em dia aí, alternativos, que você pode recuperar, né, a sua vida sexual, por assim dizer; não houve essa procura, é- e realmente não tivemos mais, é- depois disso tudo, né (Débora, 37 anos, namorada da Helena).

Eu acho que a gente ainda tá nesse processo de reinventar, porque como tá ainda muito com dor e, toda a parte, de tudo o que aconteceu, né, porque fora o câncer, nós voltamos pro Brasil. Então

tem um monte de coisa nova na nossa vida, que a nossa sexualidade tá meio (risadas), tá meio escondidinha. A gente tá até brincando com isso, falo assim, “Meu, que que tá acontecendo, né?” (Nina, 53 anos, esposa da Érika).

[...] Foi um relacionamento [com a ex-namorada] muito bom, era bom demais. Acho que o sexo ele ajuda muito no tratamento, muito, muito. E muitas mulheres se afastam, né, do parceiro ou da parceira. Eu tenho amigas aí com câncer que eu falava “você tá transando?” “não” “precisa, porque muda todo o metabolismo do corpo em pró de melhoras”. Então, nada, nada afetou dessa época aí não. Para mim foi tudo muito completo digamos assim (Yele, 38 anos, namorada da Fernanda).

[...] Porque o... vou ser bem sincera, depois que eu fiz o tratamento e tomando o Tamoxifeno, o libido vai lá no pé. Você não tem vontade de fazer absolutamente nada. E ela por sua vez, ela também já tá com idade, ela tá com 59, então também já não tem mais aquele fogo. Entendeu? [...] Ela fala para mim “nossa, do jeito que você era e do jeito que você tá”, entendeu? Isso me pega. Isso me incomoda. Se eu começo a pensar, isso me incomoda (Frida, 51 anos, namorada da Marília).

Por muito tempo, a questão da sexualidade após o câncer de mama permaneceu como um tabu e era pouco discutido entre profissionais e pacientes. Torna-se agora óbvio que, como em outros aspectos da assistência médica, a questão da sexualidade, independentemente da orientação, deve ser levantada pelos profissionais para informar as pacientes sobre o impacto dos tratamentos, identificar suas necessidades, prevenir e tratar qualquer complicação e, se necessário, encaminhá-las a especialistas, psicólogos, psiquiatras ou sexólogos (Elisabeth Vieira et al., 2013; Sarah Notari, Sandra Fornage, Bénédicte Panes-Ruedin, & Khalil Zaman, 2018; Ulrike Boehmer, Al Ozonoff, Alison Timm, Michael Winter, & Jennifer Potter, 2014). Inclusive, Ulrike Boehmer, Al Ozonoff et al. (2014) constataram que mulheres de minorias sexuais que tiveram câncer de mama, comparadas com aquelas que não haviam vivenciado a doença, não diferem no risco de disfunção sexual ou no nível de funcionamento sexual global. Entretanto, as que tiveram câncer apresentaram menor frequência sexual e menor pontuação no desejo e na capacidade de atingir o orgasmo, e maior dor em comparação com as mulheres que não tiveram câncer de mama. Débora, Nina e Frida mostraram que sentem dificuldades em suas práticas sexuais após o diagnóstico de câncer de mama e que nenhuma delas, com exceção de Yele, parece ter recebido algum tipo de recomendação médica eficaz para melhorar suas práticas sexuais.

Sobre as **outras discriminações percebidas**, Débora também sentiu a discriminação vinda de colegas de trabalho, que a questionavam sobre os motivos de ela e sua companheira terem cabelos raspados, e Nina relatou que nunca sofreu algum tipo de preconceito em seu trabalho, mas que os colegas se referiam a ela e a Érika como amigas:



É... então, pelo fato de nós sermos carecas, a gente é constantemente parada, tipo no shopping, é, qualquer lugar, nós trabalhamos na mesma empresa, no trabalho as pessoas comentam também, e a constante pergunta que a gente escuta é, “vocês estão doentes ou é só estilo mesmo?” Então assim, a gente sempre escuta isso, porque tem aquele estereótipo, né, infelizmente em pleno século XXI, as pessoas acham que as mulheres ainda precisam, necessitam de um cabelo comprido pra que ela demonstre feminilidade. Né? A Helena é uma pessoa extremamente feminina, eu também sou, mas pelo fato de termos cabelos raspados, as pessoas já nos rotulam, né, antes mesmo de nos conhecerem. (Débora, 37 anos, namorada de Helena).

[...] A gente trabalha junto, trabalhávamos juntos, eu e a Érika, né? E... lá também, a gente nunca teve... as pessoas olharem, tipo assim, cê tá no trabalho, cê não vai falar da tua sexualidade no trabalho, porque lá é muito claro isso, né, trabalho é trabalho, amigo é amigo [...]. Mas nunca tive nenhum tipo de preconceito, né, “Ah, cadê a tua amiga? Você fica sempre junto com ela”, “É, é verdade”, “Que legal”, tipo assim os comentários de pessoas normais [Nina, 53 anos, esposa de Érika]

Ao sofrer preconceito heterossexista em seu trabalho e não poder se assumir, a mulher lésbica é obrigada a negar a verdade sobre suas relações e percebe que sua permanência no trabalho depende de que ela “atue” como uma mulher heterossexual, conseguindo também desempenhar o papel do que é considerado uma mulher “de verdade” (Adrienne Rich, 2010; Jules Falquet, 2014). O fato de Débora e sua namorada terem os cabelos curtos, algo que não é esperado de mulheres heterossexuais, já fazem com que elas se destaquem em seu ambiente de trabalho. No caso de Nina, apesar de ela não perceber nenhuma forma de preconceito, observa-se que seus colegas de trabalho já rotulam sua esposa como “amiga”, o que pode ser uma maneira de pressionar que as mulheres lésbicas permaneçam negando sua orientação sexual.

Débora e Nina relataram que mesmo pessoas que elas não conhecem fazem piadas ou ficam observando quando elas estão em algum lugar público:

Por a Helena ser uma menina muito bonita, a gente passa por muitas situações delicadas; por exemplo, num restaurante, o garçom, é- sempre faz uma gracinha com ela, é- no shopping, qualquer lugar que a gente tá andando, é sempre uma piadinha, uma gracinha [...] (Débora, 37 anos, namorada de Helena).

[...] Eu sinto que, dependendo aonde eu vou, as pessoas olham mais [o toráx]. Se você é uma mulher que é muito preocupada com a aparência, a pessoa tende a me olhar mais. Isso não importa, pode ser perto da família, perto de amigo, de desconhecido, não importa, mas cê percebe que causa uma: “Mas como ela fez isso?”, né? “Como... por que que ela não fez a reconstrução?”, como tem gente que me pergunta, “Por que cê não fez a reconstrução? Mas você podia. Por que cê- já devia ter feito”, não, bem, não devia (Nina, 53 anos, esposa de Érika).

Uma das leis naturais do ser humano é o direito de tomar decisões sobre o próprio corpo. Tal direito, que deveria ser assegurado para todas as pessoas, é incompreendido pela sociedade machista, que muitas vezes não possui esclarecimento e nem empatia com relação ao assunto.

Percebe-se que as discussões sobre a necessidade de mudança dos paradigmas sobre o corpo da mulher, sua estética de apresentação em sociedade, ainda são tratadas com escárnio e muita superficialidade. Débora falou sobre pessoas que fazem comentários sobre a aparência de sua namorada e que não possuem relacionamento algum com ela e Nina trouxe que tiveram pessoas que disseram que ela deveria ter feito sim a reconstrução mamária. É como se os outros se sentissem autorizados a comentar o que quiserem sobre o corpo destas mulheres, o que mostra também a importância da reivindicação da igualdade de direitos sobre o próprio corpo (Brisa Rodrigues, 2017; Marilyn Yalom, 1997).

Nina relatou ter sentido uma discriminação vinda de seus amigos, que não entendiam muito bem os motivos que a levaram a não fazer a reconstrução mamária e atribuíam essa decisão ao fato de Nina ter uma esposa e não um marido:

Decidi não fazer a reconstrução, mas isso levou uma série de... é de... das pessoas ficarem quietas, né, amigos ficarem quietos pelo fato de que eu não fiz reconstrução (risadas), “Mas como você não vai fazer reconstrução? Ah, você não vai fazer reconstrução? Ah, porque você não tem marido”, falei, “Gente, não tem nada a ver, é uma decisão minha, não tem nada a ver, porque eu sou lésbica”. [...] “Ah, isso é porque você tem uma companheira”, eu falei, “Meu, não tem absolutamente nada a ver. Eu tô fazendo- faço ou não faço, é o meu corpo. Sou eu que decido se eu faço ou não a reconstrução, porque tem sérios riscos. E porque é isso, faz parte de mim agora, eu não preciso ter uma coisa em termos de formato, porque você não sente nada”. Aí eu comecei a inclusive educar essas pessoas sobre o que que é o fato que tem mulheres que você tem que respeitar todas as mulheres e todas as decisões. (Nina, 53 anos, esposa da Érika).

Percebe-se nestas falas de Nina uma crença das outras pessoas em uma “domesticidade feminina”, aonde a sociedade heteronormativa e focada no homem atua sobre o corpo das mulheres, fazendo-os submissos, disciplinados e dóceis. É como se os homens e as instituições (nesse caso, de saúde) pudessem se apoderar dos seios femininos e decidir se a cirurgia de reconstrução iria ocorrer ou não, independentemente da vontade da mulher. Disso decorre mecanismos de controle e autocontrole da sexualidade feminina, inclusive naquelas em que o homem não tem participação alguma (Lívia Toledo & Fernando Teixeira Filho, 2010; Marilyn Yalom, 1997). Parece que Nina encontrou vieses heteronormativos não só nos serviços de saúde, mas também em seu grupo social, que não consegue enxergar a não reconstrução como uma possibilidade do tratamento. É como se a opção de fazer a reconstrução ou não passasse pelas vontades dos homens e a mulher deveria seguir estas vontades. E mesmo que Nina tenha uma relação homossexual, uma esposa para discutir sobre os mais diversos assuntos, a decisão dela de não fazer a reconstrução é atribuída aos homens. Por outro lado, estas colocações não impediram Nina de tomar a decisão que julgava mais adequada para ela e para sua saúde.

Débora e Frida também comentaram que, no início de seus relacionamentos com suas parceiras, perceberam atitudes de discriminação vindas de sua família:

[...] Minha própria mãe, no início, falava também dessa forma; a mãe da Helena também, no começo, apresentava, "ai, a amiga da minha filha"; então eu acho que as pessoas, elas tendem a- a ter esse receio, né, perante as outras pessoas [...] (Débora, 37 anos, namorada da Helena).

Se eu estivesse na minha casa, na casa da minha mãe com ela, e ela [irmã] chegasse, ela ia embora. Ela não ficava. E a Marília é uma pessoa muito especial. Ela chegou a pedir desculpa para a Marília das coisas que ela fez, tudo... porque ela pensou que ia ser tipo assim bagunça, porque quando fala homossexual, já imagina aquelas coisas loucas, né? Aquelas coisas assim... sem respeito, sabe? Aí, ela viu que as coisas não são assim, porque a família da Marília tem muita... é muito religiosa. Eles são... todos são muito religiosos (Frida, 51 anos, namorada da Marília).

É difícil para a família que segue o modelo heteronormativo admitir que há um membro homossexual nesta, pois a sensação é de que aquele grupo deixa de ser uma família justamente por perder seu “laço” com a heteronormatividade. Essa família não admite sair desse referencial e não tolera a possibilidade de ter que reestruturar sua vida sabendo que não só existem pessoas dissidentes da heteronormatividade, como elas também fazem parte da família (Lívia Toledo & Fernando Teixeira Filho, 2013). Débora e Frida trouxeram relatos de familiares que se “afastaram” concretamente e simbolicamente da ideia de haver um membro homossexual em suas famílias.

Além disso, Yele trouxe que em nenhum momento de sua vida se sentiu discriminada por outras pessoas:

Não [percebe discriminação]. Eu sou muito assumida, porque eu... eu... eu me descobri, a minha tia disse assim para mim “filha, você não precisa escrever na testa, mas não esconda de ninguém quem você é” e aquilo eu tomei posse. Então, “ah... não sei o que”... eu ia fazer entrevista de trabalho quando eu ia para as empresas “ah, não sei o que, eu sou homossexual”. Só que nunca, nunca escondi isso de ninguém nem de mim. As pessoas sofrem, porque elas escondem delas. A maior taxação tá dentro da própria pessoa. Então, ela acha que uma pessoa tá olhando estranho, ela acha que a pessoa tá falando dela, ela acha que a pessoa não gosta dela, porque ela é homossexual, mas assim... as pessoas às vezes é... não sabem lidar com o seu próprio eu, com seu próprio ciclo de vida... convivência. Então, ela acaba se subjugando e autoflagelando. O que não aconteceu comigo (Yele, 38 anos, namorada de Fernanda).

O Programa Brasil sem Homofobia (Brasil, Ministério da Saúde, 2004a) relatou que a população homossexual brasileira é vítima de homofobia em todos os ambientes que frequenta, o que mobilizou o programa a definir indicadores que consigam avaliar oficial e sistematicamente a situação dos/das homossexuais brasileiros/as. Pierre Rinco (2016) também observou em seu estudo que a população LGBTI sofre violências de todos os tipos em todas as

fases de suas vidas. Casos de discriminação e violência são vistos no atendimento dentro da rede de saúde pública; em entrevistas de emprego; nas proibições de acesso à locais públicos e/ou privados; espancamento, agressões e desrespeito de policiais e guardas; ofensas e xingamento gratuitos de desconhecidos; violência sofrida em casa; etc. Sendo assim, é quase que surpreendente que a participante Yele tenha percebido o extremo oposto destes achados, dizendo que nunca sentiu nenhuma discriminação por conta de sua orientação sexual.

*b) Análise das entrevistas realizadas com as companheiras afetivas*

**Categoria 1. “Eles são tipo os deuses do hospital”: Recepção nos serviços de saúde**

Subcategorias

- Desamparo (Helena, Marília)
- Discriminação (Helena, Marília, Fernanda)
- Evitação (Helena)
- Acolhimento (Helena, Marília)

**Categoria 2. “A minha escolha eu morro, se eu decidir ficar com meus seios”:  
Decorências do diagnóstico/tratamento da parceira**

Subcategorias

- Choque (Helena, Marília)
- Força (Helena)
- Medo da morte e/ou da recidiva (Marília)
- Novo olhar para a vida (Fernanda)
- Sexualidade (Marília, Fernanda)

**Categoria 3. “Então: a família, os amigos e o trabalho. É o que mais me levanta”: Apoios recebidos**

Subcategorias

- Família (Helena, Marília, Fernanda)
- Amigos (Marília)
- Trabalho (Marília)
- Religião (Marília)

#### **Categoria 4. “Igual eu falo que o câncer me mudou muito, mas ela também”: Relação com a companheira durante e após o tratamento**

##### Subcategorias

- Agitação (Helena)
- Tolerância (Marília)
- Companheirismo (Marília, Fernanda)

#### **Categoria 5. “Você deixa de ser uma pessoa com direitos a partir do momento que você fala que é homossexual”: Outras discriminações**

##### Subcategorias

- Ambiente de trabalho (Helena, Marília)
- Família (Helena, Fernanda)
- Profissionais de saúde (Helena, Marília)
- Desconhecidos (Fernanda)

Sobre a **recepção nos serviços de saúde**, Helena e Marília falaram sobre o desamparo que têm sentido nos serviços. A primeira relatou que o mastologista de Débora não deu muita atenção para o erro que ele havia cometido em sua prótese e a segunda disse que a namorada passou por vários médicos diferentes ao longo do tratamento:

A gente tá sendo muito mal amparada pelos médicos que ela tem passado até agora, por exemplo, o mastologista dela. Ele fez uma cagadinha nas mamas e a prótese de silicone ela está virada. [...] Tem uma bolinha de ar que pode (inaudível). É uma bolinha de ar que pode furar a qualquer momento e que no consultório médico “ah, normal, você vai precisar trocar a prótese no máximo dentro de um ano, mas é normal” (Helena, 22 anos, namorada da Débora).

E uma coisa que eu acho difícil no tratamento do [nome do hospital] é cada vez ser um residente. Isso, para mim, no tratamento oncológico é muito difícil. [...]. Ela fica muito solta. [...] Mas acho que para essas patologias, é muito importante ter alguém fixo [...]. Outro profissional que seguisse, que escutasse, que... sabe? Eu acho que a coisa lá, ela caminharia de outra forma (Marília, 59 anos, namorada da Frida).

Wilza Villela (2014), explicou em seu trabalho que é importante que as mulheres de minorias sexuais possam unir suas vivências com os atendimentos na saúde. O foco não está no que se vai perguntar a elas, mas como é o acolhimento, como se dá abertura para a usuária falar de questões pessoais que impactam diretamente na sua saúde e isso deve ir além dos temas que se relacionam diretamente com a sexualidade. Para os profissionais não ficarem presos nas categorias que também engessam, aprisionam e expressam o poder dominador, é importante

que eles pensem também na fluidez e na diversidade de práticas sexuais. Helena e Marília não atribuíram diretamente os “maus atendimentos” que perceberam com suas parceiras à orientação sexual delas, mas, por outro lado, trouxeram episódios de pouco acolhimento nos serviços de saúde.

Helena também sentiu que ela e Débora não são tratadas como casal durante as consultas médicas, algo que pode se configurar como uma discriminação também:

É como se não existisse casal [durante as consultas]. É... tanto que assim ela [médica] mal me cumprimenta quando eu entro na sala. Ela fala só com a Débora, se direciona só com ela. Se eu falo alguma coisa, ela olha meio com olho assim e se volta para a Débora, como se ela estivesse sozinha ali. [...] Eu sou cara de pau. Então, o que eu tenho que falar, eu falo mesmo e não tô nem ai. Mas às vezes dá vontade de falar “minha filha, eu tô aqui, você tem que falar comigo também, porque eu quero saber o que tá acontecendo” (Helena, 22 anos, namorada de Débora).

O cuidado à saúde das mulheres ainda permanece focado na lógica biologicista (centrada na reprodução e não no prazer) e, com isso, questões sobre a orientação sexual não têm sido incorporadas na rotina das consultas ginecológicas. É considerado vergonhoso, sujo, proibido que a sexualidade feminina “reduza-se” à genitalidade. Pode-se dizer que as mulheres são ensinadas, desde que nascem, a serem mães, a cuidar dos demais, a “dar prazer ao outro”. Assim, a sexualidade das mulheres é negada, reprimida e temida. Essas lacunas invisibilizam as lesbianidades e suas práticas sexuais (Breno Ferreira et al., 2018; Francisco Cabral & Margarita Diaz, 1999). Ainda, para escutar as mulheres lésbicas, os profissionais de saúde precisam “sair do armário”, sair de sua zona de conforto. É importante que os médicos e as médicas tenham coragem de ouvir o que as mulheres lésbicas e bissexuais têm para dizer, compreendendo que dificuldades sempre existirão, pois existem certas questões que não possuem resposta e não são fáceis de entender (Gilberta Soares, 2014). De fato, pelas falas de Helena, parece que a profissional nega que as duas mulheres que estão em seu consultório possam ter uma sexualidade própria, com foco em seu próprio prazer e não no dos outros, e não pensando em reprodução.

Por outro lado, Marília e Fernanda contaram que nunca sentiram alguma discriminação vinda dos profissionais de saúde quando estavam com suas parceiras nos serviços:

Entrava na sala [durante as consultas de Frida], conversava, tal. Mas eu falava e perguntava... Se eles entenderam que a gente era um casal... nunca perguntaram, então, assim, pelo menos na questão durante o tratamento, ‘cê entendeu? [...] Mas, nunca... nunca fui maltrada... não, não, isso não... (Marília, 59 anos, namorada da Frida).

Não, pelo contrário, pelo contrário [sentir discriminação], quando a gente foi na UPA levar meu filho, chegou lá, a Yele conhecia todo mundo, ela fez um agito lá, começou a conversar com

um, com outro, com outro. Quem ela conhecia mesmo que trabalhava lá, não tava de plantão, mas é... a gente foi atendido igual todo mundo, dentro da rotina, tava vazio até, foi bem rápido, mas foi tranquilo, mega tranquilo (Fernanda, 43 anos, namorada da Yele).

Muitos trabalhadores da área da saúde ainda não entendem o que significa ser uma mulher, ou homem, homossexual, o que demonstra que existem grandes lacunas e negligências no atendimento a estas pessoas. Os profissionais da área da saúde costumam associar ações específicas para a população LGBT como “discriminatórias”, o que indica desconhecimento e invisibilidade de um atendimento justo para uma população historicamente vulnerável, fazendo com que ações afirmativas, portanto, acabem sendo confundidas com preconceito ou privilégio. Dessa forma, a equidade não é vista como princípio condutor das ações e serviços de saúde, voltada para o atendimento de necessidades específicas e para o cumprimento da justiça, priorizando aqueles que mais precisam e buscando, política e eticamente, a redução das desigualdades que são frutos da injustiça (Joseph Burns, 2015; Rita Guimarães et al., 2017). Assim, ainda que Marília e Fernanda não tenham percebido nenhuma discriminação nos serviços que frequentaram, não falar nada sobre a orientação sexual pode levar a alguma negligência no atendimento.

Ao falarem de experiências ruins em consultas médicas, Helena explicou que ela e sua namorada evitam procurar o serviço de saúde:

Sem contar o ponto que a gente [ela e Débora] procrastina para ir no médico [ginecologista]. [...]. É. Tecnicamente, eu tive uma infecção de urina, ne, e eu precisava de um médico, passar pelo ginecologista para ver o que era, se era só isso, se era alguma outra coisa e eu enrolei até não aguentar mais (Helena, 22 anos, namorada de Débora).

Várias pesquisas indicaram que mulheres homossexuais apresentam uma grande resistência à procura dos serviços de saúde, o que, de forma geral, mostra o contexto discriminatório destes locais, aonde a heterossexualidade é vista como única opção possível, resultando na falta de qualificação e no preconceito dos profissionais de saúde para atender demandas que vão além da heteronormatividade. As críticas ao sistema de saúde indicam insatisfações que vão da exposição ao preconceito institucional à precariedade e ineficiência dos programas disponíveis. Esses pontos críticos terminam por afastar pessoas LGBTI dos serviços de saúde, sendo que as mulheres lésbicas acabam não procurando por exames de prevenção para o câncer de mama e colo de útero, por exemplo. Ainda, a consulta ginecológica se configura como uma situação muito delicada, tanto para o profissional de saúde quanto para a mulher, e envolve uma série de mediações, que passam pelas experiências anteriores com outros profissionais e pelas representações sobre o corpo e sobre o próprio exame (Andrea

Rufino, 2014; Grayce Albuquerque et al., 2013; Regina Barbosa & Regina Facchini, 2009). A demora de Helena e Débora para buscar profissionais da saúde provavelmente se relaciona com suas experiências anteriores, possivelmente discriminatórias, nestes locais, o que gera também um desconforto com relação aos profissionais e ao próprio serviço de saúde.

Por outro lado, Helena e Marília também perceberam momentos de acolhimento nos serviços de saúde. A primeira falou de um médico que ela mesma consultou e que a atendeu bem e Marília falou da equipe fixa e da psicóloga que acompanharam Frida:

Mas assim, eu passei pelo ginecologista homem Danilo e ele foi excelente. Porque eu sinto muita cólica e foi ele quem me receitou o remédio que eu tomo e foi o único que me atendeu bem (Helena, 22 anos, namorada da Débora).

Que a equipe fixa, então, é... um vínculo maior, ela tem um vínculo maior. E essa psicóloga também, que ela ia lá no médico do servidor, também era uma pessoa que ela criou um vínculo muito grande, assim, de apoio, de segurança e foi muito legal isso, né? (Marília, 59 anos, namorada de Frida).

É importante que os serviços de saúde sejam sensíveis às especificidades da população LGBTI e não somente tolerantes e respeitosos diante das diferenças de orientação sexual e de gênero (Ruth McNair & Rachel Bush, 2016). Cuidados culturalmente apropriados para pacientes com câncer de minorias sexuais incluem evitar suposições heterossexuais, fazer uso de linguagem inclusiva e promover o envolvimento de parceiros e parceiras no cuidado (Karolina Lisy, Micah Peters, Penelope Schofield, & Michael Jefford, 2018). Helena e Marília tiveram contato com atendimentos nos serviços de saúde que pareceram ocorrer de forma muito sensível e adequada.

Sobre as **decorrências do diagnóstico e do tratamento do câncer de mama** da parceira, Helena e Marília relataram que o diagnóstico do câncer foi um choque:

[...]. Agora, o novo [câncer], a princípio para mim foi aquele “Meu Deus o que vou fazer?” e agora continua essa com essa “Meu Deus o que vou fazer?”. [...] Então é tudo muito novo para mim [o câncer]. Tipo, o que para ela [Débora] está sendo recorrente, para mim é uma novidade (Helena, 22 anos, namorada da Débora).

Bom, quando eu fiquei sabendo, eu realmente levei um... choque, né? Mas como era um câncer de mama, a gente tem sempre a ideia de que... vai dar tudo certo. [...]. Mas em muitos momentos eu... eu pensei na morte. Né? Em ficar sozinha (Marília, 59 anos, namorada de Frida).

O câncer é representado socialmente como algo ruim, o que evidencia também um sentimento de desvalorização social, pois a doença altera tanto o biológico como o meio social em que essa mulher vive. Dessa forma, tem-se que o câncer de mama é uma doença que afeta



profundamente a pessoa acometida e as que fazem parte de suas relações sociais. Conjugês relataram que os sentimentos experienciados após o diagnóstico de suas esposas foram: incerteza, choque, raiva, descrença, negação, ansiedade, culpa, depressão, desespero, perda de controle, medo e isolamento (Rhyquelle Neris & Anna Anjos, 2014; Silvio Silva et al., 2012). Pelas falas de Helena e Marília pode-se pensar que elas sentiram um choque ao não saber como era ver alguém passar por um tratamento de câncer.

Ainda, a parceira relatou que Débora tem muita força para enfrentar o tratamento e que, se fosse com Helena, ela não iria conseguir passar por esta situação:

Ah, eu olho para ela [Débora] e fico pensando da onde que ela tira força. Porque se fosse eu, teria largado o tratamento há um bom tempo. Eu ia tipo soltar as coisas para o lado “ah, eu vou morrer”. Eu não tenho nem metade da força que ela tem para esse tipo de coisa (Helena, 22 anos, namorada da Débora).

É importante lembrar as mulheres de minorias sexuais da sua grande resiliência psicológica e da capacidade de enfrentar e negociar o estigma sexual, o que possivelmente ajudou em um gerenciamento mais efetivo do câncer de mama (Ulrike Boehmer, Mark Glickman, Michael Winter, & Melissa Clark, 2014). Parece que Helena consegue enxergar essa resiliência em sua namorada.

Marília comentou que durante o tratamento do câncer de Frida ela pensou que a namorada pudesse morrer e, além disso, ela tem medo da recidiva do câncer:

Mas depois que começou a fazer a quimio... Aí a coisa mudou. Aí era assim, é... muito efeito colateral... Muito sofrimento por parte da Frida, muito sofrimento mesmo, e, eu... e nesse momento que eu comecei a ficar nessa... enxergar a morte... muito perto (Marília, 59 anos, namorada da Frida).

Eu acredito que ela tenha medo da doença voltar, e eu também tenho, tá? Isso a gente conversa de vez em quando, né? [...] Ela recusou a aposentadoria dela, porque ela falou, “Não, se eu aposentar, eu vou ter que sair de licença e eu não vou poder sair tanto tempo, não vou poder ter um tratamento no mesmo-”, então ela tem essa... esse receio das coisas voltarem, né? [...] Eu também, de vez em quando, penso- Procuro não pensar, né? (Marília, 59 anos, namorada da Frida).

A palavra câncer possui muitos significados e para várias pessoas, sejam elas mulheres acometidas, conjugês, família, etc., é sinônimo de dor, medo, morte, recidiva, entre outros (Lorena Oliveira et al., 2013; Silvio Silva et al., 2012). Pelas falas de Marília pode-se perceber que o medo da morte ou da recidiva não atinge apenas as mulheres que tiveram o câncer de mama, mas também as namoradas dessas mulheres.

Fernanda disse que acredita que o câncer muda o sentido da vida da pessoa acometida e que Yele trouxe esse novo olhar também para a vida dela:

[...] E eu acho que o câncer ele muda assim o sentido da vida mesmo na pessoa. E eu acho que ela trouxe muito isso para mim também, que eu sempre fui uma pessoa muito preocupada talvez com o bem-estar das crianças de estar numa boa escola, de estar vestindo, de estar dando o melhor, eu me enfiei no trabalho assim de uma forma muito cega. Enfiei mesmo, pensava trabalho, trabalho, trabalho, chegava em casa trabalho, trabalho, trabalho, final de semana só queria descansar. [...]. E a Yele toda hora “vamos levar os meninos não sei aonde? Vamos com os meninos não sei aonde? Vamos fazer não sei o quê? Vamos tomar um sorvete?” [...] (Fernanda, 43 anos, namorada da Yele).

Marília trouxe também que a questão da sexualidade é afetada após o tratamento do câncer de mama. Já Fernanda, por outro lado, disse que não percebeu dificuldades com relação a essa questão:

[...] Mas a questão sexual... Não tem nem como, sabe? Não tem nem... nem... nem fisiologicamente... não tem, não tem... não tem pique! Não dá, não vai, ‘cê entendeu? Então isso... abala, e muito. E ainda abala, porque depois que a Frida começou a fazer o tratamento, que essas questões hormonais, essas questões aí, e teve um... e teve uma libido que foi \*bffff (som de algo decaindo)\*, ‘cê entendeu? Lá pra baixo [...] (Marília, 59 anos, namorada da Frida).

Com tudo, com tudo, não vi diferença não [com relação à sexualidade]. Ela até comentou que normalmente depois do câncer, as mulheres costumam a não ficar lubrificadas, não excita, né, dá depressão e tal. Mas no caso da Yele é bem diferente. É bem diferente (Fernanda, 43 anos, namorada da Yele).

No estudo de Ulrike Boehmer, Al Ozonoff et al. (2014) sobre funcionamento sexual e câncer de mama em mulheres lésbicas e bissexuais, os pesquisadores verificaram que ter um histórico de câncer não explicou o risco de disfunção sexual ou de satisfação sexual. Entretanto, o estado do câncer explicava a frequência sexual, o desejo, a lubrificação, a excitação e a dor. Essas dificuldades de fato foram percebidas por Marília no relacionamento com Frida. Já Fernanda, por outro lado, não percebeu nenhuma diferença nessa questão.

Com relação aos **apoios recebidos**, Helena, Marília e Fernanda relataram que receberam apoio de seus familiares, como madrinha, irmãos, entre outros:

Então, e... tipo pedi para eles orarem [no grupo da família pelo WhatsApp]. E ai minha madrinha me chamou no privado no WhatsApp para perguntar para mim o que estava acontecendo, ai foi quando eu falei para ela “olha, tá acontecendo isso, isso, a Débora tá passando por um período difícil” e de lá para cá minha madrinha mudou completamente, ela manda mensagem, ela liga, ela pergunta, ela quer saber como tá, parece outra pessoa. [...] (Helena, 22 anos, namorada da Débora).

Então... eu tinha que ficar bem lá na Frida e bem com a minha mãe. Então tinha esse meio do campo, esse meio... que eu tinha que conversar com alguém. Era quando eu conversava com os meus irmãos, conversava com os meus amigos, ‘cê entendeu? [...] (Marília, 59 anos, namorada da Frida).

Olha, a família inteira da Yele, né, sabe da gente. Inteira. E também sempre apoiam. [...]. Eu vejo que eles têm muita preocupação com a Yele, eles ficam sempre em cima, sempre cuidando e tal. Aparentemente o pessoal gostou muito da gente estar juntos [...] (Fernanda, 43 anos, namorada da Yele).

A literatura traz como medidas de suporte essenciais para pacientes com câncer: a família da pessoa doente, os amigos dela e os serviços de assistência social e de saúde, a fim de se estabelecer uma rede de apoio. Por outro lado, quando o suporte acontece de maneira precária, o/a cuidador/a vivencia um desgaste pessoal ainda maior e que costuma crescer à medida que a doença vai progredindo. Assim, é importante que haja uma preocupação com o/a cuidador/a familiar e que existam programas educacionais com foco tanto no cuidado da pessoa com câncer como no do/a cuidador/a familiar (Keila Sanchez, Noeli Ferreira, Giselle Dupas, & Danielli Costa, 2010). Pelo relato das três participantes, percebe-se que além de elas serem parte da família que vai cuidar da paciente com câncer, elas também receberam apoio de suas próprias famílias (madrinha, irmão, família da namorada) nos momentos difíceis.

Marília contou também que pôde contar com seus amigos quando sentia necessidade de conversar com alguém no período do tratamento da namorada:

Não, não falava [sobre seu sofrimento] pra ela [Frida], mas conversava muito com os meus amigos, com as minhas amigas, sabe? Não fiz terapia não (Marília, 59 anos, namorada da Frida).

Marília comentou que um aspecto que a ajudou durante o tratamento de Frida foi ter continuado a trabalhar:

Ajudou muito [trabalho]. Porque ele dá força pra você, né? É... caminhar. Porque naquele momento que você tá trabalhando, ‘cê diminui um pouco o pensamento, ‘cê tira um pouco a atenção dessa... dessas coisas, né, da doença, né? Porque como eu dou aula, é... a faculdade é vida, né? Jovem, então você escuta cada uma, cada coisa, ‘cê ri... então, assim, muda o astral. Então, nessa parte foi ajuda sim, o trabalho ajuda [...] (Marília, 59 anos, namorada da Frida).

Poder se abrir com relação a sua orientação sexual na vida diária, através de revelar sua identidade de minoria sexual para colegas de trabalho e amigos heterossexuais, foi associado com uma menor ansiedade (Ulrike Boehmer, Mark Glickman, Michael Winter, & Melissa Clark, 2013). Marília trouxe que pôde conversar com seus amigos sobre seus sentimentos

durante o tratamento de sua namorada e que conseguia se distrair do diagnóstico de câncer enquanto estava em seu trabalho.

Um outro apoio considerado por Marília foi a religião, que a ajudou a caminhar durante o tratamento de Frida:

Bom, eu continuei na religião, eu continuei acreditando em Deus, eu... todas as vezes que eu ia pra igreja, eu rezo muito, sou uma pessoa muito temente à Deus, então eu confio muito nessa... nessa... nessa questão, sabe? [...] Mas eu acredito muito que a religião é uma coisa que segura muito a gente, me ajudou muito a caminhar, você entendeu? [...] (Marília, 59 anos, namorada da Frida).

A fim de aliviar a carga emocional das parceiras que estão grande parte do tempo ao lado das namoradas que tiveram câncer, os profissionais podem considerar a possibilidade de oferecer às sobreviventes do câncer de mama a oportunidade de incluir uma outra pessoa de apoio significativa em visitas de serviço médico ou auxiliar, e deve incluir mulheres solteiras, com parceiras e de qualquer orientação sexual. Eles também podem ser proativos no sentido de fornecerem informações sobre serviços de apoio para mulheres homossexuais que tiveram câncer de mama, em vez de colocar a carga sobre as sobreviventes para declarar suas necessidades (Ulrike Boehmer et al., 2013). Marília citou diferentes “tipos” de apoio que procurou para se fortalecer durante o tratamento de Frida.

