



Abertura em mulheres lésbicas e suas implicações para a saúde mental, acesso ao serviço de saúde e prevenção sexual e reprodutiva

Dissertação de Mestrado

Aline Pompeu Silveira

Setembro de 2019

São Cristóvão, SE

Abertura em mulheres lésbicas e suas implicações para a saúde mental, acesso ao serviço de saúde e prevenção sexual e reprodutiva

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Sergipe (UFS) e para a banca avaliadora como requisito para obtenção de grau de Mestre em Psicologia, sob orientação do Prof. Dr. Elder Cerqueira Santos.

Aline Pompeu Silveira

Setembro de 2019

São Cristóvão, SE

Dissertação intitulada “**Abertura em mulheres lésbicas e suas implicações para a saúde mental, acesso ao serviço de saúde e prevenção sexual e reprodutiva**”, de autoria da mestranda Aline Pompeu Silveira. Submetida à banca examinadora de defesa no dia 18 de dezembro de 2019, às 10 horas e 00 minuto, composta pelos seguintes professores:

Banca Examinadora

Prof. Dr. Elder Cerqueira Santos

(Orientador – Universidade Federal de Sergipe)

Prof. Dr. André Faro

(Membro Interno – Universidade Federal de Sergipe)

Prof. Dra. Juliana Fernandes Eloi

(Membro Externo – Centro Universitário Estácio do Ceará)

AGRADECIMENTOS

Quero deixar o meu sincero agradecimento à minha mãe e ao meu pai, por serem uma fonte de apoio e de impulsão para novas conquistas. Obrigada por sempre acreditarem no meu potencial e por me enriquecerem de todas as oportunidades que me possibilitaram chegar onde cheguei.

À minha avó Lourdes, eu agradeço por ser uma fonte eterna de amor e inspiração e à minha avó Angélica, por ser um exemplo de determinação e força.

À Luísa, muito obrigada por estar ao meu lado durante cada minuto dessa jornada. Te agradeço por toda a paciência, carinho e companheirismo que me ofereceu nos últimos dois anos. Também agradeço à Jeane e a João, por terem me recebido com muito carinho em suas vidas e por toda a torcida e apoio que me prestaram.

À Lucas e Caíque eu agradeço por estarem sempre presentes. Vocês sabem o papel essencial que tem em minha vida, mas quero também falar da admiração que eu sinto por poder acompanhar as pessoas que vocês tem se tornado a cada dia.

À Marlon e a Batista, obrigada por serem uma inspiração acadêmica e profissional e por me ouvirem e me apoiarem nos momentos de necessidade.

À César e Poliana, pela amizade, pela cumplicidade e pelos ensinamentos mútuos. Vocês foram elementos essenciais na minha formação. Agradeço pelas trocas, conversas e sonhos compartilhados. Acredito muito no potencial vocês lhes agradeço por acreditarem no meu.

À Ivina, obrigada pelo acompanhamento cuidadoso que me ajudou a dar sentido a toda essa trajetória.

Aos meus colegas do SexUs, passados e presentes, obrigada pelas discussões, risadas, consolos e celebrações. Participar desse grupo de pesquisa foi uma oportunidade que sem dúvida alguma moldou minha trajetória de vida.

Ao meu orientador, Elder Cerqueira Santos, obrigada por seis anos de parceria, inspiração e bons exemplos. Levarei dessa jornada uma coleção de aprendizados que vão muito além da academia. Você me ajuda desde o início da graduação a dar sentido pra o meu papel dentro da psicologia.

Quero também deixar minha gratidão aos demais professores do Programa de Pós Graduação em Psicologia da UFS, em especial a André Faro, pelas oportunidades de aprendizado que busca sempre proporcionar aos seus alunos. Também por me ensinar sobre o valor do acesso livre ao conhecimento e da importância de dar visibilidade ao lugar de onde venho.

Finalmente, eu quero agradecer a todas as mulheres que participaram do estudo empírico pois sem suas vozes esse trabalho não existiria e não faria sentido.

SUMÁRIO

RESUMO	7
ABSTRACT	8
APRESENTAÇÃO	9
ESTUDO 1 - ABERTURA EM MULHERES LÉSBICAS E IMPLICAÇÕES DA VARIÁVEL PARA A SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	17
ESTUDO 2 – ABERTURA EM MULHERES LÉSBICAS E SUA IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE MENTAL, ACESSO AO SERVIÇO DE SAÚDE E PREVENÇÃO SEXUAL E REPRODUTIVA	39
CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
REFERÊNCIAS	71
ANEXOS	84
ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E ESCALAS DE INTERESSE	85
ANEXO 2 – TCLE – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	97
ANEXO 3 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	99

RESUMO

A abertura da orientação sexual em mulheres lésbicas tem sido associada, na literatura científica, a aspectos concernentes à saúde física, mental, sexual e reprodutiva, além de estar diretamente relacionada à ocorrência de um atendimento integral em serviços de saúde. Apesar de sua grande relevância, a abertura da orientação sexual não é um conceito recorrentemente utilizado em pesquisas brasileiras e/ou em português. Reunir dados científicos que demonstrem a importância da abertura para os cuidados com a saúde de mulheres lésbicas pode servir para embasar documentos de orientação para profissionais da saúde, de forma a ampliar o alcance e a qualidade do atendimento prestado. Dessa forma, a presente dissertação propôs uma investigação acerca da influência da abertura na saúde de mulheres lésbicas no contexto brasileiro. Para isso, dois estudos foram realizados: uma revisão integrativa da literatura sobre abertura da orientação sexual e suas implicações para a saúde de mulheres lésbicas e um segundo estudo, de natureza quantitativa, que visou observar como a variável abertura se relaciona à saúde mental, acesso ao serviço de saúde e prevenção sexual e reprodutiva de mulheres lésbicas no contexto brasileiro. Discute-se que a abertura da orientação sexual de mulheres lésbicas é determinada por fatores sociodemográficos. Além disso, que a abertura interfere no acesso de mulheres lésbicas a serviços de saúde, bem como na qualidade do atendimento, o que por conseguinte afeta sua prevenção sexual e reprodutiva.

Palavras-chave: Abertura; Revelação; Lésbica; Saúde

ABSTRACT

Disclosure of sexual orientation in lesbian women has been associated in the scientific literature with aspects concerning their physical, mental, sexual and reproductive health, and is directly related to the occurrence of comprehensive care in health services. Despite its great relevance, outness is not a concept recurrently used in Brazilian and / or portuguese-written research. Gathering scientific evidence that demonstrates the importance of disclosure to health care for lesbian women can serve as a basis for guidance documents directed to health professionals to broaden the scope and quality of care provided. Thus, the present study proposed an investigation into the influence of outness on the health of lesbian women in the Brazilian context. To this aim, two studies were conducted: An integrative literature review on outness and its implications for the health of lesbian women and a second quantitative study, which aimed to observe how the outness variable relates to mental health, access to health care services and sexual and reproductive prevention of lesbian women in the Brazilian context. It is argued that outness in lesbian women is determined by sociodemographic factors. In addition, outness interferes with lesbian women's access to health services, as well as the quality of care, which therefore affects their sexual and reproductive prevention.

Key-words: Outness; Disclosure; Lesbian; Health

APRESENTAÇÃO

Mulheres lésbicas tendem a reportar menor saúde mental e física, apesar disso, são menos propensas, ou mesmo demoram mais a buscar cuidados básicos de saúde quando necessário ou preventivamente, quando comparadas à mulheres heterossexuais. Mesmo quando buscam esses cuidados, frequentemente vivenciam empecilhos, tais como situações de discriminação, homofobia e/ou heterossexismo (Valadão & Gomes, 2011) além de possível falta de informação por parte de profissionais para lidar com demandas específicas (Sobecki-Raush, Brown & Gaup, 2017). Esses costumam ser alguns dentre os motivos que levam mulheres pertencentes à minorias sexuais que procuram atendimento em saúde a omitir sua orientação sexual dos agentes de saúde (Pierre, 2017; Van Dam, Koh & Dibble, 2001).

No Brasil, em 2004, foi lançada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher que continha entre seus objetivos específicos promover a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV na população feminina, além de reduzir a morbidade por câncer nessa população. Em tal documento, estão listadas orientações específicas para a atenção à saúde de mulheres negras, indígenas e na terceira idade (Brasil, 2004). Apesar disso, em nenhum momento do documento é observada uma orientação específica à promoção de atenção à saúde de mulheres que se relacionam com mulheres.

Mesmo no Plano contra a feminização da epidemia da HIV/Aids, divulgado em 2007, pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (Extinta em 2018, pelo governo de Michel Temer), não foi postulada nenhuma meta que se dirigisse ao melhoramento do acesso de mulheres de minorias sexuais aos serviços de saúde, mesmo tendo como uma de suas diretrizes a promoção da equidade de orientação sexual das mulheres no que diz respeito ao acesso à informação, diagnóstico e tratamento (Brasil, 2007).

Apenas em 2012, ao ser lançada a Política Nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transsexuais, foi proposto um plano operativo que tinha por objetivo garantir e

ampliar o acesso de lésbicas e bissexuais, entre outras minorias sexuais e de gênero, à serviços de saúde com qualidade, além de identificar as necessidades de saúde desses grupos para que fossem utilizadas como critério de planejamento e definição de prioridades (Brasil, 2012).

Isso permitiu que, em 2013, fosse divulgada a cartilha “Mulheres Lésbicas e Bissexuais: Direitos, Saúde e Participação Social” com o objetivo de incentivar a participação social na construção das políticas públicas concernentes à saúde, de forma a considerar as especificidades de mulheres lésbicas e bissexuais. Nessa cartilha, constam informações pertinentes sobre a importância dos cuidados direcionados a minorias sexuais femininas, com ênfase para saúde mental e à necessidade de orientações aos profissionais de saúde para o atendimento dessa população (Brasil, 2013).

Foi também publicado um relatório da Oficina Atenção à saúde de Mulheres lésbicas e bissexuais, realizada em Brasília, de 23 a 25 de abril de 2014, na qual foram organizadas outras diretrizes para orientar os trabalhos dos profissionais de saúde para com essa população. O documento reúne estudos com informações sobre as práticas sexuais de mulheres que se relacionam com mulheres, como também sobre situações de risco às quais elas estariam mais expostas. Além disso, é reforçada a importância do acolhimento do profissional de saúde quando em atendimento a essa população, assim como é evidenciado que esse acolhimento, principalmente dentro da rede do Sistema Único de Saúde (SUS), tende a não acontecer (Brasil, 2014).

Dentro do contexto de atendimento, a postura do profissional de saúde no tratamento de mulheres lésbicas é de suma importância para que elas falem sobre sua orientação sexual abertamente, garantindo um bom atendimento e que tenham maior adesão ao tratamento e a práticas de saúde (Pierre, 2017; Tabaac, Perrin & Trujillo, 2015). Para clínicos que se preocupam em incorporar determinantes sociais em sua abordagem para cuidados com a saúde, saber sobre a orientação sexual de suas pacientes tem o potencial de prover um atendimento mais humanizado, coerente e com maior compreensão sobre o todo (Pierre, 2017).

Deveria, portanto, ser prática comum para profissionais de saúde perguntar a todas as suas pacientes sobre sua orientação sexual, considerando tanto a sua identidade sexual, como o seu comportamento sexual, que leva em conta não apenas as práticas sexuais, mas também o histórico do gênero de seus(suas) parceiros(as). Os profissionais devem ter em mente o porquê da importância dessas perguntas e explicar essas razões para suas pacientes. Essas informações permitem conhecer mais sobre a paciente, os riscos aos quais elas estão expostas e como suas identidades e seus comportamentos sexuais se relacionam a sua saúde como um todo (Pierre, 2017).

Estudos, em língua inglesa, que investigam a revelação da orientação sexual em contextos situacionais, a exemplo do momento de atendimento em saúde, utilizam o termo “*disclosure*” para se referir a esse fenômeno (Barefoot & Smalley, 2017; Brooks et al., 2018; Kluttz, 2014). Mulheres lésbicas que tem mais chance de omitir essa informação na situação de atendimento são também aquelas que mais omitem sua identidade sexual com familiares, colegas de trabalho e amigos (Van Dam, Koh & Dibble, 2001). “*Outness*” é o conceito, em inglês, mais utilizado para se referir ao quão público um indivíduo é sobre sua orientação sexual nos espaços sociais que frequenta, tratando-se assim de uma variável contínua (Feldman & Wright, 2013; O'Connor, 2016). Há ainda a expressão “*Coming out process*” para se referir a este processo de formação, identificação e posterior divulgação da orientação sexual em diversos contextos sociais ao longo da vida (Li & Samp, 2019).

Ainda que seja possível fazer essa separação pela frequência de uso entre os termos, ela não é uniforme em todas as publicações, não havendo um consenso sobre uma definição única para o uso de cada um (Aranda et al., 2015; Orne, 2011; Van Dam, 2015; Whitehead, Shaver & Stepherson, 2016). A mesma problemática pode ser encontrada na língua portuguesa, onde não há ainda um termo único e bem estruturado para uso acadêmico para se referir a estes construtos, que costumam aparecer em pesquisas brasileiras com diversas alcunhas, tais como: “saída do armário”, “divulgação da orientação sexual” ou “relato da identidade sexual” (Marques, Oliveira & Nogueira, 2013; Sousa et al, 2014). Por isso, neste trabalho, utilizaremos a palavra Abertura, como uma proposta de tradução e unificação dos termos para o português brasileiro (Cerqueira-Santos, Carvalho, Nunes & Silveira,

2017; Silveira & Cerqueira-Santos, 2019).