Helena relatou que **depois do tratamento do câncer de mama da parceira** percebeu que Débora tem estado mais agitada. Ela citou uma briga na qual Débora saiu de casa para procura-la, pois Helena se ausentou um momento para ir ao banheiro:

Igual outro dia a gente tava brigando, ela ligou para a minha amiga, só que ela não queria falar comigo, ai ela começou a tossir, fui na cozinha e peguei água e trouxe a água para ela, ela falou que não queria a água, coloquei a água lá na pia de novo que a gente tem, e voltei para ir no banheiro, ai eu cheguei aqui no quarto, ela não estava, eu só fui fazer xixi e voltei. Falei “ah, ela deve ter ido caminhar” que ela tem uma frescura de caminhar quando ela está brava. E só deitei na cama, ne? Ai do nada minha amiga me liga “Helena, cadê você?”, “tô em casa, ué”, “como assim você tá em casa?”, “tô em casa”, ela falou “a Débora tá lá na rua te procurando”, “como assim me procurando se eu to em casa?” (Helena, 22 anos, namorada da Débora).

Rhyquelle Neris e Anna Anjos (2014) também relataram o impacto negativo do adoecimento por câncer de mama sobre o relacionamento conjugal, como conflitos, dificuldade de comunicação do casal e dificuldade de falar sobre o câncer de mama. Parece que Helena percebe os conflitos e a dificuldade de comunicação, pois, durante uma briga, enquanto Débora pensa que Helena saiu e vai procura-la, Helena pensa que Débora está caminhando.

Marília contou que aprendeu a ser mais tolerante ao longo do tratamento da parceira:

Eu acho que é muito grande, né? Eu acho que o meu é infinitamente menor do que [o sofrimento] dela por estar com a doença, mas, assim, é muito ruim. É um sentimento muito ruim. E eu via que- aí eu trabalhei muito a questão da tolerância. [...]. Eu acho que eu tive que trabalhar bem essa questão da tolerância. Porque Frida já tem uma personalidade muito difícil, né? (Marília, 59 anos, namorada da Frida).

Ainda, Marília e Fernanda falaram sobre acompanhar suas parceiras em diversos momentos, como durante os momentos de silêncio e durante a realização de exercícios físicos:

[...] E aí, é um sentimento de impotência muito grande, né? Porque é algo que foge de tudo, assim, o que ‘cê pode fazer é ficar lá, é estar junto. Às vezes ela amaldiçoava, não sei o que, não sei o que. Eu falava, “Não, não é assim e tal”, mas estar junto era... até estar junto quieta, sem falar nada, o silêncio, né? Se comunicar só pelo silêncio, porque não...não...não... [não tem palavra] (Marília, 59 anos, namorada da Frida).

[...] O que eu acompanho é às vezes ela tem dor na prótese, tem que fazer exercício sempre, ela tem que tomar os remédios, então ela tem uma limitação diferenciada. Tudo isso eu vim trazendo, vim adaptando, mas de uma forma muito natural, muito tranquila [...]. Falei “não, agora a gente vai entrar, nós vamos fazer um crossfit, nós vamos fazer uma academia... alguma coisa regular, toda semana, tantas vezes por semana” então esse é um negócio que eu tô me preparando para tar assumindo esse compromisso de horário. É... ai tem os remédios, que não pode esquecer de tomar o remédio [...] (Fernanda, 43 anos, namorada da Yele).

É extremamente importante para a melhoria física e psicológica das mulheres que tiveram câncer de mama que conjugês cuidem das esposas nos momentos após a cirurgia e sejam fontes de apoio e compreensão durante os momentos de vulnerabilidade (Aline Inocenti, 2012). Além disso, de acordo com Silvio Silva et al. (2012, p. 462) “prestar cuidado significa ouvir, tocar, expressar sentimentos, bem como estar disponível a assistir o ser humano em sua totalidade observando-se a relação corpo e mente”. Marília e Fernanda mostraram que as namoradas das mulheres que tiveram câncer também atuam como fonte de apoio e como alguém que presta cuidados para suas parceiras.

Sobre as **outras discriminações** percebidas, Helena e Marília comentaram sobre alguns episódios que aconteceram em seus trabalhos:

Na outra empresa em que eu trabalhava, é... teve um supervisor que perguntou para mim o motivo de eu fazer a faculdade de direito, ai eu falei “eu quero ser delegada” não sei o que, ai ele “com esse tamanho todo”, “mas eu vou ter uma arma”, ai ele “ah, mas você é sapatão, vão te estuprar”. Eu fiquei assim “calma ai parça, o que a gente tá falando aqui?”, perto do chefe dele ainda (Helena, 22 anos, namorada da Débora).

[...] Então quando a gente começou, várias pessoas perguntavam para a Frida, “Mas por que você? Você já- ‘Cê era casado com... com...”, porque ela foi casada com um cara, e aí... ela tava comigo. E aí... a coisa ficou um pouco complicada na cabeça deles, porque na minha não tinha nada complicado (risos). [...] É... mas eu já senti as situações- Mesmo no estacionamento. Parava o

carro, tava descendo, às vezes as pessoas desviavam pra não descer comigo, isso daí eu já notei, entendeu, pessoas que você vê que... que trabalham lá. Então, isso daí são coisas que você nota sim, ‘cê não é boba, né? (Marília, 59 anos, namorada da Frida).

Ainda, os ataques que as mulheres homossexuais sofrem fazem parte de uma forma de violência baseada no gênero, motivada pela vontade de punir aquelas que são percebidas como transgressoras ou que vão contra as normas de gênero já estabelecidas (United Nations Human Rights, 2012). Ao contrário do homem gay, as mulheres lésbicas acumulam tanto as discriminações contra o gênero, como contra a sexualidade. Desta forma, esta discriminação ocorre de uma maneira única: a lésbica é vítima de um duplo desdém, pois além de ser mulher, ela é também homossexual. O menosprezo dos homens por qualquer forma de sexualidade feminina torna-se violência quando as mulheres contestam as normas atribuídas a seu sexo (Daniela Auad, & Cláudia Lahni, 2013; Daniel Borrillo, 2010). O supervisor de Helena não acreditava que ela seria capaz de ser uma delegada, pois ela era mulher e pequena e, além disso, achava que ela poderia ser vítima de violência sexual por ser lésbica. No caso de Marília, além do próprio afastamento físico, haviam pessoas que se surpreendiam por sua parceira ter se separado do ex-marido e começado um relacionamento com uma mulher. Percebe-se nestes exemplos o duplo desdém e a punição contra as mulheres que estão indo contra as normas de gênero.

Helena e Fernanda também relataram discriminações por parte de sua família, a primeira, por conta de o câncer ainda ser visto como uma doença fatal e a segunda por conta da sua orientação sexual:

A gente foi visitar minha mãe e minha irmã, eu e minha avó, e a gente tava naquela pegada “ah, vamos nos casar”, vai ter festa de casamento, isso e aquilo. Porque o diagnóstico que a médica tinha passado para nós era “não tem cura, a gente vai tentar um tratamento, mas a gente não pode te dizer quanto tempo você tem de vida” e a gente tava toda nessa de agilizar as coisas, né? E comentando com minha mãe não sei o quê [...] ai minha mãe falou assim “é, eu acho que não é hora de vocês gastarem dinheiro, porque você sabe que talvez não seja bom para ela, porque olha tudo que ela tá passando, você não sabe o que vai acontecer com ela amanhã” (Helena, 22 anos, namorada da Débora).

[...] A minha mãe sabe [sobre a orientação sexual de Fernanda], não é uma coisa assim que eu cheguei para ela e contei, ela foi descobrindo e ela é muito magoada com isso, assim. Ela não aceita. [...]. Ela nunca mais frequentou minha casa, a minha mãe. Nunca mais ela foi em casa. Às vezes ela foi parar na porta, pegar um filho meu, alguma coisa. Às vezes ela deixa lá um saco de arroz “ah, filha, eu trouxe uma fruta para vocês e tal”, mas ela não entra e ela evita para não me encontrar com alguém (Fernanda, 43 anos, namorada da Yele).

O desconhecimento sobre o processo de adoecimento e as formas de tratamento e recuperação do câncer de mama trazem muito sofrimento para as pacientes, pois favorece que

as mesmas sejam identificadas por imagens relacionadas à mutilação, à invasão da intimidade, às alterações da feminilidade, à perda do desejo sexual, à queda dos cabelos, à evitação da vida social e, por fim, à morte (Fabio Scorsolini-Comin, Manoel Santos, & Laura Souza, 2009; Selma Araújo, Antônio Cunha, & Volnei Garrafa, 2005). É essa certeza de que o câncer leva a morte que Helena percebe também em sua família.

Já Fernanda percebeu uma discriminação vinda de sua mãe por conta de sua orientação sexual e não sobre o diagnóstico de câncer da parceira. Foi visto na literatura que, semelhante ao processo de *coming out* (“sair do armário”) de um homem gay ou de uma mulher lésbica, quando as famílias são confrontadas com a nova identidade sexual dos seus filhos e filhas, o caminho percorrido por elas muitas vezes é longo e árduo (Pedro Frazão & Renata Rosário, 2008).

Helena e Marília também relataram episódios de discriminação por parte de profissionais da saúde em outros contextos que não o do câncer de mama:

[...] As outras médicas elas acham que a gente é obrigada a sentir dor porque eu sou mulher, é normal sentir. [...] Elas questionam, ne? Elas falam do anticonceptivo, “ah, eu não uso, eu sou homossexual” “ah, você é homossexual?”. Então, isso, elas começam a tratar diferente, sabe? É... é até constrangedor. [...] Tipo, alguns exames que teria que fazer ela não faz. [...] No caso é o ginecologista, ele recolhe o material e manda para o laboratório. Por ser homossexual, eles mandam fazer direto no laboratório (Helena, 22 anos, namorada da Débora).

[...] Você percebia os funcionários tratando os pacientes diferente, ironizando, com chacotas, em relação a... por ser, pela sua escolha sexual, ‘cê entendeu? “Ela, vamos chamar de quê?!”, de nome, é... “de Joana ou de Zé?”, sabe, assim, é... chacotas das pessoas em relação ao paciente homossexual que tava internado. Isso daí eu já vivenciei. [...]. Os enfermeiros mesmo. Ironizando, com chacota, ‘cê entendeu? Então, assim, é... “Cuidado, hein, que ele tá te olhando de uma forma diferente”, então, você vê assim, que quando é do outro, ele pode falar perto de mim, você entendeu? (Marília, 59 anos, namorada da Frida).

Muitas mulheres lésbicas passaram por vários episódios de tratamento inadequado nos serviços de saúde após relatarem sua orientação sexual. Elas percebiam que o profissional mudava de atitude com relação a elas, faziam comentários preconceituosos, deixavam de oferecer exames clínicos, de mamas ou Papanicolaou. A queixa que mais aparecia era que, após o relato, o profissional passava a agir como se não soubesse daquela informação ou como se não tivesse nada a orientar a respeito. Diante desses exemplos de iniquidades apontados pelas mulheres, vê-se a urgência na organização das redes de atenção à saúde, a fim de promover a inclusão da população LGBTI, garantir o respeito e a assistência para cada grupo, facilitar práticas de equidade e desmistificar os mitos sobre as minorias sexuais. Para isso, é importante lembrar que o SUS é um equipamento social, político e ético privilegiado para se enfrentar os

preconceitos (Breno Ferreira et al., 2018; Regina Barbosa & Regina Facchini, 2009) Helena disse que, ao se revelar homossexual, percebeu um tratamento diferente por parte dos profissionais de saúde e algumas mudanças na realização de determinados exames. Marília presenciou profissionais que trabalhavam no mesmo hospital que ela discriminando pacientes tidos como homossexuais.

Fernanda comentou sobre os olhares que pessoas desconhecidas lançam para ela e Yele quando as duas estão em algum local público:

[...] Eu percebo que as pessoas olham e tal, mas que houve alguma manifestação assim, não. Para mim, foi sempre muito tranquilo. [...]. São pessoas na rua. [...]. Que você entra em um lugar assim e todo mundo olha e tal. Mas olha, mas não é uma coisa assim, né... olha, tal... eu acho que eu já chamo a atenção pelo tamanho [...]. Agora na rua, a gente estuda. Olha, dá para ser... não, não dá... mantêm. Ninguém tá aqui também para morrer... a gente não sabe, o povo é meio louco né? Nunca sabe quem tá do lado da gente, né? Então, a gente tenta manter... manter a sobriedade aí, né? (Fernanda, 43 anos, namorada da Yele).

De acordo com o Conselho Nacional de Combate à Discriminação (Brasil, Ministério da Saúde, 2004a) “a violência letal contra homossexuais - e mais especialmente contra travestis e transgêneros - é, sem dúvida, uma das faces mais trágicas da discriminação por orientação sexual ou homofobia no Brasil” (p. 16). Fernanda relatou que, dependendo do local aonde ela está, prefere não revelar sua orientação sexual, pois tem receio de que alguém possa atentar contra a sua vida. Isso mostra a necessidade de muitas vezes utilizar da invisibilidade como tática defensiva frente a uma sociedade hostil à manifestação aberta das diferenças sexuais.

## 7. CONCLUSÕES

Refletindo sobre sua condição de usuárias de serviços de saúde, especialmente no contexto hospitalar, vimos que as mulheres lésbicas entrevistadas estão atentas à percepção de suas relações com a sociedade (o que inclui, evidentemente, os profissionais de saúde) e de como a sociedade as percebe e se relaciona com elas. É interessante notar que essas preocupações estão contidas na Política Nacional de Saúde Integral LGBT, promulgada em 2011, e que representou um avanço nessa questão (Brasil, Ministério da Saúde, 2011).

Essa política reconhece que, no cenário da saúde, se reproduz uma estrutura que hierarquiza as práticas de saúde, posicionando a heteronormatividade como eixo organizador do discurso dos profissionais, mantendo as demais práticas desenvolvidas pelas mulheres LGBTI como subordinadas a esse modelo hegemônico. Lastreadas nessa concepção, as falas das participantes repercutem esse imaginário social dominante que posiciona as mulheres



LGBTI como detentoras de vulnerabilidade, como se o simples fato de serem mulheres já as tornaria naturalmente vulneráveis. Essa percepção de vulnerabilidade se sustenta em características biológicas, fisiológicas e genéticas, que aumentam o risco ao adoecimento do corpo, negligenciando os fatores sociais, culturais e históricos que compõem o tecido da vulnerabilidade feminina, especialmente no caso das mulheres que escapam do padrão heteronormativo. Há um fator específico de vulnerabilidade social que pauta o cotidiano dessas mulheres que é o fato de se depararem com inúmeras barreiras, como estigmas e preconceitos, para defenderem suas identidades como LGBTI. Essas fragilidades decorrem das condições sociais impostas ao grupo de mulheres como um todo e, em particular, ao grupo de mulheres LGBTI (Breno Ferreira et al., 2018; Eunice Macedo, 2015; Sanne Kröner & Kirsten Beedholm, 2019; Wilza Villela, 2014).

No contexto da oncologia, é necessário identificar as vulnerabilidades femininas que estão presentes na busca pelos serviços de saúde, e para tanto é preciso investigar os aspectos sociais e culturais que sustentam as estruturas das representações de saúde-doença-cuidado. Mulheres com orientação sexual dissidente tendem a ser invisibilizadas pelos profissionais de saúde. Ou elas são vistas de forma “independente” de suas orientações sexuais e identidades de gênero, uma forma de negar suas diferenças, pois nessa chave são lidas como seres assexuados, ou são percebidas como mulheres destituídas dos predicados heteronormativos esperados. Ambas as formas de percepções são deletérias porque fazem com que essas mulheres recebam um atendimento não adequado às suas reais necessidades de saúde e, portanto, não diferenciado, não culturalmente sensível (Ana Mello, 2014; Ana Portella, 2014).

Nessa vertente, vimos o quanto algumas mulheres lésbicas, ao buscarem tratamento para o câncer de mama, vivenciaram no próprio sistema de saúde alguns contextos de exposição a situações que reforçam sua vulnerabilidade, o que pode deflagrar desfechos de saúde adversos e, por conseguinte, impactar sua qualidade de vida (Linn Jennings, Chris Barcelos, Christine McWilliams, & Kristen Malecki, 2019).

Vimos que, para as participantes deste estudo, é vital que os profissionais de saúde reconheçam a legitimidade de suas subjetividades enquanto mulheres que se relacionam afetiva e sexualmente com outras mulheres. Assim, manter suas identidades de mulheres lésbicas, que estão engajadas em um relacionamento conjugal estável e duradouro representa, para elas, um modo de se conectar com o mundo, por essa razão se identificarem como tais tem um valor sobretudo existencial. É um ato de resistência e afirmação de sua própria existência. Reivindicar o respeito dos profissionais às suas escolhas de vida (e às decisões sobre seus corpos) é também uma busca por dignidade, tão relevante quanto ter a garantia de que terão acesso a um cuidado

em saúde com qualidade técnica. Desse modo, as mulheres lésbicas que fizeram parte deste estudo buscam fazer valer seus direitos à saúde, que são verticalizados por meio da política pública (Breno Ferreira et al., 2018; Brisa Rodrigues, 2017; Gianna Popadiuk, Daniel Oliveira, & Marcos Signorelli, 2017).

Sabemos que o atendimento à comunidade LGBTI nos serviços de saúde impõe diversos desafios, que muitas vezes se apresentam como entraves para a oferta de um cuidado integralizado. Há importantes lacunas da formação do profissional de saúde para sensibilização em relação às necessidades específicas das mulheres lésbicas. Essas são lidas como pessoas que trazem vivências que desafiam os saberes curriculares vivenciados em suas profissões. Como lidar com os desafios frente ao novo que emerge no contato com um corpo generificado, quando se tem apenas a chave de leitura do binarismo idealizado pelos profissionais como masculino/feminino e a categoria heteronormativa para tipificar os relacionamentos amorosos? Assim, é esperado que médicos e enfermeiros se sintam despreparados ou mesmo incompetentes, desamparados e desprovidos de saberes que solicitam condutas específicas frente a essa população (Aline Soares, 2014; Gianna Popadiuk et al., 2017; Gilberta Soares, 2014).

Mas, para além das lacunas de capacitação dos profissionais, as dificuldades também devem ser buscadas nas limitações dos serviços de atendimento, na ausência de diretrizes, capacitações, programas e estratégias específicas. Por isso é importante reconhecer as conquistas trazidas pela Política Nacional de Saúde LGBT, que representam um passo fundamental na construção do enfrentamento dessas vulnerabilidades, promovendo a inserção efetiva dessa população nos serviços de prevenção e promoção à saúde e assegurando o acesso a direitos, permitindo ainda que se possam cobrar os deveres do Estado para sua implementação na prática assistencial (Circe Pithan, 2014; Gilberta Soares, 2014).

Para uma ampla parcela de mulheres – e não apenas da faixa LGBTI, os serviços de saúde permanecem sendo percebidos como excludentes e de difícil acesso, além de compostos por profissionais não sensibilizados com suas questões de gênero e orientação sexual. Ainda há pouco investimento educacional na mudança de mentalidade da população em geral em relação à diversidade de orientação sexual e de identidade de gênero, carência que é agravada pela inexistência de treinamento de competências para os profissionais de saúde focadas no cuidado humanizado, individualizado e ético à população LGBTI (Kathleen Bonvicini, 2017). Isso pode contribuir para agravar ainda mais os déficits de autocuidados observados nesse grupo.

Os achados obtidos na presente investigação são convergentes aos resultados encontrados em outros estudos, que concluíram que falta uma melhor articulação dos serviços

de saúde no campo das políticas de saúde LGBTI (Gianna Popadiuk et al., 2017; Rita Guimarães et al., 2017). Assim, apesar dos esforços empreendidos até o momento para diminuir a disparidade no atendimento das mulheres lésbicas, os resultados ainda estão aquém do desejável para poderem ser considerados satisfatórios, o que pode potencializar a vulnerabilidade aos agravos à saúde a que essa população está exposta (Kathleen Bonvicini, 2017).

Os achados deste estudo permitem olhar em direção às questões de saúde das mulheres lésbicas, que são em parte compartilhadas pelos demais segmentos LGBTI, que têm suas vulnerabilidades ampliadas pela necessidade de defenderem suas identidades e sexualidades dissidentes quando estão em contato com os serviços de saúde. A comunidade LGBTI tem sido historicamente submetida a processos de exclusão social sistemática. Por meio deste estudo vimos que os obstáculos estruturais, culturais e organizacionais enfrentados por essa comunidade nos serviços de saúde se convertem em barreiras simbólicas e morais para a efetiva promoção da saúde desse segmento (Linn Jennings et al., 2019). Combater as inequidades vivenciadas pelas mulheres lésbicas no setor saúde consiste em um desafio para a efetiva implementação dos direitos à saúde, com respeito à cidadania e à dignidade.

## **8. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo teve por objetivo geral compreender os significados atribuídos por mulheres lésbicas com câncer de mama e suas companheiras ao adoecimento e suas vivências do tratamento oncológico. As mulheres que tiveram o câncer significaram a doença como um período muito difícil e doloroso em suas vidas, cujo tratamento traz consequências físicas que são irreparáveis e que afetam sua imagem corporal. Por outro lado, elas também perceberam que a doença e seu tratamento as ajudaram a enxergar momentos importantes que passavam despercebidos antes. A participante Yele, por exemplo, falou sobre mudar de profissão, mesmo que isso significasse uma diminuição em sua renda, e começar a trabalhar com aquilo que ela realmente gosta, que é a barbearia. As companheiras dessas mulheres também significaram o câncer de mama como uma doença muito longa e sofrida para suas namoradas/esposas, porém também puderam perceber que o companheirismo entre elas, que já existia antes, pôde se fortalecer com o tratamento. Além disso, disseram que o câncer não mudou apenas as mulheres acometidas, mas as próprias companheiras também. Esse foi o caso da participante Marília que

disse que aprendeu a ser mais tolerante por acompanhar os momentos difíceis do tratamento de sua namorada.

Todas as participantes relataram que enfrentaram as consequências das mudanças físicas decorrentes dos tratamentos para o câncer, tais como dores em diferentes locais do corpo (cabeça, ombros, pernas) e o sentimento de profunda tristeza ao tomarem conhecimento da possibilidade de ficarem sem a mama afetada. Sentimento tão forte e perturbador que fez com que uma das participantes, Frida, optasse por fazer uma cirurgia mais conservadora, mesmo que essa não fosse a opção ideal de tratamento para ela e, portanto, contrariando a decisão médica de retirada total do órgão para diminuir a probabilidade de recidiva. Em relação às mudanças emocionais, todas as mulheres relataram que a relação de companheirismo entre elas e suas atuais parceiras intensificou-se ainda mais depois do câncer e valorizaram o apoio social recebido durante a longa travessia do tratamento.

Outras convergências de significados identificadas entre as participantes que enfrentaram diretamente o câncer de mama foram: preocuparam-se, no início do tratamento, com a cirurgia de mastectomia e com como ficariam seus corpos depois da intervenção (medo da mutilação, da perda de sensibilidade da mama afetada e redução da funcionalidade do braço homolateral à cirurgia); sentiram como importantes recursos de enfrentamento não só o apoio recebido dos profissionais da saúde, mas também de amigos e outras pessoas que compõem sua rede pessoal; perceberam que a relação de amor e companheirismo que existe entre elas e suas parceiras se manteve intacta (e até intensificou-se) durante e depois do tratamento do câncer de mama; relataram ter enfrentado dificuldades na questão da sexualidade e apostaram na possibilidade de se reinventarem junto às suas companheiras, adaptando-se às limitações e possibilidades de seus corpos transformados em decorrência da experiência do adoecer.

De maneira geral, as mulheres lésbicas que haviam vivenciado o câncer de mama e seus tratamentos mostraram receber cuidados adequados nos serviços de saúde que frequentaram e se sentiram apoiadas pelos profissionais que encontraram ali (médicos, enfermeiras, terapeutas ocupacionais, psicólogas, entre outros). Apesar disso, as quatro participantes também relataram episódios nas quais se sentiram desrespeitadas nesses serviços, seja por terem seu tratamento negado, pelo cansaço da espera pelo atendimento e por resultados de exames, por não receberem todas as informações sobre a cirurgia de mastectomia ou mesmo por terem sido discriminadas por médicos nos hospitais por conta de sua orientação sexual.

Percebeu-se que, para as companheiras/esposas das mulheres acometidas pelo câncer mamário, a doença é significada como algo surpreendente, no sentido de as parceiras jamais terem imaginado que as esposas poderiam ser um dia acometidas pelo câncer de mama, mas

também no sentido de ser uma enfermidade tão desafiadora que traz consigo uma nova forma de enxergar o mundo e se posicionar diante dos valores mais básicos da vida. Já os tratamentos são significados como consequências da doença que permitiram algumas transformações dos significados construídos sobre a relação conjugal (as esposas das participantes relatam terem desenvolvido maior tolerância e sentimento de cumplicidade e companheirismo durante o tratamento das parceiras). As mudanças e adaptações necessárias na rotina do casal fizeram com que elas se reorganizassem a fim de fornecer maior apoio e conforto para as companheiras adoecidas. Todas se mobilizaram para auxiliar as esposas em diferentes tarefas de ordem prática e instrumental, como assepsia de curativos, adaptação do quarto para a mulher acometida se sentir mais confortável, procurar seguir dietas saudáveis e uma rotina de exercícios físicos, organizar jantares e festas para revitalizar o contato das companheiras com suas redes de apoio. As três companheiras entrevistadas perceberam suas famílias de origem como fontes seguras de apoio, foram capazes de identificar tanto mudanças positivas como negativas nas parceiras e nelas mesmas durante o tratamento do câncer de mama e aprenderam a lidar com as decorrências do tratamento tentando adotar estratégias que pudessem minimizar o sofrimento.

Pensando no conjunto das sete participantes, pode-se dizer que o diagnóstico do câncer de mama é visto como um choque, em maior ou menor grau, para as mulheres que tiveram a doença e também para suas parceiras. Por isso, o apoio de amigos e da família é muito importante para que esses casais possam se sentir amparados durante a longa e árdua jornada de tratamento. Esse suporte social é necessário não apenas para as mulheres que tiveram câncer, mas também para suas companheiras, que muitas vezes vão precisar compartilhar seus medos e angústias com relação ao tratamento com outras pessoas. Uma das companheiras, Marília, mencionou uma busca por diversos apoios (família, amigos, trabalho e religião) para se fortalecer e assim sentir-se preparada para acompanhar Frida durante a doença. Todas mencionaram ter encontrado profissionais da saúde que foram tanto adequados (deixaram-nas confortáveis para falar sobre sua orientação sexual, por exemplo), como pouco acolhedores (profissionais que pareciam estar desinteressados sobre o que se passava com elas, demora excessiva para receber atendimento, negligência de cuidados, preconceitos que transpareciam de forma explícita ou velada durante as consultas).

Em termos de diferenças, podemos observar que as mulheres que tiveram câncer de mama valorizaram muito as decorrências físicas dos tratamentos antineoplásicos, como perda dos cabelos, retirada total ou parcial da mama, dores agudas e crônicas. Já as companheiras, por outro lado, relataram mais as decorrências psicoemocionais da doença, como o sofrimento ao testemunhar o sofrimento da parceira, mas também ao perceber sua força e espírito de luta;

preocupação com o futuro e a possibilidade de recidiva, entre outras manifestações de luto antecipatório que expressam o medo da perda do ser amado. É interessante destacar que, com relação aos apoios recebidos, apenas uma das companheiras, Marília, relatou a religiosidade como fonte de suporte, talvez por já ter o hábito de frequentar regularmente a missa mesmo antes do diagnóstico da esposa. Quanto às mulheres acometidas, pôde-se constatar que o enfrentamento de uma doença tão avassaladora como o câncer de mama parece ter abalado suas crenças, mesmo que por um período específico.

O fato de o câncer de mama acometer um órgão no qual confluem diversos significados culturalmente construídos, e que convergem para as questões relacionadas aos diversos simbolismos associados à mama, relacionados à identidade feminina, feminilidade e maternidade, faz com que as mulheres acometidas se sintam “menos” mulheres ao ter esse órgão retirado de seu corpo. Elas tiveram que reconstruir alguns dos significados estabelecidos ao longo de sua história pessoal e aprender que o seio, por mais que seja um órgão extremamente importante para o processo de constituição subjetiva da identidade feminina, por ser receptáculo de propriedades simbólicas, não é o único aspecto que as constituiem como mulheres. O *ser/tornar-se mulher* perpassa também pelas relações constituídas no seu contexto familiar e macrossocial, pelos vínculos estabelecidos com as outras pessoas e por diversas vivências singulares que vão constituir cada pessoa como um ser único e marcado pela impermanência e pela transitoriedade. Tudo que é humano está irrevogavelmente em permanente mudança, mas parece que apenas em momentos de transição psicossocial abruptos (como a descoberta de uma doença que ameaça a continuidade da vida) que as pessoas adquirem uma consciência aguçada da precariedade da existência.

Nina não relatou se sentir “menos” mulher por não ter mais seu par de seios, bem como Yele pôde se acostumar com a ideia de ser uma mulher sem mamilo (o tumor estava alojado nessa região e por isso o mamilo teve de ser extirpado). Inclusive dois fatores de risco para o câncer de mama, relacionam-se com a maternidade: nunca ter tido filhos e nunca ter amamentado. Tais fatores podem suscitar nas mulheres lésbicas que não vivenciaram a maternidade a ideia de que esse poderia ter sido um fator protetivo para o câncer de mama. Ou mesmo a ideia de que ser mãe seria o melhor tipo de proteção que elas poderiam conseguir, independentemente de ser um real desejo dessas mulheres. Porém, é importante lembrar que tais fatores de proteção e risco não são únicos e definitivos, e também que o conhecimento desses fatores não encobre a dificuldade existente em muitos serviços de saúde no rastreamento desse e de outros cânceres femininos. É precisamente a falta de rastreamento que de fato contribui para diagnósticos mais tardios de câncer na mulher, elevando as chances de desfecho

fatal. Uma das participantes, Yele, comentou que demorou mais de um ano para descobrir que estava com câncer de mama e que seu tumor era muito agressivo.

O primeiro objetivo específico deste estudo foi investigar os significados da neoplasia mamária e como eles são elaborados e reelaborados nas etapas iniciais do tratamento. Os resultados mostraram que o tratamento do câncer causa inúmeras modificações corporais e todas as participantes que tiveram a doença trouxeram algum prejuízo decorrente desse tratamento. Os significados atribuídos por elas a esses comprometimentos ficaram, em grande parte, circunscritos – embora não exclusivamente, à dimensão física/corporal. Todas relataram sentir dores, inclusive depois do término do processo, bem como vivenciaram a cirurgia da mastectomia como um processo muito agressivo e que impacta a imagem corporal. Outros significados elaborados dizem respeito à reconstituição dos danos corporais decorrentes da intervenção cirúrgica, na busca de restauração da imagem corporal profundamente comprometida pela devastação física que a mastectomia acarretou, o que foi notado nas participantes Débora e Yele. A participante Frida não revelou preocupação com essa questão da preservação de sua integridade física, uma vez que havia sido submetida à quadrantectomia, técnica cirúrgica mais conservadora; ainda que tenha ficado com cicatriz cirúrgica e a mama afetada tenha ficado um pouco menor do que a outra, ela não se mostrou tão incomodada com sua imagem corporal após a cirurgia como as demais.

O segundo objetivo específico desta investigação foi compreender as vivências dos diferentes tipos de tratamento oncológico: cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia, bem como a reconstrução mamária. Com relação à cirurgia para a dissecação do tumor, todas as participantes, à exceção de Frida (que se submeteu à cirurgia conservadora, uma quadrantectomia), realizaram a mastectomia radical modificada e sentiram que seus corpos ficaram mutilados após essa cirurgia, ficando impactadas ao se verem no espelho sem as mamas. As quatro mulheres que tiveram câncer também passaram pelo tratamento quimioterápico e vivenciaram esse processo doloroso de maneiras diferentes: Frida comentou que passou mal durante suas sessões de quimioterapia e que seu maior medo no início era o de perder o cabelo; Yele relatou que sentia muitas dores no corpo, náuseas, fadiga crônica, e que chegou a perder momentaneamente os movimentos da perna por conta da quimioterapia; Nina explicou que, para ela, a quimioterapia foi um processo de “cair e levantar”, sabendo que ela teria que fazer esse movimento em todas as ciclos do tratamento, e também revelou que ao quimio desregulou seus hormônios; Débora sentiu dificuldades para controlar suas emoções e teve dores de cabeça muito fortes. Três das participantes que tiveram câncer de mama passaram por radioterapia: Yele comentou que realizou suas sessões após a mastectomia e que precisou

trocar sua prótese mamária logo depois, pois ela havia ficado enrijecida por efeito da radiação; Débora realizou a radioterapia logo depois que se recuperou da cirurgia; Frida relatou ter passado mal e ter sentido dores muito intensas e tonturas durante o processo da radioterapia e que acabou tendo queimadura como efeito adverso mais grave. Com relação à hormonioterapia, três participantes fizeram uso desse medicamento oral: Yele disse que, diferentemente do esperado, não sentiu qualquer efeito adverso relacionado à introdução do medicamento; Nina relatou que sente muitas dores nas articulações e cansaço devido ao uso contínuo do medicamento e que, por isso, optou por parar de tomá-lo; Frida comentou que sentiu os efeitos colaterais do medicamento, como ondas de calor, dores intensas nas pernas e perda de libido. Com base nessas experiências, pode-se afirmar que o tratamento do câncer de mama é vivenciado de maneiras diferentes por cada participante, mas que todas percebem essa etapa como uma situação-limite, que testa o limiar de tolerância à dor e à frustração, além de confrontar a fragilidade da condição humana.

A possibilidade de reconstrução mamária, no início, vem acompanhada de uma intenção de recuperar o seio perdido, porém, posteriormente houve uma reformulação desse significado, na medida em que as participantes puderam perceber que o resultado seria diferente do esperado, tanto que Débora se mostra insatisfeita com sua prótese, dizendo que a mesma não tem uma aparência agradável (é “quadrada”) e que não ficou parecendo natural. Por outro lado, Yele conta que pôde se acostumar com o seu novo seio, passando a enxergar a reconstrução com um significado positivo e Nina pôde optar por não reconstruir e mesmo assim disse que consegue viver em harmonia com seu novo corpo. Um corpo “fora dos padrões”, mas que ela assume com certo orgulho usando camisetas largas e indo à praia despreocupadamente.

Além disso, todos os casais mencionaram que houve mudanças no relacionamento conjugal, vivenciadas durante e após o tratamento para o câncer de mama. Essas mudanças foram, em sua maior parte, significadas como positivas, sendo que as mulheres acometidas percebem um sentimento de companheirismo recíproco e entendem que receberam a ajuda de que necessitavam com os diversos cuidados na etapa pós-cirúrgica, como assepsia de curativos, reorganização da casa, apoio emocional, entre outros. Débora foi a única participante que relatou mudanças negativas no relacionamento com sua ex-namorada (na época em que vivenciou o primeiro episódio da doença sentia-se sufocada, dependente e incompleta, pois essa ex-namorada não a tocava mais, sendo que ela acabou traindo Débora com outra mulher nesse período).

É importante marcar que todas as participantes, à exceção de Yele, relataram que o tratamento trouxe prejuízos na vivência da sexualidade. Débora e Nina relataram que, ao longo



do tratamento, o desejo sexual diminui e que se perde a lubrificação vaginal, o que impacta na relação com a companheira, diminuindo também a frequência de relações sexuais entre elas. Nina, inclusive, contou que os lubrificantes femininos muitas vezes são à base de estrogênio e que, devido ao seu câncer ser receptivo ao hormônio feminino, ela não pode utilizá-los. Já Frida disse que não se sente disposta para manter relação sexual, mesmo que sinta falta desses momentos de intimidade com a companheira. O interesse sexual dessas mulheres parece estar mantido, mas as consequências do tratamento são tão desgastantes que só o interesse *per se* não é suficiente para que a relação aconteça. Yele surpreendeu ao dizer que não sentiu efeito colateral algum que a impedisse de continuar suas práticas sexuais, tal como no passado.