A palavra abertura referida nesta dissertação pode, assim, ser entendida enquanto comportamento, como no caso da abertura para profissionais de saúde no momento do atendimento (*disclosure*); como um construto quantificável (*outness*); ou como um processo associado à formação e divulgação da identidade sexual (*Coming out process*). A abertura enquanto processo envolve a experiência pelo indivíduo de “marcos” LGB – *milestones* –, incluindo a idade de início do questionamento sobre a própria sexualidade, a primeira experiência de atração sexual, o primeiro contato sexual com pessoa do mesmo sexo, entre outros (Martoz, Nezhad & Meyer, 2015). Essa análise ontológica da formação da identidade sexual, entretanto, não será o foco da presente dissertação. A abertura será aqui operacionalizada como o comportamento de revelar a orientação sexual para o profissional de saúde – nomeadamente abertura para o profissional de saúde – e enquanto um construto quantificável – abertura geral.

Faz-se importante esclarecer que a orientação sexual, que é revelada no momento de abertura, se refere à direção à qual a atração sexual de um indivíduo se destina. Pode, assim, ser dividida entre *bissexual*, quando a atração é orientada a indivíduos de ambos os sexos, *homossexual*, quando a atração é orientada a somente indivíduos do mesmo sexo e *heterossexual*, quando a atração é orientada somente a indivíduos do sexo oposto (Brasil, 2012). No entanto, entendendo que a abertura trata da revelação da orientação sexual de um indivíduo em diversos espaços sociais, não faz sentido falar de uma abertura da orientação sexual heterossexual, já que, segundo a lógica social da heteronormatividade, a norma é que seja presumida a heterossexualidade de todos os indivíduos da sociedade, então apenas aqueles que divergem dessa norma tem a possibilidade de comunicar isso a outrem (Aragusuku & Lee, 2015).

Da mesma forma, não está incluso no processo de abertura aqui descrito a revelação da *identidade de gênero*, que se refere à identificação subjetiva por parte de um indivíduo com um determinado gênero, que pode ou não estar de acordo com o gênero ao qual ele foi designado ao nascer. Isso porque os processos de formação da identidade de gênero e da orientação sexual são

distintos, além de costumarem ocorrer em momentos diferentes da formação do indivíduo – a saber, a percepção da identidade de gênero costuma ocorrer na primeira infância enquanto que a orientação sexual começa a ser percebida no final da infância e início da adolescência (Kennedy, 2010). No que diz respeito à abertura, enquanto que a vivência da orientação sexual pode ser mais facilmente velada, a omissão da vivência da identidade de gênero denota uma complexidade que irá depender, em grande parte, do grau de *passabilidade* do indivíduo, ou seja, do quanto ele é lido socialmente como pertencente ao gênero com o qual se identifica (Jesus, 2012).

Pesquisas internacionais com mulheres lésbicas tem demonstrado que a abertura apresenta relação com alguns fatores que dizem respeito à saúde desse grupo minoritário (Feinstein, Dyar & London, 2016; Morris, Waldo & Rothblum, 2001; Tabaac, Perrin & Trujillo, 2015; Toledo & Filho, 2013). Entre esses fatores estão: a menor busca por atendimento de saúde, maior percepção de suporte social, maior ou menor saúde mental, menor estresse psicológico, menor homofobia internalizada e menor uso abusivo de álcool e drogas. No Brasil, estudos que buscaram observar a maneira como a abertura se relaciona com cuidados com a saúde em mulheres lésbicas são ainda incipientes.

Um estudo brasileiro qualitativo sobre homofobia intrafamiliar com mulheres lésbicas apontou que, dentre as participantes, apenas aquelas que não eram abertas sobre sua sexualidade com familiares não recebiam ataques diretos de homofobia, ainda que todas percebessem a desaprovação por parte dos familiares sobre uma orientação não-heterossexual e estivessem cientes que caso a sua sexualidade fosse revelada, haveria represália (Toledo & Teixeira Filho, 2013). A abertura da orientação sexual tende a ocorrer inicialmente para grupos que ofereçam o menor risco social. Dessa forma, os primeiros para quem se revela a identidade sexual são outros membros de minorias sexuais, em seguida para amigos próximos, colegas e por último para familiares, que representariam, portanto, o grupo que oferece maior risco social para o indivíduo (Kosciw, Palmer & Kull, 2014). Por outro lado, a abertura para familiares pode estar associada à formação de maior resiliência entre minorias sexuais e, nessa relação, a percepção do suporte familiar tem papel moderador (Heath, 2018).

É possível encontrar na literatura internacional estudos feitos com mulheres pertencentes a

minorias sexuais que trazem tentativas de construir uma corrente teórica entre a variável abertura e outras variáveis que com ela podem se relacionar, seja de forma preditiva ou como efeito da mesma (Feinstein, Dyar & London, 2016; Morris, Tabaac, Perrin & Trujillo, 2015; Toledo & Filho, 2013). No estudo feito por Morris, Waldo e Rothblum (2001), o modelo descrito previu também que abertura estaria inversamente relacionada com estresse psicológico.

A abertura pode, por outro lado, expor mulheres de minorias sexuais a mais situações de discriminação e preconceito, por isso, essa variável tem sido associada na literatura tanto a níveis maiores como menores de problemas psicossociais como ansiedade e depressão, apesar de também ter sido associada a níveis maiores de bem-estar individual (Kosciw, Palmer & Kull, 2014). O'Connor (2016) ressalta que a variável abertura apresentada como um fator redutor de estresse é algo recente: em estudos realizados há mais de vinte anos atrás, ter sua orientação sexual exposta previa altos níveis de estresse e adoecimento psicossocial. Esses dados podem apontar para prováveis mudanças na forma como o meio social e a comunidade tem se relacionado com o sujeito não-heterossexual e com sua orientação.

Há de se observar, entretanto, que a abertura costuma aparecer de diferentes maneiras em mulheres a depender do contexto social e econômico em que elas se encontram, costumando estar mais presente em mulheres com maior renda e nível de escolaridade. Além disso, a abertura costuma atuar de formas distintas a partir de diferenças na etnia/raça e de a qual grupo de minoria sexual ela faz parte – lésbicas ou bissexuais (Feinstein, Dyar & London, 2016; Morris, Waldo & Rothblum, 2001; Tabaac, Perrin & Trujillo, 2015). Em um estudo feito nos Estados Unidos, mulheres lésbicas negras, classificadas como afro-americanas, foram menos abertas do que latino-americanas e europeu-americanas. Apesar disso, o tempo de identificação das afro-americanas respondentes era relativamente maior do que os outros grupos. Ou seja, as mulheres negras desse estudo já se identificavam como lésbicas a mais tempo do que os outros grupos étnico-raciais, apesar de não relatarem sua orientação para outrem (Morris, Waldo & Rothblum, 2001).

O estudo de Morris, Waldo e Rothblum (2001) argumenta que isso pode ter a ver com o “risco-

triplo” ao qual mulheres, negras e de minorias sexuais estão sujeitas. Dessa forma, é possível que Afro-americanas respondentes, já sentindo a opressão de gênero e raça, tenham tido maior cautela quanto à abertura, mesmo tendo se identificado como lésbicas há um tempo maior. Essa explicação também se aplica a por que as mulheres de descendência afro desse estudo apresentaram maior estresse psicológico do que as de descendência europeia. Estudos como esses evidenciam a necessidade de se observar que, ao tratar da variável abertura, bem como de variáveis relativas à saúde de mulheres lésbicas, há de se levar em conta diferenças étnico-raciais que podem exercer influência sobre como essas variáveis se relacionam.

Outra diferenciação necessária é a feita entre o grupo de mulheres lésbicas e o grupo de mulheres bissexuais. Feinstein, Dyar e London (2016) afirmam que bissexuais, além de estarem em risco de experienciar discriminação por heterossexuais, são segregadas por membros da própria comunidade LGBT. Tal fato faz com que seja mais difícil para esse grupo encontrar suporte da comunidade para lidar com fatores estressores específicos que vivenciam, tendo assim um impacto negativo na sua saúde mental. O resultado pode ser um afastamento da comunidade LGBT e uma menor abertura sobre sua sexualidade. Os resultados desse estudo demonstraram também que abertura e envolvimento com a comunidade foram fatores de risco para uso abusivo de álcool e drogas em mulheres bissexuais, mas não em mulheres lésbicas. Evidenciando que há uma diferença entre essas experiências a depender do grupo minoritário, que no estudo é mediada pela percepção de discriminação por parte de mulheres bissexuais. Esse estudo ressalta portanto a importância de dividir os subgrupos de minorias sexuais femininas em vez de estudá-las como um todo.

A abertura da orientação sexual está associada tanto em aspectos da saúde mental, como no próprio acesso ao serviço de saúde e em cuidados preventivos em saúde entre mulheres lésbicas (Pierre, 2017). Partindo dessa perspectiva, pode ser pontuada a relevância em se promover um estudo brasileiro, feito com mulheres lésbicas, que observe as relações entre preditores e efeitos associados à variável abertura e sua relação com a saúde, levando em conta as diferenças sociodemográficas dessas mulheres no acesso à saúde. Reunir dados científicos que demonstrem a importância da

abertura para os cuidados com a saúde desse grupo pode servir para embasar documentos de orientação para profissionais da saúde, de forma a ampliar o alcance e a qualidade do atendimento prestado.

Assim, a presente dissertação tem como proposta colaborar com a compreensão sobre como a variável abertura da orientação sexual influencia na saúde de mulheres lésbicas no contexto brasileiro. Para isso, foi inicialmente realizada uma revisão integrativa da literatura em português e inglês, para caracterizar a literatura científica atual disponível sobre a variável abertura em mulheres lésbicas e aspectos da saúde e, em seguida, realizou-se um estudo de desenho quantitativo que propôs uma investigação em que a variável abertura foi manipulada em uma amostra de mulheres lésbicas brasileiras.

Essa pesquisa possibilitou descrever como a abertura tem sido conceituada e mensurada na literatura científica, e como essa variável tem se relacionado à saúde de mulheres lésbicas. Foram em seguida descritos os dados sociodemográficos de mulheres lésbicas brasileiras e seus escores de queixas de saúde mental, acesso ao serviço de saúde e abertura para com o profissional de saúde, identificando os escores de Abertura e Homofobia Internalizada. Por fim, foi possível observar fatores associados à prevenção sexual e reprodutiva em mulheres lésbicas. A principal hipótese para este trabalho foi a de que em mulheres lésbicas brasileiras com queixas de saúde mental, a abertura e a homofobia internalizada exercem influência no acesso ao serviço de saúde, o que por conseguinte afeta sua prevenção sexual e reprodutiva. Esse estudo pode servir de base para uma melhor compreensão das demandas específicas de mulheres lésbicas, que podem orientar profissionais a um atendimento mais condizente com suas necessidades.

ESTUDO 1 - ABERTURA EM MULHERES LÉSBICAS E IMPLICAÇÕES DA VARIÁVEL PARA A SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

O termo abertura, utilizado para este estudo, aparece como uma possível tradução do conceito em inglês *outness*, que significa o quão aberta uma pessoa é sobre sua orientação sexual nos espaços sociais que frequenta, ou seja, o quão revelada ou omitida é a sua identidade sexual (O'Connor, 2016). Em estudos realizados na língua inglesa, o construto da abertura da identidade sexual pode estar apresentado como *outness* ou *disclosure* (Brooks, et al., 2018; Kluttz, 2014).

Embora não via de regra, observa-se o uso do termo *outness*, de maneira geral, em estudos que trabalham com essa variável de forma contínua, ao passo que o uso do termo *disclosure* é feito quando se trabalha com a relevação no formato de uma variável discreta (Orne, 2011; Wilkerson, Noor, Galos & Simon-Rosser, 2016). Em português, ela costuma ser referenciada nos trabalhos empíricos ou pelo senso comum como “revelação da orientação sexual” ou como “saída do armário”, não existindo ainda um conceito único e bem estruturado para uso acadêmico. Por isso, neste trabalho, buscaremos utilizar a denominação “abertura” (Marques, Oliveira & Nogueira, 2013; Sousa et al., 2014).

A abertura tem aparecido recorrentemente como objeto de investigação em estudos internacionais com a população de Lésbicas, Gays e Bissexuais, sendo considerada como um aspecto relevante da vida dessas populações, por estar associada a bem-estar (Whitman & Nadal, 2015) e saúde mental (Feldman & Wright, 2013). Em estudos estrangeiros feitos com mulheres lésbicas, a abertura tem aparecido como uma variável importante no que se refere à saúde mental, estando associada ao estresse de minoria (Lewis, Kholodkov & Derlega, 2012; Meyer, 2003) e a níveis maiores ou menores de ansiedade e depressão (Kerr & Emerson, 2004). Ao mesmo tempo, aparece como um aspecto relevante no que diz respeito aos cuidados em saúde sexual (Sobecki-Rausch, Brown & Gaupp, 2017) e física (Meads, Buckley & Sanderson, 2007) dessas mulheres, principalmente focando na interação com o profissional de saúde no momento do atendimento (Dahl, Fylkesnes, Sørli & Malterud, 2013; Hayman & Wilkes, 2016; Pierre, 2012).

O que tais estudos têm discutido é que a revelação ou não da orientação sexual, de maneira geral, associa-se a diferentes aspectos da saúde de mulheres lésbicas, como também sua influência aparece de forma mais evidente nas situações de atendimento em saúde (Meads, Buckley & Sanderson, 2007; Pierre, 2012; Stevens, 1992). Esses estudos ressaltam a importância do agente ou profissional de saúde perguntar sobre a orientação sexual da paciente e de se informar sobre suas práticas sexuais para um cuidado de saúde de qualidade, já que a não-abertura por parte das pacientes leva também a presunções heterossexuais, o que pode vir a desfavorecer os cuidados prestados (Sobecki-Rausch, Brown & Gaupp, 2017).

O que a literatura tem reportado, entretanto, é a prevalência de práticas preconceituosas por parte dos agentes de saúde (Dahl, Fylkesnes, Sørli & Malterud, 2013, Stevens, 1992), fazendo com que as pacientes evitem buscar cuidados de saúde quando necessário ou omitam a sua orientação sexual, por receio de experienciarem homofobia explícita ou implícita, durante o atendimento (Dahl, Fylkesnes, Sørli & Malterud, 2013, Hayman & Wilkes, 2016). Essa omissão tende a comprometer a qualidade do atendimento, especialmente no caso de mulheres lésbicas, pois gera uma experiência que não corresponde à realidade das condições sociais e de saúde em que essa mulher se encontra, já que desconsidera possíveis situações de exposição à eventos estressores que podem comprometer sua saúde (Meyer, 2003).