O fato de o tratamento induzir a menopausa precoce naquelas pacientes que não estavam menopausadas por ocasião do acometimento – é o caso da participante Nina – não pode passar despercebido. A quimioterapia induz secura vaginal, além de inapetência, diminuição do desejo sexual, cansaço, além de interferir na regulação hormonal em alguns casos. Nina não conseguia usar nenhum lubrificante, como já mencionado, pois a maioria tem na sua composição estrogênio e seu câncer é positivo para esse hormônio. Ela também comentou que sua companheira teve muita paciência com ela, pois, por conta da menopausa, a participante apresentava muitas oscilações de humor. Explicou que as duas dialogam muito sobre essas questões e que é visível como a questão da sexualidade para o casal mudou radicalmente durante o tratamento para o câncer de mama, ficando mais “escondida”, de acordo com Nina.

A percepção de comprometimento na qualidade das relações sexuais continuou no pós-tratamento para praticamente todos os casais que participaram desta pesquisa. De todo modo, as mulheres adoecidas, à exceção de Yele, que não percebeu dificuldades nesse quesito, acreditam que os prejuízos no exercício da sexualidade não afetaram a qualidade do relacionamento conjugal com a companheira, sendo que precipitaram um movimento de tentar se reinventar na questão do erotismo. A criatividade é um elemento importante nesse processo de buscar inovar nas práticas sexuais a fim de preservar o prazer e a gratificação erótica. O que essas mulheres relataram é a busca do prazer e do carinho em outros momentos que não apenas o sexual. Receber massagens da companheira, ficar de mãos dadas, assistirem à filmes juntas, fazerem passeios juntas, foram alguns aspectos que as participantes citaram como formas de manter a intimidade e o afeto entre elas.

Com relação às companheiras, Marília também percebeu dificuldades na vida sexual, explicando que a libido abaixa drasticamente com o tratamento para o câncer. Porém, isso não afetou a qualidade do relacionamento conjugal. Pode-se pensar que o longo tempo de união de Marília e Frida, bem como de Nina e Érika, pode ter influenciado a capacidade de elas se

reinventarem e obterem prazer de outras maneiras. Fernanda, assim como sua namorada Yele, relatou que não percebe dificuldade alguma com relação ao exercício de sua sexualidade.

O terceiro e último objetivo específico definido por este estudo foi investigar que significados são atribuídos pelas participantes às práticas de cuidado em saúde frente às suas necessidades de saúde, explorando se os(as) profissionais são especialmente sensíveis às peculiaridades de sua condição de mulheres e lésbicas. As participantes desta pesquisa relataram que vivenciaram diversos sentimentos frente às suas experiências nos serviços de saúde, independentemente de terem tido câncer de mama ou de serem as companheiras. O contato com o setor saúde foi marcado por uma série de encontros e desencontros. Acolhimento, indiferença, constrangimento, discriminação, exames malconduzidos, concepções errôneas, “bons” e “maus” profissionais foram alguns dos sentimentos que as sete participantes relataram ter percebido, em maior ou menor grau, em suas idas aos serviços de saúde. É importante ressaltar que, apesar de todas as mulheres relatarem alguns episódios de “mau atendimento” nos hospitais, poucas delas atribuíram isso à sua orientação sexual, imputando às condições estruturais da saúde no país e às falhas de organização dos serviços. Além disso, as sete participantes desta pesquisa, mesmo aquelas que perceberam/vivenciaram algum tipo de discriminação, também pontuaram que tiveram contato com outros profissionais que elas consideraram acolhedores e adequados.

As manifestações de preconceito e os atos de discriminação relatados foram direcionados tanto à mulher acometida quanto à sua companheira, e foram praticados tanto por homens médicos como por mulheres médicas. Marília foi a única participante que trouxe um episódio de discriminação que partiu de profissionais da saúde não médicos. Ela explicou que os enfermeiros do hospital aonde ela trabalhava ficavam debochando dos pacientes homossexuais (masculinos) que estavam internados no local. A participante Nina, que residia nos Estados Unidos e por lá realizou todo o tratamento, elogiou a qualidade do atendimento recebido e referiu que em nenhum momento ela e sua esposa sentiram qualquer preconceito ou sofreram discriminação nos ambientes de tratamento, imputando essa ausência de experiências adversas nessa esfera ao respeito absoluto à individualidade que vigora na cultura daquele país. Sobre as outras participantes, que cumpriram seu tratamento no Brasil e em regiões de maior desenvolvimento econômico do país, duas, Débora e Helena relataram que foram vítimas tanto de manifestações homofóbicas como misóginas por parte dos médicos, enquanto que Yele, Fernanda, Frida e Marília não perceberam nenhuma discriminação nesse âmbito. Nesses casos, pode-se especular que a não percepção de preconceito e discriminação durante o tratamento, encontrada nessas quatro participantes, pode estar relacionada à invisibilização do

relacionamento lésbico, à exceção da participante que cumpriu seu tratamento nos Estados Unidos, que afirma que é próprio da cultura daquele país o respeito absoluto às escolhas individuais, incluindo as questões de orientação afetivo-sexual. Por outro lado, pode-se pensar também que esse respeito absoluto às individualidades seja uma forma de não se olhar para as diferenças.

Sobre as perspectivas futuras, Yele comentou que quer viajar e que deseja continuar sendo feliz. Fernanda explicou que tem planos de construir uma casa e que deseja que seu relacionamento com Yele se solidifique. Ela também pensa que as duas podem crescer juntas, trabalhar juntas e ter um negócio em conjunto também. Nina disse que quer se envolver em mais projetos relacionados à saúde mental e à economia solidária, e quer permanecer mais perto de sua família e cuidar de sua mãe já idosa. Futuramente pensa em viajar novamente para a Itália. Já Débora explicou que, após ter sido diagnosticada com recidiva, tem tentado viver mais o presente, dedicando-se ao lema *um dia de cada vez*, mas que pensa em abrir sua barbearia própria, futuramente, em sociedade com sua namorada. Helena explicou que deseja comprar uma casa com Débora e continuar morando na cidade aonde elas vivem. Frida relatou que está finalizando seu curso de maquiagem e que quer trabalhar no salão de beleza que Marília está administrando. As duas também estão com uma viagem agendada para Portugal e planejam oficializar sua união, inclusive no sentido de poder garantir os direitos das duas como casal. Marília comentou que deseja construir uma área de lazer em um terreno que ela tem em outra cidade. Além disso, por conta dessa viagem, achou melhor fazer um seguro de saúde para Frida, para ser usado em caso de emergência, e relatou que se preocupa com a possibilidade de o câncer voltar. Todas as participantes relataram planos futuros que incluem uma à outra, o que demonstra esperança de vida e de dar continuidade ao relacionamento conjugal. Apenas Marília tocou no assunto (tabu) da recidiva do câncer e talvez esse medo esteja relacionado ao fato de ela ter passado todo o tratamento ao lado de Frida e observado como essa etapa é difícil e desgastante para ambas.

Os pontos de vista das mulheres adoecidas e de suas companheiras em geral foram convergentes. No entanto, foram notadas algumas nuances que vale a pena destacar. A maior discrepância de significados parece ser com relação à discriminação encontrada ou não nos serviços de saúde, pois enquanto cinco participantes relataram não perceber diferenças nesse sentido, outras duas (um casal) conseguiram arrolar vários exemplos de discriminação vivenciados nesses locais. É importante salientar que esse casal é proveniente de um município de grande porte e da região mais rica do país, onde está situada, inclusive, uma das faculdades de medicina de maior prestígio no cenário nacional. Portanto, não se pode deixar de sinalizar

que esse resultado é surpreendente, em se tratando do contexto local. Por outro lado, é preciso destacar que esse casal é o que referiu menor renda, o que permite especular sobre possível maximização das consequências da vivência do câncer pelo casal lésbico na interseccionalidade com marcadores sociais da diferença, como rendimento familiar. É importante lembrar também que a possibilidade de uma pessoa exprimir abertamente sua orientação sexual é substancialmente modificada pelo ambiente social, cultural, político, econômico e religioso em que ela vive.

Por outro lado, seis participantes referiram ter sofrido experiências de discriminação em decorrência de sua orientação sexual em outros contextos que não o da saúde. Yele foi a única que afirmou nunca ter passado por uma situação de discriminação em quaisquer ambientes que frequentou, dado que chama a atenção, considerando que todas as outras participantes mencionaram algum episódio de preconceito sofrido em função da orientação sexual.

Outra divergência notável encontrada nos relatos são as decorrências do tratamento pois, claramente, são as mulheres que tiveram o câncer de mama que conseguiram referir mais mudanças em comparação com as esposas/companheiras, sendo que elas percebem alterações mais corporais, ao passo que as parceiras destacaram mais mudanças emocionais. Todas as participantes relataram terem se sentido muito apoiadas por suas companheiras durante e após o tratamento, tanto com relação aos cuidados de natureza emocional, como também com cuidados de ordem prática no cotidiano. Talvez o fato de socialmente o cuidado ficar majoritariamente delegado ao sexo feminino deixe as parceiras das mulheres com câncer de mama menos desamparadas e mais atenciosas e sensíveis às necessidades das companheiras.

Débora e Helena, o único casal que relatou ter vivenciado episódios de discriminação nos serviços de saúde, elencaram várias situações de preconceito e constrangimentos de várias ordens: a médica que não conteve o riso quando soube da orientação sexual de Débora, o que pode significar tanto deboche quanto reação de incredulidade diante de uma orientação que é divergente da heterossexual; o médico que a desrespeitou e desvalorizou, pois ela estava segura de que, se estivesse com um namorado, esse profissional lhe teria respeito “por ele ser um homem”, mas não respeitaria ela própria; a desvalorização da relação das duas como um casal, já que o médico não parece ter a mínima autocensura em manifestar abertamente seu preconceito por meio de comentários heterossexistas e desrespeitosos na frente de ambas; a negação de que as duas sejam um casal e que estejam vinculadas por um laço de amor, pois houve um outro profissional que sequer olhava ou conversava com Helena durante as consultas de Débora. Alguns profissionais de saúde parecem não reconhecer a possibilidade de que duas mulheres possam constituir um casal e por isso utilizam de vários meios para invisibilizá-las

(deboche, desrespeito, indiferença, homofobia), o que pode indicar um temor irracional em enxergar que a realidade humana não é apenas heterossexual.

Com base nos resultados sintetizados, pode-se sustentar que os objetivos deste estudo foram atendidos, pois foi possível compreender os significados que mulheres lésbicas com câncer de mama e suas companheiras atribuem à doença e ao tratamento, bem como observar que tais significados são elaborados, desconstruídos e reelaborados ao longo do tratamento, em função das experiências vividas. Também foi possível compreender como cada mulher acometida vivenciou a cirurgia (mastectomia total ou parcial), bem como a possibilidade de se submeter à cirurgia de reconstrução mamária, além de suas vivências durante a quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia e as mudanças que esses processos podem desencadear no relacionamento do casal. Pôde-se observar também como esses casais sentiram-se recebidos nos serviços de saúde e a qualidade da relação e da aliança de trabalho que as participantes estabeleceram com diversos profissionais da área.

Como acontece com toda pesquisa bem planejada e conduzida, este estudo padece de algumas limitações. Uma delas é ter se limitado a determinadas regiões do país, deixando de incluir participantes que podem estar vivenciando mais intensamente os preconceitos e a discriminação disseminados em razão da orientação sexual não heteronormativa. Também se pode destacar como uma possível limitação o fato de não se ter expandido a pesquisa para outras pessoas que compõem a rede social significativa dos casais, incluindo os profissionais de saúde, de modo a captar de que modo o apoio social pode funcionar como fatores atenuantes dos impactos negativos desencadeados tanto pela experiência desafiadora do câncer de mama, quanto pelos embates travados pelas pessoas LGBTI nos serviços de saúde para preservarem sua dignidade pessoal e seu direito a receber uma atenção qualificada e sensível às suas diferenças.

Os resultados deste estudo podem fomentar iniciativas de prevenção e promoção de saúde, além de contribuírem para fundamentar estratégias de intervenção e reabilitação, que ampliem as possibilidades de inclusão das lesbianidades no cenário do câncer de mama. Resguardadas suas limitações, tais resultados também contribuem com evidências científicas, que são elementos a serem incorporados ao processo de formulação e implementação de políticas e programas de saúde. Como implicações potenciais dos resultados obtidos, pode-se mencionar que examinar os significados atribuídos à experiência da doença e do tratamento por mulheres lésbicas com câncer de mama e suas companheiras pode encorajar o desenvolvimento de intervenções e programas que auxiliem essa população-alvo a enfrentar suas vivências negativas, inclusive no âmbito dos serviços de saúde. Programas focados em intervenções a

serem implementadas com os casais podem favorecer a elaboração de experiências adversas, abrindo espaços para promover a ressignificação de vivências potencialmente perturbadoras e a promoção da saúde sexual. Dessa maneira, espera-se poder contribuir com subsídios para a construção da equidade em saúde no campo LGBTI.

## REFERÊNCIAS

- Aaron, D. J., & Hughes, T. L. (2007). Association of childhood sexual abuse with obesity in a Community Sample of Lesbians. *Obesity*, 15(4), 1023-1028.
- Albuquerque, G. A., Garcia, C. L., Alves, M. J. H., Queiroz, C. M. H. T., & Adami, F. (2013). Homossexualidade e o direito à saúde: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, 37(98), 516-524.
- Albuquerque, G. A., Parente, J. S., Belém, J. M., & Garcia, C. L. (2016). Violência psicológica em lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no interior do Ceará, Brasil. *Saúde Debate*, 40(109), 100-111, DOI: 10.1590/0103-1104201610908.
- Araújo, S. S., Cunha, A. C. R., & Garrafa, V. (2005). Mastectomia profilática: reflexões bioéticas. *Bioética*, 13(1), 23-36.
- Arroyo, J. M. G., & López, M. L. D. (2011). Psychological problems derived from mastectomy: A qualitative study. *International Journal of Surgical Oncology*, v. 2011, article ID 132461, 8 pages. doi:10.1155/2011/132461
- Aquino, E. M. L., Menezes, G. M. S., & Amoedo, M. B. (1992). Gênero e saúde no Brasil: Considerações a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Revista de Saúde Pública*, 26(3), 195-202.
- Auad, D., & Lahni, C. R. (2013). Cidadania democrática e homossexualidades: comunicação no combate à violência contra as mulheres lésbicas. *Emblemas*, 10(2), 147-166.
- Barbosa, R. H. S., & Villela, W. V. (1996). A trajetória feminina da AIDS. In: Parker R., & Galvão, J. *Quebrando o silêncio: mulheres e AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, ABIA, IMS/UERJ, p.17-32.
- Barbosa, R. M., & Facchini, R. (2009). Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(2), S291-S300.
- Barton-Burke M. (2002). *Breast cancer experiences: women's reflections years after diagnosis*. Kingston (RI): University of Rhode Island.
- Bervian, P. I., & Girardon-Perlini, N. M. O. (2006). A família (con)vivendo com a mulher/mãe após a mastectomia. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 52(2) 121-128.
- Biffi, R. G. (2003). *A dinâmica familiar de um grupo de mulheres com câncer de mama*. Tese de doutorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.
- Biffi, R. G., & Mamede, M. V. (2010). Perception of family functioning among relatives of women who survived breast cancer: Gender differences. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(2), 269-277.
- Birkett, M., Newcomb, M. E., & Mustanski, B. (2015). Does It Get Better? A Longitudinal Analysis of Psychological Distress and Victimization in Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Questioning Youth. *J Adolesc Health*, 56(3), 280–285.
- Boehmer, U., Glickman, M., Winter, M., & Clark, M. A. (2013). Long-term breast cancer survivors' symptoms and morbidity: differences by sexual orientation? *Journal of Cancer Survivorship*, 7, 203–210.

- Boehmer, U., Glickman, M., Winter, M., & Clark, M. A. (2014). Coping and Benefit Finding among Long-Term Breast Cancer Survivors of Different Sexual Orientations. *Women & Therapy, 37*, 222–241.
- Boehmer, U., Ozonoff, A., Timm, A., Winter, M., & Potter, J. (2014). After breast cancer: sexual functioning of sexual minority survivors. *The Journal of Sex Research, 51*(6), 681-689.
- Boni, V., & Quaresma, S. J. (2005). Aprendendo a entrevistar: Como fazer entrevistas em Ciências Sociais. *Em Tese*, Florianópolis, 2(1), 68-80.
- Bonvicini, K. A. (2017). LGBT healthcare disparities: What progress have we made?. *Patient Education and Counseling, 100*(12), 2357-2361. DOI: [http:// dx.doi.org/10.1016/j.pec.2017.06.003](http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2017.06.003)
- Borrillo, D. (2010). *Homofobia - História e crítica de um preconceito*. [tradução de Guilherme João de Freitas Teixeira]. Belo Horizonte: Autêntica Editora.
- Braga, K. D. S., Ponciano, J. K., & Ribeiro, A. I. M. (2015). Deusas, Diabólicas, Pecadoras e Virgens: Diálogos entre os Mitos do Feminino e a Educação Escolar. In: T. S. A. M. Brabo (Org.), *Educação, mulheres, gênero e violência* (pp. 197-214). São Paulo: Cultura Acadêmica.
- Brasil. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa - ABEP. (2016). Critério de Classificação Econômica Brasil 2015. Recuperado em 30 outubro 2016, de <http://www.abep.org/criterio-brasil>
- Brasil. Instituto Nacional do Câncer - INCA. (2019). Instituto Nacional de Câncer. Recuperado em 03 de maio de 2019, de <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Combate à Discriminação (2004a). *Brasil Sem Homofobia: Programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual*. Brasília, DF.
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (2012). Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*. Recuperado em 30 de outubro de 2016, <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
- Brasil. Ministério da Saúde (2004b). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e diretrizes*. Brasília, DF.
- Brasil. Ministério da Saúde (2011). *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Brasília, DF.
- Braun, V., & Clark, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*(2), 77-101.
- Brilhante, A. V. M., Moreira, G. A. R., Vieira, L. J. E. S., & Catrib, A. M. F. (2016). Um estudo bibliométrico sobre a violência de gênero. *Saúde Soc, 25*(3), 703-715.
- Burns, J. (2015). While Gay Couples Say 'I Do,' Health Care Often Says 'We Don't'. *Managed Care, 24*(8), 30-33.
- Cabral, F., & Diaz, M. (1999). Relações de gênero (pp. 142-150). *Cadernos afetividade e sexualidade na educação: Um novo olhar*. Secretaria Municipal de Educação de Belo Horizonte. Fundação Odebrecht. Belo Horizonte: Gráfica Editora Rona.



- Caetano, E. A., Panobianco, M. S., & Gradim, C. V. C. (2012). Análise da produção científica nacional sobre a utilização de grupos na reabilitação de mastectomizadas. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 14(4), 965-973.
- Cardoso, M. R., & Ferro, L. F. (2012). Saúde e População LGBT: Demandas e Especificidades em Questão. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32(3), 552-563.
- Carvalho, C. S., Calderaro, F., & Souza, S. J. (2013). O dispositivo "saúde de mulheres lésbicas": (in)visibilidade e direitos. *Revista Psicologia Política*, 13(26), 111-127.
- Cesnik, V. M., & Santos, M. A. (2012). Mastectomia e sexualidade: Uma revisão integrativa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(2), 339-349.
- Cesnik, V. M., Vieira, E. M. V., Giami, A., Almeida, A. M., Santos, D. B., & Santos, M. A. (2013). The sexual life of women with breast cancer: Meanings attributed to the diagnosis and its impact on sexuality. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 30(2), 187-197.
- Clapis, M. J. (1997). *Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama: Uma perspectiva de gênero*. Tese de doutorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.
- Costa, A. B., & Nardi, H. C. (2015). O casamento "homoafetivo" e a política da sexualidade: implicações do afeto como justificativa das uniões de pessoas do mesmo sexo. *Estudos Feministas*, 23(1), 137-150.
- Costa, R. V. (2013). Atenção à Saúde: Discussão Sobre os Modelos Biomédico e Biopsicossocial. *Psicologado*. Recuperado em 21 agosto, 2019, de <https://psicologado.com.br/atuacao/psicologia-da-saude/atencao-a-saude-discussao-sobre-os-modelos-biomedico-e-biopsicossocial>.
- Coutinho, A. B. P. S., & Silva, S. M. V. (2016). Um panorama dos direitos reprodutivos e sexuais no Brasil. *Revista Cantareira*, 24, 255-267.
- DeCamp, W., & Bakken, N. W. (2016). Self-injury, suicide ideation, and sexual orientation: differences in causes and correlates among high school students. *J Inj Violence Res*, 8(1), 15-24.
- Dodge, B., Herbenick, D., Friedman, M. R., Schick, V., Fu, T. C., Bostwick, W. . . . & Sandfort, T. G. M. (2016). Attitudes toward bisexual men and women among a nationally representative probability sample of adults in the United States. *PLOS ONE*, 1-18.
- Emslie, C., Whyte, F., Campbell, A., Mutrie, N., Lee, L., Ritchie, D., & Kearney, N. (2007). "I wouldn't have been interested in just sitting round a table talking about cancer": Exploring the experiences of women with breast cancer in a group exercise trial. *Health Education Research*, 22(6), 827-838.
- Facchini, R., & Barbosa, R. M. (2006). *Dossiê: Saúde das Mulheres Lésbicas promoção da equidade e da integralidade*. Belo Horizonte: Rede Feminista de Saúde.
- Falquet, J. F. (2009). Lesbianismo. In: H. Hirata, F. Laborie, H. Doaré, & D. Senotier (Orgs.), *Dicionário crítico do feminismo* (pp. 122-128). São Paulo, SP: Editora UNESP.
- Falquet, J. (2014). Por uma anatomia das classes de sexo: Nicole-Claude Mathieu ou a consciência das oprimidas. *Lutas Sociais*, 18(32), 09-23.
- Fergus, K. D., & Gray, R. E. (2009). Relationship vulnerabilities during breast cancer: patient and partner perspectives. *Psycho-Oncology*, 18(12), 1311-1322.

Ferreira, B. O., Pedrosa, J. I. S., & Nascimento, E. F. (2018). Diversidade de gênero e acesso ao sistema único de saúde. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 31(1), 1-10.

Ferreira, M. L. S. M., & Mamede, M. V. (2003). Representação do corpo na relação consigo mesma após mastectomia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(3), 299-304.

Flick, U. (2009). *Introdução à pesquisa qualitativa* (3. ed.). (Costa, J. E., Trad.). Porto Alegre, RS: Artmed.

Forsythe, L. P., Alfano, C. M., Kent, E. E., Weaver, K. E., Bellizzi, K., Arora, N., . . . & Rowland, J. H. (2014). Social support, self-efficacy for decision-making, and follow-up care use in long-term cancer survivors. *Psychooncology*, 23(7), 788-796.

Frazão, P., & Rosário, R. (2008). O *coming out* de gays e lésbicas e as relações familiares. *Análise Psicológica*, 1(XXVI), 25-45.

Gärtner, R., Jensen, M., Nielsen, J., Ewertz, M., Kroman, N., & Kehlet, H. (2009). Prevalence of and Factors Associated With Persistent Pain Following Breast Cancer Surgery. *JAMA*, 302(18), 1985-1992.

Gasparelo, C., Sales, C. A., Marcon, S. S., & Salci, M. A. (2010). Percepções de mulheres sobre a repercussão da mastectomia radical em sua vida pessoal e conjugal. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 9(3), 535-542.

Gebrim, L. H., & Quadros, L. G. A. (2006). Rastreamento do câncer de mama no Brasil. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 28(6), 319-323. <https://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032006000600001>

Germanos, R., Deacon, R., & Mooney-Somers, J. (2015). The social and cultural significance of women's sexual identities should guide health promotion: An analysis of the Sydney Women and Sexual Health (SWASH) survey. *LGBTI Health*, 2(2), 162-168.

Giostri, H. T. (2003). Sobre o consentimento informado: Sua história, seu valor. *Jornal Vasculiar Brasileiro*, 2(3), 267-270.

Gomes, R. (2008). *Sexualidade masculina, gênero e saúde*. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.

Gregori, J. (2017). Feminismos e resistência: trajetória histórica da luta política para conquista de direitos. *Caderno Espaço Feminino*, 30(2), 47-68.

Guimarães, R. C. P., Cavadinha, E. T., Mendonça, A. V. M., & Sousa, M. F. (2017). Assistência à saúde da população LGBT em uma capital brasileira: o que dizem os Agentes Comunitários de Saúde? *Tempus - Actas de Saúde Coletiva*, 11(1), 121-139.

Heilborn, M. (1997). Gênero, sexualidade e saúde. In: *Saúde, sexualidade e reprodução: Compartilhando responsabilidades* (pp. 101-110). Rio de Janeiro, RJ: UERJ.

Herek, G. M., Gillis, J. R., Cogan, J. C., & Glunt, E. K. (1997). Hate crime victimization among lesbian, gay, and bisexual adults: Prevalence, psychological correlates, and methodological issues. *Journal of Interpersonal Violence*, 12, 195-215.

Herek, G. M. (2009). Hate crimes and stigma-related experiences among sexual minority adults in the United States: prevalence estimates from a national probability sample. *J Interpers Violence*, 24(1), 54-74.

- Hirschle, T. M. R., Maciel, S. C., & Amorim, G. K. (2018). Representações Sociais sobre o Corpo e Satisfação Sexual de Mulheres Mastectomizadas e seus Parceiros. *Trends in Psychology*, 26(1), 457-468.
- Holmberg, S. K., Scott, L. L., Alexy, W., & Fife, B. L. (2001). Relationship issues of women with breast cancer. *Cancer nursing*, 24(1), 53-60.
- Hughes, T. L., Johnson, T. P., Wilsnack, S. C., & Szalacha, L. A. (2007). Childhood risk factors for alcohol abuse and psychological distress among adult lesbians. *Child Abuse Negl*, 31(7), 769-789.
- Hughes, T., Szalacha, L. A., & McNair, R. (2010). Substance abuse and mental health disparities: Comparisons across sexual identity groups in a national sample of young Australian women. *Social Science and Medicine*, 71(4), 824-831. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.05.009.
- Inocenti, A. (2012). *A experiência da reconstrução mamária para mulheres com câncer de mama*. Dissertação de mestrado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.
- Inocenti, A., Santos, M. A., Loyola, E. A. C., Magalhães, P. A. P., & Panobianco, M. S. (2016). Impact of the effects of the reconstructive surgery in the life of women with breast cancer. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 25(2), e4520014. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016004520014>
- Jeffrey, D. (2016). Empathy, sympathy and compassion in healthcare: Is there a problem? Is there a difference? Does it matter? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 109(12), 446-452.
- Jennings, L., Barcelos, C., McWilliams, C., & Malecki, K. (2019). Inequalities in lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) health and health care access and utilization in Wisconsin. *Preventive Medicine Reports*, 14:100864. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2019.100864>
- Junqueira, L. C. U. (2014). *A roteirização da sexualidade por enfermeiras que cuidam de pacientes com câncer de mama*. Tese de doutorado, Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.
- Kröner, S. M., & Beedholm, K. (2019). How discourses of social vulnerability can influence nurse-patient interactions: a Foucaultian analysis. *Nursing Inquiry*, 18:e12309. DOI: <https://doi.org/10.1111/nin.12309>
- Kwiatkowski, F., Dessenne, P., Laquet, C., Daures, J. P., Gay-Bellile, M., & Bignon, Y. J. (2016). BRACAVENIR - Impact of a psychoeducational intervention on expectations and coping in young women (aged 18-30 years) exposed to a high familial breast/ovarian cancer risk: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 17, 509. doi: 10.1186/s13063-016-1642-4
- Lago, M. C. S., & Muller, R. C. F. (2010). O sujeito universal do cuidado no SUS: Gênero, corpo e saúde nas falas de profissionais e usuários do Hospital Universitário - Florianópolis, Santa Catarina. In: M. N. Strey, C. Nogueira, & M. R. Azambuja (Orgs.), *Gênero e saúde: Diálogos ibero-brasileiros* (pp. 279-302). Porto Alegre, RS: Editora da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.
- Lauretis, T. (1994). A tecnologia do gênero. In: H. B. Holanda (Org.). *Tendências e impasses: o feminismo como crítica cultural* (p. 206-242). Rio de Janeiro: Rocco.
- Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006. (2006). Dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher. Brasília, DF. Recuperado em 06 fevereiro, 2017, de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm)

- Lewis, R. J., Padilla, M. A., Milletich, R. J., Kelley, M. L., Winstead, B. A., Lau-Barraco, C., & Mason, T. B. (2015). Emotional Distress, Alcohol Use, and Bidirectional Partner Violence among Lesbian Women. *Violence Against Women, 21*(8), 917–938.
- Lima, M. M. G., Leite, K. N. S., Caldas, M. L. L. S., César, E. S. R., Souza, T. A., Nascimento, B. B., . . . & Dantas, T. M. (2018). Sentimentos vivenciados pelas mulheres mastectomizadas. *Revista de enfermagem UFPE on line, 12*(5), 1216-1224.
- Lisy, K., Peters, M. D. J., Schofield, P., & Jefford, M. (2018). Experiences and unmet needs of lesbian, gay, and bisexual people with cancer care: A systematic review and meta-synthesis. *Psycho-Oncology, 1*-10. <https://doi.org/10.1002/pon.4674>.
- Loaring, J. M., Larkin, M., Shaw, R., & Flowers, P. (2015). Renegotiating sexual intimacy in the context of altered embodiment: the experiences of women with breast cancer and their male partners following mastectomy and reconstruction. *Health Psychol, 34*(4), 426-36.
- Logie, C. H., James, L., Tharao, W., & Loutfy, M. R. (2012). “We don’t exist”: a qualitative study of marginalization experienced by HIV-positive lesbian, bisexual, queer and transgender women in Toronto, Canada. *Journal of the International AIDS Society, 15*, 1-11.
- Macedo, E. (2015). Violência e violências sobre as mulheres: auscultando lugares para uma democracia “outra” mais autêntica. In: T. S. A. M. Brabo (Org.), *Mulheres, gênero e violência* (pp. 15-36). São Paulo: Cultura Acadêmica.
- Machin, R., Couto, M. T., Silva, G. S. N., Schraiber, L. B., Gomes, R., Figueiredo, W. S. . . . & Pinheiro, T. F. (2011). Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: Estudo com profissionais de saúde da atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva, 16*(11), 4503-4512.
- McNair, R. P., & Bush, R. (2016). Mental health help seeking patterns and associations among Australian same sex attracted women, trans and gender diverse people: A survey-based study. *BMC Psychiatry, 16*, 209. doi: 10.1186/s12888-016-0916-4.
- Mello, A. P. L. (2014). Panorama da Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais: um olhar a partir do discurso de profissionais de saúde da família. In: *Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais* (pp. 19-23). Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Meyer, I. H. (1995). Minority stress and mental health in gay men. *Journal of Health and Social Behavior, 36*(1), 38-56.
- Molinier, P., & Welzer-Lang, D. (2009). Feminilidade, masculinidade, virilidade. In: H. Hirata, F. Laborie, H. Doaré, & D. Senotier (Orgs.), *Dicionário crítico do feminismo* (pp. 101-106). São Paulo, SP: Editora UNESP.
- Moraes, M. L. Q. (2011). A nova família e a ordem jurídica. *Cadernos Pagu, 37*, 407-425.
- Moura, F. M. J. S. P., Silva, M. G., Oliveira, S. C., & Moura, L. J. S. P. (2010). Os sentimentos das mulheres pós-mastectomizadas. *Escola Anna Nery, 14*(3), 477-484.
- Neris, R. R., & Anjos, A. C. Y. (2014). Experiência dos cônjuges de mulheres com câncer de mama: uma revisão integrativa da literatura. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 48*(5), 922-931.
- Nicholson, L. (2000). Interpretando o gênero. *Estudos Feministas, 8*(2), 9-41.
- Notari, S. C., Fornage, S., Panes-Ruedin, B., & Zaman, K. (2018). Sexuality after breast cancer is not a taboo. *Revue Medicale Suisse, 14*(598), 563-565.

- Oliveira, F. B. M., Santana e Silva, F., & Prazeres, A. S. B. (2017). Impacto do câncer de mama e da mastectomia na sexualidade feminina. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 11(Supl. 6), 2533-2540.
- Oliveira, L. B., Dantas, A. C. L. M., Paiva, J. C., Leite, L. P., Ferreira, P. H. L., & Abreu, T. M. A. (2013). A feminilidade e sexualidade da mulher com câncer de mama. *CATUSSABA - Revista Científica da Escola de Saúde da UnP*, 3(1), 43-53.
- Oliveira, R. (2005). Em nome da Mãe: o arquétipo da Deusa e sua manifestação nos dias atuais. *Revista Ártemis*, 3, 1-16.
- Peres, R. S. & Santos, M. A. (2012). *Psicossomática psicanalítica: Intersecções entre teoria, pesquisa e clínica*. Campinas, SP: Alínea.
- Pithan, C. (2014). Diretrizes para Assistência à Saúde de Lésbicas, Mulheres Bissexuais e que fazem sexo com outras mulheres. In: *Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais* (pp. 41-43). Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Popadiuk, G. S., Oliveira, D. C., & Signorelli, M. C. (2017). The National Policy for Comprehensive Health of Lesbians, Gays, Bisexuals and Transgender (LGBT) and access to the Sex Reassignment Process in the Brazilian Unified Health System (SUS): progress and challenges. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(5), 1509-1520. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017225.32782016>
- Portella, A. P. (2014). Direitos Sexuais e Necessidades de Saúde de Lésbicas e Mulheres Bissexuais na Percepção de Profissionais de Saúde e Usuárias do SUS. In: *Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais* (pp. 76-91). Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Prado, V. M., Giorgi, C. A. G., & Ribeiro, A. I. M. (2015). Identidade e gênero: releituras sobre feminismo e o pensamento de Alain Touraine. In: T. S. A. M. Brabo (Org.), *Mulheres, gênero e violência* (pp. 73-96). São Paulo: Cultura Acadêmica.
- Rabasquinho, C. & Pereira, H. (2007). Gênero e saúde mental: Uma abordagem epidemiológica. *Análise Psicológica*, 3(25), 439-454.
- Rago, M. (1998). Descobrir historicamente o gênero. *Cadernos Pagu*, 11, 89-98.
- Ramos, S., & Carrara, S. A. (2006). Constituição da Problemática da Violência contra Homossexuais: a Articulação entre Ativismo e Academia na Elaboração de Políticas Públicas. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, 16(2), 185-205.
- Reis, A. P. A., & Gradim, C. V. C. (2018). A alopecia no câncer de mama. *Revista de enfermagem UFPE on line*, 12(2), 447-455, <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i2a25097p447-455-2018>.
- Rich, A. (2010). Heterossexualidade compulsória e existência lésbica. *Bagoas*, 5, 17-44.
- Rinco, P. (2016). Vulnerabilidade de orientação sexual e identidade de gênero: direitos socioassistenciais e a protetividade de lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros na cidade de São Paulo, Brasil. *XXI Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública*, Santiago, Chile.
- Rodrigues, B. (2017). O Corpo Bandeira - Sujeito Feminino, Objeto de Arte em Performance. *Arte da Cena*, 1(1), 43-54.