No que diz respeito à produção brasileira em português sobre abertura, uma revisão de literatura sobre as repercussões do processo de abertura para familiares reportou que, de maneira geral, indivíduos de minorias sexuais costumam não experienciar acolhimento familiar a priori, embora isso possa vir a ser modificado, com o passar o tempo, em alguns casos (Nascimento & Scorsolini-Comin, 2018). Ainda, um estudo qualitativo sobre homofobia intrafamiliar com mulheres lésbicas apontou que apenas aquelas que não revelavam sua orientação sexual para familiares não recebiam ataques diretos de homofobia, ainda que todas percebessem a desaprovação por parte dos familiares sobre uma orientação não-heterossexual e estivessem cientes que caso a sua sexualidade fosse revelada, haveria represália (Toledo & Teixeira-Filho, 2013).

Esses estudos demonstram que, na produção brasileira em português, a abertura tem sido considerada como um conceito presente na vida de mulheres lésbicas. No entanto, em estudos brasileiros sobre a saúde de mulheres lésbicas, como os que se fazem presentes nas revisões de literatura de Marques, Oliveira e Nogueira (2013) e Souza et al. (2014), pouco é mencionado sobre a importância da abertura. Nesses estudos, a abertura não aparece como tema central e, quando mencionada, é abordada apenas de forma superficial.

Esse cenário é agravado pela inexistência de um construto bem definido em português para se referir à abertura da orientação sexual, o que permitiria seu uso uniforme em pesquisas empíricas. Em publicações na língua inglesa, é utilizada uma definição operacional da abertura, ou seja, a maior parte das tentativas de trabalhar com esse construto tem focado em quantificá-lo para então medi-lo. A exemplo disso, Meidlinger e Hope (2014) propõem uma escala que mede inicialmente a quantidade de membros de diversos grupos sociais (Ex: Membros da família imediata e estendida; Pessoas com quem você socializa) que sabem sobre a orientação sexual e, em seguida, perguntam sobre a frequência com a qual se evita falar sobre tópicos relacionados à ou que indiquem a orientação sexual, como por exemplo, evitar falar sobre o(a) parceiro(a) diante desses mesmos grupos sociais.

Similarmente, no *Outness Inventory* (Mohr & Fassinger, 2000), a medida de abertura se dá por marcação de item único através de múltiplos grupos sociais que dizem se um indivíduo ou grupo sabe ou não sobre a orientação sexual do respondente e o quanto que essa orientação é discutida em uma medida única e contínua. Os escores de vários grupos sociais são então combinados em pontuações gerais. De forma mais completa, Van Dam (2015), propõe uma medida de abertura entre mulheres lésbicas que leva também em conta outros contextos sociais, como a abertura para com profissionais de saúde e – nos casos de respondentes que tem filhos – com pessoas próximas aos filhos(as) das participantes (Ex: Abertura para com o(a) diretor(a) da escola de seu(sua) filho(a)).

Embora algumas dessas escalas trabalhem também com a população bissexual, essa tem demonstrado obter uma relação possivelmente mais complexa com a abertura, por requerer uma forma de divulgação mais explícita, ou mesmo de trânsito entre revelação e omissão. Meidlinger e

Hope (2014) citam como exemplo que indivíduos gays, lésbicas e heterossexuais podem indicar sua orientação sexual a partir da menção casual do gênero de seu(sua) parceiro(a), enquanto que para bissexuais a abertura pode requerer mais esclarecimentos.

Com base no que foi exposto, faz-se necessário discutir a influência da variável abertura, tanto no contexto de atendimento em saúde como na saúde geral, mental, sexual e reprodutiva de mulheres pertencentes a grupos de minorias sexuais. Opta-se aqui entretanto por limitar este estudo a abertura em mulheres lésbicas, entendendo as especificidades requeridas na análise desse construto na população bissexual.

Tem-se como objetivo sintetizar a produção científica acerca da relação da variável abertura com aspectos da saúde de mulheres lésbicas, a partir de uma revisão integrativa da literatura publicada em português e inglês acerca do tema. Antecipa-se que a maior parte dos estudos sejam publicados em língua inglesa, tendo em vista a já mencionada pouca atenção que a produção científica brasileira tem dado ao tema. O presente estudo busca, portanto, sintetizar as produções científicas atuais, com ênfase para como a variável abertura tem sido conceituada e mensurada e como tem se relacionado à saúde de mulheres lésbicas. Além disso, buscar-se-á oferecer uma versão em português do corpo de conhecimentos já produzidos sobre o tema, ampliando seu acesso por pesquisadores(ras) fluentes nesta língua.

Método

Nesta pesquisa optou-se por reunir estudos primários relevantes, recuperados em bancos de dados de forma sistemática (Costa & Zolowski, 1995). No entanto, a análise dos dados retirados dos estudos visou possibilitar discussões gerais e amplas a respeito de uma área de estudo específica – em particular, a abertura e saúde de mulheres lésbicas. Foi proposta uma síntese dos métodos utilizados e dos resultados advindos das pesquisas no sentido de permitir reflexões para a realização de novos estudos. Trata-se portanto de uma revisão integrativa da literatura (Mendes, Silveira & Galvão, 2008).

Procedimento

Seguiram-se seis etapas no levantamento da literatura, em resumo: 1) Inicialmente foi feita uma delimitação da questão a ser pesquisada; 2) em seguida, foram escolhidas as bases de dados e os descritores para a busca e, após sua realização; 3) os resultados foram armazenados para; 4) em seguida passarem pelo crivo dos critérios de inclusão e exclusão, a partir da leitura do resumo. 5) Os artigos que passaram pela última fase do crivo foram avaliados e tiveram então seus dados extraídos. 6) Por último, foi feita uma síntese e interpretação desses dados (Mendes, Silveira & Galvão, 2008).

Coleta de dados

Para a realização deste estudo foram escolhidas e consultadas bases de dados que contêm um corpo de publicações na área da saúde, sendo elas: PUBMED, Periódicos Eletrônicos de Psicologia (PePSIC), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Index Psi e PsycINFO, acessadas via Portal CAPES para garantir uma ampliação do corpo de artigos disponíveis. Os descritores de buscas propostos foram: “*lesbian*” OR “*female homosexuality*” OR “*gay women*” AND “*coming out*” OR “*outness*” OR “*disclosure*” OR “*outing*”; assim como seus correspondentes em português: “lésbica” OR “homossexualidade feminina” OR “mulheres gays” AND “saída do armário” OR “abertura” OR “divulgação” OR “revelação” com critério de presença no título ou no resumo (*abstract*). Optou-se por utilizar o descritor “abertura” em português, mesmo reconhecendo sua limitação, para garantir a rigidez metodológica desta revisão e pela ausência de uma tradução única e bem definida nesse idioma. Os outros descritores foram utilizados pelo reconhecimento do seu uso, como sinônimos, em pesquisas sobre abertura. As buscas nas bases de dados foram realizadas durante o mês de janeiro de 2019.

Os artigos encontrados nesse primeiro momento passaram por uma avaliação a partir de critérios de inclusão e exclusão. Os critérios de inclusão foram: 1) Artigos indexados e de livre acesso; 2) Artigos empíricos; 3) Artigos publicados nos idiomas português e inglês; 4) Artigos disponíveis em sua versão completa; 5) Artigos com tema central a abertura da orientação sexual e implicações

para saúde – geral, mental, sexual e reprodutiva e 6) Composto por apenas participantes mulheres lésbicas. 7) Artigos que relacionassem abertura com aspectos da saúde de mulheres lésbicas. Foram, em seguida, excluídos: artigos duplicados; outras revisões de literatura; artigos de escalas; e estudos cujo objetivo tratava do tema da abertura entre mulheres lésbicas, mas não a relacionava com aspectos da saúde. Não foi estabelecido um critério temporal para a seleção das publicações.

Em pesquisas preliminares, notou-se que a maior parte dos trabalhos encontrados que se qualificam para a participação neste estudo são de publicação em inglês, havendo uma grande dificuldade de se encontrar literatura em português que considere, ao mesmo tempo, a abertura da orientação sexual e a saúde de grupos sexuais minoritários, especialmente que tenha como grupo foco mulheres lésbicas. No entanto, manteve-se dentro dos critérios de inclusão artigos nesses dois idiomas, pela pretensão de se explicitar a lacuna em português sobre o tema, ao mesmo tempo ampliando o acesso aos dados publicados em inglês.

Foi realizada uma primeira seleção, através do exame dos resumos, na qual foram aplicados os critérios de inclusão e exclusão. Os artigos restantes foram recuperados por completo e submetidos à avaliação de dois juízes independentes – um pesquisador pós-doutor na área de sexualidade e uma estudante de mestrado, ambos integrantes de um grupo de pesquisa sobre sexualidade e gênero. Em seguida, realizou-se um Teste de Relevância, que consiste em uma lista de perguntas claras que geram respostas afirmativas ou negativas sobre a relevância dos estudos, por exemplo, se no estudo a definição do problema está clara ou se a investigação possui metodologia adequada (Pereira, 2006). Ao final, todos os artigos incluídos e excluídos estiveram de acordo com as ponderações dos juízes. Os estudos presentes na seleção final tiveram seus dados extraídos e armazenados de forma a facilitar a análise dos mesmos.

Análise de dados

Para a síntese e a interpretação dos dados coletados, foi inicialmente realizada uma análise no intuito de traçar o perfil da produção científica representativa do banco de dados final. Nesse ponto,

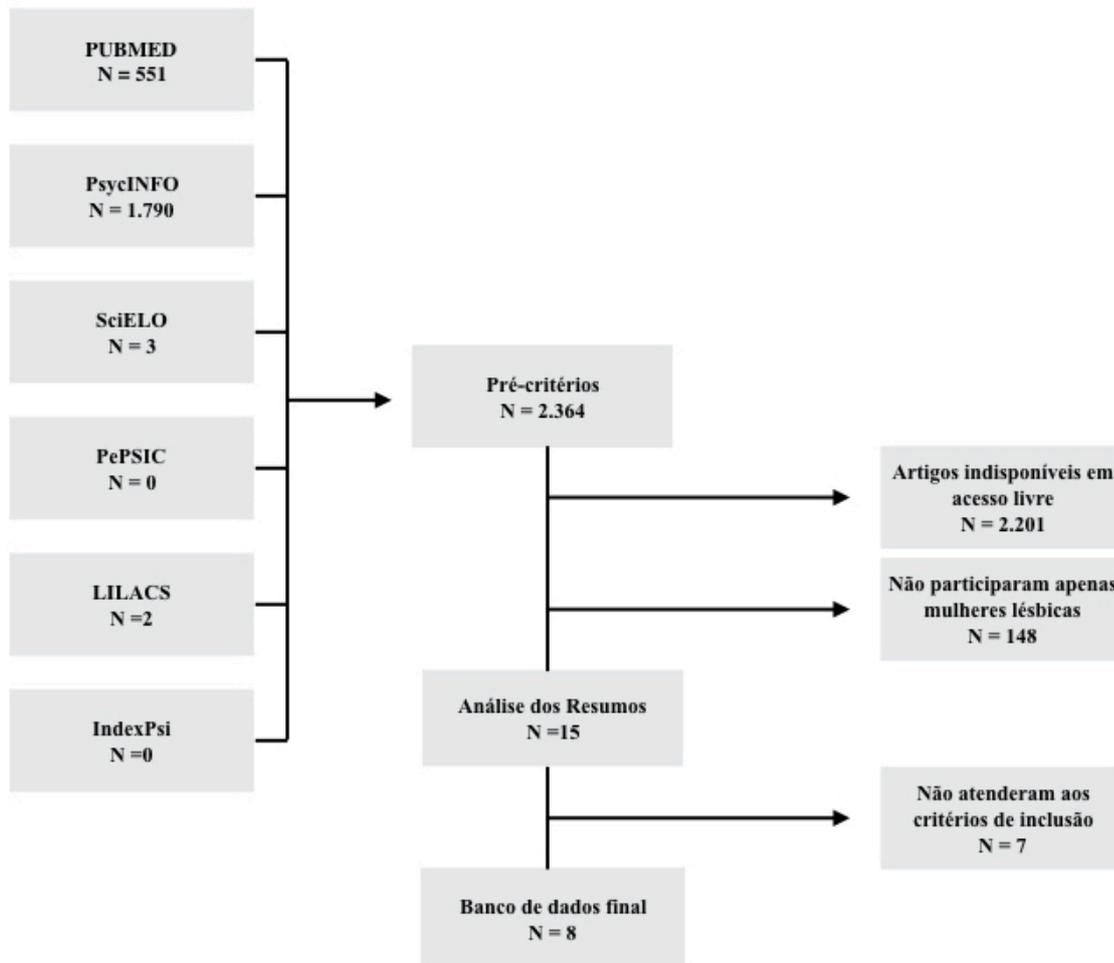
foram descritos detalhes dos estudos, tais como o nome do primeiro autor, ano, objetivo principal do estudo, local(is) de realização do estudo e principais resultados (Tabela 1).

Em seguida, foi realizada uma análise de natureza qualitativa, tomando como base a análise de conteúdos temáticos de Braun e Clarke (2006). Por esse método, o processo de codificação é continuamente desenvolvido e definido durante toda a análise. Foi assim executada uma leitura inicial e flutuante dos artigos na íntegra, no sentido de proporcionar uma imersão nos mesmos que tornasse familiar a profundidade e amplitude do conteúdo. Em seguida, foram formuladas codificações iniciais para os dados obtidos que partiram de uma observação sobre as similaridades e disparidades entre os dados contidos nos diferentes artigos. Foi feita uma busca por temas a partir da ordenação e categorização dos códigos anteriormente formulados. Por fim, esses temas foram revisados e nomeados de forma a garantir que estivessem correspondentes com a nomenclatura já postulada na literatura sobre o tema.