- Rodrigues, N. S., Orsini, M. R. C. A., Tertuliano, I. W., Bartholomeu, D., Machado, A. A., & Montiel, J. M. (2018). O impacto da mastectomia na sexualidade da mulher. *Lecturas: Educación Física y Deportes*, 23(242).
- Rosa, L. M., & Radünz, V. (2012). Taxa de sobrevivência na mulher com câncer de mama: estudo de revisão. *Texto & Contexto Enfermagem*, 21(4), 980-989.
- Rossi, L., & Santos, M. A. (2003). Repercussões psicológicas do adoecimento e tratamento em mulheres acometidas pelo câncer de mama. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 23(4), 32-41. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932003000400006>
- Roter, D. L., Hall, J. A., & Aoki, Y. (2002). Physician Gender Effects in Medical Communication: A Meta-analytic Review. *JAMA*, 288(6), 756-764.
- Rowland, E., & Metcalfe, A. (2014). A systematic review of men's experiences of their partner's mastectomy: coping with altered bodies. *Psychooncology*, 23(9), 963-974.
- Rufino, A. (2014). Saúde Sexual e Reprodutiva de Mulheres que fazem sexo com Mulheres. In: *Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais* (pp. 54-61). Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Sanchez, K. O. L., Ferreira, N. M. L. A., Dupas, G., & Costa, D. B. (2010). Apoio social à família do paciente com câncer: identificando caminhos e direções. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(2), 290-299.
- Santos, D. B., Ford, N. J., Santos, M., & Vieira, E. M. (2014). Breast cancer and sexuality: The impacts of breast cancer treatment on the sex lives of women in Brazil. *Culture, Health & Sexuality: An International Journal for Research, Intervention and Care*, 16(3), 246-257.
- Santos, D. B., Santos, M. A., Cesnik-Geest, V. M., & Vieira, E. M. (2016). Interrupção e Retomada da Vida Sexual após o Câncer de Mama. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(4), 1-10, doi: <http://dx.doi.org/10.15900102.3772e324219>.
- Schraiber, L. B., Figueiredo, W. S., Gomes, R., Couto, M. T., Pinheiro, T. F., Machin, R., Silva, G. S. N., & Valença, O. (2010). Necessidades de saúde e masculinidades: Atenção primária no cuidado aos homens. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(5), 961-970.
- Scorsolini-Comin, F., Santos, M. A., & Souza, L. V. (2009). Vivências e discursos de mulheres mastectomizadas: negociações e desafios do câncer de mama. *Estudos de Psicologia*, 14(1), 41-50.
- Scott, J. W. (1989). Gênero: Uma categoria útil de análise histórica. *Educação & Realidade*, 20(2), 71-99.
- Secretaria de Políticas para as Mulheres. (2011). Rede de enfrentamento à violência contra as mulheres. Brasília: DF.
- Secretaria Especial de Direitos Humanos. (2013). *Relatório de Violência Homofóbica no Brasil: ano de 2013*. Recuperado em 02 janeiro, 2017, de <http://www.sdh.gov.br/assuntos/LGBTI/dados-estatisticos/Relatorio2013.pdf>
- Secretaria Especial de Políticas Públicas para as Mulheres. (2015). *Pesquisas 2015: Mapa da violência – Homicídio de Mulheres no Brasil*. Recuperado em 02 janeiro, 2017, de [http://www.spm.gov.br/assuntos/violencia/pesquisas-e-publicacoes/mapaviolencia\\_2015\\_mulheres.pdf](http://www.spm.gov.br/assuntos/violencia/pesquisas-e-publicacoes/mapaviolencia_2015_mulheres.pdf)
- Silva, G., & Santos, M. A. (2010). Stressors in breast cancer post-treatment: A qualitative approach. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(4), 688-695.

- Silva, S. E. D., Vasconcelos, E. V., Santana, M. E., Araújo, J. S., Valente, T., Oliveira, J. B., Cunha, N. M. F., & Conceição, V. M. (2012). Câncer de mama uma doença temida: representações sociais de mulheres mastectomizadas. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, 03(02), 451-463.
- Soares, A. (2014). Mulheres Bissexuais: vulnerabilidades na assistência a saúde. In: *Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais* (pp. 36-39). Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Soares, G. (2014). Diretrizes para Assistência à Saúde de Lésbicas, Mulheres Bissexuais e que fazem sexo com outras mulheres. In: *Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais* (pp. 43-47). Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Souto, K. M. B. (2008). A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Uma análise de integralidade e gênero. *SER Tempo*, 10(22), 161-182.
- Souza, M. M. T., Moura, F. M. C., Silva, A. S. M., Costa, P. S., Figueiredo, N. M. A., & Passos, J. P. (2017). Olhar-se sem cabelos – estudo de enfermagem sobre mulheres com alopecia decorrente da quimioterapia antineoplásica. *Revista de Saúde*, 08(2), 16-22.
- The Joint Commission (2011). Provision of care, treatment, and services (pp. 11-17). In: *Advancing effective communication, cultural competence, and patient- and family-centered care for the lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBTI) community: A field guide*. Oak Brook, IL. LGBTIFieldGuide.pdf.
- Toledo, L. G. (2008). *Estigmas e estereótipos sobre as lesbianidades e suas influências nas narrativas de histórias de vida de lésbicas residentes em uma cidade do interior paulista*. Dissertação de mestrado, Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Assis, SP.
- Toledo, L. G., & Teixeira Filho, F. S. (2013). Homofobia familiar: abrindo o armário ‘entre quatro paredes’. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 65(3), 376-391.
- Toledo, L. G., & Teixeira Filho, F. S. (2010). Lesbianidades e as referências legitimadoras da sexualidade. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 10(3), 729-749.
- United Nations Human Rights. (2012). *Born Free and Equal 2012*. Estados Unidos. Recuperado em 03 janeiro, 2017, de <http://acnudh.org/wp-content/uploads/2012/10/BornFreeAndEqualLowRes.pdf>.
- Valadão, R. C., & Gomes, R. (2011). A homossexualidade feminina no campo da saúde: da invisibilidade à violência. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 21(4), 1451-1467.
- Vieira, E. M., Ford, N. J., Santos, M. A., Junqueira, L. C. U., & Giami, A. (2013). Representations of nurses regarding sexuality of women treated for breast cancer in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(10), 2049-2056.
- Vieira, E. M., Santos, D. B., Santos, M. A., & Giami, A. (2014). Experience of sexuality after breast cancer: A qualitative study with women in rehabilitation. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(3), 408-414.
- Villela, W. (2014). Atenção Integral a Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais. In: *Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais* (pp. 31-35). Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Wandrey, R. L., Qualls, W. D., & Mosack, K. E. (2016a). Are mainstream support services meeting the needs of sexual minority women with breast cancer? An exploration of the perspectives and experiences of users of an online support forum, *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 28(4), 336-348.

Wandrey, R. L., Qualls, W. D., & Mosack, K. E. (2016b). Rejection of Breast Reconstruction Among Lesbian Breast Cancer Patients. *LGBTI Health*, 3(1). <https://doi.org/10.1089/LGBTI.2015.0091>

Whitehead, J., Shaver, J., & Stephenson, R. (2016). Outness, Stigma, and Primary Health Care Utilization among Rural LGBT Populations. *PLoS ONE*, 11(1), 1-17.

White, J. L., & Boehmer, U. (2012). Long-Term Breast Cancer Survivors' Perceptions of Support From Female Partners: An Exploratory Study. *Oncology Nursing Forum*, 39(2), 210-217.

Wittig, M. (1980). *The Straight Mind and other Essays*. Boston: Beacon.

Xavier, A. T. F., Ataíde, M. B. C., Pereira, F. G. F., & Nascimento, V. D. (2010). Análise de gênero para o adoecer de câncer. *Revista Brasileira Enfermagem*, 63(6), 921-926.

Yalom, M. (1997). *História do Seio* (Júdice, M. A., Trad.). Portugal, Lisboa: Editorial Teorema.

Zanardo, G. L. P., Uribe, M. C., Nadal, A. H. R., & Habigzang, L. F. (2017). Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. *Psicologia & Sociedade*, 29, e155043. Epub 10 de julho de 2017. <https://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29155043>



## ANEXOS

## Anexo 1



**Universidade de São Paulo**  
**Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto**  
**Comitê de Ética em Pesquisa**

Campus de Ribeirão Preto

Of.CETP/FFCLRP-USP/069-dgfs.

Ribeirão Preto, 04 de agosto de 2017.

Prezado(a) Pesquisador(a),

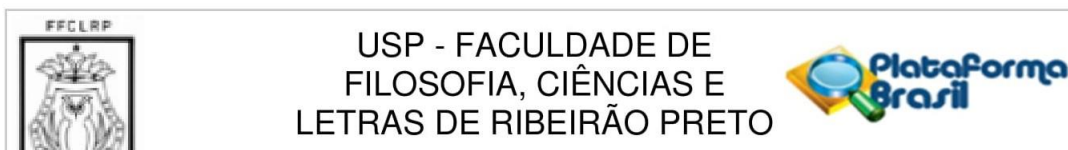
Comunicamos a V. Sa. que o projeto de pesquisa intitulado “**Significados atribuídos por mulheres homossexuais e suas parceiras ao adoecimento por câncer de mama e ao tratamento oncológico**” foi analisado *ad referendum* do Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP-USP e enquadrado na categoria: **APROVADO** (CAAE n.º 65391517.4.0000.5407).

Solicitamos que eventuais modificações ou emendas ao projeto de pesquisa sejam apresentadas ao CEP, de forma sucinta, identificando a parte do projeto a ser modificada e suas justificativas. De acordo com a Resolução nº466 de 12/12/2012, devem ser entregues relatórios semestrais e, ao término do estudo, um relatório final sempre via Plataforma Brasil.

Atenciosamente,

**Prof.ª Dr.ª Marina Rezende Bazon**  
 Coordenadora

Ao(À) Senhor(a)  
**Carolina de Souza**  
 Programa de Pós-graduação em Psicologia da FFCLRP – USP.



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS POR MULHERES HOMOSSEXUAIS E SUAS PARCEIRAS AO ADOECIMENTO POR CÂNCER DE MAMA E AO TRATAMENTO

**Pesquisador:** CAROLINA DE SOUZA

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 65391517.4.0000.5407

**Instituição Proponente:** Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto- USP

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.201.691

#### **Apresentação do Projeto:**

Vide parecer anterior.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Vide parecer anterior.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Vide parecer anterior.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Vide parecer anterior.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Vide parecer anterior.

#### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O nome do pesquisador responsável foi alterado e o projeto pode ser aprovado.

#### **Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

**Endereço:** Av. Bandeirantes 3.900

**Bairro:** Monte Alegre

**CEP:** 14.040-901

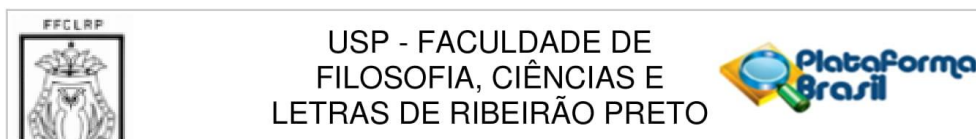
**UF:** SP

**Município:** RIBEIRAO PRETO

**Telefone:** (16)3315-4811

**Fax:** (16)3315-9101

**E-mail:** coetp@ffclrp.usp.br



Continuação do Parecer: 2.201.691

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Notificação do CEP	Substituicao_pesquisador_manoel_carolina.pdf	27/07/2017 14:39:07	Patrícia Nicolucci	Aceito
Solicitação Assinada pelo Coordenador do CEP	manoel_carolina.pdf	27/07/2017 14:39:07	Patrícia Nicolucci	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	solicitacao.pdf	19/07/2017 14:38:57	Manoel Antônio dos Santos	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_866423.pdf	17/07/2017 08:48:15		Aceito
Outros	Carta.pdf	05/04/2017 08:49:55	Manoel Antônio dos Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	05/04/2017 08:49:20	Manoel Antônio dos Santos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	05/04/2017 08:49:12	Manoel Antônio dos Santos	Aceito
Folha de Rosto	1868_0001.pdf	24/02/2017 13:41:50	Manoel Antônio dos Santos	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RIBEIRAO PRETO, 04 de Agosto de 2017

Assinado por:  
**Marina Rezende Bazon**  
(Coordenador)

**Endereço:** Av. Bandeirantes 3.900  
**Bairro:** Monte Alegre **CEP:** 14.040-901  
**UF:** SP **Município:** RIBEIRAO PRETO  
**Telefone:** (16)3315-4811 **Fax:** (16)3315-9101 **E-mail:** coetp@ffclrp.usp.br

## APÊNDICES

### Apêndice A



**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**  
**FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO**  
**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**  
 LEPPS – Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde  
 Av. Bandeirantes, 3900, Monte Alegre, 14040-901, Ribeirão Preto-SP  
 Fone (0xx16) 3602 3645 / 8132 9896



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(mulher acometida)

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa intitulada: *Significados atribuídos por mulheres homossexuais e suas parceiras ao adoecimento por câncer de mama e ao tratamento oncológico*. Meu nome é Carolina de Souza, sou estudante do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP) e sou a pesquisadora-responsável por este estudo. O pesquisador orientador deste projeto de pesquisa é o Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos, Professor Associado 3 da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - FFCLRP-USP.

Estou desenvolvendo um estudo que tem por objetivo compreender os sentidos atribuídos por mulheres homossexuais com câncer de mama (e suas parceiras) ao adoecimento e suas vivências do tratamento oncológico. Para tanto, preciso da colaboração de mulheres que passaram por essa experiência e eu gostaria que você fosse uma delas. Também gostaria de obter sua autorização para entrevistar sua parceira. Preciso conversar livremente e a sós com cada uma de vocês e depois com as duas. Caso esteja de acordo em colaborar com o estudo, irá participar de uma entrevista individual e uma em dupla, quando iremos conversar sobre como você vivenciou o câncer de mama e os vários tratamentos, e sua experiência das práticas de cuidado em saúde frente às suas necessidades de saúde, explorando se os(as) profissionais são especialmente sensíveis às peculiaridades de sua condição de mulher homossexual. Essas conversas serão realizadas em um único encontro cada, em local de sua preferência e de acordo com sua disponibilidade de tempo.

A conversa terá duração de, aproximadamente, 60 a 80 minutos e acontecerá em dia e horário estabelecidos de acordo com sua conveniência. Para animar essa conversa farei algumas questões de aprofundamento. Vamos conversar sobre sua história de vida, as percepções sobre os seus relacionamentos passados e atuais, percepções sobre como os serviços de saúde lhe receberam, suas percepções sobre se a equipe de saúde está capacitada para lidar com a diversidade sexual, os benefícios

e barreiras que você percebe relacionados aos serviços de saúde, bem como facilidades e dificuldades para seguir adiante com o tratamento, sugestões para aprimorar o serviço de saúde e seus planos e perspectivas futuras. Tais questões são importantes para que eu possa alcançar o objetivo deste estudo.

Durante esse encontro pretendo realizar a gravação de nossa conversa em áudio, com a finalidade de garantir que nada do que você me disser passará despercebido ou será esquecido. Para tanto, preciso de seu consentimento e de sua autorização por escrito, mostrando que está de acordo com o fato de que nossa conversa seja gravada. Mantereí guardada essa gravação na sala do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde – LEPPS, situado no Departamento de Psicologia, Avenida Bandeirantes, 3900, Bloco 5, sala 34 da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Monte Alegre, 14.040-901 - Ribeirão Preto-SP. Os dados obtidos serão utilizados apenas para esta pesquisa e serão mantidos por um período de até cinco anos. Depois desse prazo o áudio gravado será descartado.

Preciso de sua colaboração, mas você precisa estar ciente de que sua participação é inteiramente voluntária e não lhe trará nenhum tipo de benefício direto, como remuneração ou outra vantagem especial. Não haverá nenhuma forma de reembolso ou ressarcimento, já que você não terá nenhum gasto com a participação na pesquisa. Além disso, fica-lhe assegurada total liberdade de desistir de participar do estudo e se retirar da pesquisa a qualquer momento em que desejar fazê-lo, quando não mais interessada ou disposta a prosseguir colaborando, sem que isso implique qualquer prejuízo ou acarrete qualquer penalidade, represália ou constrangimento à sua pessoa.

O fato de participar deste estudo não envolve riscos previsíveis à participante. Contudo, algumas questões abordadas podem gerar algum tipo de desconforto psicológico. Caso isso aconteça, saiba que você poderá conversar com a psicóloga responsável pela pesquisa, ou ser instruída a procurar acompanhamento especializado disponível no serviço.

Em termos dos benefícios potenciais, após a conclusão deste estudo, espera-se que a pesquisa possa contribuir para que o profissional de saúde compreenda melhor as necessidades das mulheres diagnosticadas com câncer de mama, sobretudo os aspectos relacionados à diversidade sexual, o que pode potencializar a melhoria no atendimento e, conseqüentemente, maior adesão ao tratamento.

Ao aceitar participar deste estudo sua identidade será resguardada e lhe será assegurada a confidencialidade das informações que me proporcionar durante a entrevista. Ao dar seu consentimento, você também estará concordando com o fato de que a gravação realizada em áudio seja transcrita e que o material produzido possa ser utilizado por mim, sempre para fins de pesquisa, preservando os valores éticos quanto aos dados fornecidos, de acordo com as diretrizes que regem a pesquisa com seres humanos.

É importante que você saiba que tem direito de receber esclarecimentos antes, durante e após a realização da pesquisa. Quaisquer dúvidas que a senhora tenha quanto aos procedimentos deste estudo poderão ser esclarecidas a qualquer momento. Basta entrar em contato com o pesquisador-responsável, pelo e-mail [masantos@ffclrp.usp.br](mailto:masantos@ffclrp.usp.br) ou pelos telefones (16) 3315 3645 ou (16) 98132 9896, das 8 às 17

horas, de segunda à sexta-feira. O endereço profissional é: Departamento de Psicologia, Bloco 5, sala 34 da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, situada à Avenida Bandeirantes, 3900, Monte Alegre, 14.040-901 - Ribeirão Preto-SP.

Este estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Caso tenha necessidade de obter algum esclarecimento a mais sobre os aspectos éticos da pesquisa, pode entrar em contato com esse Comitê por meio do endereço: Avenida Bandeirantes, 3900 - Bloco 3, sala 16, 14040-901 - Ribeirão Preto - SP. O telefone para contato é (16) 3315 4811 / Fax: (16) 3633 2660 (segunda à sexta-feira, das 8h00 às 17h00). E-mail: coetp@ffclrp.usp.br

Considerando o exposto, aceito participar voluntariamente deste estudo. Recebi uma cópia deste Termo e tive a possibilidade de lê-lo com atenção antes de firmá-lo.

Eu, \_\_\_\_\_ (nome completo da participante), recebi uma cópia deste Termo e tive a possibilidade de lê-lo com atenção, após o que aceitei participar deste estudo, sabendo que a minha participação é livre e inteiramente voluntária.

Ribeirão Preto, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

Assinatura da participante: \_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora-colaboradora: \_\_\_\_\_

Carolina de Souza

Assinatura do pesquisador-responsável: \_\_\_\_\_

Manoel Antônio dos Santos

Professor Associado 3 da FFCLRP-USP

Fones para contato:

*Pesquisador-responsável:* (16) 3315 3645 (Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos, orientador), de 2ª a 6ª feira, das 8 às 17 horas. Endereço: LEPPS - FFCLRP-USP. Departamento de Psicologia. Centro de Psicologia e Pesquisa Aplicada. Bloco 5, sala 34. Av. Bandeirantes, 3900, Monte Alegre, 14040-901 - Ribeirão Preto-SP.

*Pesquisadora-colaboradora:* (16) 3625 6870 e (16) 99175 2525 (Carolina de Souza), de 2ª a 6ª feira, das 8 às 17 horas.

## Apêndice B



**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**  
**FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO**  
**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**  
 LEPPS – Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde  
 Av. Bandeirantes, 3900, Monte Alegre, 14040-901, Ribeirão Preto-SP  
 Fone (0xx16) 3602 3645 / 8132 9896



### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** **(companheira/cônjuge)**

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa intitulada: *Significados atribuídos por mulheres homossexuais e suas parceiras ao adoecimento por câncer de mama e ao tratamento oncológico*. Meu nome é Carolina de Souza, sou estudante do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP) e sou a pesquisadora-responsável por este estudo. O pesquisador orientador deste projeto de pesquisa é o Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos, Professor Associado 3 da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - FFCLRP-USP.

Estou desenvolvendo um estudo que tem por objetivo compreender os sentidos atribuídos por mulheres homossexuais com câncer de mama (e suas parceiras) ao adoecimento e suas vivências do tratamento oncológico. Para tanto, preciso da colaboração das parceiras/companheiras das mulheres que tiveram a doença e eu gostaria que você fosse uma delas. É importante que você saiba que sua parceira já manifestou seu consentimento para que eu pudesse conversar com você livremente e a sós. Caso esteja de acordo em colaborar com o estudo, irá participar de uma entrevista individual, e, depois, uma conversa com você e sua parceira juntas, quando iremos conversar sobre como você vivenciou o câncer de mama e os vários tratamentos de sua parceira, e sua experiência das práticas de cuidado em saúde frente às necessidades de saúde dela, explorando se os(as) profissionais são especialmente sensíveis às peculiaridades de sua condição de mulher homossexual. Essas conversas serão realizadas em um único encontro cada, em local de sua preferência e de acordo com sua disponibilidade de tempo.

A conversa terá duração de, aproximadamente, 60 a 80 minutos e acontecerá em dia e horário estabelecidos de acordo com sua conveniência. Para animar essa conversa farei algumas questões de aprofundamento. Vamos conversar sobre sua história de vida, as percepções sobre os seus relacionamentos passados e atuais, percepções sobre como os serviços de saúde lhes receberam, suas percepções sobre se a equipe de saúde está capacitada para lidar com a diversidade sexual, os benefícios e barreiras que você percebe relacionados aos serviços de saúde, bem como facilidades e dificuldades

para seguir adiante com o tratamento, sugestões para aprimorar o serviço de saúde e seus planos e perspectivas futuras. Tais questões são importantes para que eu possa alcançar o objetivo deste estudo.

Durante esse encontro pretendo realizar a gravação de nossa conversa em áudio, com a finalidade de garantir que nada do que você me disser passará despercebido ou será esquecido. Para tanto, preciso de seu consentimento e de sua autorização por escrito, mostrando que está de acordo com o fato de que nossa conversa seja gravada. Mantereí guardada essa gravação na sala do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde – LEPPS, situado no Departamento de Psicologia, Avenida Bandeirantes, 3900, Bloco 5, sala 34 da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Monte Alegre, 14.040-901 - Ribeirão Preto-SP. Os dados obtidos serão utilizados apenas para esta pesquisa e serão mantidos por um período de até cinco anos. Depois desse prazo o áudio gravado será descartado.

Preciso de sua colaboração, mas você precisa estar ciente de que sua participação é inteiramente voluntária e não lhe trará nenhum tipo de benefício direto, como remuneração ou outra vantagem especial. Não haverá nenhuma forma de reembolso ou ressarcimento, já que você não terá nenhum gasto com a participação na pesquisa. Além disso, fica-lhe assegurada total liberdade de desistir de participar do estudo e se retirar da pesquisa a qualquer momento em que desejar fazê-lo, quando não mais interessada ou disposta a prosseguir colaborando, sem que isso implique qualquer prejuízo ou acarrete qualquer penalidade, represália ou constrangimento à sua pessoa.

O fato de participar deste estudo não envolve riscos previsíveis à participante. Contudo, algumas questões abordadas podem gerar algum tipo de desconforto psicológico. Caso isso aconteça, saiba que você poderá conversar com a psicólogo responsável pela pesquisa, ou ser instruída a procurar acompanhamento especializado disponível no serviço.

Em termos dos benefícios potenciais, após a conclusão deste estudo, espera-se que a pesquisa possa contribuir para que o profissional de saúde compreenda melhor as necessidades das mulheres diagnosticadas com câncer de mama, sobretudo os aspectos relacionados à diversidade sexual, o que pode potencializar a melhoria no atendimento e, conseqüentemente, maior adesão ao tratamento.

Ao aceitar participar deste estudo sua identidade será resguardada e lhe será assegurada a confidencialidade das informações que me proporcionar durante a entrevista. Ao dar seu consentimento, você também estará concordando com o fato de que a gravação realizada em áudio seja transcrita e que o material produzido possa ser utilizado por mim, sempre para fins de pesquisa, preservando os valores éticos quanto aos dados fornecidos, de acordo com as diretrizes que regem a pesquisa com seres humanos.

É importante que você saiba que tem direito de receber esclarecimentos antes, durante e após a realização da pesquisa. Quaisquer dúvidas que a senhora tenha quanto aos procedimentos deste estudo poderão ser esclarecidas a qualquer momento. Basta entrar em contato com o pesquisador-responsável, pelo e-mail [masantos@ffclrp.usp.br](mailto:masantos@ffclrp.usp.br) ou pelos telefones (16) 3315 3645 ou (16) 98132 9896, das 8 às 17 horas, de segunda à sexta-feira. O endereço profissional é: Departamento de Psicologia, Bloco 5, sala



34 da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, situada à Avenida Bandeirantes, 3900, Monte Alegre, 14.040-901 - Ribeirão Preto-SP.

Este estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Caso tenha necessidade de obter algum esclarecimento a mais sobre os aspectos éticos da pesquisa, pode entrar em contato com esse Comitê por meio do endereço: Avenida Bandeirantes, 3900 - Bloco 3, sala 16, 14040-901 - Ribeirão Preto - SP. O telefone para contato é (16) 3315 4811 / Fax: (16) 3633 2660 (segunda à sexta-feira, das 8h00 às 17h00). E-mail: coetp@ffclrp.usp.br

Considerando o exposto, aceito participar voluntariamente deste estudo. Recebi uma cópia deste Termo e tive a possibilidade de lê-lo com atenção antes de firmá-lo.

Eu, \_\_\_\_\_ (nome completo da participante), recebi uma cópia deste Termo e tive a possibilidade de lê-lo com atenção, após o que aceitei participar deste estudo, sabendo que a minha participação é livre e inteiramente voluntária.

Ribeirão Preto, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

Assinatura da participante: \_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora-colaboradora: \_\_\_\_\_

Carolina de Souza

Assinatura do pesquisador-responsável: \_\_\_\_\_

Manoel Antônio dos Santos  
Professor Associado 3 da FFCLRP-USP

Fones para contato:

*Pesquisador-responsável:* (16) 3315 3645 (Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos, orientador), de 2ª a 6ª feira, das 8 às 17 horas. Endereço: LEPPS - FFCLRP-USP. Departamento de Psicologia. Centro de Psicologia e Pesquisa Aplicada. Bloco 5, sala 34. Av. Bandeirantes, 3900, Monte Alegre, 14040-901 - Ribeirão Preto-SP.

*Pesquisadora-colaboradora:* (16) 3625 6870 e (16) 99175 2525 (Carolina de Souza), de 2ª a 6ª feira, das 8 às 17 horas.

## Apêndice C

### Formulário de Dados Sociodemográficos – uso exclusivo do LEPPS©

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
 Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
 Contato: Telefone: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
 E-mail: \_\_\_\_\_  
 Estado civil: \_\_\_\_\_  
 Tempo de namoro: \_\_\_\_ anos Tempo de casamento/união estável: \_\_\_\_ anos  
 Escolaridade (cursou até que série completa): \_\_\_\_\_  
 Naturalidade: \_\_\_\_\_ Procedência (cidade onde reside): \_\_\_\_\_  
 Profissão/ocupação: \_\_\_\_\_ Ativa ( ) Afastada ( ) Aposentada ( )  
 Tempo integral ( ) Tempo parcial ( )  
 Renda mensal pessoal: Cr\$ \_\_\_\_\_  
 Renda familiar (soma dos rendimentos de todos os que contribuem no orçamento doméstico) Cr\$: \_\_\_\_\_  
 Número de pessoas que contribuem para o sustento da casa: \_\_\_\_\_  
 Religião: \_\_\_\_\_ Praticante: ( ) sim ( ) não Frequência semanal: \_\_\_\_\_  
 Faz parte de algum grupo? De que tipo? Com que frequência? \_\_\_\_\_

#### Composição familiar:

Tipo de família: ( ) nuclear ( ) extensiva ( ) extensiva recasada ( ) recasada ( ) monoparental

Filhos: ( ) sim ( ) não Quantos: \_\_\_\_\_

Quem mora na casa? (sexo, idade, profissão de cada membro familiar, colocar os filhos de acordo com a ordem de nascimento).

Nome	Parentesco	Sexo	Idade	Profissão	Rendimentos (R\$)
		( )masc ( )fem			
		( )masc ( )fem			
		( )masc ( )fem			
		( )masc ( )fem			
		( )masc ( )fem			
		( )masc ( )fem			

Diagnóstico do câncer em: \_\_\_\_\_ (mês) \_\_\_\_\_ (ano)

Fez a cirurgia quanto tempo depois de receber o diagnóstico? \_\_\_\_\_

Fez a cirurgia de reconstrução mamária? Por que sim? (Por que não?)

#### Tipos de tratamento:

Cirurgia: nodulectomia ( ) quadrantectomia ( ) mastectomia ( )

Radioterapia ( ) Quimioterapia ( ) Tamoxifeno ( ) Reconstrução mamária ( )

Está (ou esteve) em tratamento por \_\_\_\_\_ anos e \_\_\_\_\_ meses.

Está (ou esteve) em tratamento com psiquiatra? Há quanto tempo? Que medicamentos toma atualmente?

Está (ou esteve) em tratamento com psicólogo(a)? Há quanto tempo?

Com que frequência semanal (ou mensal) você vai ao REMA atualmente?

**Critério de Classificação Econômica Brasil** (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa - ABEP)  
- 2016

<b>Posse de itens de conforto doméstico</b>	Não possui	Possui 1 item	Possui 2 itens	Possui 3 itens	Possui 4 ou mais itens
Banheiros	0	3	7	10	14
Empregados domésticos	0	3	7	10	13
Automóveis	0	3	5	8	11
Microcomputador	0	3	6	8	11
Lava louça	0	3	6	6	6
Geladeira	0	2	3	5	5
Freezer	0	2	4	6	6
Lava roupa	0	2	4	6	6
DVD	0	1	3	4	6
Microondas	0	2	4	4	4
Motocicleta	0	1	3	3	3
Secadora de roupa	0	2	2	2	2

#### **Escolaridade da pessoa de referência (antigo “chefe de família”)**

<b>Nomenclatura Antiga</b>		<b>Nomenclatura Atual</b>
Analfabeto / Primário incompleto	<b>0</b>	Analfabeto / Fundamental I incompleto
Primário completo / Ginásial incompleto	<b>1</b>	Fundamental I completo / Fundamental II incompleto
Ginásial completo / Colegial incompleto	<b>2</b>	Fundamental II completo / Médio incompleto
Colegial completo / Superior incompleto	<b>4</b>	Médio completo / Superior incompleto
Superior completo	<b>7</b>	Superior completo

<b>Serviços públicos</b>	Sim	Não
Água encanada	0	4
Rua pavimentada	0	2

<b>Pontos de corte</b>	
<b>A</b>	45 – 100
<b>B1</b>	38 – 44
<b>B2</b>	29 – 37
<b>C1</b>	23 – 28
<b>C2</b>	17 – 22
<b>D - E</b>	0 – 16

## Apêndice D

### ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

#### Questão disparadora para a entrevista com a mulher acometida

*Conte-me como foi, para você, vivenciar o câncer de mama e os tratamentos?*

Questões de aprofundamento (temas a serem investigados):

1. Como foi que você descobriu o câncer de mama?
2. Como foi a busca pelos médicos e serviços de saúde?
3. Você sentiu que recebeu a ajuda e acolhimento que você esperava receber desses serviços?
4. O que você mudaria no atendimento recebido? O que acrescentaria, se pudesse, nos serviços de saúde?
5. Como foi para você passar por todas as etapas do tratamento? (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, medicamentos, etc.) Qual foi a pior fase? E o melhor momento?
6. Você recebeu que tipo de apoios durante o tratamento? De que pessoas?
7. Sua companheira acompanhou seu tratamento? Como foi isso? Você sente que recebeu dela todo o apoio que necessitava durante o tratamento? (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, uso de medicamentos, etc.)
8. Você percebeu mudanças em sua rotina ao longo do tratamento?
9. Você considera ter aprendido coisas novas durante o tratamento?
10. Quais foram os aspectos negativos ou as dificuldades da doença e do tratamento?
11. Se você tivesse hoje que explicar para uma pessoa comum (leiga) o que é o câncer, o que você diria a ela?
12. Como era a relação entre você e sua parceira antes do câncer de mama?
13. Como ficou o relacionamento de vocês durante e após o câncer de mama?
14. Como você percebe sua parceira hoje? Como você avalia o relacionamento de vocês?
15. Pense em três palavras que descrevem quem sua parceira é.
16. Pense em três palavras que descrevem quem você é hoje, depois da experiência do câncer de mama.
17. Como você se imagina daqui a 10 anos? E sua companheira?

## Apêndice E

### ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

#### Questão disparadora para a entrevista com a parceira/cônjuge

*Conte-me como foi, para você, vivenciar o câncer de mama e os tratamentos da .....?*

Questões de aprofundamento (temas a serem investigados):

1. Como foi que você tomou conhecimento do câncer de mama de sua companheira?
2. Como foi a busca pelos médicos e serviços de saúde?
3. Você sentiu que receberam a ajuda e acolhimento que esperavam desses serviços?
4. O que você mudaria no atendimento recebido? O que acrescentaria, se pudesse, nos serviços de saúde?
5. Como foi para você acompanhar o tratamento? (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, uso de medicamentos, etc.) Qual foi a pior fase? E o melhor momento?
6. Você percebeu mudanças em sua rotina ao longo do tratamento?
7. Você considera ter aprendido coisas novas durante o tratamento de sua companheira?
8. Quais foram os aspectos negativos ou dificuldades que você enfrentou durante o tratamento?
9. Você recebeu algum tipo de apoio durante o tratamento?
10. Como era o relacionamento entre você e sua parceira antes do câncer de mama?
11. Como ficou a relação de vocês durante e após o câncer de mama?
12. Como você percebe sua parceira hoje? Como você avalia o relacionamento de vocês?
13. Pense em três palavras que descrevem quem sua parceira é.
14. Pense em três palavras que descrevem quem você é hoje, depois dessa experiência do câncer de sua parceira.
15. Como você se imagina daqui a 10 anos? E sua companheira?

## Apêndice F

### Câncer de mama e homossexualidade feminina: uma revisão integrativa da literatura

*Carolina de Souza*

*Manoel Antônio dos Santos*

*Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - USP*

#### **Resumo**

Devido aos avanços alcançados nos tratamentos oncológicos, a sobrevivência das pacientes com câncer de mama tem aumentado. Desse incremento, é evidente a necessidade de compreender os aspectos psicossociais das mulheres acometidas. Diferenças de gênero favorecem a ocorrência de desigualdades na utilização dos serviços de saúde. A literatura tem evidenciado desvantagens e disparidades vivenciadas pela população LGBTI na saúde. Este estudo teve por objetivo analisar a produção científica nacional e internacional sobre variáveis relacionadas à saúde de mulheres homossexuais com câncer de mama. O levantamento bibliográfico foi realizado a partir das bases indexadoras LILACS, PubMed, CINAHL e PsycINFO. Foram selecionados 20 artigos publicados no período de 2007 a 2017, que constituíram o *corpus* do estudo. Os achados foram agrupados por meio de análise de conteúdo. Os resultados evidenciaram que os estudos têm explorado de que modo certas características específicas (estresse, funcionamento sexual, menopausa) são percebidas por mulheres homossexuais acometidas por câncer de mama e como algumas dessas dimensões se relacionam entre si, potencializando ou depreciando a qualidade de vida. Por outro lado, há as pesquisas que se preocupam com possíveis diferenças em comparação com mulheres heterossexuais, destacando-se o achado de que aquelas que estão em um relacionamento com outra mulher podem ter um risco de mortalidade ligeiramente maior. Palavras-chave: neoplasias mamárias; mulheres; homossexualidade; revisão de literatura.

#### **Introdução**

O câncer de mama é a neoplasia de maior prevalência entre as mulheres e o segundo tipo mais comum no mundo, respondendo por cerca de 28% dos casos novos todos os anos. A boa notícia é que, se diagnosticado e tratado oportunamente, o prognóstico é relativamente bom. Segundo o Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), investir em conhecimentos novos sobre essa doença é importante para elencar prioridades e alocar recursos para mudar o cenário da população brasileira. Em 2018 são esperados, no Brasil, 59.700 casos novos de câncer de mama (Brasil, 2018).

Na atualidade, discute-se a pluralidade de fatores envolvidos na etiologia das neoplasias (Rodrigo Peres & Manoel Santos, 2009, 2012), pois o câncer é tido como uma doença complexa e multifatorial. Os fatores que estão relacionados ao estilo de vida têm uma base comportamental, como a exposição à radiação solar sem proteção, o uso de tabaco e álcool, obesidade, a ingestão exacerbada de alimentos gordurosos, a negligência de autocuidados, que se manifesta quando ocorre um adiamento na busca de serviços de saúde e a não realização de exames preventivos. Esses fatores são modificáveis. Os componentes comportamentais podem se combinar com os determinantes biológicos comumente investigados, como herança genética e histórico de câncer na família (Angahar, 2017).

Por conta do avanço obtido no tratamento oncológico, favorecido pelo desenvolvimento tecnológico e científico da ciência médica das últimas décadas, a sobrevivência das pacientes com câncer de mama tem aumentado de forma apreciável (Gisele Silva & Manoel Santos, 2010). Devido a essa melhora no prognóstico, nos últimos anos tem crescido a preocupação com as dimensões psicossociais do câncer de mama. Existe uma necessidade crescente de entender os aspectos psicossociais das mulheres acometidas, entre outras razões para que seja possível subsidiar programas e intervenções que devem ser disponibilizados no âmbito sociocomunitário e nos contextos dos serviços que atendem as mulheres acometidas. Para possibilitar o acompanhamento integral às pacientes é preciso conhecer suas necessidades e de que modo os programas disponíveis contribuem para atenuar os efeitos adversos dos tratamentos e o impacto psicossocial da doença.

As mudanças advindas da terapêutica do câncer de mama estão relacionadas, majoritariamente, à aparência física e a alterações psicossociais, incluindo: sintomas depressivos, problemas físicos, sociais e financeiros, manifestações de ansiedade e diminuição do desejo sexual (Barrera & Spiegel, 2014; Gonçalves, Tavares, Campana, Cabello, & Shimo, 2012). Durante toda a sua vida a mulher é instruída e orientada para que compreenda que o corpo feminino se caracteriza por alguns caracteres sexuais secundários que o tornam distinto do masculino, sendo as mamas um dos marcadores da diferença sexual que mais se destacam. A partir da adolescência a mulher aprende a se relacionar com essa parte do corpo, que é tão investida do ponto de vista emocional e simbólico. Assim, quando esse órgão é afetado por uma doença grave como o câncer, a mulher vivencia a mastectomia como um ato agressivo e mutilador, um ataque à autoestima e à estética corporal que construiu ao longo da vida, o que faz com que ela sinta seu corpo de forma estranha e ameaçadora após a intervenção cirúrgica (Maria Ferreira & Marli Mamede, 2003; Rodrigo Peres & Manoel Santos, 2012).

O tratamento é um período difícil e turbulento, no qual a paciente necessitará de apoio familiar e social para lidar com os desafios da reorganização do seu cotidiano. Por isso, a mulher que enfrenta o câncer de mama deve ser monitorada e acompanhada por equipe interdisciplinar durante todo o tratamento (Edilaine Caetano, Clícia Gradim, & Santos, 2009). Após esse período crítico, a paciente ainda terá pela frente um longo caminho de reabilitação psicossocial (Gisele Silva & Manoel Santos, 2008).

A possibilidade de conviver com outras mulheres que também retiraram a mama contribui para a aceitação da condição de ser mastectomizada e para o entendimento dos problemas decorrentes da intervenção cirúrgica (Rodrigo Peres & Manoel Santos, 2012). Considerando que o período vivenciado logo após o diagnóstico do câncer de mama é bastante difícil e que há diversos eventos estressores que mobilizam do ponto de vista físico, emocional e social, a mulher acometida necessita receber apoio familiar e social para poder se fortalecer para enfrentar as condições árduas e se envolver nos desafios da readaptação. Para tanto, deverá aprender a lidar de forma eficaz com os problemas que influenciam sua rotina devido à nova condição que assume: a de mulher mastectomizada (Edilaine Caetano, Marislei Panobianco, & Clícia Gradim, 2012; Gisele Silva & Manoel Santos, 2010).

É importante destacar que a assistência a essas mulheres não deve priorizar somente a doença e a reabilitação física, mas deve abarcar vários aspectos complexos da vida cotidiana, que envolvem dimensões psicológicas, culturais, econômicas, sociais e educacionais (Edilaine Caetano et al., 2012). Atualmente, como as pacientes com diagnóstico de câncer de mama estão vivendo um tempo maior com a doença, a probabilidade de enfrentar uma recidiva torna-se bastante palpável no horizonte da sobrevivência de muitas pacientes. Assim, poder falar sobre as questões que estejam relacionadas à qualidade de sobrevivência tem um valor intrínseco. Nesse cenário, a disponibilidade de grupos de apoio também pode ser de grande valia para a preservação da qualidade de vida (Naaman, Radwan, Fergusson, & Johnson, 2009).

Ao longo do desenvolvimento humano, as condutas de saúde refletem na qualidade de vida das pessoas de forma relevante, principalmente por terem relação com as condições que favorecem ou protegem os indivíduos das doenças crônicas. É possível observar diferenças entre os gêneros nos comportamentos relativos à saúde, por exemplo, os homens declaram praticar exercícios físicos com mais frequência; já as mulheres indicam ter maior preocupação com a dieta e a adoção de hábitos alimentares saudáveis (Colares, Franca, & Gonzalez, 2009).

Porter et al. (2000) examinaram a influência das diferenças de gênero nas estratégias de enfrentamento, comparando o comportamento de homens e mulheres. O autor observou que as diferenças de gênero na adoção de estratégias de enfrentamento são consistentes com o que é previsto pela hipótese de socialização: as mulheres relataram maior uso de apoio social e da expressão emocional (catarse) do que os homens. Em geral, o padrão de resultados sugere que os achados que corroboram as diferenças de gênero nos modos de enfrentamento podem ser atribuídos à adoção de estratégias baseadas nos estereótipos dos papéis de gênero convencionais, em vez de traduzirem diferenças reais de comportamento.

A maior utilização dos serviços de saúde por mulheres é um dado consistente e consagrado pela literatura. Isso vale tanto para os serviços hospitalares como ambulatoriais. Em relação à demanda masculina, ela é comumente descrita como condicionada pelas questões relacionadas ao seguro social ou ao trabalho. Já a demanda feminina é, principalmente, espontânea e voluntária, o que demonstra maior disposição das mulheres em buscar cuidados de saúde por conta própria (Aquino, Menezes, & Amoedo, 1992). Essas diferenças têm sido parcialmente relacionadas à exposição crônica a fatores de risco, em virtude do lugar social diferenciado ocupado por homens e mulheres, principalmente no mundo do trabalho. Diferenças de gênero também têm sido advogadas para o entendimento da singularidade que a experiência de adoecer assume de acordo com o gênero da pessoa acometida. Assim, as diferenças de gênero também favorecerem a existência das desigualdades e iniquidades na utilização dos serviços de saúde e nos padrões de morbimortalidade. Isso é válido tanto para a percepção quanto para a fala diferenciada que se observa entre os gêneros (Aquino et al., 1992).

As mulheres apresentaram maior demanda, utilização mais intensa de serviços de saúde e maior prevalência de problemas de saúde em todos os estudos revisados por Aquino et al. (1992), o que se



refletiu também no que estava sendo produzido na literatura internacional. Os resultados da investigação de Whitehead, Shaver e Stephenson (2016) sugerem uma elevada prevalência de fatores de risco para se ter uma saúde debilitada em uma amostra *online* da população rural LGBTI dos Estados Unidos, incluindo altas taxas de tabagismo e padrão de consumo excessivo de álcool. A depressão foi altamente prevalente na amostra do estudo, ou seja, os sintomas autorrelatados foram consistentes com possível quadro depressivo. Da mesma forma, os escores de depressão para as mulheres cisgênero no referido estudo foram significativamente associados com menor utilização dos cuidados de saúde na atenção primária. Para as mulheres cisgênero, a saúde mental precária pode estar moldando a falta de acesso à saúde primária, ou pode ser um produto da falta de acesso aos cuidados de saúde. Participantes transgêneros e não-binários relataram sofrer uma estigmatização muito maior do que o restante da amostra do estudo.

Preocupações com a saúde da população de lésbicas, *gays*, bissexuais, transexuais e intersexos (LGBTI) e informações sobre como tornar as práticas de comunicação estabelecidas com essa população mais eficientes e afáveis podem proporcionar maior conforto para a paciente na hora da revelação do diagnóstico, contribuindo para um melhor relacionamento médico-paciente (Whitehead et al., 2016).

A decisão histórica da Suprema Corte dos Estados Unidos, firmada em 26 de junho de 2015, que legalizou o casamento homoafetivo em todo o país, teve muitas implicações e desdobramentos. Um efeito prático foi a extensão da cobertura do seguro de saúde para milhares de pessoas que anteriormente não tinham acesso à seguridade. Especialistas em questões de saúde LGBTI afirmam que estender o seguro de saúde é uma coisa, porém eliminar as disparidades vivenciadas nos serviços de saúde pelos norte-americanos homossexuais e outros membros da comunidade LGBTI é algo bem diferente. Entre os problemas mencionados estão os cuidados médicos voltados aos transgêneros, hierarquização adversa para as pessoas que apresentam uma condição de saúde que exige tratamento de alto custo, como o câncer e o HIV-aids, e o fracasso para oferecer cobertura do seguro para fertilização *in vitro* para casais de *gays* e lésbicas. Muitas pessoas que trabalham na área da saúde não entendem o que significa ser um homem ou mulher homossexual, e isso, de acordo com especialista nos cuidados de saúde LGBTI, significa que há grandes lacunas e negligências no atendimento (Joseph Burns, 2015).

O relatório da Fundação Kaiser reconhece o precário estado de saúde da população LGBTI em algumas áreas e o atribui aos desafios e barreiras encontrados no acesso aos serviços de saúde. Entre os desafios identificados, segundo o relatório, pode-se “incluir o estigma, a discriminação, a violência e rejeição por parte das famílias e comunidades, bem como outras barreiras, como a desigualdade no trabalho e nos setores dos seguros de saúde, a prestação de cuidados de qualidade inferior e uma negação total de cuidados por causa da orientação sexual ou da identidade de gênero do indivíduo” (Joseph Burns, 2015, p. 32).

Do ponto de vista das práticas e políticas de saúde LGBTI, a discriminação no trabalho com base na orientação sexual ainda é permitida em 18 estados norte-americanos e a discriminação no contexto habitacional é considerada legal em 28 estados. Tal discriminação contribui para a produção

de uma saúde precária, particularmente no âmbito da saúde mental, e também pode desencorajar algumas pessoas LGBTI de se casarem e, mediante essa via, obterem acesso ao seguro de saúde do(a) parceiro(a) (Joseph Burns, 2015).

Agénor et al. (2015) realizaram uma pesquisa cujo objetivo era examinar a associação entre orientação sexual e vacinação contra o HPV em mulheres estadunidenses. Entre as participantes que haviam ouvido falar da vacina contra o HPV, a prevalência ajustada em relação ao comportamento de submeter-se à vacinação foi significativamente menor entre mulheres lésbicas em comparação com as heterossexuais. Adolescentes e jovens adultas que se identificam como homossexuais apresentam menor probabilidade de iniciar a vacinação contra o HPV devido aos conhecimentos, atitudes e crenças de mulheres jovens, dos pais e dos cuidadores relacionados à orientação sexual e ao risco de HPV. A hipótese dos autores é que lésbicas podem não saber ou não acreditar que a vacina contra o HPV é relevante também para suas vidas, considerando-se que muitas delas não se relacionam sexualmente com homens.

Ruth McNair e Rachel Bush (2016) examinaram a gama de ajuda profissional e social demandada por mulheres que se sentem atraídas pelo mesmo sexo, com vistas a estabelecer padrões de acordo com o subgrupo de orientação sexual e identidade de gênero. Um total de 1628 mulheres australianas completaram um questionário disseminado em ambiente online. Poucas participantes acionaram serviços específicos para LGBTI. A maioria dependia dos serviços convencionais. Em segundo lugar, as participantes identificaram a necessidade de que os principais serviços sejam mais inclusivos. E, finalmente, mais de dois terços da amostra identificaram o acesso sem barreiras a tais serviços como um facilitador da procura de ajuda. No entanto, há evidências de que há poucos serviços de saúde que realmente oferecem esses cuidados (Ruth McNair & Rachel Bush, 2016). Segundo os autores, uma das implicações decorrentes desse estudo é fornecer subsídios para que os profissionais possam repensar suas atitudes nos serviços de saúde. Os serviços precisam ser sensíveis às necessidades específicas da população LGBTI e não apenas tolerantes e respeitosos frente às diferenças sexuais e de gênero.

Essas considerações justificam o interesse em desenvolver uma revisão da literatura sobre a produção científica que seja abrangente o suficiente para mapear os avanços obtidos no conhecimento sobre o câncer de mama na interface com a diversidade sexual, abordando especificamente os cuidados em saúde oferecidos às mulheres homossexuais que desenvolvem a doença, delineando as contribuições da literatura no âmbito nacional e internacional. Apesar dos avanços mencionados, ainda são escassos os estudos que buscam sistematizar o conhecimento atual sobre a temática da diversidade sexual relacionada ao câncer de mama. Um levantamento crítico do conhecimento atual produzido na área pode subsidiar a prática clínica do profissional de saúde, bem como contribuir para identificar as lacunas e necessidades de novas pesquisas e, assim, auxiliar o direcionamento de futuras investigações e alocação de recursos e políticas públicas.

Frente ao exposto, este estudo teve por objetivo analisar a produção científica nacional e internacional sobre variáveis relacionadas à saúde de mulheres homossexuais com diagnóstico de câncer de mama.

## **Método**

Esta é uma pesquisa documental, descritiva e retrospectiva, que teve como recorte temporal o período entre 2007 e 2017. A revisão integrativa foi escolhida como método porque permite reunir vários estudos realizados anteriormente na temática de interesse, colocando em discussão seus objetivos, métodos, fontes e resultados, o que possibilita extrair conclusões a respeito do campo de conhecimento demarcado (Broome, 2000). Tendo em vista o objetivo de sumarizar o conhecimento produzido no decorrer de uma década, optou-se por esse método de pesquisa, pois ele permite a busca, avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis sobre o tema investigado. O produto final da revisão possibilita uma melhor delimitação do estado atual do conhecimento acerca do tema pesquisado, bem como a implementação de intervenções eficazes na assistência à saúde, com possível incremento da relação custo-benefício. Além disso, a revisão integrativa proporciona ao leitor a percepção de lacunas do conhecimento, que podem indicar as necessidades de desenvolvimento de pesquisas futuras (Mendes, Silveira & Galvão, 2008).

O estudo de revisão integrativa da literatura foi orientado pela seguinte questão norteadora: *Qual é o status atual da produção científica sobre variáveis relacionadas à saúde de mulheres homossexuais que receberam diagnóstico de câncer de mama?* A coleta dos dados foi realizada por meio de consulta sistematizada a periódicos indexados em bases regionais e internacionais de dados bibliográficos, a saber: LILACS, PubMed, CINAHL e PsycINFO. Essas bases indexadoras foram escolhidas por sua destacada importância em distintas áreas de produção do conhecimento científico, tais como medicina, psicologia e enfermagem.

Para alcançar o objetivo da pesquisa, foram seguidos os seguintes passos metodológicos, propostos por Broome (2000) para guiar a revisão da literatura: (a) realização de um levantamento sistematizado das publicações nacionais e internacionais sobre câncer de mama e orientação sexual diversa da heterossexual; (b) identificação dos autores, países de origem, tipos de pesquisa, ano de publicação, periódicos nos quais os artigos foram veiculados, idioma em que foram redigidos e objetivos; (c) análise descritiva dos resultados obtidos e avaliação crítica das contribuições oferecidas para o avanço do conhecimento sobre o tema.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de setembro e outubro de 2017. Foram pesquisados os artigos indexados com as seguintes palavras-chave: “*neoplasms*”, “*neoplasias*”, “*homossexualidade*”, “*homosexuality*”, “*homossexualidade feminina*”, “*homosexuality, female*”, “*mulheres*” e “*women*”. Esses descritores foram escolhidos porque estão indexados no DECS – *Descritores em Ciências da Saúde*. Como estratégia de busca foi utilizado o descritor “*neoplasms*” e o operador booleano “AND” com os demais assuntos selecionados para o estudo.

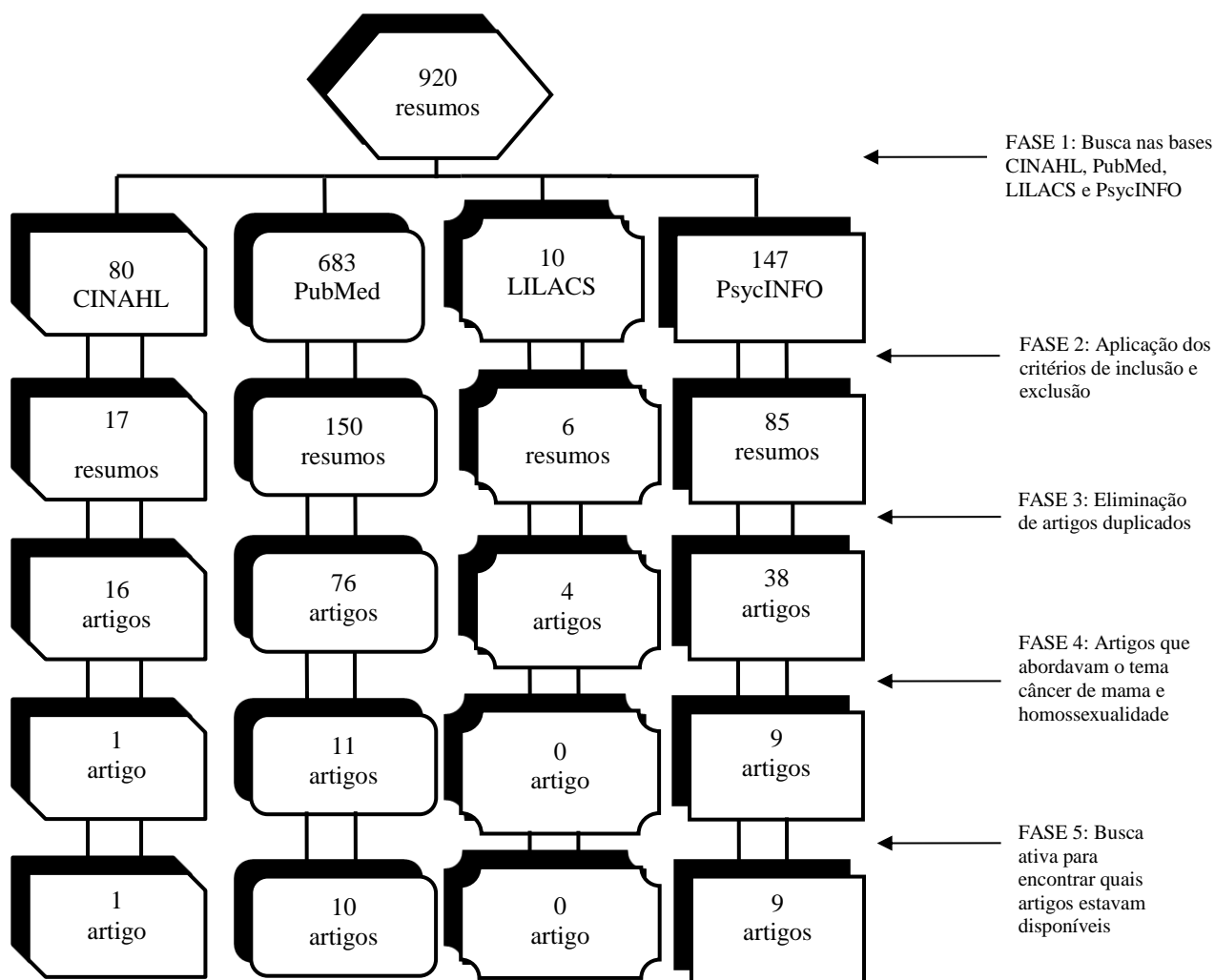
A busca foi realizada por meio do sistema SIBI da Universidade de São Paulo, uma rede de serviços que disponibiliza um catálogo *online* que franqueia o acesso às bases de dados e aos conteúdos veiculados a periódicos indexados, possibilitando a obtenção dos artigos publicados. Adicionalmente, foram consultadas as *homepages* das revistas, solicitando-se os artigos na íntegra.

Na pesquisa bibliográfica foram considerados os seguintes critérios de inclusão: (1) artigos redigidos em língua inglesa, portuguesa e espanhola; (2) estudos primários que abordavam o tema do câncer de mama e mulheres homossexuais; (3) que veiculavam resultados empíricos; (4) publicados entre janeiro de 2007 e dezembro de 2017. Os critérios de exclusão foram: (1) artigos que apenas tangenciavam o tema investigado, mas que, ao serem examinados detidamente, mostravam-se distantes do objetivo definido pela revisão; (2) estudos com mulheres diagnosticadas com outros tipos de câncer que não o de mama; (3) artigos com foco apenas nas mulheres bissexuais, transexuais, nas travestis, transgêneros e intersexos.

Concluída a leitura dos resumos, seguiu-se a recuperação dos artigos selecionados, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão definidos. Os artigos, recuperados na íntegra, constituíram o *corpus* da pesquisa. Após ler os estudos, seguiu-se uma etapa de extração dos dados de interesse para a revisão. Utilizou-se, para tanto, um formulário apropriado para esse fim. Em seguida, as informações retiradas dos artigos foram organizadas e submetidas à análise de conteúdo (Minayo, 2008). Essa análise ocorreu em três etapas: (a) pré-análise, (b) exploração do material e (c) tratamento dos resultados obtidos. Os dados foram organizados de acordo com os conteúdos prevaletentes no *corpus* investigado e analisados criteriosamente, de acordo com os parâmetros preconizados pela literatura.

## **Resultados**

A Figura 1 mostra um fluxograma que detalha o modo como os artigos foram selecionados nas diferentes bases de dados consultadas. Os números indicam que, de um total de 920 resumos localizados e escrutinados, apenas 20 estudos preencheram os critérios de inclusão e exclusão preestabelecidos, sendo recuperados na íntegra. A base LILACS retornou 10 resultados, ao passo que a CINAHL identificou 80 artigos. A PsycINFO retornou 147 artigos e a PubMed gerou o maior quantitativo, permitindo identificar 683 resultados.



**Figura 1.** Fluxograma das etapas da revisão integrativa

Fonte: Elaboração dos autores.

Do total de artigos identificados nos diferentes arranjos de palavras-chave pesquisados, houve diferença na eficácia das combinações de descritores, de acordo com a base de dados consultada. Assim, a combinação “*homosexuality, female*” e “*neoplasms*” mostrou-se a mais promissora para a base PubMed, tanto para estudos encontrados quanto selecionados. Essa combinação também se mostrou eficiente para artigos selecionados na base PsycINFO. “*Homosexuality*” e “*neoplasms*” e “*women*” foi uma combinação que não retornou nenhum artigo selecionado no crivo final, mesmo tendo retornado mais artigos encontrados na base CINAHL. Nenhuma das combinações de descritores se mostrou eficiente para seleção de artigos na base de dados LILACS. Esses resultados podem ser melhor apreciados na Tabela 1.

**Tabela 1.** Distribuição Numérica de Publicações Encontradas (E) e Seleccionadas (S) nas Bases Indexadoras Consultadas

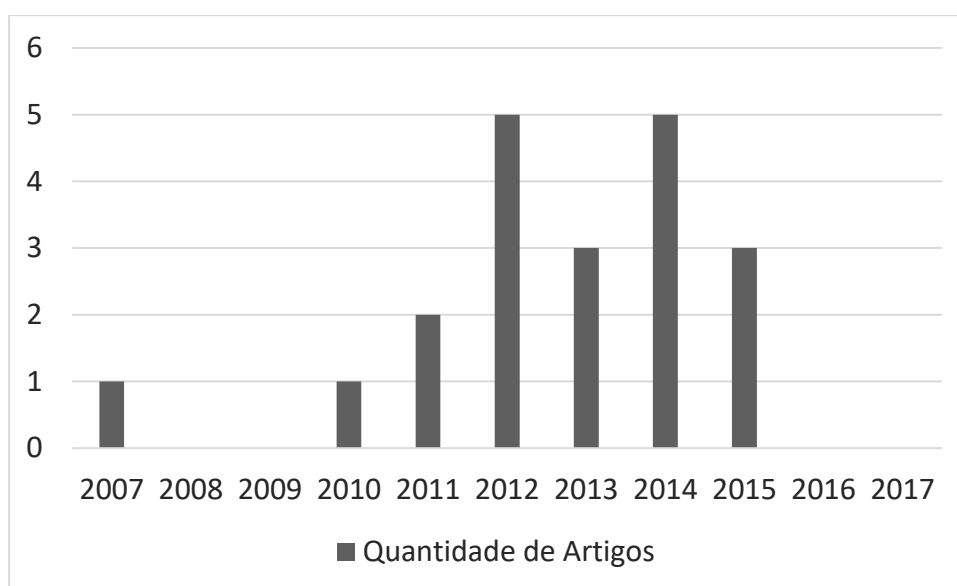
Palavras-chave				PubMed		LILACS		PsycINFO		CINAHL		
				E	S	E	S	E	S	E	S	
"Homossexualidade"	e	"Mulheres"	e	"Neoplasias"	-	-	2	0	-	-	-	-
"Homosexuality"	e	"Women"	e	"Neoplasms"	172	0	-	-	67	0	78	0
"Homossexualidade Feminina"	e	"Neoplasias"			-	-	8	0	-	-	-	-
"Homosexuality, Female"	e	"Neoplasms"			511	10	-	-	80	9	2	1
<b>Total</b>				<b>683</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>147</b>	<b>9</b>	<b>80</b>	<b>1</b>	

Nota: (-) indica que, na referida base indexadora, não se usam descritores daquele idioma e (0) indica que realmente nenhum artigo foi encontrado ou selecionado.

Fonte: Elaboração dos autores.

Os artigos selecionados foram publicados em 16 periódicos científicos distintos. A revista *Journal of Women's Health* destacou-se como a que concentrou o maior volume de publicações referentes à temática investigada, com três artigos, dedicados a esse objeto de estudo no período de tempo estabelecido. Essa revista se apresenta como uma fonte de informação sobre cuidados de saúde para as mulheres ao longo de sua vida; oferece avanços de última geração em procedimentos de diagnóstico, protocolos terapêuticos para o manejo de doenças e pesquisas inovadoras em biologia baseada em gênero que afeta o cuidado e o tratamento da paciente (Mary Ann Liebert, 2012). A revista *LGBTI Health* foi a segunda que mais concentrou publicações, com dois artigos relacionados à temática pesquisada. Além desses periódicos, outros 14 concentraram um artigo cada, do total do *corpus* de análise: *Annals of Oncology*, *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, *Journal of Sex Research*, *Journal of Cancer Survivorship*, *Quality of Life Research. Women & Therapy*, *Women & Health*, *Women's Health Issues*, *Psycho-Oncology*, *Cancer Investigation*, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, *BMJ Open*, *Journal of Homosexuality* e *Oncology Nursing Forum*. Esses periódicos divulgam conhecimento científico arbitrado e com caráter multidisciplinar, o que contribui para a construção da complexidade do saber na área do câncer na interface com as questões da diversidade de orientação sexual.

Quanto ao país do primeiro e do último autor de cada artigo, 100% dos pesquisadores eram oriundos de instituições dos Estados Unidos. A metade dos artigos (n=10) são de autoria do mesmo grupo de pesquisa, coordenado por Boehmer, da Escola de Saúde Pública da Universidade de Boston. Considerando que o país das instituições mostra o contexto no qual as investigações relacionadas à temática considerada foram realizadas, o predomínio das publicações produzidas no cenário estadunidense pode estar relacionado com a existência de uma preocupação com o conhecimento das questões relacionadas às minorias sexuais, decorrentes da força da organização social dos movimentos LGBTII naquele país. Apesar de uma das bases indexadoras (LILACS) utilizadas nesta pesquisa publicar estudos predominantemente produzidos em países da América Latina, nenhum artigo brasileiro ou de outros países latino-americanos e do Caribe foi encontrado.



**Figura 2.** Distribuição dos artigos selecionados de acordo com o ano de publicação.  
Fonte: Elaboração dos autores.

Em relação ao ano de publicação, observou-se que 2012 e 2014 concentraram o maior número de publicações, cada ano perfazendo cinco artigos que compõem o *corpus* deste estudo. Em seguida, despontaram os anos de 2013 e 2015, cada um com três das publicações selecionadas. É importante lembrar que em 2015 ocorreu a legalização do casamento homoafetivo nos Estados Unidos (Joseph Burns, 2015), o que pode ter estimulado pesquisas sobre a população LGBTI também nos anos anteriores e próximos à data. Depois, 2011 contribuiu com dois artigos e 2007 e 2010 contribuíram com um artigo por ano. Nenhum dos artigos selecionados foi publicado nos períodos de 2008-2009 e 2016-2017.

Quanto ao idioma no qual os artigos foram publicados, a totalidade foi redigida na língua inglesa. Vale ressaltar que os periódicos indexados nas bases CINAHL, PubMed e PsycINFO publicam, preferencialmente, artigos no idioma inglês. Outros dados mais específicos sobre os artigos selecionados, tais como nome dos autores, ano de publicação, país de origem, objetivo, composição da amostra, resultados e contribuições dos estudos podem ser encontrados na Tabela 2.

**Tabela 2.** Distribuição dos artigos que constituem o *corpus* do estudo segundo os autores, ano e país de publicação, objetivo, amostra, resultados e principais contribuições (n = 20).

Ref.	Autor(es), ano e país	Objetivo	Amostra	Resultados	Contribuições
1	Brandenburg et al., 2007, EUA.	Examinar as diferenças observadas entre mulheres lésbicas e heterossexuais nos cálculos objetivos de risco de câncer de mama usando o modelo de Gail.	550 mulheres lésbicas e 279 heterossexuais recrutadas em Chicago, New York e Minneapolis-St. Paul.	As estimativas de risco para câncer de mama de cinco anos e ao longo da vida foram maiores para mulheres lésbicas em comparação com heterossexuais.	Os achados sugerem uma diferença pequena, mas estatisticamente significativa, nas estimativas calculadas do risco para câncer de mama em mulheres lésbicas e heterossexuais, que parecem ser amplamente explicadas pelas diferenças nos

				fatores de risco reprodutivo.	
2	Zaritsky & Dibble, 2010, EUA.	Determinar se as mulheres lésbicas mais velhas apresentam mais fatores de risco para o câncer de mama e ginecológico em comparação com suas irmãs heterossexuais.	Pares de irmãs (uma homossexual e a outra heterossexual) com pelo menos uma irmã com mais de 50 anos (n = 42 pares ou 84 mulheres).	As mulheres lésbicas mais velhas podem ter mais fatores de risco para alguns cânceres reprodutivos, não todos, em comparação com suas irmãs heterossexuais, especificamente, aumento do risco de câncer de mama, ovário e endométrio, mas diminuição do risco de câncer cervical.	Pesquisas adicionais devem ser feitas para determinar se esses riscos se traduzem em doenças reais para as mulheres lésbicas, bem como explorar maneiras culturalmente apropriadas de modificar os riscos entre essa população.
3	Boehmer et al., 2011, EUA.	Primeiro, procurar avaliar se mulheres de minorias sexuais com câncer de mama apresentam maior probabilidade de terem sobrepeso e obesidade em comparação com mulheres heterossexuais com câncer de mama. Segundo, identificar os mecanismos ligados ao excesso de peso e à obesidade nas sobreviventes do câncer de mama das minorias sexuais.	69 mulheres lésbicas e bissexuais e 257 heterossexuais sobreviventes do câncer de mama foram recrutadas para participar de uma enquête telefônica.	As mulheres lésbicas são mais propensas a melhorar seus comportamentos relacionados ao peso após o câncer do que as mulheres heterossexuais.	A descoberta de que o IMC não está associado a nenhum dos tratamentos relacionados ao câncer de mama é uma notícia encorajadora para sobreviventes de câncer de mama, sugerindo que cinco anos pós-diagnóstico, o IMC não está mais vinculado a tratamentos anteriores de câncer.
4	Jabson et al., 2011, EUA.	Expandir a compreensão sobre as semelhanças e diferenças entre os domínios da qualidade de vida (QV) de mulheres com câncer de mama que se identificam como lésbicas em comparação com mulheres heterossexuais com o mesmo diagnóstico.	204 sobreviventes ao câncer de mama (sendo 143 heterossexuais e 61 mulheres que se autodefiniam como lésbicas).	A QV não se mostrou relacionada à orientação sexual. Os escores obtidos foram semelhantes no subgrupo de sobreviventes ao câncer de mama que se autodeclararam lésbicas e no subgrupo de mulheres que se identificaram como heterossexuais.	É relevante ampliar o conhecimento existente sobre a QV em mulheres acometidas pelo câncer de mama, buscando possíveis convergências e disparidades que possam ser relacionadas à orientação sexual.



5	Austin et al., 2012, EUA.	Avaliar o risco de câncer de mama em mulheres pré-menopáusicas de diversas orientações sexuais.	87392 mulheres (86418 heterossexuais, 665 lésbicas e 309 bissexuais).	Tanto as mulheres lésbicas como as bissexuais apresentaram incidência de câncer de mama ligeiramente elevada, em comparação com as mulheres heterossexuais, durante o período pré-menopausa.	Os profissionais de saúde devem se assegurar de que os esforços de prevenção no contexto do câncer de mama realmente estejam alcançando as mulheres de orientações sexuais minoritárias.
6	Boehmer et al., 2012a, EUA.	Examinar a QV física e mental e sua associação com a orientação sexual em uma amostra de sobreviventes ao câncer de mama não recorrente de longo prazo.	438 sobreviventes, que estavam livres da doença e foram diagnosticadas com câncer de mama não metastático em média havia cinco anos.	A orientação sexual não foi significativamente associada à QV física ou mental das sobreviventes do câncer de mama. A maioria das sobreviventes relatou boa QV física e mental. Os fatores demográficos e clínicos explicaram cerca de um terço da variação na QV física das sobreviventes, mas não representaram a maior parte da QV mental destas.	A falta de associação entre a orientação sexual e QV sugere que, se houver uma ligação, não se relaciona diretamente com fatores clínicos e demográficos. Estudos futuros precisam identificar áreas de semelhança e diferença entre as sobreviventes de minorias sexuais e heterossexuais para explicar a semelhança na QV.
7	Boehmer et al., 2012b, EUA.	Examinar ansiedade e depressão em sobreviventes ao câncer de mama de diferentes orientações sexuais.	181 mulheres de minorias sexuais e 257 mulheres heterossexuais com diagnóstico de câncer de mama.	As sobreviventes ao câncer de mama heterossexuais e das minorias sexuais apresentaram níveis semelhantes de ansiedade e depressão. Apenas alguns subgrupos de sobreviventes das minorias sexuais estavam em risco de depressão e ansiedade em comparação com as sobreviventes heterossexuais.	Essa amostra de sobreviventes ao câncer de mama de longo prazo mostrou baixos níveis de morbidade psicológica, enquanto algumas sobreviventes das minorias sexuais estavam mais deprimidas. Pesquisas futuras devem examinar fatores explicativos para analisar a reabilitação psicológica melhor do que o esperado das sobreviventes de minorias sexuais.
8	Cochran & Mays, 2012, EUA.	Investigar a influência (possíveis diferenças) da orientação sexual no risco de mortalidade por câncer de mama em mulheres acometidas.	136174 mulheres que residiam com parceiro do outro sexo e 693 mulheres que residiam com parceira do mesmo sexo.	As mulheres com parceiras do mesmo sexo apresentaram maior risco por idade para ter um tumor de mama potencialmente fatal, mas não diferiram no risco global de mortalidade.	Evidenciar a necessidade de se investigar com mais acurácia a mortalidade por câncer de mama e o risco relativo de mortalidade entre mulheres com orientação sexual minoritária.