Resultados

Identificou-se mediante a busca inicial nas bases de dados um total de 2.364 estudos (PUBMED: 551; PsycINFO: 1.790; SciELO: 3; PePSIC: 0; LILACS: 20; IndexPsi: 0). Após a inclusão do critério *open-access* esse número caiu para 163 (PUBMED: 118; PsycINFO: 22; SciELO: 3; LILACS: 20), esses valores não retiram de consideração estudos encontrados em mais de uma plataforma.

Figura 1 – Fluxograma dos critérios de inclusão e exclusão utilizados para seleção dos estudos.



Esses artigos foram encaminhados aos juízes e submetidos a um teste de relevância, a partir das diretrizes descritas no trabalho de Pereira (2006). Como pode ser observado na Figura 1, os critérios que mais condicionaram a exclusão dos artigos foram: artigos que não estavam disponíveis em acesso livre *on-line* ($n = 2.201$) e artigos que não possuíam apenas mulheres lésbicas como participantes ($n = 148$). Foram também retirados estudos que não possuíam como tema central a abertura e aspectos da saúde de mulheres lésbicas ($n = 7$). Enfim, foram incluídos 08 estudos que compuseram o corpo de análise deste trabalho. Para uma melhor organização, as referências completas dos estudos incluídos nesta revisão estão destacadas com asterisco (*).

O presente trabalho teve como objetivo sintetizar a produção científica acerca da relação da

variável abertura com aspectos da saúde de mulheres lésbicas, a partir de uma revisão integrativa da literatura em inglês e português sobre o tema. É importante notar entretanto que devido à grande disparidade entre as diferentes nações e culturas nas quais as oito pesquisas foram realizadas, comparações entre as mesmas devem ser feitas com cautela. Apesar disso, todos os artigos aqui analisados reportaram resultados, de maneira geral, semelhantes.

Houve uma grande diminuição no número de achados quando incluso o critério de acesso livre, o que demonstra que apenas uma quantidade limitada de produção científica sobre o tema está acessível à maior parte da comunidade científica. Esse tipo de restrição, além de diminuir o fator de impacto de um artigo científico, reduz a possibilidade de ampliação da investigação de sua temática (Jeffery, 2006). No caso de produções sobre mulheres lésbicas, que já são incipientes (Marques, Oliveira & Nogueira, 2013; Roberts, 2001), esse tipo de restrição pode tornar mais dificultosa a ampliação e o acesso ao conhecimento na área.

Sete dos oito estudos analisados foram realizados com populações estrangeiras – Alemanha, Canadá, China, Estados Unidos e Noruega – com exceção de um, realizado e publicado no Brasil. A baixa produção brasileira sobre o tema foi evidenciada a partir da baixa presença dos descritores em bases de dados nacionais. Com o objetivo de facilitar o entendimento do leitor, os oito estudos foram enumerados e serão referenciados através dessa numeração nos resultados e discussão (ex: Estudo 1, Estudo 2, etc.).

Tabela 1: Levantamento dos estudos sobre abertura e saúde de lésbicas em: PUBMED, PsycINFO, SciELO e LILACS.

Nº	Detalhes do estudo	Objetivo geral	País de realização	Principais resultados
Estudo 1	Araújo, Galvão, Saraiva & Albuquerque (2006)	Descrever a experiência vivenciada por uma mulher homossexual atendida em uma unidade de saúde.	Brasil	Sugere-se a existência de uma fragilidade das relações interpessoais entre mulheres lésbicas e serviços de saúde que se relaciona à falta de comunicação durante o atendimento que impossibilita o desenvolvimento de um trabalho educativo de prevenção.
Estudo	Steele,	Testar a influência entre	(1) Canadá	Percepção de abordagem gay-positiva

2	Tinmouth & Lu (2006)	pergunta por parte do provedor de saúde sobre orientação sexual, (2) postura gay-positiva do provedor de saúde e (3) abertura de pacientes em uso regular de atendimento de saúde em uma amostra de mulheres Canadenses		por parte do profissional e nível de abertura geral da paciente previram abertura para o profissional de saúde. Esta, por sua vez juntamente com status de saúde foi preditor de uso regular de serviços de saúde.
Estudo 3	Bjorkman & Malterud (2007)	Explorar experiências de pacientes sobre abertura de uma orientação lésbica para clínicos-gerais, (CGs) focando no que elas acham importante e no que CGs podem fazer para promover abertura.	Noruega	Abertura para o profissional pode ser uma informação médica relevante por explicar circunstâncias de vida e gerar um sentimento de autenticidade na paciente. O uso intencional de técnicas de anamnese pode facilitar abertura.
Estudo 4	Bjorkman & Malterud (2009)	Explorar experiências de atendimento em saúde de mulheres lésbicas especificamente relacionadas à orientação sexual para alcançar conhecimento que pode contribuir para uma maior qualidade no atendimento de saúde de mulheres lésbicas.	Noruega	Três aspectos sobre o profissional de saúde foram ressaltados: Consciência sobre a importância da abertura; Atitudes sobre homossexualidade; e Conhecimento médico sobre demandas de saúde de mulheres lésbicas.
Estudo 5	Hirschj, Löltgen & Becker (2016)	Descrever o acesso e as experiências de mulheres lésbicas no atendimento de saúde na Alemanha e acessar a responsabilização do clínico geral, comparada com outras especialidades que proporcionam serviço básico de saúde.	Alemanha	Lésbicas mais novas com níveis mais altos de educação e que estavam menos predispostas a se abrir com outras especialidades médicas estiveram mais propensas a revelar sua orientação para clínicos gerais.
Estudo 6	Chow & Cheng (2010)	Investigar a abertura para a família e amigos e sua relação com vergonha, heterossexismo internalizado, identidade lésbica e suporte social percebido em lésbicas chinesas de dois ambientes culturais deferentes – China continental e Hong-Kong.	China	Nos dois grupos, vergonha esteve associada a heterossexismo internalizado e à desvalorização da identidade lésbica que em seguida esteve associada a menor probabilidade de se abrir com outros. Suporte familiar esteve, em geral não associado à abertura, exceto para abertura para amigos no grupo de Hong-Kong.
Estudo 7	Barefoot, Smalley & Warren (2017)	Investigar a relação de <i>status</i> de minoria sexual, <i>background</i> rural nas experiências, comportamentos, crenças e	EUA	Lésbicas rurais possuíram menos crenças e atitudes que facilitam abertura para um profissional de saúde, experimentaram menos oportunidades de revelar a orientação

		atitudes de lésbicas em relação à abertura no atendimento de saúde.	durante o atendimento e comunicaram menos a orientação sexual para os profissionais de saúde quando comparadas com não-rurais.
Estudo 8	Aranda et al. (2015)	Examinar a relação entre abertura e depressão entre lésbicas auto-identificadas, Afro-americanas, Latinas e Brancas em duas entrevistas do tipo <i>survey</i> .	Mulheres lésbicas afro-americanas estiveram menos propensas a revelar a orientação para não-membros da família do que mulheres brancas. Apenas entre latinas, abertura com não-familiares esteve associada a menor depressão.

Como pode ser inferido a partir da Tabela 1, os oito artigos avaliados foram publicados entre os anos de 2006 e 2017, sendo o estudo brasileiro o mais antigo de todos. Os dois estudos realizados na Noruega (Estudos 3 e 4) possuem a mesma autoria. Os objetivos gerais de seis dentre os oitos estudos foram concernentes à abertura durante o atendimento em saúde, com foco principal no papel do profissional de saúde em facilitar essa abertura. Já o Estudo 6, realizado na China continental e em Hong Kong, buscou investigar a abertura em contextos sociais como a abertura para família e amigos, observando sua relação com suporte social percebido e com processos psicológicos internos tais como, vergonha, heterossexismo internalizado e identidade lésbica. De forma semelhante, o Estudo 8, realizado nos Estados Unidos, buscou observar os efeitos da abertura fora do contexto de atendimento, examinando a relação entre abertura e depressão entre lésbicas, levando em conta a interferência da variável racial/étnica em sua amostra.

Os estudos quantitativos foram predominantes – cinco dentre os oito – tendo sido utilizadas análises de trajetória, estatística descritiva, covariância, correlação e contingência, regressões e modelagem de equações estruturais. Os resultados advindos dessas análises estão dispostos abaixo e foram agrupados em duas categorias de análise: Definição e manipulação da variável abertura; Abertura no atendimento em saúde e em outros contextos. Em cada uma delas é proposta uma discussão para esses achados.

Definição e manipulação da variável abertura.

Como já exposto, a Abertura (*outness*) costuma ser acessada na literatura científica enquanto

uma verbalização da orientação sexual em diversos grupos sociais (família, amigos, etc), tratando-se nessa circunstância de uma variável contínua. Por outro lado, pode também se referir à revelação pontual da orientação sexual, como por exemplo durante o atendimento de saúde (*disclosure*), onde é analisada enquanto uma variável discreta (Orne, 2011; Wilkerson et al., 2015). Faz-se relevante, portanto, observar como a variável abertura tem sido conceituada e medida nos estudos aqui observados.

Dentre os oito artigos analisados, apenas dois definem conceitualmente a abertura. No Estudo 6, abertura é definida simplesmente como referente à revelação verbal ou comportamental da orientação sexual para outrem por minorias sexuais. Orne (2011) argumenta que pesquisadores não mais especificam o que a abertura significa em suas análises, e que isso se torna problemático pois faz com que esse construto permaneça conflituoso e com significados múltiplos.

Já no Estudo 8, abertura é definida como um construto que pode ser observado como um processo ou como um resultado, sendo que o processo de abertura da orientação sexual estaria definido a partir de estágios de formação da própria identidade sexual. Essa definição parece estar mais próxima do conceito de “*coming-out process*” que trata de todos os estágios de formação, identificação e posterior abertura da orientação sexual, e que tende a valorizar os fatores psicossociais envolvidos nesse processo (Chazin & Klugman, 2014; Martos, Nezhad & Meyer, 2015).

Nos Estudos 1, 2, 5 e 7, a abertura foi entendida como um resultado, um ponto no tempo em que o indivíduo se identifica como uma minoria sexual e revela isso para outrem. Esse tipo de abordagem denota que a abertura pode acontecer em qualquer encontro relacional. Assim, a decisão por revelar a orientação sofre influências de fatores sociais, demográficos e culturais como idade, local, crenças religiosas, entre outros (Lewis, Kholodkov & Derlega, 2012; Roberts, 2001; Stevens, 1992). Seguindo essa lógica, Orne (2011) propõe o uso de um novo termo “*strategic outness*”, que pode ser livremente traduzido como abertura estratégica e que remete a um gerenciamento contínuo e contextual da própria identidade sexual. Esse gerenciamento foi acessado de forma mais substancial através dos Estudos 1, 3 e 4, que pelo próprio desenho qualitativo, se basearam nos relatos descritivos

das pacientes sobre o momento de atendimento. Neles, foi identificado que apesar das possíveis interferências sociodemográficas da paciente, a postura do profissional tende a ser decisória na forma como a paciente gerencia sua abertura.

Assim como existem divergências na definição da abertura, a forma de mensurá-la também tende a variar, sendo que alguns trabalhos a avaliam como um indicador de item único com perguntas de sim ou não (Estudo 2), como uma escala de itens múltiplos (Estudos 5, 6 e 7), ou como ambos (Estudo 8). Especificamente neste banco de dados, os Estudos 6 e 7 foram os únicos a utilizar instrumentos validados para mensurar abertura (A saber, respectivamente: Uma versão reduzida do *Outness Inventory* contando apenas com 6 itens referentes à abertura para familiares e amigos com *alpha* de 0,82 para a amostra da China e 0,85 para a amostra de Hong Kong; e uma escala de 62 itens dividida em cinco subescalas com um total de 12 fatores com *alphas* variando entre 0,43 até 0,91). Nos Estudos 3 e 4, a ocorrência ou não de abertura *per se* não foi investigada, mas sim, as crenças das pacientes sobre a necessidade ou não de abertura e sobre como essa poderia ser estimulada pelos profissionais de saúde. Foram também perguntadas suas experiências com atendimento em saúde sendo lésbicas, algo semelhante ao que aconteceu no Estudo 1, que trata de um relato de caso de uma paciente lésbica em uma Unidade de Saúde brasileira.

A abertura foi medida no Estudo 8 através de um instrumento com itens múltiplos em que era indagado sobre a ocorrência de abertura em determinados grupos sociais (Pais, irmãos e não-membros da família), mantendo o olhar mais ontológico sobre o processo de abertura (Orne, 2011), que é mais uma vez condizente com o objetivo do estudo. Já no Estudo 6, foi utilizado o *Outness inventory* (Inventário de Abertura) de Mohr e Fassinger (2000). A escolha por uma medição através de escala oferece uma medida mais estável para o construto.

No caso do Estudo 8, mesmo não utilizando um instrumento validado, foi proposta uma abordagem bastante semelhante, onde participantes foram questionadas sobre o conhecimento da sua orientação sexual por membros da família (mãe, pai, irmãos) e membros da não-família (amigos e conhecidos, colegas de trabalho/escola e profissionais de saúde) e o nível de abertura foi definido por

um índice baseado na combinação dos itens dicotômicos (1=Sim; 0=Não), o que se assemelha ao tipo de mensuração utilizada em escalas como o *Outness Inventory* (Mohr & Fassinger, 2000) e a *Nebraska Outness Scale* (Meidlinger & Hope, 2014).

No estudo 7, apesar de tratar da situação de atendimento de saúde, foi o único a utilizar uma escala para esse tipo de análise. Esta permite que sejam acessados diversos aspectos concernentes ao processo de abertura no momento do atendimento, como atitudes e crenças da paciente que facilitaram abertura para os provedores de saúde, ocorrência de experiências de oportunidades para que a abertura acontecesse, a própria comunicação verbal da orientação sexual e reação do profissional de saúde para essa comunicação (Jamison, 2010). Isso difere em grande parte dos estudos que optam por tratar da abertura da orientação sexual para o profissional de saúde como uma pergunta dicotômica de sim ou não.

Os Estudos 2 e 5 trabalharam tanto com abertura geral como no contexto de atendimento. No Estudo 2, as respondentes pontuaram em uma escala de 0 a 1 para determinar se eram abertas com pais, parentes, vizinhos, conhecidos, colegas de trabalho, chefes e supervisores. Nesse caso, a abertura para diferentes pessoas seria somada, e números mais altos indicariam mulheres lésbicas mais abertas. De forma semelhante, no Estudo 5, as respondentes eram questionadas sobre abertura com amigos próximos e família de origem, além de serem perguntadas sobre o quanto, no geral, membros desses grupos sociais sabiam sobre sua orientação sexual. Além disso, em ambos estudos, as participantes foram questionadas sobre serem abertas ou não com seu principal contato médico.

Existe divergência quanto a qual seria a forma mais precisa para se mensurar a abertura. Embora a maior parte da literatura defenda que uma escala multi-itens, como o *Outness Inventory* (Mohr & Fassinger, 2000), por exemplo, seja a forma mais adequada, Wilkerson et al. (2016) realizaram um estudo utilizando esse inventário e comparando-o com uma mensuração a partir de um indicador de abertura de item único. Foi encontrado por eles que, contrário à premissa de superioridade da escala multi-itens, o indicador de item único demonstrou resultados mais fidedignos.

O problema com um indicador de item único, como apontado por Orne (2011), é que ele não

leva em consideração os diversos contextos sociais, demográficos e relacionais que podem estar envolvidos com a escolha por revelar a orientação sexual. Esse indicador também se limita a definir o quão aberto um sujeito é a partir de uma autoavaliação que não leva necessariamente em conta os momentos específicos em que uma pessoa negocia a possibilidade de abertura (Estudos 1, 3 e 4).

Em suma, no que concerne à variável abertura, não parece existir um consenso sobre sua conceituação e manipulação nos estudos científicos, o que pode gerar dificuldades ao se tentar fazer comparações entre os diferentes trabalhos, principalmente levando em conta os diversos contextos (sociais e demográficos) em que essa abertura venha ou não a acontecer. Percebe-se que em trabalhos que buscam observar a influência da abertura em aspectos da saúde de mulheres lésbicas, para além das situações de atendimento, há uma preocupação maior com a conceituação, mas essa nem sempre se estende às propostas de medição utilizadas.

Abertura no atendimento de saúde e em outros contextos

Tem sido prática recorrente nos estudos sobre abertura a prevalência da atenção para o contexto de atendimento em saúde (Dahl, Fylkesnes, Sørli & Malterud, 2013; Hayman & Wilkes, 2016; Meads, Buckley & Sanderson, 2007; Pierre, 2012; Sobecki-Rausch, Brown & Gaupp, 2017). Seis dos oito artigos aqui analisados trabalharam com a variável abertura para com o profissional de saúde no momento do atendimento. Os estudos aqui analisados contribuem para o entendimento da variável abertura e de sua relação com a saúde de mulheres lésbicas. Aponta-se para uma dificuldade por parte de mulheres lésbicas para serem abertas com os profissionais de saúde no momento do atendimento e desses profissionais em proporcionarem um ambiente favorável a essa abertura. Para além disso, os artigos analisados trazem para a luz algumas relações entre abertura e processos de adoecimento psicológico em mulheres lésbicas fora do contexto de atendimento.

A abertura no atendimento de saúde pode proporcionar um cuidado mais integralizado, personificado e verdadeiro em alguns casos, principalmente na situação de atendimento ginecológico (Estudos 3, 4 e 5). Pode, por outro lado, ser considerada como menos relevante em outros tipos de atendimento, como odontológico, por exemplo. De maneira geral, mulheres lésbicas enfrentam

inúmeras barreiras para revelar sua orientação sexual nos serviços de saúde, temendo principalmente que isso tenha um impacto negativo na qualidade da assistência (Estudos 1, 2, 3, 4, 5 e 7).

Mulheres lésbicas no Estudo 4 sentiram-se obrigadas a revelar a orientação quando em situações de vulnerabilidade, por exemplo, no momento em que o médico ginecologista insiste em fazer um exame de pélvis por detectar uma inconsistência na anamnese, como a mulher dizer ser sexualmente ativa, não usar preservativo e ainda assim relatar não ter risco de gravidez. Outro tipo de problema enfrentado por mulheres lésbicas nesse tipo de atendimento é o de quando elas revelam a orientação sexual, é presumido pelos agente de saúde que elas não pratiquem penetração, o que acaba por desconsiderar possíveis problemas relacionados a esse desinteresse como a vaginite (Sobecki-Raush, Brown & Gaup, 2017).

Os estudos tendem a focar na perspectiva da responsabilização dos prestadores de saúde em uma capacitação continuada e permanente para atender demandas de mulheres lésbicas (Estudos 1, 2, 3, 4, 5 e 7). O que se tem observado é que os profissionais de saúde não costumam perguntar a orientação ou mesmo sobre o comportamento sexual das pacientes (Estudos 1, 2, 4 e 5). No Estudo 2, discute-se que perguntar sobre a orientação sexual e criar um ambiente gay-positivo foi mais fortemente associado a abertura no atendimento do que o nível de abertura em outros contextos sociais das participantes. Particularmente, provedores de saúde heterossexuais tendem a preferir implicitamente atender pessoas heterossexuais em vez de lésbicas ou homens gays (Sabin, Riskind & Nosek, 2015).

O Estudo 4 faz uma discussão das implicações de abertura, atitude do profissional e conhecimentos sobre a lesbianidade e cuidados de saúde para um bom atendimento dessa população. É enfatizado que a decisão da paciente sobre a abertura precisa vir acompanhada de uma atitude gay-positiva por parte do profissional de saúde. Ainda, que essa atitude não pode compensar a falta de conhecimento sobre práticas sexuais e demandas de cuidados lésbicos. Além disso, esse estudo faz considerações importantes sobre maus tratos no atendimento psicoterápico e pontua sobre a grande importância desse tipo de acompanhamento no processo de formação da identidade lésbica e de

abertura da mesma (*coming-out process*). A Associação de Psicologia Americana (APA) faz extensivas recomendações para profissionais da psicologia em relação à minorias sexuais, para que desenvolvam um processo terapêutico focado no aumento das habilidades do cliente para reconhecer, compreender e integrar sua orientação sexual, assim reduzindo os efeitos estressores associados ao estigma social (APA, 2009).

Nos estudos analisados que envolviam a abertura no atendimento de saúde, as mulheres participantes já costumavam frequentar serviços de saúde e estiveram mais propensas à abertura nesses contextos (Estudos 1, 2, 3, 4, 5 e 7). Mulheres mais novas e com maior nível educacional costumam ser mais abertas do que mulheres mais velhas e com baixo nível educacional (Estudo 5). Por outro lado, pacientes que estão desconfortáveis com sua própria sexualidade ou que tem baixa abertura em geral estão menos propensas a revelar a orientação sexual (Estudos 1 e 3).

A grande maioria da população dos estudos analisados aqui, foi formada por mulheres brancas, em geral com alto nível educacional e com boa renda. Esses fatores são tidos como uma limitação pela dificuldade em conseguir participantes que sejam mais representativas da população geral de lésbicas (Pierre, 2013). Dificuldade que também foi pontuada pelo Estudo 7, que ressalta que as amostras nos estudos com mulheres lésbicas costumam ser de conveniência, o que gera implicações quanto a sua generalização, mas, ao mesmo tempo, tem sido a estratégia mais utilizada para acessar essas mulheres.

Para Roberts (2001), uma grande dificuldade nos trabalhos com saúde de mulheres lésbicas está na forma aplicada para amostragem e nas estratégias para recrutamento de participantes. Por conta da grande homogeneização do perfil das participantes dos estudos, generalizações são complicadas, sendo importante focar em estratégias para ampliar a variedade de perfis sociodemográficos. Meyer (2003) também contribui para essa discussão trazendo a importância da interseccionalidade que é inerente ao seu modelo de estresse de minoria, já que ele mesmo sugere que lésbicas negras potencialmente enfrentam formas de estresse únicas e persistentes por serem membros de mais de um grupo social marginalizado, o que por si só já aumenta seus riscos para adoecimento

psicológico.

Dentre as estratégias de recrutamento utilizadas, foram citadas: propagandas em jornais e revistas e sites LGBT, listas de e-mails, distribuição de panfletos em eventos e centros comunitários LGBT, panfletos em unidades básicas de saúde, utilização de bancos de dados de clínicas, entre outros. Alguns estudos como o 6, que trabalhou com a população Chinesa, 7, que trabalhou com lésbicas rurais e 8, que trabalhou com minorias étnico-raciais, foram pensados para acessar grupos populacionais que não são comumente incluídos em estudos científicos.

Particularmente no Estudo 8, o cuidado com amostragem foi colocado como uma prioridade, sendo explicitado que o público-alvo do estudo seriam mulheres de minorias raciais, mais velhas e de baixo status socioeconômico. Foi demonstrado que mulheres Afro-americanas, em comparação com lésbicas brancas, tinham menor probabilidade de abertura para pessoas fora do contexto familiar e que esse mesmo tipo de abertura em Latinas estava significativamente associado a menores níveis de depressão (Estudo 8).

Não foram encontradas, entretanto, correlações significativas entre os níveis de abertura e depressão em mulheres lésbicas afro-americanas, diferentemente do que foi reportado anteriormente em outros estudos que continham amostras majoritariamente brancas, jovens e com diferentes condições socioeconômicas (Ayala & Coleman, 2000; Morris, Waldo & Rothblum, 2001). Kerr e Emerson (2004), por outro lado, em sua revisão de literatura, chegaram às mesmas conclusões do Estudo 8 a partir das análises de artigos que abordam o tema da abertura relacionada a minorias étnico-raciais, apesar de denunciarem a pouca literatura disponível para chegar a essas conclusões.

Outro aspecto sociodemográfico que parece ser importante para a abertura em minorias sexuais é a região de residência, seja ela no interior ou na capital (Whitehead, Shaver & Stephenson, 2016). No Estudo 7, mulheres lésbicas rurais e não rurais tiveram os mesmos níveis de abertura para com o profissional de saúde, entretanto, a forma como elas experimentaram a abertura ao longo dos seus históricos de atendimento foi diferente. Nomeadamente, mulheres lésbicas rurais possuíram menos atitudes e crenças (ex: reconhecer a importância da abertura para receber um cuidado relevante

e apropriado; ter a crença de que os provedores de saúde eram bem treinados em saúde lésbica), que facilitavam a abertura para o profissional de saúde, experimentaram menos oportunidades de cuidados de saúde em que a abertura poderia ser iniciada, reportaram menor número de comunicações de sua orientação para o provedor de saúde e reportaram mais experiências negativas anteriores com a abertura com seus cuidadores.

Entende-se o contexto da ruralidade como implicador de maiores riscos à saúde, como, por exemplo, causador de um menor acesso a provedores de saúde e, ao mesmo tempo, mais conservador, com os provedores de saúde disponíveis tendo atitudes negativas em relação às orientações não-heterossexuais, o que coloca ainda mais impedimentos à ocorrência de abertura (Warren et al., 2014; Whitehead, Shaver, Stephenson, 2016). O que reforça a importância de serem considerados os contextos sociais, culturais, espaciais e relacionais nos quais a abertura possa vir ou não a acontecer.

Em mulheres lésbicas de Hong Kong e China continental, a prática cultural de envergonhar que pais usam para socializar as crianças aliadas ao estigma cultural associado à atração pelo mesmo sexo tem papel fundamental em processos de vergonha, heterossexismo internalizado e percepção negativa da identidade lésbica, afetando o processo de abertura das mesmas (Estudo 6).

Aspectos sócio-culturais chineses como o Confucionismo e o conceito cardinal de Yin e Yang pedem que mulheres concebam sua identidade a partir do relacionamento com homens, performando seus papéis familiares dentro da percepção de papéis de gênero. O que é posto como fundamental para a manutenção de uma ordem social apropriada. A lesbianidade, nesse contexto, aparece então como uma concepção de desgraça familiar. Outra diferenciação cultural pontuada no artigo é a entre a cultura ocidental ser individualista e a oriental coletivista, levando em conta que nessa, a opinião negativa de membros de grupos sociais como a família é mais danosa para a formação identitária do que na primeira. O artigo conclui que profissionais que trabalham com lésbicas de grupos culturais diferentes precisam tomar cuidados e serem sensíveis às diferenças entre essas demandas (Estudo 6).

Já no Estudo 8, aspectos socioculturais como ser pertencente a múltiplos grupos minoritários – de gênero, de etnia/raça e sexual – esteve associado com menores níveis de abertura em afro-

descendentes quando comparadas à mulheres euro-descendentes. E menores níveis de abertura estiveram relacionados a maiores níveis de depressão em Latinas. A influência do pertencimento a diversos grupos minoritários na abertura já era discutida por Meyer (2003) em sua teorização sobre os processos de acúmulo de estresses minoritários, que por sua vez, tendem a estar associados tanto a menores níveis de abertura, como a níveis maiores de adoecimento psicológico, através da depressão e da ansiedade.

No banco de dados final desta pesquisa estão contidos estudos de diferentes nacionalidades, culturas e contextos sócio-culturais que em grande parte coincidem em seus resultados no que diz respeito à interferência da variável abertura na saúde de mulheres lésbicas. Apesar disso, é importante ter-se cautela ao procurar fazer comparações entre diferentes países, principalmente no que diz respeito à abertura no momento do atendimento, tendo em vista a grande diferença entre os sistemas de saúde das diferentes nações.