9	White & Boehmer, 2012, EUA.	Descrever as experiências de apoio social de sobreviventes ao câncer de mama de longo prazo que têm parceiras femininas, na perspectiva das sobreviventes.	Amostra de conveniência intencional de 15 mulheres de minorias sexuais com parceiras e que tiveram o diagnóstico de câncer de mama não metastático de 2000 a 2005.	As parceiras femininas desempenharam um papel de apoio central e abrangente, bem como experimentaram estresse e sobrecarga contínuos relacionados ao câncer das sobreviventes.	Pesquisas futuras podem informar os profissionais de saúde sobre os cuidados de mulheres de minorias sexuais e suas famílias após o câncer de mama.
10	Boehmer et al., 2013a, EUA.	Identificar fatores demográficos, psicossociais, clínicos e funcionais que contribuam de forma significativa para a QV, ansiedade e depressão das sobreviventes ao câncer de mama com orientação homo e heterossexual.	438 sobreviventes ao câncer de mama (257 mulheres heterossexuais e 181 mulheres homossexuais).	A orientação sexual mostrou ter associação indireta com cada um dos desfechos testados, fatores sociodemográficos e relacionados à doença, bem como recursos psicossociais e estratégias de enfrentamento utilizadas. Foram identificadas áreas com fortalezas e vulnerabilidades no grupo de mulheres de minorias sexuais, em comparação com o grupo de mulheres heterossexuais.	A novidade mais proeminente do estudo foi a identificação dos pontos fortes (“fortalezas” que podem ser exploradas no decorrer do tratamento) entre os subgrupos de mulheres de minorias sexuais.
11	Boehmer et al., 2013b, EUA.	Examinar as diferenças segundo a orientação sexual em termos de prejuízos físicos de sobreviventes ao câncer de mama de longo prazo, considerando medidas subjetivas e objetivas.	257 mulheres heterossexuais e 181 mulheres de minorias sexuais com diagnóstico de câncer de mama primário e não metastático.	A orientação sexual foi mais fortemente associada com a morbidade do braço e efeitos colaterais sistêmicos do que com hipertensão e comorbidades. Ainda, a orientação sexual se relacionou indiretamente com os efeitos colaterais sistêmicos e a morbidade do braço no que diz respeito aos tratamentos contra o câncer e alguns fatores demográficos.	A constatação de que as mulheres de minorias sexuais respondem mais negativamente a certos tratamentos em comparação com mulheres heterossexuais sugere uma oportunidade de intervir com educação e apoio para as sobreviventes ao câncer de mama dessas minorias para quem esses tratamentos vitais são necessários.
12	Boehmer et al., 2013c, EUA.	Determinar as diferenças entre sobreviventes lésbicas e bissexuais e examinar se questões específicas das minorias sexuais contribuem para o ajustamento.	180 sobreviventes lésbicas e bissexuais, com diagnóstico primário de carcinoma ductal in situ ou câncer de mama I-III não recorrente, recrutadas de um registro de câncer e da comunidade.	As características das sobreviventes lésbicas e bissexuais com câncer de mama foram semelhantes, com poucas exceções, como o estado e o gênero do parceiro. Fatores específicos de minorias sexuais contribuíram para explicar a ansiedade e depressão das sobreviventes lésbicas e bissexuais, mas não contribuíram para explicar a saúde física e mental das sobreviventes.	A conscientização sobre as vulnerabilidades devido ao estado do parceiro e sobre as questões específicas das minorias sexuais que contribuem para o ajustamento é importante para os profissionais médicos e de saúde mental que têm sobreviventes ao câncer de mama lésbicas e bissexuais como suas pacientes.

- |    |                             |  |   |   |  |
|----|-----------------------------|--|---|---|--|
| 13 | Boehmer et al., 2014a, EUA. | Examinar o enfrentamento e obtenção de benefícios nas mulheres de minorias sexuais com câncer de mama a longo prazo em comparação com as sobreviventes heterossexuais. | 257 mulheres heterossexuais e 181 mulheres de minorias sexuais com diagnóstico de câncer de mama.   | A orientação sexual foi indiretamente associada com a obtenção de benefícios por interações com clínicas, suporte social e variáveis demográficas, e não por interações entre orientação sexual e estilos de enfrentamento. Enquanto as sobreviventes com uma orientação sexual minoritária tiveram um enfrentamento mais adaptável do que as sobreviventes heterossexuais, essas diferenças no enfrentamento não se relacionavam com a obtenção de benefícios. | Essas descobertas fornecem algumas informações para clínicos e pesquisadores sobre subgrupos de mulheres de minorias sexuais que perceberam que obtiveram mais benefícios após o câncer de mama.     |
| 14 | Boehmer et al., 2014b, EUA. | Determinar diferenças na incidência de câncer segundo a orientação sexual, utilizando dados de orientação sexual agregados ao nível do município.                      | Os dados sobre a incidência de câncer foram obtidos no “California Cancer Registry” e os dados sobre orientação sexual foram obtidos no “California Health Interview Survey”, a partir da qual foi calculada uma medida da densidade populacional LGB específica por idade por município. | Entre as mulheres, a densidade populacional das lésbicas estava associada a menor incidência de câncer pulmonar e colorretal e com maior incidência de câncer de mama; a densidade populacional das bissexuais foi associada a maior incidência de câncer pulmonar e colorretal e menor incidência de câncer de mama.   | Os achados do estudo documentam claramente as conexões entre a densidade populacional de LGB ao nível do município e a incidência de câncer, iluminando uma importante disparidade de saúde pública. |

- |    |                             |  |   |   |   |
|----|-----------------------------|--|---|---|---|
| 15 | Boehmer et al., 2014c, EUA. | Testar a hipótese de que mulheres de minorias sexuais com câncer de mama têm um funcionamento sexual pior do que as que não tiveram a doença, distinguindo as mulheres com parceiras das que não tinham parceiras. | 85 mulheres de orientação sexual minoritária (“casos”), que haviam completado o tratamento, pareadas com 85 mulheres também de minorias sexuais (“controles”) sem história de câncer de qualquer tipo. Os dois grupos foram pareados por idade e <i>status</i> de relacionamento afetivo (com ou sem parceira). | As evidências obtidas foram inconsistentes para apoiar a hipótese de que o funcionamento sexual das mulheres de minorias sexuais que tiveram câncer de mama difere significativamente das que não enfrentaram a doença. As primeiras tinham frequência sexual significativamente menor, menos desejo e mais problemas com orgasmo e dor em comparação com as segundas. No entanto, contrariamente à hipótese, o funcionamento sexual dessas mulheres e o risco de disfunção sexual não diferiram significativamente em decorrência do câncer de mama. | Uma das contribuições do estudo foi permitir comparar mulheres de minorias sexuais com e sem a doença, bem como discriminar os efeitos sobre mulheres que estavam ou não em um relacionamento homoafetivo. Os resultados ressaltam a importância de abordar, durante as consultas e retornos médicos, os possíveis efeitos da menopausa precoce sobre a frequência e funcionamento sexual. Também é relevante que os profissionais de saúde forneçam de forma ativa às pacientes informações sobre os domínios sexuais específicos que podem ser afetados pelo câncer de mama e seus tratamentos. |
| 16 | Jabson & Bowen, 2014, EUA.  | Investigar o estresse percebido relatado por sobreviventes ao câncer de mama que pertencem a minorias sexuais.   | Uma amostra de conveniência de 211 sobreviventes (68 mulheres de minorias sexuais, 143 mulheres heterossexuais).  | As análises de regressão indicaram diferenças significativas no estresse relatado entre as sobreviventes ao câncer de mama heterossexuais e de minorias sexuais.  | As descobertas do estudo podem refletir experiências únicas das sobreviventes ao câncer de mama de minorias sexuais. Pesquisas futuras devem explorar os fatores que contribuem para o aumento do estresse percebido neste grupo.   |
| 17 | Paul et al., 2014, EUA.     | Entender melhor as necessidades e recursos de suporte de pacientes com câncer de mama de minorias sexuais.   | Treze entrevistas semiestruturadas foram conduzidas com mulheres de minorias sexuais, que foram recrutadas de organizações comunitárias e que haviam sido submetidas à mastectomia para tratamento do câncer de mama.   | Três domínios principais surgiram: grupos de apoio, suporte da família de origem e suporte de parceiros(as). As participantes enfatizaram o valor dos grupos de apoio ao câncer e recursos adaptados às mulheres de minorias sexuais, ao mesmo tempo em que afirmaram que outras dimensões da identidade ou experiência, particularmente idade e estágio do câncer, também eram importantes. A família de origem e os(as) parceiros(as) eram tipicamente as principais fontes de apoio tangível e emocional das participantes.                        | As necessidades de apoio e os recursos das mulheres pertencentes às minorias sexuais são melhor entendidos por meio de um quadro de interseção que considera orientação sexual, estado íntimo de relacionamento, estágio do câncer, idade, acesso à saúde e outras experiências importantes vivenciadas por elas.   |

18	Boehmer et al., 2015, EUA.	Comparar mulheres de minorias sexuais com câncer de mama à um grupo controle de mulheres de minoria sexual sem câncer com vistas a identificar diferenças em práticas saudáveis de estilo de vida, peso corporal, bem-estar e saúde mental.	85 mulheres de minorias sexuais com histórico de câncer de mama (casos) combinadas por idade e estado de relacionamento íntimo com 85 mulheres de minorias sexuais sem câncer (controles).	Casos e controles apresentaram comportamentos semelhantes de saúde, IMC, qualidade de vida, ansiedade e depressão. Dentre os comportamentos relacionados ao peso, o cumprimento das diretrizes recomendadas de atividade física foi significativamente associado com menor probabilidade de sobrepeso ou obesidade, menos depressão e melhor QV no domínio mental.	Mulheres de minorias sexuais com câncer de mama são semelhantes às mulheres de minorias sexuais sem câncer em relação à adesão a comportamentos saudáveis, peso corporal, ansiedade, depressão e QV. As intervenções no estilo de vida para reduzir o risco de desfechos desfavoráveis após o câncer devem ser implementadas nessa população, bem como em mulheres de minorias sexuais sem câncer.
19	Clavelle et al., 2015, EUA.	Calcular e comparar pontuações de risco no modelo de Gail de mulheres de minorias sexuais com mulheres heterossexuais e fatores identificados associados ao risco elevado para o câncer de mama.	423 mulheres que foram submetidas à mamografia de rastreamento digital em um centro de saúde qualificado de uma comunidade federal no Nordeste dos Estados Unidos.	Entre 423 pacientes, as mulheres de minorias sexuais (n = 162) eram mais propensas a serem nulíparas do que as mulheres heterossexuais e tinham pontuações de Gail significativamente maiores ao longo da vida. Na regressão multivariada, ser de minorias sexuais foi associado de forma independente com uma pontuação de Gail ao longo da vida 1,43% maior, e ter seguro de saúde privado foi associado a uma pontuação de Gail 1,52% maior.	Usar o modelo de Gail para avaliar o risco de câncer de mama rotineiramente em um cenário clínico mostrou ser viável. As pontuações de risco podem ser maiores entre as mulheres de minorias sexuais, que são mais propensas a ser nulíparas, e entre pacientes com seguro privado. Pesquisas adicionais sobre avaliação do risco de câncer de mama entre mulheres desta população são necessárias.
20	McElroy et al., 2015, EUA	Comparar a prevalência de rastreamento de câncer de mama, cervical e colorretal entre mulheres de minorias sexuais e mulheres heterossexuais.	29847 mulheres heterossexuais, 114 mulheres lésbicas e 162 bissexuais.	As mulheres de minoria sexual (lésbicas e bissexuais, separadamente) e as mulheres heterossexuais não diferiram em proporção daquelas que já se submeteram aos exames de câncer recomendados. Além disso, lésbicas ou bissexuais em comparação com mulheres heterossexuais não diferiram na quantidade de tempo desde a realização dos exames de câncer listados anteriormente.	Estudos adicionais que utilizam amostras nacionais mais robustas são necessários para entender as taxas de rastreamento de câncer de mulheres pertencentes às minorias sexuais.

---

Fonte: Elaboração dos autores.

Em relação ao delineamento metodológico dos estudos, a amostra se caracterizou por 18 estudos quantitativos (Austin et al., 2012; Boehmer et al., 2011; Boehmer, Glickman, Milton, & Winter, 2012a;

Boehmer, Glickman, & Winter, 2012b; Boehmer, Glickman, Winter, & Clark, 2013a; Boehmer, Glickman, Winter, & Clark, 2013b; Boehmer, Glickman, Winter, & Clark, 2013c; Boehmer, Glickman, Winter, & Clark, 2014a; Boehmer, Miao, Maxwell, & Ozonoff, 2014b; Boehmer, Ozonoff, & Potter, 2015; Boehmer, Ozonoff, Timm, Winter, & Potter, 2014c; Brandenburg, Matthews, Johnson, & Hughes, 2007; Clavelle, King, Bazzi, Fein-Zachary, & Potter, 2015; Cochran & Mays, 2012; Jabson & Bowen, 2014; Jabson, Donatelle, & Bowen, 2011; McElroy, Wintemberg, & Williams, 2015; Zaritsky & Dibble, 2010) e dois estudos qualitativos (Paul, Pitagora, Brown, Tworecke, & Rubin, 2014; Jennifer White & Ulrike Boehmer, 2012).

O público-alvo que se sobressaiu nos estudos revisados foi constituído tanto por mulheres homossexuais quanto as heterossexuais, representando 14 dos 20 artigos revisados (Austin et al., 2012; Boehmer et al., 2011; Boehmer et al., 2012a; Boehmer et al., 2012b; Boehmer et al., 2013a; Boehmer et al., 2013b; Boehmer et al., 2014a; Brandenburg et al., 2007; Clavelle et al., 2015; Cochran & Mays, 2012; Jabson et al., 2011; Jabson & Bowen, 2014; McElroy et al., 2015; Zaritsky & Dibble, 2010). Em seis dos estudos apenas mulheres da população LGBTII foram recrutadas, incluindo lésbicas e bissexuais (Boehmer et al., 2013c; Boehmer et al., 2014b; Boehmer et al., 2014c; Boehmer et al., 2015; Paul et al., 2014; Jennifer White & Ulrike Boehmer, 2012). Além disso, em nove estudos os pesquisadores empregaram como critérios de exclusão o fato de a mulher ter diagnóstico de câncer avançado e metástase e/ou estar passando pelo tratamento ativo do câncer de mama, como cirurgia, quimioterapia e radioterapia (Boehmer et al., 2011; Boehmer et al., 2012a; Boehmer et al., 2012b; Boehmer et al., 2013a; Boehmer et al., 2013b; Boehmer et al., 2013c; Boehmer et al., 2014a; Boehmer et al., 2014c; Boehmer et al., 2015). Nas demais investigações essas restrições não foram adotadas.

Em 14 artigos os dados foram obtidos por meio de questionários - por telefone, e-mail, carta (Boehmer et al., 2011; Boehmer et al., 2012a; Boehmer et al., 2012b; Boehmer et al., 2013a; Boehmer et al., 2013b; Boehmer et al., 2013c; Boehmer et al., 2014a; Boehmer et al., 2014c; Boehmer et al., 2015; Brandenburg et al., 2007; Jabson et al., 2011; Jabson & Bowen, 2014; McElroy et al., 2015; Zaritsky & Dibble, 2010), enquanto que, em quatro estudos do tipo documental, os dados foram coletados por meio de banco de dados (Austin et al., 2012; Boehmer et al., 2014b; Clavelle et al., 2015; Cochran & Mays, 2012;). Em apenas dois estudos os dados foram coletados por meio de entrevistas (Paul et al., 2014; Jennifer White & Ulrike Boehmer, 2012).

Delinear os temas subjacentes aos artigos revisados permite dar visibilidade aos eixos que nortearam o desenvolvimento dos estudos, possibilitando inferir as preocupações que os motivaram. Também possibilita relacionar os temas investigados com as potenciais contribuições e percalços identificados pelos pesquisadores, como pode ser visualizado na Tabela 3.

**Tabela 3.** Distribuição numérica dos temas identificados nos artigos revisados

<b>Temas identificados</b>	<b>Artigos</b>
Comorbidades/Morbidades	6, 7, 10, 11

Enfrentamento	9, 12, 13, 17
Riscos (adquirir a doença/mortalidade)	1, 2, 8, 19
Qualidade de vida	4, 6, 18
Menopausa/Pré-menopausa	5, 15, 18
Comportamentos associados ao estilo de vida	3, 18
Funcionamento sexual	10, 15
Incidência	14
Estresse	16
Rastreamento	20

---

Fonte: Elaboração dos autores.

A Tabela 3 mostra que o foco principal dos estudos recaiu sobre três temáticas: *comorbidades/morbididades, enfrentamento e riscos (adquirir a doença/mortalidade)*, englobando quatro artigos selecionados em cada eixo. As categorias não são mutuamente excludentes, de maneira que um mesmo artigo pode abordar mais de um dos 10 assuntos principais identificados.

Sobre as *comorbidades*, estudo que teve por objetivo examinar as diferenças segundo a orientação sexual nos prejuízos físicos de sobreviventes ao câncer de mama de longo prazo, considerando medidas subjetivas e objetivas, encontrou que, embora a prevalência de hipertensão arterial diferisse por orientação sexual, com menos mulheres homossexuais relatando essa doença, não houve diferenças por orientação sexual nos sintomas do braço e efeitos colaterais sistêmicos. A associação mais forte da orientação sexual com sequelas subjetivas de tratamentos para o câncer de mama é consistente com a compreensão de que as crenças culturais das mulheres de minorias sexuais afetam a percepção da doença e dos sintomas. Especificamente, os achados da pesquisa apontam para maiores prejuízos físicos após a cirurgia, radiação e terapia hormonal em comparação com as sobreviventes heterossexuais (Boehmer et al., 2013b). Boehmer et al. (2012a) em estudo que envolveu 438 mulheres homo e heterossexuais que tiveram câncer de mama, perceberam que os fatores clínicos são mais adequados para explicar a saúde física dessas sobreviventes, todas de longo prazo, enquanto que a saúde mental não é afetada significativamente por fatores clínicos, como estágio do câncer, comorbidades ou fatores específicos do tratamento, como a quimioterapia ou o tipo de intervenção cirúrgica.

Boehmer et al. (2013a) observaram, em sua pesquisa com mulheres homossexuais, bissexuais e heterossexuais que tiveram câncer de mama, que os efeitos colaterais sistêmicos da doença foram negativamente associados ao bem-estar físico e emocional, e a morbidade do braço foi associada a pior resultado no Componente Físico e a maior taxa de depressão. As mulheres de minorias sexuais que experimentaram efeitos colaterais da terapia sistêmica tiveram menos sintomas de ansiedade e depressão do que as heterossexuais. As mulheres homo e bissexuais com morbidade no braço apresentaram melhor resultado do Componente Mental e menor taxa de depressão do que as heterossexuais. Essas descobertas revelam percepções potencialmente diferentes da morbidade no braço e dos efeitos colaterais da terapia

sistêmica, possivelmente indicando que mulheres de minorias sexuais provavelmente esperam sofrer os efeitos tardios dos tratamentos em comparação com mulheres heterossexuais.

Boehmer et al. (2012b) conduziram um estudo comparando ansiedade e depressão com orientação sexual em mulheres sobreviventes a longo prazo de câncer de mama. Os autores observaram que as sobreviventes heterossexuais e de minorias sexuais apresentaram níveis semelhantes de ansiedade e depressão: cerca de 16% tinham ansiedade limítrofe ou clínica, enquanto que 6% tinham depressão limítrofe ou clínica, o que sugere que a amostra dessa pesquisa apresenta baixos níveis de morbidade psicológica.

Com relação ao *enfrentamento*, Boehmer et al. (2014a) compararam mulheres de minorias sexuais e mulheres heterossexuais com câncer de mama e observaram que as associações diretas do enfrentamento com a descoberta de benefícios proporcionam oportunidades para que os clínicos envolvam as sobreviventes ao câncer de qualquer orientação sexual em uma reflexão sobre suas atitudes em relação ao câncer, suas emoções sobre a doença e a importância potencial de explorar o enfrentamento ativo e adaptativo. Como as mulheres de minorias sexuais apresentaram alguns pontos fortes em sua capacidade de enfrentamento, os clínicos podem considerar explorar a possibilidade de sua resiliência psicológica, lembrando-as que elas efetivamente já negociaram o estigma sexual anteriormente, o que possivelmente facilita seu gerenciamento efetivo do câncer de mama.

Paul et al. (2014) realizaram um estudo para melhor entender as necessidades de suporte e recursos de mulheres de minorias sexuais que tiveram câncer de mama. Observaram que, enquanto a orientação sexual foi um fator significativo para determinar o conforto de algumas mulheres que participaram de grupos de apoio, outras não mencionaram a orientação sexual ou observaram que outros aspectos identitários (por exemplo, idade e estágio do câncer) eram igualmente ou até mais importantes. Assim, a relevância da orientação sexual deve ser reconhecida no tratamento do câncer e a interseção de múltiplos fatores identitários deve ser direcionada para tratar toda a pessoa e evitar estereótipos. Além disso, muitas participantes reclamaram da não disponibilidade de grupos de apoio de parceiros de qualquer tipo.

Boehmer et al. (2013c) compararam o ajustamento de mulheres lésbicas e bissexuais com câncer de mama e observaram que o enfrentamento exitoso das sobreviventes lésbicas e bissexuais em relação ao seu estado de minoria sexual pode colocá-las em condições de lidar com um diagnóstico de câncer de mama, possivelmente aplicando recursos de enfrentamento semelhantes. Pesquisas futuras são necessárias para examinar essas possíveis interpretações em amostras de sobreviventes de câncer de mama que são lésbicas e bissexuais. A percepção de que o desenvolvimento da identidade de minoria sexual foi um processo difícil mostrou associação com maior grau de depressão em sobreviventes lésbicas e bissexuais. A abertura sobre a orientação sexual no cotidiano, mediante a divulgação da orientação sexual a colegas de trabalho e amigos heterossexuais, foi associada a menor ansiedade.

Jennifer White e Ulrike Boehmer (2012) realizaram um estudo cujo objetivo era descrever as experiências de apoio social de sobreviventes ao câncer de mama a longo prazo que tinham parceiras



femininas, da perspectiva das sobreviventes. A análise qualitativa resultou em descrições ricas do apoio prestado pelas parceiras femininas das participantes da amostra. As conclusões apontaram que essas parceiras são sensíveis às necessidades das sobreviventes no momento do diagnóstico, bem como vários anos depois, quando as sobreviventes continuam a enfrentar lembretes de sua doença e temores de recorrência.

Com relação aos *riscos (adquirir a doença/mortalidade)* relacionados ao câncer de mama, Cochran e Mays (2012) encontraram que mulheres que estão vivendo com parceiras do mesmo sexo, quando comparadas com mulheres heterossexuais que vivem com parceiros do sexo oposto, não diferiram significativamente quanto ao risco de mortalidade durante o período de acompanhamento. No entanto, em um segundo modelo, que investigou riscos específicos para causas relacionadas ao câncer de mama, os resultados sugerem que as mulheres com parceiras do mesmo sexo estão em risco elevado de mortalidade relacionada ao câncer de mama, se comparadas com as mulheres que têm parceiros do sexo oposto. Por outro lado, as autoras mencionaram as limitações desses achados, o que restringe a possibilidade de generalizar os resultados.

Com base nos cálculos do modelo de Gail, Brandenburg et al. (2007) encontraram uma elevação pequena, mas estatisticamente significativa, nas estimativas de risco de câncer de mama previstas para cinco anos e ao longo da vida para mulheres lésbicas, em comparação com as participantes heterossexuais. Porém, os autores ponderam que não está claro se essas diferenças se traduzem em aumento real da incidência de câncer de mama para mulheres homossexuais.

Clavelle et al. (2015) também encontraram, em sua pesquisa com mulheres homo e heterossexuais que tiveram câncer de mama, que o estado de minoria sexual pode ser visto como um rápido indicador demográfico de aumento potencial do risco de desenvolver a doença, o que sugere a necessidade de um profissional para realizar uma avaliação de risco individualizada e aprofundada. É importante ressaltar que os autores esclareceram que calcularam as pontuações de risco de câncer de mama para pacientes que já faziam mamografia, o que pode produzir diferentes escores em relação à população em geral, o que impede a generalização dos dados. O estudo foi realizado em um centro de saúde da comunidade urbana com histórico e compromisso de servir às populações LGBTI.

Especificamente no estudo de Zaritsky e Dibble (2010) com pares de irmãs hetero e homossexuais, os riscos para o câncer de mama foram maiores entre as lésbicas que eram nulíparas, resultando em menor aleitamento materno e tendência em relação à obesidade e ao exercício reduzido. A taxa de câncer de mama em mulheres lésbicas mais velhas (50 anos) não foi significativamente diferente da de suas irmãs, o que, de acordo com as autoras, pode ser devido aos pequenos números na faixa etária de 50 anos investigada neste estudo.

Os segundos temas que mais englobaram artigos, com três pesquisas em cada, foram *qualidade de vida e menopausa/pré-menopausa*. Pesquisas que abordam a temática *qualidade de vida*, como as de Jabson et al. (2011) e Boehmer et al. (2012a), encontraram que a orientação sexual não foi associada à QV, o que sugere que as pacientes heterossexuais e homossexuais com câncer de mama estavam

experienciando uma qualidade de vida similar. Boehmer et al. (2015) realizaram uma pesquisa com um grupo de mulheres homossexuais que tiveram câncer de mama e um grupo que não teve câncer e encontraram também que a QV dessas mulheres era semelhante.

Sobre a *menopausa/pré-menopausa*, mulheres lésbicas e bissexuais têm um risco ligeiramente elevado para desenvolver o câncer de mama, quando comparadas às mulheres heterossexuais, ao longo do período da pré-menopausa. Porém, os autores não encontraram evidências de que a idade tenha modificado a associação entre orientação sexual e incidência de câncer de mama prevista durante os anos da pré-menopausa (Austin et al., 2012). No estudo de Boehmer et al. (2014c), sobre funcionamento sexual e câncer de mama com mulheres de orientações sexuais minoritárias, os pesquisadores verificaram que nem a menopausa nem ter histórico de câncer explicou o risco de disfunção sexual ou de satisfação sexual. Entretanto, tanto a menopausa como o estágio do câncer explicavam a frequência sexual, o desejo e a lubrificação, enquanto que a excitação e a dor eram explicadas pelo estágio do câncer, independentemente da menopausa. Pesquisa que teve por objetivo comparar mulheres de minorias sexuais com câncer de mama a um grupo controle de mulheres de minoria sexual sem câncer, para identificar diferenças em práticas saudáveis de estilo de vida, peso, bem-estar e saúde mental, encontrou que a menopausa só foi significativamente associada a menor QV em termos de aspectos físicos, após o controle do histórico do câncer (Boehmer et al., 2015).

Os temas *comportamentos de estilo de vida e funcionamento sexual* englobaram dois artigos cada. Sobre os *comportamentos de estilo de vida*, Boehmer et al. (2015) observaram em sua pesquisa que os comportamentos de estilo de vida das mulheres de minorias sexuais com histórico de câncer de mama eram semelhantes aos das mulheres sem câncer, com idades e estado de relacionamento íntimo parecidos. As descobertas deste estudo mostram que os dois grupos de mulheres de minorias sexuais tiveram comportamentos semelhantes relacionados com o peso, atividade física e ingestão de frutas e vegetais. Além disso, elas tinham peso corporal, ansiedade, depressão e QV semelhantes.

Boehmer et al. (2011) fizeram uma pesquisa com mulheres homo e heterossexuais sobreviventes ao câncer de mama, com objetivo de verificar se essas populações diferiam na possibilidade de ter sobrepeso e obesidade. Os autores observaram que é viável não terem conseguido estabelecer disparidades no IMC devido à orientação sexual das sobreviventes porque as sequelas de um diagnóstico de câncer de mama são diferentes entre as mulheres hetero e homossexuais. É possível que as sobreviventes homossexuais estejam mais motivadas para se engajar em práticas de estilo de vida mais saudáveis do que as heterossexuais após o diagnóstico.

Com relação ao *funcionamento sexual*, estudo que se concentrou em explorar a QV, ansiedade e depressão de mulheres homossexuais e heterossexuais com câncer de mama, com o objetivo de identificar fatores sociodemográficos, psicossociais, clínicos e funcionais que contribuem de forma significativa, encontrou que indicadores independentes do Componente Mental mostraram associações positivas com imagem corporal e funcionamento sexual (Boehmer et al., 2013a). Em outro estudo, Boehmer et al. (2014c) constataram que mulheres de minorias sexuais que tiveram câncer de mama,

comparadas com aquelas que não haviam vivenciado a doença, não diferem no risco de disfunção sexual ou no nível de funcionamento sexual global. Entretanto, as que tiveram câncer apresentaram menor frequência sexual e menor pontuação no desejo e na capacidade de atingir o orgasmo, e maior dor em comparação com as mulheres que não tiveram câncer de mama. Esses resultados informam aos médicos sobre a relevância de dar atenção especial aos domínios sexuais durante o atendimento de pacientes pertencentes a minorias sexuais. Por isso, segundo os autores, ao discutir problemas sexuais e opções terapêuticas, a orientação sexual deve ser verificada.

Por fim, contando com apenas um artigo cada, foram encontradas as temáticas: *incidência*, *estresse* e *rastreamento*. Sobre a *incidência*, Boehmer et al. (2014b) realizaram uma pesquisa cujo objetivo era determinar as diferenças na incidência do câncer de acordo com a orientação sexual a nível de município. Os autores observaram que as descobertas para o câncer de mama mostraram alguma consistência: a densidade de mulheres lésbicas mostrou associação positiva significativa com a incidência de câncer de mama, embora o estudo também tenha identificado uma associação negativa com a densidade de bissexuais.

Com relação ao *estresse*, 68 mulheres de minorias sexuais e 143 mulheres heterossexuais que tiveram câncer de mama participaram de um estudo que tinha por objetivo investigar o estresse percebido. Esse estudo preliminar descobriu que as sobreviventes ao câncer de mama de minorias sexuais apresentaram maior estresse percebido em comparação com sobreviventes heterossexuais. Se pesquisas futuras confirmarem que as sobreviventes ao câncer de mama de minorias sexuais experimentam maior estresse percebido, as intervenções de redução do estresse podem ser especialmente valiosas para este grupo durante o tratamento do câncer e na transição do cuidado oncológico de volta à atenção primária (Jabson & Bowen, 2014).

Sobre a temática *rastreamento*, McElroy et al. (2015) encontraram em sua pesquisa que há uma proporção estatisticamente similar de mulheres de minorias sexuais que realizam o rastreamento para câncer de mama, cervical ou colorretal em comparação com mulheres heterossexuais.

## **Discussão**

Em síntese, os artigos revisados transitam por uma diversidade temática, elegendo determinadas variáveis e características específicas, como QV, fatores de risco, funcionamento sexual e *status* endocrinológico (menopausa, incluindo mulheres pré e pós-menopausadas), vulnerabilidade ao estresse, ansiedade e depressão. Para investigar essas variáveis relacionadas à saúde foram desenvolvidos estudos descritivos, com delineamento quantitativo, em sua grande maioria, que focalizaram a situação das mulheres lésbicas com câncer de mama em busca de possíveis peculiaridades que podem impactar a oferta do cuidado em oncologia. Alguns achados chamam a atenção, como a evidência de que mulheres que se encontravam em um relacionamento com outras mulheres apresentaram maior risco de mortalidade relacionada ao câncer de mama, bem como risco aumentado para ter a doença, quando

comparadas às mulheres heterossexuais. É importante ressaltar que os autores descrevem limites para esses achados e advertem que eles não devem ser generalizados.

Pesquisa que procurou investigar possíveis diferenças associadas à orientação sexual no rastreamento do câncer de mama e colorretal encontrou que o acesso desigual aos recursos de saúde e cuidados médicos para mulheres de minorias sexuais pode afetar de forma adversa o rastreamento do câncer de mama e colorretal, indicando a necessidade de planejar intervenções para ampliar e apurar a qualidade e eficácia do rastreamento em mulheres de todas as orientações sexuais, particularmente em áreas geográficas desprivilegiadas, que sofrem com políticas de saúde precárias (Austin et al., 2013). Assim, alguns autores desses estudos revisados se preocuparam em como os resultados de suas pesquisas poderiam auxiliar os serviços de saúde nos cuidados e nas indicações que as mulheres com orientação sexual minoritária recebem nesses locais. Esses últimos achados indicam que pesquisas na área da diversidade sexual são oportunas, na medida em que permitam identificar as barreiras e, assim, contribuam para aperfeiçoar a qualidade da assistência oncológica.

O estudo de Boehmer e Case (2004) contribuiu para uma nova compreensão das razões que levam as mulheres de minorias sexuais a escolherem divulgar ou não sua orientação sexual à equipe de saúde, investigando também as estratégias utilizadas em ambas as possibilidades de decisão. A questão fundamental para as mulheres diagnosticadas com câncer de mama é que a decisão de revelar sua orientação sexual muitas vezes é tomada enquanto elas percebem que estão intensamente fragilizadas e vivenciando uma situação de crise e emergência. Além disso, sob elevado estresse – inerente ao enfrentamento de um diagnóstico de câncer de mama – as mulheres dependem dos recursos disponíveis para garantir sua segurança e preservar seu bem-estar. As “divulgadoras ativas” conseguiram solicitar informações de sua rede social para assegurar que a comunicação dessa informação fosse segura, ao passo que as “não divulgadoras” declararam não ter acesso a tais recursos. Esses achados devem ser considerados em futuros estudos sobre a saúde da mulher lésbica na área do cuidado em oncologia e, em particular, nas pesquisas que se proponham a examinar o desfecho do tratamento comparando mulheres lésbicas e heterossexuais.

Os artigos revisados que compararam mulheres homossexuais com heterossexuais encontraram tanto diferenças entre estas populações em relação ao câncer de mama e ao seu tratamento, como também que as duas populações enfrentam a doença de modos bastante semelhantes. Com base nisso, parece que ainda não há dados conclusivos que possibilitem afirmar se há necessidade de planejar estratégias de cuidados específicas para acolher as necessidades das mulheres de minorias sexuais que enfrentam o câncer de mama. Por outro lado, grande parte dos artigos revisados afirma que é necessário que a pesquisa sobre esta temática seja continuada, sendo que os médicos que são capazes de fornecer um ambiente seguro e de apoio têm uma oportunidade única de ajudar as mulheres lésbicas e bissexuais a desenvolverem habilidades de enfrentamento adaptativas e saudáveis (Deborah Aaron & Tonda Hughes, 2007; Tonda Hughes, Timothy Johnson, Sharon Wilsnack & Laura Szalacha, 2007).

Estudos longitudinais, que não foram localizados nesta revisão, mostram-se necessários, pois o tratamento é prolongado e sujeito a inúmeras vicissitudes. Compreender trajetórias individuais e variações de grupos em relação aos comportamentos de saúde, no cenário atual de mudanças extremas nos contextos estruturais, ambientais e familiares, ajudaria a articular formas de promover a equidade na saúde. Além disso, é importante reconhecer que se deve dar atenção especial às abordagens heterogêneas, dada a natureza diversa dessas comunidades e a necessidade de alterações e ajustamentos em nível de sistema (familiar, de saúde), que muitas vezes assumem a forma de demandas mais homogêneas (Fredriksen-Goldsen et al., 2014). Os pesquisadores devem trabalhar para traduzir esses achados de pesquisa na prática do cuidado em saúde e aplicar os conhecimentos gerados para defender a inovação e as mudanças necessárias para o aprimoramento de um cuidado mais inclusivo às diferenças.

### **Considerações Finais**

Após exame minucioso da literatura, emergiram algumas questões que ainda não foram respondidas pelos estudos disponíveis e que necessitam ser investigadas no futuro. A percepção que as mulheres lésbicas têm a respeito do tratamento do câncer de mama seria essencialmente diferente da percepção das heterossexuais? Como a relação com os profissionais de saúde é percebida por mulheres homossexuais que estão lidando com os desafios do câncer de mama? Como os profissionais de saúde inseridos no tratamento do câncer de mama percebem as diversidades sexuais? Como a doença e seus tratamentos invasivos afetam a dinâmica afetiva dos casais constituídos por mulheres? Qual é a percepção das companheiras de mulheres homossexuais acometidas a respeito do câncer de mama e do tratamento? As pacientes se sentem acolhidas nos serviços de saúde? Sentem-se confortáveis e à vontade para exporem a intimidade de sua vida afetivo-sexual na interação que estabelecem com a equipe de saúde? Consideram que essa exposição poderia, de algum modo, favorecer seu acompanhamento nos serviços de saúde? Como as implicações da mastectomia sobre a qualidade de vida e o estado psicológico impactam a conjugalidade e as relações familiares?

Assim, novos estudos devem ser desenvolvidos junto às mulheres homossexuais que foram acometidas pelo câncer de mama, sobretudo com recorte longitudinal, no sentido de permitir identificar e validar a estabilidade dos resultados alcançados quanto a possíveis mudanças experimentadas na QV, nas condições favoráveis para a recuperação da saúde e na prevenção de agravos decorrentes da toxicidade do tratamento (Boehmer & Case, 2004; Fredriksen-Goldsen et al., 2014). Nessa vertente, seria interessante aprofundar as pesquisas que possam corroborar ou refutar o achado de que a percepção de maior atratividade sexual e piores sintomas urogenitais nas mulheres com câncer de mama são preditores da qualidade do funcionamento sexual (Boehmer et al., 2012).

Nenhum artigo nacional sobre a temática investigada foi encontrado nas bases de dados utilizadas. Apenas estudos de autores norte-americanos foram identificados nesta revisão. Essas constatações mostram que é importante que pesquisas que relacionam câncer de mama e diversidade sexual sejam realizadas no contexto brasileiro e latino-americano, de modo a suprir as lacunas do

conhecimento. Isso é necessário para subsidiar um atendimento qualificado e sensível às necessidades dos segmentos minoritários da população. Por fim, ressalta-se a contribuição inovadora que estudos culturalmente sensíveis, conforme sugeridos, poderiam oferecer no âmbito nacional.

## Referências

Aaron D. J., & Hughes, T. L. (2007). Association of childhood sexual abuse with obesity in a Community Sample of Lesbians. *Obesity*, 15(4), 1023-1028.

Agénor, M., Peitzmeier, S., Gordon, A. R., Haneuse, S., Potter, J. E., & Austin, S. B. (2015). Sexual orientation identity disparities in awareness and initiation of the human papillomavirus vaccine among U.S. women and girls: A national survey. *Annals of Internal Medicine*, 163(2), 99-106.

Angahar, L. T. (2017). An overview of breast cancer epidemiology, risk factors, pathophysiology, and cancer risks reduction. *MedCrave Online Journal of Biology and Medicine*, 1(4), 92-96.

Aquino, E. M. L., Menezes, G. M. S., & Amoedo, M. B. (1992). Gênero e saúde no Brasil: considerações a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Revista de Saúde Pública*, 26(3), 195-202.

Austin, S. B., Pazaris, M. J., Nichols, L. P., Bowen, D., Wei, E. K., & Spiegelman, D. (2013). An examination of sexual orientation group patterns in mammographic and colorectal screening in a cohort of U.S. women. *Cancer Causes & Control*, 24(3), 539-547.

Austin, S. B., Pazaris, M. J., Rosner, B., Bowen, D., Rich-Edwards, J., & Spiegelman, D. (2012). Application of the Rosner-Colditz risk prediction model to estimate sexual orientation group disparities in breast cancer risk in a U.S. cohort of premenopausal women. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 21(12), 2201-2208.

Barrera, I., & Spiegel, D. (2014) Review of psychotherapeutic interventions on depression in cancer patients and their impact on disease progression. *International Review of Psychiatry*, 26(1), 31-43.

Boehmer, U., & Case, P. (2004). Physicians don't ask, sometimes patients tell: Disclosure of sexual orientation among women with breast carcinoma. *Cancer*, 101(8), 1882-1889.

Boehmer, U., Glickman, M., Milton, J., & Winter, M. (2012a) Health-related quality of life in breast cancer survivors of different sexual orientations. *Quality of Life Research*, 21, 225-236.

Boehmer, U., Glickman, M., & Winter, M. (2012b). Anxiety and depression in breast cancer survivors of different sexual orientations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(3), 382-395.

Boehmer, U., Glickman, M., Winter, M., & Clark, M. A. (2013a). Breast cancer survivors of different sexual orientations: which factors explain survivors' quality of life and adjustment? *Annals of Oncology*, 24(6), 1622-1630.

Boehmer, U., Glickman, M., Winter, M., & Clark, M. A. (2013b). Long-term breast cancer survivors' symptoms and morbidity: differences by sexual orientation? *Journal of Cancer Survivorship*, 7, 203-210.

Boehmer, U., Glickman, M., Winter, M., & Clark, M. A. (2013c). Lesbian and bisexual women's adjustment after a breast cancer diagnosis. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 19(5), 280-292.

- Boehmer, U., Glickman, M., Winter, M., & Clark, M. A. (2014a). Coping and benefit finding among long-term breast cancer survivors of different sexual orientations. *Women & Therapy, 37*, 222–241.
- Boehmer, U., Mertz, M., Timm, A., Glickman, M., Sullivan, M., & Potter, J. (2011). Overweight and obesity in long-term breast cancer survivors: how does sexual orientation impact BMI? *Cancer Investigation, 29*, 220–228.
- Boehmer, U., Miao, X., Maxwell, N. I., & Ozonoff, A. (2014b). Sexual minority population density and incidence of lung, colorectal and female breast cancer in California. *BMJ Open, 4*, 1-7.
- Boehmer, U., Ozonoff, A., & Potter, J. (2015). Sexual minority women's health behaviors and outcomes after breast cancer. *LGBTI Health, 2*(3), 221-227.
- Boehmer, U., Ozonoff, A., Timm, A., Winter, M., & Potter, J. (2014c). After breast cancer: sexual functioning of sexual minority survivors. *The Journal of Sex Research, 51*(6), 681-689.
- Boehmer, U., Timm, A., Ozonoff, A., & Potter, J. (2012). Explanatory factors of sexual function in sexual minority women breast cancer survivors. *Annals of Oncology, 23*(11), 2873-2878.
- Brandenburg, D. L., Matthews, A. K., Johnson, T. P., & Hughes, T. L. (2007). Breast cancer risk and screening: a comparison of lesbian and heterosexual women. *Women & Health, 45*(4), 109-130.
- Brasil (2018). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Tipos de Câncer: Mama. Rio de Janeiro: INCA. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama>>. Acesso em: 17 de novembro de 2018.
- Broome, M. E. (2000). Integrative literature reviews in the development of concepts. In B. L. Rodgers & K. A. Knafel (Eds.), *Concept development in nursing: Foundations, techniques and applications* (2nd ed., pp. 231-250). Philadelphia, PA: W. B. Saunders.
- Burns, J. (2015). While gay couples say 'I do,' health care often says 'We don't'. *Managed Care, 24*(8), 30-33.
- Caetano, E. A., Gradim, C. V. C., & Santos, L. E. S. (2009). Câncer de mama: reações e enfrentamento ao receber o diagnóstico. *Revista de Enfermagem UERJ, 17*(2), 257-261.
- Caetano, E. A., Panobianco, M. S., & Gradim, C. V. C. (2012). Análise da produção científica nacional sobre a utilização de grupos na reabilitação de mastectomizadas. *Revista Eletrônica de Enfermagem, 14*(4), 965-973.
- Clavelle, K., King, D., Bazzi, A. R., Fein-Zachary, V., & Potter, J. (2015). Breast cancer risk in sexual minority women during routine screening at an urban LGBTI health center. *Women's Health Issues, 25*(4), 341–348.
- Cochran, S. D., & Mays, V. M. (2012). Risk of breast cancer mortality among women cohabiting with same sex partners: findings from the National Health Interview Survey, 1997-2003. *Journal of Women's Health, 21*(5), 528-533.
- Colares, V., Franca, C., & Gonzalez, E. (2009). Conduas de saúde entre universitários: diferenças entre gêneros. *Cadernos de Saúde Pública, 25*(3), 521-528.
- Ferreira, M. L. S. M., & Mamede, M. V. (2003). Representação do corpo na relação consigo mesma após mastectomia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 11*(3), 299-304.

- Fredriksen-Goldsen, K. I., Simoni, J. M., Kim, H. J., Lehavot, K., Walters, K. L., Yang, J., & Hoy-Ellis, C. P. (2014). The health equity promotion model: reconceptualization of lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBTI) health disparities. *American Journal of Orthopsychiatry*, 84(6), 653-663.
- Gonçalves, C. O., Tavares, M. C. G. C. F., Campana, A. N. N. B., Cabello, C., & Shimo, A. K. K. (2012). Instrumentos para avaliar a imagem corporal de mulheres com câncer de mama. *Psicologia: Teoria e Prática*, 14(2), 43-55.
- Hughes T. L., Johnson T. P., Wilsnack S. C., & Szalacha L. A. (2007). Childhood risk factors for alcohol abuse and psychological distress among adult lesbians. *Child Abuse & Neglect*, 31(7), 769-789. doi: 10.1016/j.chiabu.2006.12.014
- Jabson, J. M., & Bowen, D. J. (2014). Perceived stress and sexual orientation among breast cancer survivors. *Journal of Homosexuality*, 61(6), 889-898.
- Jabson, J. M., Donatelle, R. J., & Bowen, D. J. (2011). Relationship between sexual orientation and quality of life in female breast cancer survivors. *Journal of Women's Health*, 20(12), 1819-1824.
- Mary Ann Liebert (2012). Journal of Women's Health. Estados Unidos. Disponível em: <<http://www.liebertpub.com/overview/journal-of-womens-health/42/>>. Acesso em: 4 de outubro de 2017.
- McElroy, J. A., Wintemberg, J. J., & Williams, A. (2015). Comparison of lesbian and bisexual women to heterosexual women's screening prevalence for breast, cervical, and colorectal cancer in Missouri. *LGBTI Health*, 2(2), 188-192.
- Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. C. P., & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, 17(4), 758-764.
- Minayo, M. C. (2008). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco.
- McNair, R. P., & Bush, R. (2016). Mental health help seeking patterns and associations among Australian same sex attracted women, trans and gender diverse people: a survey-based study. *BMC Psychiatry*, 16(209), 1-16.
- Naaman, S., Radwan, K., Fhaergusson, D., & Johnson, S. (2009). Status of psychological trials in breast cancer patients: a report of three meta-analyses. *Psychiatry*, 72(1), 50-69.
- Paul, L. B., Pitagora, D., Brown, B., Tworecke, A., & Rubin, L. (2014). Support needs and resources of sexual minority women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 23, 578-584.
- Peres, R. S. & Santos, M. A. (2009). Personalidade e câncer de mama: produção científica em Psico-Oncologia. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(4), 611-620.
- Peres, R. S. & Santos, M. A. (2012). *Psicossomática psicanalítica: Intersecções entre teoria, pesquisa e clínica*. Campinas, SP: Alínea.
- Porter, L. S., Marco, C. A., Schwartz, J. E., Neale, J. M., Shiffman, S., & Stone, A. A. (2000). Gender differences in coping: a comparison of trait and momentary assessments. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19(4), 480-498.
- Silva, G., & Santos, M. A. (2008). "Será que não vai acabar nunca?": Perscrutando o universo do pós-tratamento do câncer de mama. *Texto & Contexto Enfermagem*, 17(3), 561-568.



Silva, G., & Santos, M. A. (2010). Stressors in breast cancer post-treatment: a qualitative approach. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(4), 688-695.

Whitehead, J., Shaver, J., & Stephenson, R. (2016). Outness, stigma, and primary health care utilization among rural LGBTI populations. *Plos One*, 11(1), 1-17.

White, J. L., & Boehmer, U. (2012). Long-term breast cancer survivors' perceptions of support from female partners: an exploratory study. *Oncology Nursing Forum*, 39(2), 210-217.

Zaritsky, E., & Dibble, S. L. (2010). Risk factors for reproductive and breast cancers among older lesbians. *Journal of Women's Health*, 19(1), 125-131.

## Apêndice G

### Violência contra Mulheres Lésbicas e Vulnerabilidade em Saúde: uma Revisão da Literatura

*Carolina de Souza*

*Manoel Antônio dos Santos*

*Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - USP*

#### RESUMO

Violência e estressores psicossociais relacionados a experiências de discriminação por orientação sexual estão associados a resultados negativos para a saúde e à diminuição da expectativa de vida de mulheres lésbicas e bissexuais. Este estudo teve por objetivo analisar a produção científica acerca da violência perpetrada contra mulheres homossexuais e bissexuais. A revisão integrativa abrangeu artigos publicados entre 2006 a 2016, indexados nas bases PubMed, LILACS e PsycINFO, com base nos seguintes descritores: *violência contra a mulher, homossexualidade feminina, bissexualidade, mulheres agredidas, saúde*. Foram selecionados 11 artigos no total. Os resultados mostram que as mulheres homo/bissexuais são duplamente vitimizadas, uma vez que as agressões devido à orientação sexual são sobrepostas à violência de gênero. A violência contra mulheres lésbicas representa um sério problema de saúde pública, agravada pelo fato de permanecer na invisibilidade. É necessário sensibilizar os profissionais de saúde para acolherem as mulheres homo/bissexuais em ambientes seguros e de apoio.

**Palavras-chave:** violência contra mulher; lesbianidades; revisão de literatura.

#### Introdução

No Brasil, considerando a população geral entre 2003 e 2013, o número de vítimas de homicídios do sexo feminino passou de 3937 para 4762, um incremento de 21% na última década. Esse elevado número de mortes representou 13 homicídios femininos diários. Levando em consideração o crescimento da população feminina, que nessa época passou de 89,8 para 99,8 milhões (crescimento de 11,1%), percebe-se que a taxa nacional de homicídios, que em 2003 era de 4,4 por 100 mil mulheres, passou para 4,8 em 2013, com um crescimento de 8,8% na década (Secretaria Especial de Políticas Públicas para as Mulheres, 2015), o que projeta o país no topo das nações nas quais as mulheres são expostas ao feminicídio.

A criação da Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM), em 2003, foi um marco histórico para a constituição de uma rede de atendimento às mulheres em situação de violência, pois é um passo importante para garantir recursos para implementação de serviços e políticas públicas integradas de enfrentamento à violência contra as mulheres (VCM). Assim, o Estado reconhece a necessidade de haver incentivo à formação de redes compostas por todos os serviços intersetoriais que atendem à mulher em situação de violência, para que elas tenham assegurado um atendimento integral. Com o lançamento do Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, em 2007, consolida-se a importância de se ter uma rede articulada de atendimento à mulher. Desse modo, a atuação governamental deixa de abarcar apenas o apoio a serviços emergenciais e especializados e campanhas públicas isoladas, evoluindo para uma atuação mais sistêmica e que contempla uma multiplicidade de

ações intersetoriais, tais como: “a capacitação de agentes públicos para prevenção e atendimento; a criação de normas e padrões de atendimento; o aperfeiçoamento da legislação; o incentivo à constituição de redes de serviços; o apoio a projetos educativos e culturais de prevenção à violência; e a ampliação do acesso das mulheres à justiça e aos serviços de Segurança Pública” (Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2011, p. 11).

A constituição da rede de enfrentamento à VCM busca contemplar a complexidade deste tipo de violência e seu caráter multidimensional, ao considerar que ela abrange diversas áreas de interseccionalidade, englobando a saúde, educação, segurança pública, assistência social, justiça e cultura, entre outras. Por isso os serviços devem atuar a partir de uma visão intersetorial e de forma a estabelecer fluxos de atendimento compatíveis com as realidades locais, contemplando as demandas das mulheres em suas diversidades (Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2011).

De acordo com o artigo 7º da Lei nº 11.340/2006 (2006, para. 13) são formas de violência doméstica e familiar contra a mulher, entre outras: I – a violência física, “entendida como qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal”; II – a violência psicológica, “entendida como qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da autoestima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento [...]”; III – a violência sexual, “entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força [...]”; IV – a violência patrimonial, “entendida como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos [...]”; V – a violência moral, “entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria”.

A violência física é a que mais acomete as mulheres, representando 48,7% dos atendimentos realizados no Sistema Único de Saúde (SUS) em 2014. Incide especialmente nas etapas jovem e adulta da vida da mulher, quando chega a representar quase 60% do total de atendimentos. Em segundo lugar aparece a violência psicológica, presente em 23% dos atendimentos em todas as idades, principalmente da etapa jovem em diante. Em terceiro lugar, a violência sexual, representando 11,9% dos atendimentos, com maior incidência entre as crianças até 11 anos de idade e as adolescentes (correspondendo, respectivamente, a 29% e 24,3% dos atendimentos). A negligência/abandono por parte dos pais ou responsáveis é registrada em 28,3% dos atendimentos de crianças. As taxas elevadas de negligência/abandono são também observadas em idosos (Secretaria Especial de Políticas Públicas para as Mulheres, 2015). Com relação à população de lésbicas, gays, bissexuais e transexuais (LGBTI), as formas de violência mais prevalentes incluem: física (assassinato, espancamento, sequestro, estupro e agressão sexual) e psicológica (ameaça, coerção e privação arbitrária da liberdade) (United Nations Human Rights, 2012).

Em 2013, o Disque Direitos Humanos (Disque 100) registrou 1695 denúncias de 3398 violações relacionadas à população LGBTI no Brasil, envolvendo 1906 vítimas e 2461 casos suspeitos. Os números indicam um quadro grave de violências homofóbicas no Brasil: nesse mesmo ano, foram reportadas, do total de violações diárias, 9,31 violações de direitos humanos de caráter homofóbico. A

cada dia 5,22 pessoas foram vítimas de violência homofóbica do total de casos reportados no país. A maior parte das denúncias de violências contra a população LGBTI é relacionada a vítimas do sexo biológico masculino (73%), 16,8% são do sexo biológico feminino e em 10,2% dos casos esse dado não é informado. As violências psicológicas foram as mais reportadas (40,1% do total), seguidas de discriminação (36,4%) e violências físicas (14,4%). Também houve um percentual de negligências significativo (3,6%). Os outros tipos de violação correspondem a 5,5% (Secretaria Especial de Direitos Humanos, 2013).

As experiências captadas pelo Disque Defesa Homossexual (DDH) – parceria entre a polícia e grupos de ativistas LGBTI criada em 1999 – e as pesquisas que foram desenvolvidas na última década mostraram que, diferentemente do que ocorre com as dinâmicas de violências de gênero e de racismo (que permitem respostas focalizadas por se caracterizarem como mais homogêneas), a homofobia engloba fenômenos muito heterogêneos e opera com muitas variáveis, que perpassam desde as discriminações sofridas no âmbito doméstico até crimes com fins lucrativos. Assim, é importante que os discursos produzidos pela academia e pelo movimento LGBTI, que informam as diferentes maneiras de se ler e lidar com esses fenômenos, reconheçam essa complexidade e mobilizem demandas particulares para cada tipo de violência cometida (Silvia Ramos & Sérgio Carrara, 2006).

Aproximadamente 20% da população LGBTI dos Estados Unidos da América (EUA) sofreu uma violação ou crime contra sua pessoa ou propriedade desde a idade de 18 anos com base na sua orientação sexual. Incluindo-se as tentativas de crimes que não se consumaram, a proporção aumenta para cerca de 25%. O assédio é o tipo consideravelmente mais difundido, com cerca de metade dos adultos das minorias sexuais relatando já terem sofrido abuso verbal em algum momento de sua vida, como consequência de sua orientação sexual. Mais de um adulto em cada 10 já experimentou discriminação em casa ou no emprego por causa de sua orientação sexual (Gregory Herek, 2009).

Estudo com mais de 63.000 mulheres apresentou evidências de alta frequência, gravidade e persistência de abusos relatados por mulheres de orientação sexual minoritária. Altas taxas de vitimização foram observadas em todos os grupos por orientação sexual: quase 57% das mulheres heterossexuais relataram que sofreram algum tipo de abuso na infância ou adolescência, ao passo que cerca de 70% das mulheres lésbicas e bissexuais referiram essas experiências adversas (Austin et al., 2008).

Estudo encontrou que a vulnerabilidade à angústia tende a melhorar na maioria dos adolescentes LGBTI à medida que atingem a idade adulta. No entanto, os resultados também indicaram que o sofrimento psicológico não pode melhorar se essas vítimas tiverem que lidar com esse desafio por conta própria. As primeiras experiências, particularmente as vivências de vitimização, influenciam o desenvolvimento da juventude LGBTI e afetam o funcionamento psicológico posterior, mesmo com o apoio social. Portanto, para proteger a saúde psicológica dos jovens e adultos jovens LGBTI são necessárias intervenções precoces que visem a reduzir os prejuízos decorrentes da exposição sistemática

a situações de violência; esse quadro só poderá melhorar quando jovens LGBTI não mais experimentarem vitimização (Michelle Birkett, Michael Newcomb, & Brian Mustanski, 2015).

Pesquisa que teve por objetivo explorar desafios na vida cotidiana e experiências de acesso aos serviços de assistência em HIV-aids entre mulheres LGBTI HIV-positivas realizou dois grupos focais, um com mulheres LGB e outro apenas com mulheres transexuais. Observou-se que as narrativas das participantes revelaram uma trajetória de vida marcada pela marginalização social. Fatores estruturais como a exclusão social e a exposição à violência elevaram o risco de infecção por HIV; esse risco foi acentuado pelo fato de as participantes receberem informações inadequadas sobre estratégias de prevenção da infecção. Elas descreveram múltiplas barreiras ao cuidado e apoio em HIV, incluindo o estigma generalizado, os pressupostos heteronormativos presentes nos serviços de atenção a mulheres que convivem com HIV-aids e a incompetência e tratamento discriminatório por parte dos profissionais de saúde. A sub-representação das mulheres LGBTI nas pesquisas sobre o HIV contribui ainda para acentuar a marginalização e exclusão a que são submetidas no cotidiano. Como conclusão, os autores sustentam que a conceitualização da trajetória de marginalização pode enriquecer a discussão dos fatores estruturais implicados no bem-estar dessas mulheres e evidencia que é preciso atender suas necessidades na prevenção, cuidado e estudos sobre o HIV. Intervenções que abordem as formas de marginalização que se inter cruzam (estigma sexual, homo/transfobia e estigmas relacionados ao HIV) em normas comunitárias e sociais e na programação e pesquisa em HIV-aids são necessárias para promover a equidade em saúde entre mulheres LGBTI (Carmen Logie, Lana James, Wangari Tharao, & Mona Loutfy, 2012).

De acordo com Daniel Borrillo (2010), a forma como a questão da homossexualidade vem sendo problematizada está mudando nas últimas décadas devido à atual preocupação com a violência contra lésbicas e *gays*: ao invés de os estudos focarem o comportamento homossexual, tratado anteriormente como desviante, a atenção se fixa agora nas razões que fizeram tal “qualificativo” ser atribuído a essa forma de sexualidade, como forma de controlar e regular as sexualidades divergentes do padrão heteronormativo. Assim, esse deslocamento do objeto de análise para a homofobia engendra uma mudança epistemológica, pois se trata menos de compreender o funcionamento e origem da homossexualidade e mais de analisar o porquê da orientação sexual dissidente desencadear tanta hostilidade. Também há uma mudança política, porque o que agora merece uma problematização específica, do ponto de vista político-institucional, é a *questão homofóbica* e não a *questão homossexual*.

Daniel Borrillo (2010) marca a especificidade da lesbofobia – ou seja, a homofobia voltada para mulheres homossexuais, ao argumentar que esta “constitui uma especificidade no âmago de outra” (p. 27), pois a mulher lésbica é vítima de uma violência particular, dupla, relacionada ao desprezo proveniente do fato de ser tanto mulher como homossexual. Diferentemente do homem *gay*, ela acumula duas discriminações: contra o gênero e contra a (homos)sexualidade.

Historicamente, as lésbicas parecem ter sido menos perseguidas do que os *gays*, porém isto não deve ser interpretado como indício de uma maior tolerância social para com as mulheres homossexuais;

pelo contrário, essa suposta indiferença, reflexo da misoginia vigente na sociedade sob dominação masculina, é sinal do enorme desdém pela sexualidade feminina, que a transforma em um simples instrumento do desejo masculino, tornando impensável que relações erótico-afetivas entre mulheres possam existir. Daniel Borrillo (2010) afirma que “o menosprezo dos homens pela sexualidade feminina – incluindo a da lésbica, considerada como inofensiva – transforma-se em violência quando as mulheres contestam o *status* atribuído a seu sexo, ou seja, quando elas rejeitam ser esposas e mães” (p. 49).

Desse modo, a VCM tem sido amplamente reconhecida como uma questão crítica que permeia a dinâmica de todas as organizações sociais e também um problema significativo na comunidade lésbica<sup>1</sup>. Porém, ainda pouco se sabe sobre suas especificidades. Considerando essa lacuna na literatura, este estudo teve por objetivo analisar a produção científica acerca da violência perpetrada contra mulheres homossexuais e bissexuais.

### **Método**

Trata-se de um estudo documental, do tipo revisão integrativa da literatura, pautada no recorte temporal de 10 anos. A revisão integrativa consiste em um método ordenado e sistemático de síntese de resultados de pesquisa extraídos da literatura proveniente de publicações arbitradas. Para alcançar o objetivo proposto, foram seguidos os seguintes passos metodológicos preconizados para a realização de uma revisão integrativa de literatura (Mendes, Silveira & Galvão, 2008): (1) identificação do tema e da questão norteadora; (2) estabelecimento das estratégias de busca e definição dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos primários que compõem o *corpus* de pesquisa; (3) definição e categorização das informações de interesse a serem extraídas dos estudos selecionados (identificação dos autores, delineamento do estudo, ano de publicação, estratégia metodológica adotada, amostra/participantes, idioma, periódico, objetivo e resultados); (4) avaliação, interpretação e síntese dos estudos, contendo uma análise descritiva e crítica das principais contribuições, etapa na qual são apontadas as lacunas existentes na literatura.

O estudo de revisão foi orientado pela seguinte questão norteadora: *Qual o status da produção científica nacional e internacional acerca da violência perpetrada contra mulheres homossexuais? A coleta de dados incluiu periódicos indexados nas bases de dados bibliográficos PubMed, LILACS e PsycINFO e foi realizada em outubro de 2017. Foram pesquisados os artigos indexados com as seguintes palavras-chave: *violence against women, homosexuality, bisexuality, battered women, violence, women, health, e/ou homosexuality, female*. Esses descritores foram escolhidos de acordo com a lista de *Descritores em Ciências da Saúde* (DECs) e da *Terminologia Psi*. No *thesaurus* do DECs o único descritor específico para designar as lesbianidades é *homosexuality, female* (inexistem descritores como “lésbica” ou “mulheres lésbicas”). Também não existe um descritor próprio para violência contra a mulher lésbica, limitação que foi contornada pela combinação de unitermos indexados. Optou-se por utilizar também o descritor “homossexualidade”, sem especificação, para abarcar inclusive aqueles estudos que, além da população lésbica e bissexual feminina, também investigaram outras populações*

LGBTI incluindo na amostra mulheres lésbicas e bissexuais. Dessa maneira, assegurou-se maior abrangência e representatividade do levantamento bibliográfico.

A busca foi realizada por meio do sistema SIBI da Universidade de São Paulo, uma rede de serviços que inclui um catálogo *on line* que permite acesso direto às bases de dados e aos periódicos indexados, com seus artigos disponibilizados na íntegra. Estratégias complementares de busca também foram utilizadas a fim de maximizar a localização dos artigos na íntegra.

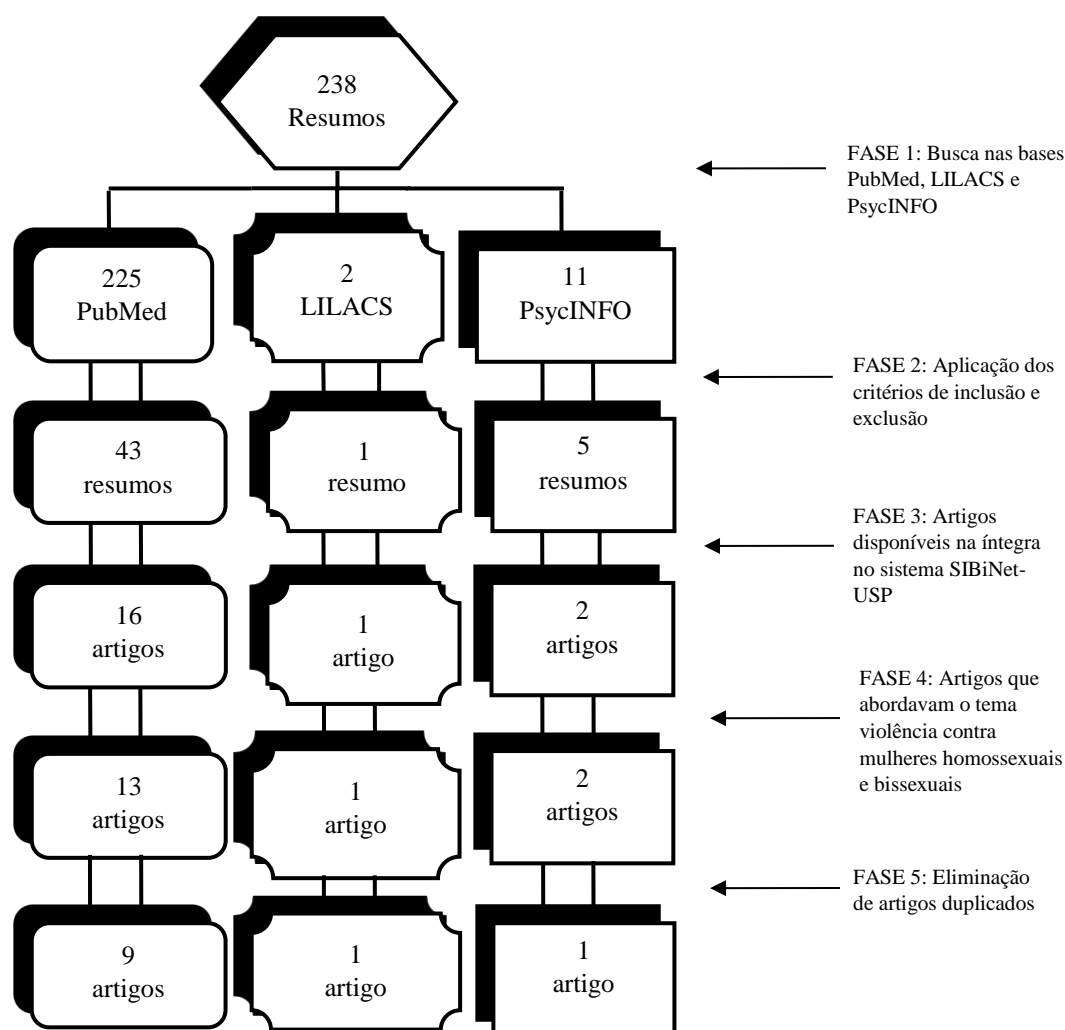
Na pesquisa bibliográfica foram considerados os seguintes critérios de inclusão: (1) artigos redigidos nas línguas inglesa, portuguesa e espanhola; (2) estudos primários que abordavam o tema da violência, independentemente do tipo, contra mulheres lésbicas/homossexuais e/ou bissexuais; (3) que veiculavam resultados empíricos; (4) que disponibilizavam o resumo completo nas bases de dados; (5) publicados entre janeiro de 2006 e dezembro de 2016. Os critérios de exclusão foram: (1) apresentação no formato de dissertação, tese, capítulo de livro, livro, monografia, manual, editorial, resenha, carta ao editor, comentário ou crítica; (2) estudos de revisão de literatura; (3) artigos que apenas tangenciavam o tema investigado, mas que ao serem examinados detidamente mostraram-se distantes do objetivo definido pela revisão; (4) artigos com foco exclusivamente nas mulheres transexuais e/ou nas travestis, transgêneros e intersexos.

Seguindo os passos propostos pela literatura, o material coligido foi submetido a exame minucioso e independente por parte de dois pesquisadores com *expertise* na área dos estudos de gênero e sexualidade. Após a leitura dos títulos e resumos procedeu-se a recuperação dos artigos na íntegra, selecionados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão adotados. As listas dos dois avaliadores foram cotejadas posteriormente e eventuais divergências foram resolvidas por consenso. Ao final desse processo de refinamento, os artigos selecionados e examinados na íntegra constituíram o *corpus* do estudo.

Após a leitura integral das publicações, iniciou-se a extração dos dados de interesse, utilizando-se para tanto de um formulário delineado com esse propósito. Posteriormente, as informações foram sistematizadas, compiladas em tabelas e organizadas em ordem numérica crescente por ano de publicação. Após nova leitura criteriosa pelos dois juízes, os resultados dos estudos que constituíram o *corpus* da pesquisa foram submetidos à análise de conteúdo (Virginia Braun & Victoria Clark, 2009), com o intuito de extrair os principais temas abordados pelas publicações.

## **Resultados e Discussão**

A amostra final foi composta por artigos indexados nas bases eletrônicas consultadas e que estavam em conformidade com os critérios de inclusão e exclusão delimitados para o processo de busca bibliográfica. Dos 238 estudos listados inicialmente, e excluindo-se aqueles que se repetiam nas bases, 11 preencheram os critérios e foram selecionados para compor o *corpus* da revisão. As etapas de seleção, depuração e refinamento da amostra podem ser visualizadas na Figura 1.



**Figura 1.** Fluxograma das etapas da revisão integrativa  
Fonte: Elaboração dos autores.

A Tabela 1 apresenta uma síntese das características mais relevantes dos artigos revisados. No que se refere ao ano de publicação, verificou-se que 2015 e 2014 foi o período que concentrou maior número de publicações, com três artigos em cada, representando 36,4% dos estudos. O ano de 2013 teve dois artigos, enquanto que 2008, 2009 e 2011 apresentaram um artigo em cada. Não foram selecionadas publicações dos anos 2006, 2007, 2010, 2012 e 2016.

**Tabela 1.** Caracterização dos artigos recuperados segundo autores, ano da publicação, país de origem do primeiro autor e delineamento do estudo (n = 11).

Nº	Autores	Ano	País	Delineamento
1	Glass, N., Perrin, N., Hanson, G., Bloom, T., Gardner, E., & Campbell, J. C.	2008	EUA	Quantitativo, descritivo, transversal
2	Lehavot, K., Walters, K. L., & Simoni, J. M.	2009	EUA	Quantitativo, descritivo, transversal
3	Montoya, J. H. E., & Sánchez-Alfaro, L. A.	2011	Colômbia	Qualitativo, descritivo, transversal
4	Hequembourg, A. L., Livingston, J. A., & Parks, K. A.	2013	EUA	Quantitativo, descritivo, transversal
5	Pelullo, C. P., Di Giuseppe, G., & Angelillo, I. F.	2013	Itália	Quantitativo, descritivo, transversal



6	Andersen, J. P., Hughes, T. L., Zou, C., & Wilsnack, S. C.	2014	Canadá	Quantitativo, descritivo, transversal
7	Logie, C. H., Alaggia, R., & Rwigema, M. J.	2014	Canadá	Quantitativo, descritivo, transversal
8	Pyra, M., Weber, K., Wilson, T. E., Cohen, J., Murchison, L., Goparaju, L., & Cohen, M. H.	2014	EUA	Quantitativo, descritivo, longitudinal
9	Lewis, R. J., Padilla, M. A., Milletich, R. J., Kelley, M. L., Winstead, B. A., LaBarraco, C., & Mason, T. B.	2015	EUA	Quantitativo, descritivo, transversal
10	Lyons, T., Kerr, T., Duff, P., Feng, C., & Shannon, K.	2015	Canadá	Quantitativo, descritivo, prospectivo
11	Sandfort, T., Frazer, M. S., Matebeni, Z., Reddy, V., & Southey-Swartz, I.	2015	EUA	Quantitativo, descritivo, transversal

Fonte: Elaboração dos autores.