No que diz respeito ao contexto brasileiro, o único estudo encontrado foi também o mais antigo do escopo. Vale ressaltar aqui que seu conteúdo foca majoritariamente na discussão sobre HIV e AIDS e que, nele, são utilizados termos ultrapassados como “estilo de vida” para fazer referência à orientação sexual lésbica. Isso aponta pra a grande carência na quantidade e na qualidade dos estudos brasileiros e em português que abordam essa temática, havendo a necessidade de uma maior valorização dessa produção.

Dentro do contexto de atendimento, em todos os estudos, a abertura se apresentou como uma variável que tem que ser recorrentemente negociada e manejada pelas participantes como uma forma auto-protetiva. Esse gerenciamento leva sempre em conta diferenças sociais, étnico-culturais e demográficas entre as participantes e, em alguns casos, foi provocador de estresse. Por outro lado, em situações de atendimento de saúde, o comportamento positivo por parte dos profissionais em relação à minorias sexuais proporcionou conforto às participantes, mesmo àquelas que decidiram por não revelar a orientação. Esses achados servem para guiar estudos futuros que tenham como foco os profissionais de saúde e que possam melhorar as relações de cuidado estabelecidas.

Considerações finais

Este trabalho contribui com a literatura científica brasileira e em português por se tratar de uma revisão integrativa que reúne um escopo atual de publicações sobre um conceito ainda não muito bem estruturado no Brasil. Mesmo assim, conta com algumas limitações. A escolha pelo critério *open-access*, embora tenha servido para demonstrar a quantidade limitada de artigos disponíveis em livre acesso sobre essa temática, foi grande redutor do banco de dados final. Da mesma forma, o critério de identificação das participantes como lésbicas, não incluindo a população bissexual, por exemplo, também foi redutor do banco de dados final, mesmo se entendendo que o que a literatura tem defendido é que no que diz respeito à abertura, essas populações devem ser estudadas separadamente (Meidlinger & Hope, 2014).

Outra limitação que reduziu o número de achados foi a escolha por artigos que trabalhassem ao mesmo tempo com abertura e aspectos da saúde de mulheres lésbicas, estando excluídos artigos que trabalhassem com abertura sem contemplar a saúde. Além disso, embora tenha-se buscado organizar os descritores de forma a ampliar as possibilidades de resultados em português, devido à falta de consenso sobre os conceitos utilizados nesse idioma, alguns estudos podem ter deixado de entrar no escopo dessa pesquisa. Aponta-se aqui para a importância de que novos estudos sejam realizados que possam preencher as lacunas deixadas por este.

Ainda que com as limitações supracitadas, o presente estudo traz contribuições importantes para a literatura da área. Através do que foi exposto e discutido aqui, nota-se que parece haver um consenso dentro da literatura analisada sobre as implicações da variável abertura dentro do contexto de atendimento em saúde de mulheres lésbicas. Essa variável, embora seja considerada pelas participantes dos estudos como de grande importância para um atendimento de qualidade e que proporcione conforto, é recorrentemente velada e negociada pelas mesmas como forma de se protegerem de situações de discriminação e preconceito.

Apesar desse consenso, foram verificadas discrepâncias metodológicas no que diz respeito à

definição e nas formas de mensuração da abertura. Sendo esse tema ainda incipiente em pesquisas brasileiras, recomenda-se que os futuros estudos nacionais priorizem esses cuidados metodológicos, para que o que seja produzido possa futuramente servir de base para uma melhor compreensão das dimensões da abertura e de suas implicações para a saúde de mulheres lésbicas.

Uma grande quantidade de produções acadêmicas versam sobre as implicações na variável abertura na saúde de mulheres lésbicas (Fieldman & Wright, 2013; Kerr & Emerson, 2004; Lewis, Kholodkov & Derlega, 2012; Sobecki-Rausch, Brown & Gaupp, 2017; Whitman & Nadal, 2015). Mesmo assim, a maior parte dos estudos aqui expostos teve como foco somente a situação de atendimento em saúde. Recomenda-se que estudos futuros busquem ampliar seus objetos de pesquisa para outras áreas da saúde dessa população.

ESTUDO 2 – ABERTURA EM MULHERES LÉSBICAS E SUA IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE MENTAL, ACESSO AO SERVIÇO DE SAÚDE E PREVENÇÃO SEXUAL E REPRODUTIVA

Mulheres que se auto-identificam como lésbicas frequentemente tomam decisões quanto à revelação ou omissão de sua orientação sexual em diferentes espaços sociais. Em publicações em inglês, esse evento recebe o nome de “*outness*” ou “*disclosure*”, sendo entendido como um fenômeno psicossocial que está associado a diferentes aspectos da vida de grupos sexuais minoritários (Brooks et al., 2018; Kluttz, 2014; Meyer, 2003). Pode assim ser entendido enquanto uma série de eventos distintos em que uma pessoa revela sua orientação sexual ou como um processo gradativo de revelação da orientação ao longo da vida (Orne, 2011; Wilkerson, Noor, Galos & Simon-Rosser, 2016).

Não há uma separação clara e definida entre o conceito de *outness* e *disclosure* na literatura científica, mas pesquisas que trabalham com esse tema costumam utilizar *disclosure* para se referir à revelação da orientação sexual de forma pontual, enquanto que *outness* é mais recorrentemente utilizado para se referir ao processo de formação e posterior revelação da orientação sexual ao longo da vida (Barefoot, Smalley & Warren, 2017; Feldman & Wright, 2013; Kluttz, 2014). Essa mesma não-definição específica para cada um dos construtos se repete e se agrava em pesquisas em língua portuguesa, onde são utilizadas diversos termos, tais como: “saída do armário”, “revelação da orientação sexual” ou “relato da identidade sexual” sem uma clara diferenciação entre os termos (Marques, Oliveira & Nogueira, 2013; Sousa et al., 2014). Por isso, neste trabalho, utilizaremos a palavra Abertura, como uma proposta de unificação e tradução dos termos para o português brasileiro (Cerqueira-Santos, Carvalho, Nunes & Silveira, 2017; Silveira & Cerqueira-Santos, 2019).

Amplamente estudada em pesquisas estrangeiras atuais, a abertura em mulheres lésbicas aparece como uma variável importante para o atendimento desse grupo em serviços de saúde (Pierre, 2013), particularmente ao tratar de cuidados de saúde sexual (Sobecki-Rausch, Brown & Gaupp, 2017) e física (Meads, Buckley & Sanderson, 2007), mas se relacionando também com diferentes

aspectos da saúde mental, como menor estresse de minoria (Lewis, Kholodkov & Derlega, 2012; Meyer, 2003), maior bem-estar (Whitman & Nadal, 2015), maior auto-estima, maior satisfação com a vida e maiores ou menores níveis de ansiedade e depressão (Feldman & Wright, 2013).

Outro fator de saúde mental com o qual a abertura parece se relacionar é a homofobia internalizada (Pierre, 2017). A internalização, por mulheres lésbicas, do estigma social homofóbico, juntamente à ausência de abertura, são partes componentes do modelo de estresse de minoria. Este aponta que indivíduos pertencentes à minorias sexuais são mais suscetíveis ao acúmulo de estresse devido à exposição a longo prazo à situações de discriminação e preconceito, o que por conseguinte reflete em prejuízos para a sua saúde mental (Meyer, 2003). Assim, a homofobia internalizada é apontada como preditora de menores indicadores de saúde psicológica em mulheres lésbicas (Bergeron, 1999), e também de menor busca por acesso ao serviço de saúde por esse grupo (Whicker, Aubin & Skerven, 2017).

No contexto de atendimento em saúde, a abertura da orientação sexual é principalmente observada, em pesquisas empíricas estrangeiras, na interação da mulher lésbica com o profissional de saúde (Dahl, Fylkesnes, Sørli & Malterud, 2013; Hayman & Wilkes, 2016; Meads, Buckley & Sanderson, 2007; Pierre, 2012; Sobecki-Rausch, Brown & Gaupp, 2017). O principal argumento defendido nesses estudos é o de que saber sobre a orientação sexual de suas pacientes torna o atendimento mais confortável e condizente com a realidade de saúde dessas mulheres, já que evita que sejam falsamente identificadas e tratadas como heterossexuais, bem como que sejam excluídos fatores psicossociais possivelmente associados ao seu processo de adoecimento. O indicado, portanto, é que não somente seja perguntada a orientação sexual, como também o histórico de sexo das(os) parceiras(os). Além disso, espera-se que o profissional de saúde esteja capacitado para atender às demandas específicas desse grupo (Pierre, 2017).

No Brasil, existem poucos estudos com o intuito de investigar a relação das mulheres lésbicas com o serviço de saúde. Aqueles que se propõem a analisar essa relação costumam considerar a abertura como relevante no momento de atendimento de saúde (Marques, Oliveira & Nogueira, 2013;

Souza et al., 2014). Os estudos de Araújo et al. (2006) e Rufino et al. (2018a) tratam especificamente do atendimento ginecológico e citam como a ausência de indagação durante a anamnese sobre a orientação sexual de mulheres que se relacionam com mulheres, limita a possibilidade de fornecimento de informações coerentes e adequadas sobre prevenção sexual e reprodutiva para esse grupo. Como consequência disso, ocorre um baixo uso de métodos de barreira nas relações sexuais entre mulheres, o que pode ser indicador de vulnerabilidade desse grupo à infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) (Rufino et al., 2018b).

Entre os tipos de ISTs aos quais mulheres que se relacionam com mulheres estão mais susceptíveis, ganham destaque a vaginose bacteriana, o HPV e, por consequência deste, o desenvolvimento de câncer no colo do útero (Takemoto et al., 2019). Os riscos se dão tanto pela não utilização de métodos de barreira eficazes como pela baixa procura de atendimento ginecológico para realização de exames de rotina por esse grupo (Rufino et al., 2018b). Reforça-se aqui a importância de que os cuidadores de saúde estejam preparados para atender as demandas desse grupo e que parte desse processo é saber sobre a orientação sexual e histórico de parceiras(os) de suas pacientes, já que as orientações sobre proteção se diferenciam entre mulheres que se relacionam apenas com mulheres e mulheres que se relacionam com ambos os sexos. Ainda assim, como já exposto, grande parte dos estudos feitos com mulheres que fazem sexo com mulheres não levam em consideração diferenciações entre mulheres lésbicas e mulheres bissexuais.

Quando se propõe trabalhar com a variável Abertura, a diferenciação entre mulheres lésbicas e bissexuais torna-se ainda mais necessária, já que mulheres bissexuais costumam vivenciar esse processo de maneira diferente de mulheres lésbicas (Meidlinger & Hope, 2014). Mesmo tendo seu nome referido na terceira letra da sigla LGBTQ – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transsexuais e Queer –, bissexuais tendem a experienciar menor suporte dessa comunidade e isso acontece principalmente devido à crença de invalidade sobre a orientação bissexual ou, ainda, que a identificação enquanto bissexual trataria de um momento de “indecisão” até o reconhecimento da homossexualidade (la Roi, Meyer & Frost, 2018). Dessa forma, enquanto que para mulheres lésbicas revelar a sua orientação

sexual para outros membros da comunidade LGBT costuma aparecer como aspecto protetivo, o mesmo não ocorre para mulheres bissexuais (Dyar & London, 2016). Assim, é importante que estudos que trabalhem com a variável abertura considerem as especificidades de cada grupo sexual minoritário.

Outro ponto relevante nos estudos sobre abertura é que, apesar do grande número de estudos estrangeiros sobre esse tema, poucos observam as diferenças dessa variável entre mulheres lésbicas brancas e negras. Isso se deve principalmente à baixa participação do grupo de mulheres negras em pesquisas empíricas, o que gera uma impossibilidade de comparação estatística significativa. Segundo Meyer (2003), mulheres lésbicas negras, por pertencerem a três diferentes grupos minoritários, – a saber, de gênero, de raça e sexual – estão sujeitas a um acúmulo de estresse que as torna menos propensas à abertura do que mulheres lésbicas brancas. Ao mesmo tempo, esse acúmulo de estresse pode estar associado a níveis menores de saúde mental nesse grupo (Morris, Waldo & Rothblum, 2001). Levando em conta que a maior parte da população brasileira é não-branca, faz-se importante que estudos sobre abertura em mulheres lésbicas brasileiras levem em conta diferenças de raça e etnia (IBGE, 2010).

Ainda uma diferenciação importante para o contexto brasileiro é quanto ao meio de acesso ao serviço de saúde utilizado. Grande parte dos trabalhos publicados sobre abertura no atendimento de saúde de mulheres lésbicas é estrangeira, ocorrendo em países como Estados Unidos, Canadá, Alemanha e Noruega, que possuem sistemas de saúde distintos entre si (Barefoot, Smalley & Warren, 2017; Bjorkman & Malterud, 2009; Hirsch, Löltgen & Becker, 2016; Steele, Timmouth & Lu, 2006). Esses sistemas diferem também do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS) (Ministério da Saúde, 2000). E mesmo dentro do contexto de saúde brasileiro se observam diferenças no acesso ao serviço de saúde, quando ele ocorre através do SUS ou por vias do plano particular, sendo que o primeiro costuma incitar menor procura e/ou engajamento por parte da população, apesar de ser importante observar que o SUS é composto por uma ampla oferta de serviços de saúde (ex: CTAs, Ambulatório Trans, etc.) e que são encontradas diferenças quanto ao acesso a depender do serviço ofertado (Lima-

Costa et al., 2002).

Por entender a abertura da orientação sexual como um tema internacionalmente relevante para diferentes aspectos da saúde de mulheres lésbicas, o presente estudo buscou observar como a abertura influencia na saúde mental, no acesso ao serviço de saúde e na prevenção sexual e reprodutiva de mulheres lésbicas brasileiras. Por ser um tema ainda pouco estudado na população brasileira, faz-se necessário inicialmente traçar um mapa sociodemográfico das mulheres lésbicas brasileiras que leve em conta a abertura geral, homofobia internalizada, acesso ao serviço de saúde e métodos de prevenção sexual e reprodutiva dessas mulheres. A principal hipótese para este estudo é a de que em mulheres lésbicas brasileiras com queixas de saúde mental, a abertura e a homofobia internalizada exercem influência no acesso ao serviço de saúde, o que por seguinte afeta sua prevenção sexual e reprodutiva.