Quanto ao idioma no qual os estudos que compõem a amostra de artigos revisados foram redigidos, verificou-se que 10 estão disponíveis na língua inglesa e um em espanhol. Os estudos foram publicados em nove revistas científicas distintas. Tais periódicos são de caráter multidisciplinar e têm contribuído de forma significativa para a compreensão da complexidade do saber envolvido na área de interface VCM e orientação afetivo-sexual lésbica, bem como de outros segmentos pertencentes ao espectro da diversidade sexual e de gênero. Nas revistas *PLoS ONE* e *Violence Against Women* foram encontrados dois artigos. *PLoS ONE* fornece uma plataforma para publicação de estudos primários, incluindo pesquisas interdisciplinares e de replicação, bem como resultados negativos. Por ser um periódico generalista, apresenta relatos de pesquisa originais de todas as disciplinas, não só da ciência médica (<http://journals.plos.org/plosone/s/journal-information>). *Violence Against Women* é uma revista temática, de caráter interdisciplinar, dedicada à publicação de pesquisas e informações sobre as múltiplas dimensões envolvidas no problema da violência contra as mulheres (<http://journals.sagepub.com/home/vaw>).

Os demais artigos foram publicados em periódicos bem conceituados e de elevado padrão editorial, a saber: *Revista Colombiana de Bioética*, *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology*, *American Journal of Public Health*, *AIDS Care*, *Journal of General Internal Medicine*, *BMC Women's Health* e *Health Education Research*. Nota-se, assim, o predomínio de periódicos com escopo mais amplo, relacionados à área da saúde em geral, sendo um dedicado a estudos no campo da bioética. Duas dessas revistas são especializadas, uma tem como foco a saúde da mulher e outra a diversidade cultural e minorias étnicas.

Quanto ao país de origem do primeiro autor de cada artigo revisado, seis eram provenientes de instituições dos EUA, três do Canadá, um da Colômbia e um da Itália. Percebe-se, assim, o predomínio de autores oriundos de países desenvolvidos da América do Norte. Nenhum estudo brasileiro foi selecionado com base nos critérios adotados, o que sugere a existência de uma lacuna importante do conhecimento, que requer investimentos e políticas de desenvolvimento científico por parte da comunidade local de pesquisadores.

Na amostra final não foram encontrados artigos assinados por um mesmo grupo de pesquisa/autores. Os temas abordados nos artigos recuperados e que nortearam o desenvolvimento dos respectivos estudos foram: 1. Agressão sexual (artigos 2, 4, 5, 7, 8 e 11), 2. Agressão física e/ou verbal (2, 5, 8 e 9), 3. Medo de ser agredida (1, 5 e 7), 4. Abuso na infância (4 e 6), 5. Violência como fator de risco para HIV-aids (10), 6. Políticas públicas (3).

O foco principal dos estudos selecionados foi a agressão sexual sofrida por mulheres homossexuais ou bissexuais (tema 1), presente em seis dos artigos. Estudo entrevistou 152 mulheres de minorias sexuais AIAN (acrônimo em inglês que designa a população indígena dos EUA e pessoas nativas do Alasca) como parte de uma investigação relacionada às preocupações de saúde das pessoas *two-spirit*. Esse termo foi escolhido por ser um apelido utilizado para se referir às minorias sexuais e de gênero AIAN, que acentua e valida uma personificação culturalmente distinta de sua identidade sexual e de gênero. O estudo mostrou que 85% das mulheres entrevistadas haviam sido agredidas sexualmente. Isso sugere a necessidade urgente de organizar agências comunitárias especializadas em trauma e abuso para o atendimento dessa população altamente vulnerável. Em particular, as mulheres mais velhas eram mais suscetíveis de serem agredidas sexualmente. Talvez isso reflita o longo período de tempo decorrido para que a notificação do abuso em potencial ocorra, porém uma limitação importante do estudo é que não foram coletados dados sobre a idade no momento do abuso. A agressão sexual também foi relacionada a piores desfechos de saúde mental e física (Lehavot, Walters, & Simoni, 2009).

Outro estudo investigou a relação entre abuso sexual infantil, risco do uso abusivo de álcool e vitimização sexual entre mulheres adultas lésbicas e bissexuais adultas. Quase três quartos das mulheres relataram vitimização sexual quando adultas, uma incidência maior do que a reportada por mulheres heterossexuais. A maioria das experiências de vitimização sexual mais recentes de mulheres pertencentes a minorias sexuais envolveu autores masculinos. O estudo concluiu que as mulheres de minorias sexuais experimentaram um ciclo de violência que começou na infância e teve continuidade na idade adulta; 40% das mulheres foram sexualmente vitimadas na infância e depois revitimizadas na idade adulta, sendo que as mulheres bissexuais se encontravam em maior risco do que as lésbicas para a revitimização. Outro achado importante foi que as pontuações de gravidade do uso do álcool foram significativamente associadas à gravidade da vitimização sexual sofrida pelas mulheres adultas (Hequembourg, Livingston, & Parks, 2013).

Pesquisa avaliou a frequência de discriminação, assédio e exposição a situações de violência e os fatores associados a essas ocorrências em uma amostra aleatória de 1000 mulheres lésbicas, homens *gays* e mulheres e homens bissexuais recrutados em locais públicos selecionados aleatoriamente na Itália. Cerca de 40,5% das mulheres que participaram da pesquisa relataram ter sofrido ao menos um episódio de violência física ou sexual ao longo da vida, enquanto que 35,1% das mulheres lésbicas relataram o mesmo agravo. Ademais, 16,7% do total de mulheres participantes, bem como das mulheres lésbicas, relataram que sofreram ao menos um episódio de violência física ou sexual no último ano (Pelullo, Di Giuseppe, & Angelillo, 2013).

Estudo de coorte teve por objetivo compreender a associação entre ter o *status* de minoria sexual e exposição à violência em mulheres que vivem com ou em risco potencial de contrair o HIV. Também se verificou como práticas sexuais de alto risco e o uso de substâncias psicoativas podem mediar essa relação. Mulheres bissexuais mostraram maior probabilidade de terem sofrido abuso sexual em relação às mulheres heterossexuais. Em uma análise em separado, as mulheres que relataram manter relações sexuais tanto com homens quanto com mulheres também mostraram maior probabilidade para serem vítimas de abuso sexual, quando comparadas às mulheres que referiram fazer sexo somente com homens. As mulheres que relataram manter intercurso sexual apenas com mulheres apresentaram menor probabilidade de sofrer abuso sexual em comparação com aquelas que admitiram fazer sexo somente com homens (Pyra et al., 2014).

O primeiro estudo a examinar a relação entre experiências progressas de sexo forçado e problemas de saúde associados em uma amostra de mulheres lésbicas e bissexuais da África do Sul encontrou que cerca de um terço das 591 participantes relatou experiência progressa de sexo forçado com agressores homens, mulheres ou ambos. A natureza da experiência sexual forçada dependia do sexo do perpetrador. O sexo forçado por mulheres era mais provável de ser perpetrado por parceiras íntimas. As mulheres lésbicas e bissexuais consideravam as experiências de sexo forçado por homens mais graves do que as praticadas por outras mulheres. Foram encontradas associações entre sexo forçado e consumo de bebidas alcoólicas, uso de drogas, sentimento de pertença à comunidade LGBTI, sofrimento mental e sintomas de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). Esses achados têm evidentes implicações clínicas. Os profissionais de saúde precisam estar familiarizados com experiências de abuso sexual sofrido por lésbicas e bissexuais e suas associações com desfechos negativos para a saúde, para que possam oferecer cuidados sensíveis e adequados a esse segmento vulnerável da população (Sandfort, Frazer, Matebeni, Reddy, & Southey-Swartz, 2015).

Estudo teve por objetivo contribuir para a compreensão das associações entre as experiências de violência sexual durante a vida e desfechos de saúde (depressão, ISTs, autoavaliação da saúde), fatores individuais (autoestima, resiliência/enfrentamento, uso de substâncias psicoativas), fatores sociais (práticas sexuais seguras, apoio social) e fatores estruturais (uso de serviços para testagem de HIV e outras ISTs, barreiras encontradas no acesso aos serviços de saúde, exposição à estigma sexual) entre mulheres de minorias sexuais provenientes de Toronto, Canadá. Quase metade das 415 participantes relatou experiências de agressão sexual durante a vida. As participantes que se identificavam como *queer* tinham maior probabilidade de ter passado por alguma agressão sexual do que aquelas que se identificaram como lésbicas. Ao controlar as características sociodemográficas, a agressão sexual se mostrou associada a taxas mais elevadas de depressão, ISTs, submeter-se a um teste de ISTs, crença de que os profissionais de saúde não se sentiam confortáveis diante da orientação sexual da paciente e estigmatização sexual (Logie, Alaggia, & Rwigema, 2014).

O tema 2 compreendeu quatro estudos que abordam a agressão física e/ou verbal sofrida por mulheres homossexuais ou bissexuais. Estudo que entrevistou 152 mulheres de minorias sexuais de

comunidades indígenas dos Estados Unidos e nativas do Alasca constatou que 78% das mulheres da amostra haviam sido agredidas fisicamente tanto por familiares como por conhecidos ou pessoas desconhecidas. Essa forma de abuso, entre outras, foi associada com piores condições de saúde física e mental, e com um senso de controle menor sobre os acontecimentos da vida (Lehavot et al., 2009).

Estudo transversal analisou, por meio de entrevistas realizadas face a face, uma amostra aleatória de 1000 pessoas italianas, que incluiu lésbicas, homens *gays* e mulheres e homens bissexuais. Os resultados indicaram que cerca de 28,3% e 11,9% autorrelataram, respectivamente, pelo menos um episódio de vitimização devido à orientação sexual no decorrer da vida e no último ano. As mulheres lésbicas, em comparação com as bissexuais, tinham quase o dobro da probabilidade de terem vivenciado um episódio de vitimização, incluindo agressão, discriminação e abuso físico ou sexual. Foi encontrado ainda que, especificamente, as mulheres, pessoas solteiras e aquelas que tinham curso superior foram as mais suscetíveis de ter experimentado pelo menos um episódio de vitimização na vida devido à sua orientação sexual (Pelullo et al., 2013).

Investigação longitudinal, que envolveu 1235 mulheres infectadas com o vírus HIV e 508 mulheres não infectadas, procedentes de grandes metrópoles estadunidenses (Nova York, Chicago, Washington e São Francisco), teve por objetivo entender a relação entre pertencer a minorias sexuais e exposição à violência. Também foi analisado como as práticas sexuais consideradas de elevado risco e o uso de substâncias psicoativas medeiam essa relação nas mulheres da amostra. O estudo encontrou que todos os tipos de violência eram mais incidentes nas mulheres bissexuais ou que reportaram práticas sexuais tanto com homens como com mulheres, incluindo a violência física. Nos modelos ajustados de regressão aplicados, mulheres que relataram ter práticas sexuais apenas com outras mulheres tiveram cerca de 58% de probabilidade menor de sofrer violência física em comparação com aquelas que referiram manter práticas sexuais exclusivamente com homens (Pyra et al., 2014).

Estudo analisou a relação entre sofrimento emocional (definido como vulnerabilidade à depressão, ruminação e afetos negativos), consumo de álcool e violência física entre parceiras íntimas. Foi realizada uma pesquisa *online* com mais de 400 mulheres que se autoidentificavam como lésbicas. Cerca de 12% das participantes relataram que no último ano haviam sofrido ou perpetrado violência contra as parceiras. Ressalta-se que o sofrimento emocional foi indiretamente associado à violência entre parceiras pela via do consumo de álcool para lidar com as situações estressantes. Isso sugere que o sofrimento emocional é um importante fator de risco para a ocorrência de violência em mulheres lésbicas, tanto por sua repercussão direta sobre a violência entre parceiras íntimas, como por seu efeito indireto por meio do uso de álcool em um aparente esforço para lidar com os afetos negativos. O referido estudo avança no conhecimento ao sugerir que o uso de álcool e os problemas relacionados ao consumo problemático de bebida também estão associados à violência bidirecional entre parceiros/as (VBP, ou BPV na sigla em inglês para *bidirectional partner violence*) em mulheres lésbicas, um fenômeno já reconhecido entre mulheres heterossexuais (Glass et al., 2008).

O tema 3, presente em três artigos, refere-se ao medo que as mulheres lésbicas sentem de serem agredidas de alguma maneira. Estudo realizado na Itália com uma amostra de 1000 sujeitos, incluindo homens e mulheres de minorias sexuais, encontrou que os participantes eram mais propensos a ter medo de sofrer vitimização devido à sua orientação sexual se fossem mulheres (em comparação com homens), lésbicas e *gays* (em comparação com mulheres e homens bissexuais), solteiras(os) e se já haviam sofrido algum episódio anterior de vitimização (Pelullo et al., 2013).

Pesquisa que teve por objetivo revisar um instrumento (*Danger Assessment*) delineado para prever a ocorrência de uma nova agressão em relacionamentos abusivos entre mulheres utilizou grupos focais e entrevistas para avaliar essa ferramenta e identificar os fatores de risco. Para complementar os dados foram aplicadas entrevistas por telefone no início e após um mês. Constatou-se que as participantes temiam reforçar os estereótipos negativos existentes sobre mulheres pertencentes a minorias sexuais caso buscassem ajuda para a agressão perpetrada pela parceira íntima. Essa crença fazia com que as mulheres vitimizadas mantivessem em segredo o abuso por medo de se exporem ou por vergonha (Robin Lewis et al., 2015).

Estudo que teve por objetivo investigar a associação entre experiências de abuso sofrido ao longo da vida e desfechos de saúde, fatores individuais, sociais e estruturais presentes na vida de mulheres de minorias sexuais em Toronto, Canadá, desvelou que há barreiras no acesso à saúde ainda pouco exploradas em mulheres submetidas à violência. Isso sugere que outros fatores, como o estigma sexual e o medo de sofrer discriminação, contribuem significativamente para cristalizar as barreiras de acesso à saúde pela mulher abusada (Logie et al., 2014).

O tema 4 (dois artigos) diz respeito ao abuso de qualquer tipo sofrido na infância pelas mulheres de minorias sexuais. Estudo investigou a relação entre vitimização cumulativa e saúde física em mulheres heterossexuais e lésbicas adultas, e examinou se essas relações diferem de acordo com a orientação sexual. Foram entrevistadas 482 mulheres heterossexuais e 394 lésbicas. Verificou-se que as mulheres que experimentaram dois tipos de vitimização na infância (sexual e física) apresentaram um risco 44% mais elevado de terem problemas de saúde em comparação com aquelas que não tinham sofrido vitimização quando criança. No referido estudo, as mulheres lésbicas e bissexuais relataram taxas mais altas de exposição a todos os tipos de violência, incluindo abuso na infância. No entanto, não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes quando se avaliou o impacto da orientação sexual na saúde física (Andersen, Hughes, Zou, & Wilsnack, 2014).

Pesquisa que examinou as relações entre abuso sexual infantil, uso de álcool e vitimização sexual na fase adulta em uma amostra de 205 mulheres bissexuais e lésbicas encontrou que as participantes passaram por um ciclo de violência que teve início na infância e se perpetuou na idade adulta. Metade das participantes relatou história de abuso sexual quando eram crianças. Além disso, 40% desse contingente de mulheres haviam sido sexualmente vitimizadas na infância e depois revitimizadas na idade adulta. Mulheres bissexuais mostraram risco aumentado para revitimização em contraste com as lésbicas. Os achados das análises de regressão logística indicaram que a gravidade da

vitimização sexual na fase adulta estava associada a uma combinação de fatores de risco, entre eles as experiências mais graves de abuso sexual infantil (Hequembourg et al., 2013).

O tema 5, contemplado em apenas um estudo, investigou o risco de contrair o HIV a que estão expostas as mulheres de minorias sexuais como efeito secundário da violência que sofrem recorrentemente. O objetivo foi examinar os fatores associados com a autoidentificação como lésbicas e bissexuais em mulheres que se envolveram com o trabalho sexual nas ruas de Vancouver, Canadá, e em outros contextos de prostituição. Os dados sugerem que mulheres lésbicas e bissexuais podem ter suas habilidades de negociação com os clientes reduzidas quando se trata do uso do preservativo. Outro fator de fragilização observado é que lésbicas e bissexuais podem trabalhar em redes sociais específicas, nas quais é comum a sobreposição entre uso de substâncias estimulantes não-injetáveis e envolvimento em trabalho sexual. Os achados sugerem que mulheres lésbicas e bissexuais que são profissionais do sexo podem estar em risco elevado para o HIV devido ao uso intenso de estimulantes não-injetáveis (Lyons, Kerr, Duff, Feng, & Shannon, 2014).

O tema 6, também contemplado em apenas um estudo, concerne às políticas públicas voltadas para o combate à violência de gênero. A proposta de uma política pública específica para enfrentar a VCM, construída a partir da perspectiva da bioética em diálogo com os estudos de gênero e de saúde pública, pode promover um contexto de maior respeito pela autonomia de homens e mulheres, sem distinção devido à sua orientação sexual ou identidade de gênero, tendo em vista o direito de cada indivíduo de buscar a plena realização de suas potencialidades, por meio do acesso à liberdade e às redes de solidariedade, e o respeito pelos princípios da igualdade, dignidade e justiça (Montoya & Sánchez-Alfaro, 2011).

Considerando o *corpus* do presente estudo, o público-alvo que se sobressaiu nos estudos primários revisados foram as mulheres de minorias sexuais, principalmente as que se identificam como lésbicas e bissexuais (45,5%). Em 27,3% dos estudos que envolveram a população LGBTI, apenas mulheres lésbicas foram incluídas. Essa mesma porcentagem também foi encontrada para os estudos que incluíram participantes da população LGBTI em geral. Além disso, 27,3% dos estudos trataram da violência entre parceiras(os) íntimas(os) das mulheres homossexuais e bissexuais. Os artigos que abordam essa temática foram incluídos nas suas categorias correspondentes e não tratados como estudos individuais, pois o propósito da presente revisão não era focalizar especificamente a violência por parceira(o) íntima(o).

Em três dos estudos revisados foram realizadas comparações entre mulheres pertencentes a diferentes segmentos das minorias sexuais e as mulheres homossexuais particularmente. O delineamento dos estudos caracterizou-se, basicamente, por investigações de abordagem quantitativa (10 artigos) e transversal (nove artigos). Esses dados sugerem a necessidade de maiores investimentos em pesquisas qualitativas e longitudinais, que possibilitem compreender os significados atribuídos ao fenômeno, bem como acompanhar os seus possíveis efeitos ao longo do processo de desenvolvimento.

Sobre a violência de gênero, 10 dos artigos revisados abordaram a questão da violência sexual (incluindo violência perpetrada por familiares ou autores conhecidos, desconhecidos ou ambos), abuso na infância, nova vitimização na idade adulta, vitimização cumulativa na infância, vitimização cumulativa na idade adulta, vitimização cumulativa ao longo da vida, relações sexuais forçadas, não conseguir negociar com o parceiro o uso de métodos contraceptivos, além de aspectos teóricos e políticos.

Em seis dos artigos selecionados a questão da violência física foi abordada, incluindo a violência perpetrada por familiares, parceiras(os) íntimas(os) ou autor conhecido, desconhecido ou ambos. Também foi investigado o aumento da violência, abuso infantil, vitimização cumulativa na infância, vitimização cumulativa na idade adulta, vitimização cumulativa ao longo da vida, violência cometida e sofrida pelo casal, aspectos teóricos e políticos relacionados.

Em cinco artigos abordou-se a questão da violência psicológica, incluindo deixar mensagens com ameaças para a parceira, ameaçar com armas, perseguição, agressão verbal, discriminação, proibições, violência perpetrada pela(o) parceira(o) íntima(o) e aspectos teóricos e políticos associados. Apenas um artigo tratou da questão da violência patrimonial, relacionada aos seus aspectos teóricos e políticos. Nenhum dos estudos revisados abordou a questão da violência moral de forma direta.

Estudo encontrou que mulheres lésbicas e bissexuais, bem como as heterossexuais que relataram terem tido alguma experiência com pessoa do mesmo sexo ao longo da vida, reportaram maior prevalência de maus-tratos na infância, violência interpessoal (relação sexual não consensual, violência doméstica, agressão física, sequestro, perseguição e agressão sexual), outros agravos ou eventos traumáticos perpetrados por amigo ou parente próximo e morte inesperada de um ente querido em comparação com mulheres heterossexuais que nunca tiveram atração pelo mesmo sexo no decurso da vida. A prevalência de maus-tratos na infância em lésbicas (27,6%) e bissexuais (30,5%) foi, aproximadamente, duas vezes maior do que no grupo de referência (13,1%). A maioria das mulheres lésbicas (60,2%) e bissexuais (54,1%) relatou ter tido pelo menos uma experiência de violência interpessoal, enquanto que apenas 26,6% do grupo de referência haviam vivenciado tais agravos. Lésbicas (44%) e bissexuais (47,3%) também relataram maiores taxas de sexo não consensual do que o grupo de referência (13,4%). A exposição infantil a maus-tratos ou violência interpessoal foi significativamente mais prevalente entre as mulheres lésbicas (49,2%) e bissexuais (51,2%) do que se observou no grupo de referência (21,2%) (Roberts, Austin, Corliss, Vandermorris, & Koenen, 2010).

Na população feminina de adolescentes lésbicas e bissexuais, 48% já havia se automutilado e 42% já havia tido ideação suicida. Ter sido vítima de *bullying* foi associado significativamente a pensamento suicida e ter sido vítima de agressão sexual mostrou-se relacionado à automutilação. Observou-se também que o comportamento sexual aumenta o risco de autolesão nessa população. Sentir-se triste ou sem esperanças aumenta a probabilidade de automutilação e a vulnerabilidade a pensamentos suicidas (Whitney DeCamp & Nicholas Bakken, 2016).

Há evidências de que as mulheres lésbicas e bissexuais apresentam maiores taxas de uso de tabaco e álcool na adolescência em comparação com as heterossexuais. Além disso, já está bem documentado que as elevadas taxas de vitimização infantil que ocorrem antes da adolescência explicam em parte as disparidades relacionadas à orientação sexual no que diz respeito ao consumo de tabaco e álcool, que emergem posteriormente durante a adolescência. Desse modo, intervenções destinadas a prevenir a vitimização de crianças também podem ajudar a reduzir as sequelas comportamentais do abuso, como o tabagismo e o uso abusivo de álcool, que se destacam entre as principais causas de câncer em mulheres (Jun et al., 2010).

Outros estudos também encontraram que os tipos de violência de gênero mais comuns são a sexual, a física e a psicológica (Michelle Birkett et al., 2015; Aline Brilhante, Gracyelle Moreira, Luiza Vieira, & Ana Catrib, 2016; Secretaria Especial de Direitos Humanos, 2013), bem como evidenciaram que as mulheres são as que mais sofrem e estão vulneráveis a esses tipos de violência (Aline Brilhante et al., 2016). Os ataques sofridos constituem uma forma de violência baseada no gênero, impulsionada pelo desejo impiedoso de punir exemplarmente aquelas que são reconhecidas como transgressoras ou que desafiam abertamente as normas convencionais de gênero (United Nations Human Rights, 2012).

### **Considerações finais**

Este estudo mostrou que a violência que afeta de maneira desproporcional as mulheres está associada também à orientação sexual, o que cria outra disparidade, que por sua vez se sobrepõe à vulnerabilidade relacionada ao gênero. De fato, o presente estudo, ao revisar as evidências da literatura, permite concluir que as mulheres que pertencem à população LGBTI enfrentam diversos tipos de violência no cotidiano, estando sujeitas a riscos ainda mais elevados do que as demais mulheres (heterossexuais). Assim, a interseccionalidade gênero/orientação sexual pode funcionar como um fator potencializador.

Apesar de existirem em vários países políticas públicas de combate à violência de gênero, esse fenômeno tem se constituído como um sério problema de saúde pública. Além disso, as políticas existentes não contemplam as especificidades das mulheres lésbicas e bissexuais. Trata-se de uma demanda que está se modificando nos últimos anos, em função das alterações de ordem social, política, legal e jurídica, que afetam e reconfiguram as relações de gênero e as trocas interpessoais. Um dos aspectos que favorecem a continuidade da violência é a invisibilidade do problema e o seu sub-registro (Aline Brilhante et al., 2016).

Alguns dos artigos revisados indicam que os serviços de saúde ainda não estão preparados para atender as demandas de mulheres de segmentos minoritários, pois os profissionais ainda não estão familiarizados com as experiências de vitimização pelas quais as lésbicas e bissexuais passam. Por outro lado, estas percebem que os profissionais não estão confortáveis quando tomam conhecimento de sua orientação sexual e que o sistema de saúde não possui os recursos necessários para cuidar de sua saúde; além disso, os serviços são voltados às pessoas com orientação sexual heteronormativa e com identidade



de gênero binária hegemônica (Robin Lewis et al., 2015; Logie et al., 2014; Montoya & Sánchez–Alfaro, 2011; Sandfort et al., 2015).

Alguns estudos detectaram dificuldades na organização do sistema de saúde e sugeriram formas alternativas de contato com as mulheres pertencentes às minorias sexuais. Médicos que atuam com mulheres lésbicas e bissexuais devem inquirir rotineiramente sobre antecedentes de possíveis experiências de vitimização. Lésbicas que sobreviveram ao abuso infantil necessitam de ambientes de apoio e acolhimento nos quais se sintam seguras o suficiente para revelarem sua orientação sexual e suas experiências de vitimização. Os clínicos que são capazes de fornecer tal ambiente têm oportunidade única de ajudar lésbicas e bissexuais a desenvolverem habilidades de enfrentamento saudáveis e adaptativas (Deborah Aaron & Tonda Hughes, 2007; Tonda Hughes, Timothy Johnson, Sharon Wilsnack, & Laura Szalacha, 2007).

Mulheres que se identificaram como bissexuais ou que relataram ter parceiros sexuais masculinos e femininos são mais vulneráveis à violência sexual e física contínua, bem como ao abuso psicológico praticado pela parceira; múltiplos parceiros sexuais recentes, sexo transacional (por dinheiro) e uso de alguns tipos de substâncias psicoativas são fatores que podem mediar essa relação, potencializando a vulnerabilidade (Andersen et al., 2014). Desse modo, fica a recomendação para os profissionais quanto à importância de reconhecer, no contexto dos serviços clínicos e psicossociais, a orientação e o histórico de comportamento sexual da mulher, bem como de abordar o uso de substâncias e o engajamento em práticas sexuais de alto risco. Esses cuidados podem ajudar a reduzir a exposição à violência entre as mulheres que convivem com HIV/aids ou com risco elevado para contrair o vírus da imunodeficiência humana adquirida ou outras ISTs.

Por fim, o Estado deve garantir o acesso aos direitos à liberdade de expressão, de associação e de reunião pacífica a todos os cidadãos, independentemente do sexo, orientação sexual ou identidade de gênero. Também deve assegurar que quaisquer restrições a esses direitos não sejam motivadas por discriminação. A fim de proteger o exercício desses direitos, deve-se prevenir ou efetivamente investigar e punir todos os atos de violência e intimidação (United Nations Human Rights, 2012).

No estágio atual da produção do conhecimento científico, reconhece-se que ainda não existe um corpo de pesquisa suficientemente robusto sobre a violência contra as mulheres de minorias sexuais, o que torna relevante que se continue a expandir a investigação nessa área, de modo que a prática clínica possa ser beneficiada ao se basear em evidências (Aline Brilhante et al., 2016; Rothman, Exner, & Baughman, 2011). O presente estudo fornece pistas que contribuem para o avanço científico nesse cenário adverso, possibilitando a introdução de práticas sociais inovadoras, transformadoras e emancipadoras do gênero feminino, em particular no segmento LGBTI.

O presente estudo mostrou que as mulheres lésbicas e bissexuais apresentam necessidades singulares de cuidados de saúde, relacionadas à acentuada vulnerabilidade à violência e ao contexto social discriminatório em que vivem. Elas são duplamente marginalizadas: por serem mulheres e também por terem uma orientação sexual não heteronormativa. No entanto, podem relutar em buscar

ajuda apropriada devido ao estigma antecipado, que é a razão mais comum para evitarem a visibilidade. Para que possam receber cuidado integral e individualizado, na relação com os serviços de saúde necessitam ser encorajadas a superar as dificuldades de “sair do armário” e expressar tanto a situação de violência a que estão expostas, como sua orientação sexual diversa do padrão heteronormativo.

### Referências

- Aaron, D. J., & Hughes, T. L. (2007). Association of childhood sexual abuse with obesity in a community sample of lesbians. *Obesity, 15*(4), 1023-1028.
- Andersen, J. P., Hughes, T. L., Zou, C., & Wilsnack, S. C. (2014). Lifetime victimization and physical health outcomes among lesbian and heterosexual women. *PLoS ONE, 9*(7), e101939. doi: 10.1371/journal.pone.0101939.
- Austin, S. B., Jun, H. J., Jackson, B., Spiegelman, D., Rich-Edwards, J., Corliss, H. L., & Wright, R. J. (2008). Disparities in child abuse victimization in lesbian, bisexual, and heterosexual women in the Nurses' Health Study II. *Journal of Women's Health (Larchmt), 17*(4), 597–606.
- Birkett, M., Newcomb, M. E., & Mustanski, B. (2015). Does it get better? A longitudinal analysis of psychological distress and victimization in lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning youth. *Journal of Adolescent Health, 56*(3), 280–285.
- Borrillo, D. (2010). *Homofobia: história e crítica de um preconceito*. (G. J. F. Teixeira, trad.). Belo Horizonte: Autêntica.
- Braun, V., & Clark, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*(2), 77-101.
- Brilhante, A. V. M., Moreira, G. A. R., Vieira, L. J. E. S., & Catrib, A. M. F. (2016). Um estudo bibliométrico sobre a violência de gênero. *Saúde e Sociedade, 25*(3), 703-715.
- DeCamp, W., & Bakken, N. W. (2016). Self-injury, suicide ideation, and sexual orientation: differences in causes and correlates among high school students. *Journal of Injury and Violence Research, 8*(1), 15-24.
- Glass, N., Perrin, N., Hanson, G., Bloom, T., Gardner, E., & Campbell, J. C. (2008). Risk for reassault in abusive female same-sex relationships. *American Journal of Public Health, 98*, 1021-1027.
- Hequembourg, A. L., Livingston, J. A., & Parks, K. A. (2013). Sexual victimization and associated risks among lesbian and bisexual women. *Violence Against Women, 19*(5), 634-657.
- Herek, G. M. (2009). Hate crimes and stigma-related experiences among sexual minority adults in the United States: prevalence estimates from a national probability sample. *Journal of Interpersonal Violence, 24*(1), 54-74.
- Hughes, T. L., Johnson, T. P., Wilsnack, S. C., & Szalacha, L. A. (2007). Childhood risk factors for alcohol abuse and psychological distress among adult lesbians. *Child Abuse & Neglect, 31*(7), 769-789.
- Jun, H. J., Austin, S. B., Wylie, S. A., Corliss, H. L., Jackson, B., Spiegelman, D., . . . Wright, R. J. (2010). The mediating effect of childhood abuse in sexual orientation disparities in tobacco and alcohol use during adolescence: results from the Nurses' Health Study II. *Cancer Causes & Control, 21*(11), 1817-1828.

Lehavot, K., Walters, K. L., & Simoni, J. M. (2009). Abuse, mastery, and health among lesbian, bisexual, and two-spirit American Indian and Alaska native women. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology, 15*(3), 275-284.

*Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006.* (2006). Dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher. Brasília, DF. Recuperado em 06 fevereiro, 2017, de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm)

Lewis, R. J., Padilla, M. A., Milletich, R. J., Kelley, M. L., Winstead, B. A., Lau-Barraco, C., & Mason, T. B. (2015). Emotional distress, alcohol use, and bidirectional partner violence among lesbian women. *Violence Against Women, 21*(8), 917-938.

Logie, C. H., Alaggia, R., & Rwigema, M. J. (2014). A social ecological approach to understanding correlates of lifetime sexual assault among sexual minority women in Toronto, Canada: results from a cross-sectional internet-based survey. *Health Education Research, 29*(4), 671-682.

Logie, C. H., James, L., Tharao, W., & Loutfy, M. R. (2012). “We don’t exist”: a qualitative study of marginalization experienced by HIV-positive lesbian, bisexual, queer and transgender women in Toronto, Canada. *Journal of the International AIDS Society, 15*, 1-11.

Lyons, T., Kerr, T., Duff, P., Feng, C., & Shannon, K. (2014). Youth, violence and non-injection drug use: Nexus of vulnerabilities among lesbian and bisexual sex workers. *AIDS Care, 26*(9), 1090-1094.

Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. C. P., & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem, 17*(4), 758-764.

Montoya, J. H. E., & Sánchez-Alfaro, L. A. (2011). Las violencias de género como problema de salud pública: una lectura en clave Bioética. *Revista Colombiana de Bioética, 6*(1), 37-61.

Pelullo, C. P., Di Giuseppe, G., & Angelillo, I. F. (2013). Frequency of discrimination, harassment, and violence in lesbian, gay men, and bisexual in Italy. *PLoS ONE, 8*(8), e74446. doi: 10.1371/journal.pone.0074446.

PLOS. *PLoS ONE*. Recuperado em 28 dezembro, 2016, de <http://journals.plos.org/plosone/s/journal-information>.

Pyra, M., Weber, K., Wilson, T. E., Cohen, J., Murchison, L., Goparaju, L., & Cohen, M. H. (2014). Sexual minority status and violence among HIV infected and at-risk women. *Journal of General Internal Medicine, 29*(8), 1131-1138.

Ramos, S., & Carrara, S. A. (2006). Constituição da problemática da violência contra homossexuais: a articulação entre ativismo e academia na elaboração de políticas públicas. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva, 16*(2), 185-205.

Roberts, A. L., Austin, S. B., Corliss, H. L., Vander Morris, A. K., & Koenen, K. C. (2010). Pervasive trauma exposure among US sexual orientation minority adults and risk of posttraumatic stress disorder. *American Journal of Public Health, 100*, 2433-2441.

Rothman, E. F., Exner, D., & Baughman, A. (2011). The prevalence of sexual assault against people who identify as gay, lesbian or bisexual in the United States: a systematic review. *Trauma Violence Abuse, 12*(2), 55-66.

SAGE Journals. *Violence Against Women*. Recuperado em 28 dezembro, 2016, de <http://journals.sagepub.com/home/vaw>.

Sandfort, T., Frazer, M. S., Matebeni, Z., Reddy, V., & Southey-Swartz, I. (2015). Histories of forced sex and health outcomes among Southern African lesbian and bisexual women: a cross-sectional study. *BMC Women's Health*, 15, 22.

Secretaria de Políticas para as Mulheres. (2011). *Rede de enfrentamento à violência contra as mulheres*. Brasília: DF.

Secretaria Especial de Direitos Humanos. (2013). *Relatório de violência homofóbica no Brasil: ano de 2013*. Recuperado em 02 janeiro, 2017, de <http://www.sdh.gov.br/assuntos/LGBTI/dados-estatisticos/Relatorio2013.pdf>

Secretaria Especial de Políticas Públicas para as Mulheres. (2015). *Pesquisas 2015: Mapa da violência – Homicídio de mulheres no Brasil*. Recuperado em 02 janeiro, 2017, de [http://www.spm.gov.br/assuntos/violencia/pesquisas-e-publicacoes/mapaviolencia\\_2015\\_mulheres.pdf](http://www.spm.gov.br/assuntos/violencia/pesquisas-e-publicacoes/mapaviolencia_2015_mulheres.pdf)

United Nations Human Rights. (2012). *Born free and equal 2012*. Estados Unidos. Recuperado em 03 janeiro, 2017, de <http://acnudh.org/wp-content/uploads/2012/10/BornFreeAndEqualLowRes.pdf>.