Método

Para atender ao objetivo geral deste estudo, foi proposto e utilizado o seguinte desenho metodológico exploratório correlacional:

Participantes

A amostra foi composta por mulheres, brasileiras, com mais de 18 anos de idade, auto-identificadas como lésbicas e que residiram no Brasil no último ano de realização da pesquisa. Considerando a não realização de cálculo amostral probabilístico, por não conhecer a população investigada, optou-se pelo critério item/sujeito, que postula 5 participantes para cada item da maior escala, assim, o número mínimo esperado foi de 300 participantes. Esse número foi ultrapassado, chegando a um total de 1289 participações. Assim, a amostra de conveniência final foi composta por 1146 participantes.

Instrumento

Disposto em plataforma online Google Forms, via instrumento anônimo e auto-aplicável, o presente estudo foi composto por um questionário sociodemográfico além de escalas de interesse (ANEXO 1), ambos descritos abaixo:

Questionário sociodemográfico: Elaborado pra este estudo, foi composto por 16 questões específicas para os objetivos. Esse questionário buscou caracterizar sociodemograficamente a amostra e continha indagações sobre: idade, etnia/raça, renda familiar, escolaridade, região do país em que reside, residência na capital ou no interior, *status* de relacionamento, se já teve relação sexual (inclui-se aqui qualquer circunstância que a participante considerasse como uma relação sexual), idade da primeira relação sexual, idade da(o) parceira(o) da 1ª relação sexual, Idade da primeira relação sexual homossexual, histórico dos sexos das(os) parceiras(os) sexuais, tempo desde a última relação sexual, tipos de medida de prevenção contra infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), tempo do último acesso ao serviço de saúde, abertura para o profissional de saúde no último acesso e meio de acesso ao serviço de saúde (ex. Se predominantemente via SUS ou particular).

Distress: A Escala de *Distress* Psicológico de Kessler (k10) (Kessler et al., 2002) é uma escala de auto-aplicação composta por 10 itens que acessa a frequência de sintomas de *distress* psicológico (sintomas ansiosos e depressivos) durante os últimos trinta dias. As participantes responderam em uma escala Likert de 5 pontos (sendo que 1= Nenhum dia e 5 = Todos os dias), assim, os escores podem variar de 10 a 50, sendo que escores mais altos indicam níveis mais elevados de *distress*. Escores maiores do que 22 indicam risco para transtorno mental. O *alpha* de Cronbach para a escala original foi de 0,93. Como não há versão validada para o português brasileiro, para o presente estudo foi utilizada a versão traduzida de Pereira et al. (2019) que teve *alpha* de 0,91).

Homofobia Internalizada (Pereira & Leal, 2005): Essa escala avalia os níveis de internalização do preconceito contra homossexuais (utilizada com lésbicas e homens gays). Consiste num questionário de 26 itens distribuídos em duas dimensões: percepção interna do estigma e percepção externa do estigma. Todos os itens são redigidos na afirmativa e medidos numa escala de *Likert* de 5 pontos (desde 1= discordo totalmente a 5= concordo totalmente). Para este estudo, foram utilizados apenas os 19 itens que correspondiam à percepção interna do estigma. Seguem alguns itens da escala: 1) A maioria dos meus amigos são homossexuais/bissexuais; 2) É importante para mim controlar quem sabe da minha atividade homossexual; 3) A homossexualidade é tão natural quanto a

heterossexualidade. O *Alpha* de Cronbach para o escore geral da escala original foi de 0,74 (sendo 0,816 para a dimensão de percepção interna e 0,645 para a dimensão de percepção externa).

Abertura percebida: Tomando como base a *Nebraska Outness Scale* (Meidlinger & Hope, 2014), trata-se de 6 itens que questionaram sobre quantas pessoas em diferentes espaços sociais (Ex: Membros da família imediata, pessoas no ambiente de trabalho) a participante acha que sabem sobre sua orientação sexual. As respostas para essa pergunta variam de 0% (Ninguém sabe) a 100% (Todos sabem) e é possível clicar na opção Não se aplica, caso a participante não conviva com algum dos grupos sociais.

Abertura: Foi elaborada uma versão adaptada para o português brasileiro baseada em três instrumentos: *A Lesbian Identity Disclosure Assessment* (ALIDA-II) (Van Dam, 2015); *Outness Inventory* (Mohr & Fassinger, 2000). Levando em conta a inexistência de medidas com boas propriedades psicométricas em língua portuguesa e que estejam adaptadas para a realidade brasileira, optou-se por uma medida não psicométrica de Abertura. Os instrumentos escolhidos para embasar essa medida são consagrados pela literatura concernente à abertura e amplamente utilizados internacionalmente. A versão adaptada que foi utilizada neste estudo foi submetida a avaliação de 5 mulheres lésbicas, com o objetivo de estabelecer validade de face (Connel, et al., 2018). O instrumento final contém 17 perguntas indagando o quão aberta ou “fora do armário a participante é para: mãe(s), pai(s), irmã(s), irmão(s), primos(as), chefe(s), colega(s) de trabalho, profissionais de saúde (ginecologista, psicólogo, psiquiatra, clínico geral, e/ou “outro(a) profissional que te acompanha com frequência”), líder religioso, vizinhos(as), amigos(as) gays/lésbicas ou bissexuais, amigos(as) heterossexuais/cisgêneros(as), filhos(as). Foram feitas perguntas separadas para cada gênero e as participantes puderam marcar de 0 a 6 (sendo que 0= Essa pessoa já faleceu/Não possuo esse tipo de relacionamento em minha vida, e de 1 = Essa pessoa não sabe nada sobre minha orientação sexual, até 6 = Eu contei para essa pessoa a minha orientação sexual e conversamos muito sobre). Ao final, foi realizada uma soma das pontuações de cada um dos 17 itens finais, e em seguida essa pontuação foi dividida pelo número de caselas preenchidas pela participante. Esse procedimento

buscou evitar que participantes com menos grupos sociais ou menos tipos de relacionamentos fossem incorretamente avaliadas. Trabalhou-se portanto com um escore de abertura relativo à quantidade de relacionamentos que a participante estabelece na vida que poderia variar de 1 a 6, sendo que quanto maior o escore, maior a abertura geral da participante.

Acesso ao serviço de saúde: As participantes foram perguntadas sobre terem ido ou não a um encontro com um provedor de cuidados de saúde no último ano (Sim ou não), através dessa resposta foi formulado um indicador de acesso ao serviço de saúde. Foram também perguntadas sobre a profissão ou especialidade do profissional (ex: psicólogo, ginecologista, fisioterapeuta, clínico geral, etc).

Abertura para o profissional de saúde: Indagou-se sobre a abertura para com os prestadores de cuidados de saúde. A questão da divulgação da orientação foi utilizada como uma medida contínua para indicar desde níveis mais baixos a maiores de disposição para abertura com o profissional da saúde (Foi desde 1= Não, eu não disse e preferiria não dizer, até 5= Sim, eu ofereci a informação sem ser perguntada). Assim, pontuações mais altas indicam níveis maiores de abertura para com o profissional de saúde. As perguntas foram adaptadas do estudo feito por Bergeron (1999).

Saúde sexual e Reprodutiva: Tendo como base o estudo de Agénor, Muzny, Schick, Austin, e Potter (2017), as participantes foram perguntadas sobre frequência de uso de medidas de prevenção contra ISTs, em que as respostas variaram de 0 a 4, (sendo que 0= Nunca tive relação sexual, e de 1= “Nenhuma vez” até 5= “Toda as vezes”. Em seguida, foram perguntadas sobre realização de testagem para HIV, testagem para HPV, realização do auto-exame de toque, realização do exame de lâmina nos últimos dois anos e realização de testes para ISTs no último ano, em que poderiam responder de 1 a 3 (sendo que 1= Não e não conheço esse exame, 2= Não, mas conheço esse exame e 3= Sim.) Ao final, com a soma das pontuações referentes às respostas foi criado um escore para saúde sexual e reprodutiva que variou de 6 a 19, sendo que pontuações menores apontam para uma menor prevenção sexual e reprodutiva.

Coleta de dados

O instrumento final ficou disponível em plataforma on-line através do Google Docs para acesso pelo período de 10 dias, sendo divulgado através de mídias sociais, com ênfase em grupos específicos para o público de interesse. A primeira página do instrumento continha o Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (ANEXO 2), com informações sobre objetivos do estudo, contato dos pesquisadores, assim como a garantia do sigilo e anonimato para a respondente. O consentimento para participação foi dado através de uma marcação no “Sim” ao final do texto do TCLE. Após o encerramento do período de coleta, o acesso ao instrumento foi impedido e os dados coletados foram transferidos e analisados pelo *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 23.

Análise de dados

Os dados de cada participante foram submetidos à análises descritivas e inferenciais. Realizou-se o cálculo de estatísticas descritivas (frequência, porcentagem e média) para a amostra total, com foco nas variáveis utilizadas neste estudo: aspectos sociodemográficos, *distress*, homofobia internalizada, abertura geral, acesso ao serviço de saúde, abertura para o profissional de saúde e prevenção sexual e reprodutiva. Tomando como base o que já foi produzido teoricamente sobre abertura e demais variáveis de interesse, foram feitas comparações de média intergrupos com teste-T e análise unidirecional ANOVA dentro das variáveis estudadas e foram observadas diferenças de pertencimento a grupos com Qui-quadrado de Pearson. A variável *Distress* foi dividida em dois grupos segundo seu critério de ponto de corte (>22 pontos aponta para risco de transtorno mental). As variáveis Homofobia Internalizada, Abertura geral e prevenção sexual e reprodutiva foram divididas em dois grupos pela média, levando em conta o valor do desvio padrão.

Aspectos Éticos

Esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Sergipe (protocolo número 08397219.2.0000.5546) (ANEXO 3). O estudo atende às recomendações bioéticas para pesquisas com seres humanos no que diz respeito

à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). As participantes foram informadas sobre os princípios bioéticos, como também sobre os objetivos e procedimentos do estudo e assinalaram positivamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE.

Resultados

Inicialmente foi realizado um mapeamento sociodemográfico da amostra total (Tabela 1) (N = 1146), onde se constatou que neste estudo predominaram participantes brancas (57,5%). Apesar disso, a quantidade de mulheres negras participantes também foi alta (40,1%) o que costuma ser difícil de se alcançar em estudos empíricos, já a quantidade de mulheres indígenas (0,9%) e amarelas (1,6%) não foi suficiente para que fossem inclusas em análises estatísticas. Predominaram também participantes advindas de capitais (62,8%) do sudeste (40,1%), Nordeste (29,7%) e sul (20,3%).

Tabela 1. Frequências e médias dos dados sociodemográficos (N = 1146)

Variáveis métricas	Valores			
	Min	Max	Média	DP
Idade (em anos)	18	48	23.06	5.086
Idade da 1ª relação sexual	14	29	17.11	2.295
Idade do(a) parceiro(a) da 1ª relação sexual	13	47	19.24	4.048
Idade da 1ª relação homossexual	14	34	18.25	2.983
Abertura geral	1	6	4.12	1.015
Homofobia internalizada	19	75	32.69	8.618
Variáveis categóricas	Categorias		Porcentagem	Frequência
Etnia/Raça	Branca		57.5	659
	Negra		40.1	459
	Amarela		1.6	18
	Indígena		0.9	10
	Norte		4.1	47
Região do país	Nordeste		29.7	340
	Centro-Oeste		5.8	66
	Sudeste		40.1	460
	Sul		20.3	233
Residência	Capital		62.8	720
	Interior		37.2	426
Renda familiar (em salários mínimos)	Até 3 salários mínimos (Baixa)		47.9	549
	De 4 a 6 salários mínimos (Média)		39.8	456
	7 ou mais salários mínimos (Alta)		12.3	141
Escolaridade	Até ensino médio completo		22.2	254

	Cursando Ensino superior	51.5	590
	Ensino superior completo	26.4	302
<i>Status</i> de relacionamento	Solteira	45.5	521
	Em relacionamento	54.5	624
Relação sexual*	Já tiveram	87.8	1006
	Nunca tiveram	12.2	140
	Mesmo sexo	41.0	470
Histórico de parceiros sexuais	Sexo oposto	2.6	30
	Ambos os sexos	44.2	506
	Há menos de 1 semana	34.6	397
Tempo desde a última relação sexual	Há menos de 1 mês	19.3	221
	Há mais de 1 mês	33.9	388
	Predominantemente pelo SUS	38.7	443
Meio de acesso ao serviço de saúde	Predominantemente pelo Plano de saúde	48.8	559
	Utiliza ambos em mesma quantidade	9.8	112
	Não utiliza nenhum dos dois	2.8	32
Tempo desde último acesso ao serviço de saúde	Acessou no último ano	87.3	1001
	Não acessou no último ano	12.7	145
	Não revelou	14.2	163
Abertura para o profissional de saúde no último atendimento	Não achou necessário para o atendimento	42.3	485
	Revelou	43.5	498
	Não revelou	9.2	24
Abertura para psicólogo	Não achou necessário para o atendimento	4.2	11
	Revelou	86.6	227
	Não revelou	21.7	52
Abertura para ginecologista	Não achou necessário para o atendimento	10.8	26
	Revelou	67.5	167
	Não revelou	17.2	15
Abertura para psiquiatra	Não achou necessário para o atendimento	26.4	23
	Revelou	56.3	49
	Não revelou	13.3	57
Abertura para clínico geral	Não achou necessário para o atendimento	76.3	326
	Revelou	10.3	44
	Não revelou	11.5	15
Abertura para outros profissionais de saúde	Não achou necessário para o atendimento	76.2	99
	Revelou	12.3	16
Abertura percebida	Se percebem menos abertas	43.7	501

	Se percebem mais abertas	53.0	642
<i>Distress</i>	Pontuam	80.9	927
	Não pontuam	19.1	219
Prevenção sexual e reprodutiva	Previnem menos	50.0	573
	Previnem mais	37.0	424

* Por relação sexual entende-se qualquer ato que elas considerem uma relação sexual, não havendo por exemplo a necessidade de penetração vaginal para que se considere como uma relação sexual.

A maior parte das participantes comunicou renda familiar de até três salários mínimos, o que, segundo a cotação para o presente ano, equivale a até R\$2.994,00. A divisão entre níveis de renda foi estipulada através do critério de classificação econômica Brasil (ABEP, 2013). Nesse sentido, houve também uma grande quantidade de participantes com renda familiar média – variando entre R\$3.992,00 e R\$5.988,00 e apenas 12,7% reportou renda familiar alta – maior ou igual a R\$6.986,00. Uma grande maioria das participantes deste estudo encontra-se cursando ensino superior (50,1%), enquanto que 26,4% tem curso superior completo e apenas 22,2% tem até o ensino médio completo.

Quanto ao Status de relacionamento, 54,5% das mulheres participantes afirmaram estar em algum tipo de relacionamento, enquanto que 45,5% afirmaram estar solteiras. A maior parte das mulheres afirmou já ter tido relação sexual (87,8%), sendo que 44,2% afirmaram ter tido relação com ambos os sexos e 40,0% afirmaram ter tido relação apenas com o mesmo sexo e 2,6% apenas com o sexo oposto. A maior parte das mulheres afirmou ter tido relação sexual na última semana (34,6%), enquanto que 19,3% afirmaram ter tido relação a menos de um mês e 33,9% reportaram ter tido relação a mais de um mês. A maior parte das mulheres relatou utilizar predominantemente o plano de saúde (48,8%) seguidas por mulheres que utilizam predominantemente o SUS (38,7%). Apenas 9,8% afirmaram utilizar ambos em mesma quantidade e 2,8% afirmaram não utilizar nenhum dos dois.

A grande maioria das mulheres participantes afirmou ter acessado o serviço de saúde no último ano (87,3%), sendo que (43,5%) revelaram sua orientação sexual para o agente de saúde em seu último atendimento de saúde, enquanto que 42,3% não acharam necessário para o atendimento em questão e 14,2% optaram por não revelar. Comparando a área do profissional do último atendimento de saúde com a abertura para com o profissional de saúde, foi observado que o

atendimento em que mais se revela a orientação sexual é o com psicólogo (86,6%), seguido de ginecologista (67,5%), e psiquiatra (56,3%). O profissional para quem menos se revelou foi o clínico geral (10,3%), que foi também o em que a abertura foi considerada menos necessária para o atendimento em questão (76,3%). A abertura para outros profissionais de saúde também em grande maioria considerada como não necessária (76,2%). Quanto ao *Distress*, a maior parte das participantes (80,9%) pontuaram acima da nota de corte para essa escala. Já quanto à Prevenção Sexual e Reprodutiva, 50,0% das mulheres pontuaram acima da média enquanto que 37,0% pontuaram abaixo da média de prevenção. Ou seja, dentre as mulheres que se relacionam sexualmente, 42,1% reportaram realizar poucos ou nenhum tipo de exames preventivos.

Tabela 2. Frequências dos tipos de cuidados preventivos utilizados por mulheres lésbicas.

Tipo de cuidado preventivo	Realizaram		Não realizaram, mas conhecem		Não realizaram e não conhecem			
	Frequência	Porcentagem	Frequência	Porcentagem	Frequência	Porcentagem		
Exame de HIV	468	40.8	604	52.7	74	6.5		
Exame de HPV	448	39.1	571	49.8	127	11.1		
Auto-exame de mama	534	46.6	449	39.2	163	14.2		
Exame de lâmina	368	32.1	654	57.1	124	10.8		
Exame de ISTs	388	33.9	644	56.2	114	9.9		
Uso de preservativo	Todas as vezes		Muitas vezes, mas não em todas		Poucas vezes		Nenhuma vez	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
	51	4.5	73	6.4	167	14.6	706	61.6

Com relação aos tipos de cuidados preventivos mais recorrentemente reportados pelas participantes deste estudo (Tabela 2), o tipo de exame menos realizado foi o exame de lâmina (32,1%), que foi também o exame mais não realizado, apesar de conhecido pelas participantes (57,1%). Por fim, o exame mais reportado como desconhecido pelas mulheres foi o auto-exame de mama (14,2%). Quando questionadas diretamente sobre a frequência do uso de preservativos, as

mulheres lésbicas participantes deste estudo reportaram em grande maioria não utilizar nenhuma vez (61,6%)

Tabela 3. Frequências dos métodos de prevenção contra ISTs utilizados por mulheres lésbicas (N=1146)

Método de prevenção	Porcentagem	Frequência
Corta as unhas	37.0	705
Tem apenas parceira(o) fixa(o)	32.1	611
Não conhecem nenhuma	10.5	201
Nunca tiveram relação	7.3	140
Usa camisinha	6.3	120
Faz sexo sem penetração	2.5	49
Não faz sexo oral	0.8	17
Outros métodos*	0.8	16
Usa Dental dam para o sexo oral	0.6	12
Usa plástico filme para o sexo oral	0.6	12
Conhecem métodos mas não utilizam nenhum	0.4	09
Lavam as mãos	0.2	05

*Outros métodos mencionados com frequência igual ou inferior a 3 incluem: urinar após a relação (3), perguntar se parceira é testada (2), fazer exames com frequência (2), não fazer “tesoura” (2), usar lubrificante (1), se certificar de que não há machucados na boca (1), não fazer sexo oral se a mulher estiver menstruada(1), ir ao ginecologista (1), usar luvas(1), Buscar saber se a parceira já se relacionou com homens (1) e tomar vacina de HPV(1).

No que diz respeito às formas que utilizavam para prevenção contra Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) (Tabela 3), os maiores tipos de prevenção citados foram o de cortar as unhas (37,0%) e ter apenas parceira(o) fixa(o) (32,1%). Parte das mulheres participantes afirmaram não conhecer nenhuma forma de prevenção (10,5%) e as demais se dividiram entre outras formas de prevenção.

Tabela 4. Qui-quadrado da distribuição dos grupos por Raça/Etnia

Variáveis	Raça/ Etnia		X ²	gl	P	Phi/V	p
	Brancas	Negras					
Renda	Renda Baixa	41.9% 56.6%	26.054**	2	<0.001	0.153	<0.001
	Renda Média	43.2% 34.9%					

	Renda Alta	14.9%	8.5%					
Meio de acesso ao serviço de saúde	Predom. SUS	31.7%	48.8%	36.822**	3	<0.001	0.181	<0.001
	Predom. Plano de saúde	55.8%	38.8%					
	Os dois em mesma quantidade	9.6%	10.0%					
	Nenhum dos dois	2.9%	2.4%					
Abertura geral	Menos abertas	41.9%	51.4%	9.908*	1	0.001	0.094	0.002
	Mais abertas	58.1%	48.6%					
	Não revelou	12.9%	16.3%					
Abertura para o profissional de saúde	Não achou necessário revelar	38.4%	49.0%	21.826**	2	<0.001	0.140	<0.001
	Revelou	48.7%	34.6%					
Acesso ao serviço de saúde	Acessou no último ano	90.0%	83.7%	9.820*	1	0.001	0.94	0.002
	Não acessou no último ano	10.0%	16.3%					

Ao serem divididas por grupos étnico-raciais (Tabela 4), foram observadas diferenças significativas, entre mulheres brancas e negras quanto ao pertencimento em grupos de acordo com Renda familiar, Meio de acesso ao serviço de saúde, Abertura geral, Abertura para o profissional de saúde e Acesso ao serviço de saúde. Sendo assim, mulheres lésbicas negras, quando comparadas com mulheres lésbicas brancas nessa amostra, demonstraram pertencer mais ao grupo com renda familiar baixa (56,6%), ao que utiliza mais predominantemente o SUS como meio de acesso ao serviço de saúde (48,8%), ao grupo com menor abertura geral (51,4%), ao que não acha necessário revelar ao profissional de saúde sua orientação sexual (49,0%) e ao das que não acessaram o serviço de saúde no último ano (16,3%).

Tabela 5. Qui-quadrado da distribuição de grupos por Residência.

Variáveis	Residência	X ²	gl	P	Phi/V	p		
Renda	Capital Interior							
	Renda Baixa	42.8%	56.6%	23.414**	2	<0.001	0.143	<0.001
	Renda Média	42.5%	35.2%					
	Renda Alta	14.7%	8.2%					
Meio de acesso ao serviço de saúde	Predom. SUS	32.4%	49.3%	33.216**	3	<0.001	0.170	<0.001
	Predom. Plano de saúde	54.4%	39.2%					

	Os dois em mesma quantidade	10.3%	8.9%					
	Nenhum dos dois	2.9%	2.6%					
Abertura geral	Menos abertas	43.8%	48.4%	2.291	1	0.073	0.045	0.130
	Mais abertas	56.3%	51.6%					
Abertura para o profissional de saúde	Não revelou	11.7%	18.5%					
	Não achou necessário revelar	41.8%	43.2%	13.230**	2	0.001	0.107	0.001
	Revelou	46.5%	38.3%					
Acesso ao serviço de saúde	Acessou no último ano	88.8%	85.0%	3.448	1	0.040	0.055	0.063
	Não acessou no último ano	11.3%	15.0%					

Ao realizar uma divisão das participantes entre residentes da capital e do interior, mulheres lésbicas que residem no interior apresentaram maior pertencimento ao grupo com renda baixa (56,6%) do que mulheres que residem na capital (42,8%), já essas apresentaram maior pertencimento aos grupos de renda média (42,5%) e de renda alta (14,7%) do que as participantes interioranas (35,2% e 8,2%, respectivamente). Mulheres residentes no interior também estiveram mais concentradas no grupo que utiliza predominantemente o SUS como meio de acesso ao serviço de saúde (49,3%), enquanto que as residentes na capital concentraram-se mais no grupo que utiliza plano de saúde (54,4%). Mulheres lésbicas interioranas estiveram mais propensas a pertencer ao grupo que não revelou ou não achou necessário revelar a sua orientação sexual para o profissional de saúde, enquanto que mulheres lésbicas da capital estiveram mais propensas a revelar. Não houveram diferenças significativas entre mulheres residentes na capital ou no interior quanto ao seu nível de abertura geral, ou quanto ao tempo de último acesso ao serviço de saúde.

Tabela 6. Teste T e ANOVA para observação de diferenças intra-grupos nas médias de homofobia internalizada e de abertura geral.

Variáveis	Grupo	AbertGeral	t / F	Sig.	Variáveis	Grupo	Homo Intern	t / F	Sig.
Meio de acesso ao serviço de saúde	SUS	4.03	-2.942	0.003	Meio de acesso ao serviço de saúde	SUS	33.30	2.111	0.035
	Plano de saúde	4.22				Plano de saúde	32.15		
Relacionamento	Solteiras	3.86	-8.177	<0.001	Relacionamento	Solteiras	34.75	-7.085	<0.001
	Em relacionamento	4.35				Em relacionamento	31.04		

Renda familiar	Baixa	4.01	7.762	<0.001	Renda familiar	Baixa	33.38	3.990	0.019
	Média	4.19				Média	32.30		
	Alta	4.35				Alta	31.33		
Escolaridade	Sem ensino superior	3.99	13.102	<0.001	Abertura geral	Acima da média	29.95	12.241	<0.001
	Cursando ensino superior	4.05				Abaixo da média	35.98		
	Ensino superior completo	4.37				Não revelou	37.17		
	Não revelou	3.46				Não achou necessário revelar	33.06		
Abertura com o profissional de saúde	Não achou necessário revelar	3.95	91.529	<0.001	Abertura com o profissional de saúde	Revelou	30.87	35.569	<0.001
	Revelou	4.51							
Distress	Pontuam em <i>distress</i>	4.11	1.141	0.254	Distress	Pontuam em <i>distress</i>	33.05	-2.943	0.005
	Não pontuam em <i>distress</i>	4.19				Não pontuam em <i>distress</i>	31.20		
Abertura Percebida	Se percebem menos abertas	3.52	54.317	<0.001	Abertura Percebida	Se percebem menos abertas	36.58	69.756	<0.001
	Se percebem mais abertas	4.59				Se percebem mais abertas	29.60		

Como pode ser inferido da Tabela 6, foram observadas diferenças entre grupos para média de Abertura geral e Homofobia Internalizada. Com relação à abertura, apenas não foi observada diferença significativa entre grupos de mulheres lésbicas que pontuaram ou não na escala de *Distress*. Com relação às demais variáveis, foram encontradas diferenças significativas entre os grupos com relação ao meio de acesso ao serviço de saúde, a estar ou não em um relacionamento, aos diferentes níveis de renda familiar, abertura com o profissional de saúde e abertura percebida. Assim, maiores médias de abertura foram observadas em grupos de mulheres lésbicas que utilizam plano de saúde (4,22), que estavam em um relacionamento no momento do estudo (4,35), que tem renda familiar alta (4,35), com ensino superior completo (4,37) e que se percebem mais abertas (4,59). Pode-se observar que no caso dos três níveis de renda familiar e escolaridade, o nível de abertura aumenta em proporção direta e que quanto à abertura para o profissional de saúde, o nível de abertura aumenta quanto maior a propensão a revelar.

Com relação à média de homofobia internalizada, foram observadas diferenças significativas entre grupos com diferentes meios de acesso ao serviço de saúde, que estão ou não em um relacionamento, com diferentes níveis de renda familiar e de abertura geral, quanto ao *distress*, quanto

à abertura com o profissional de saúde e à abertura percebida. Sendo que maiores médias de homofobia internalizada foram encontradas em mulheres lésbicas que utilizam o SUS (33,30), com abertura abaixo da média (35,98), solteiras (34,75), que não revelaram a orientação sexual no momento de atendimento (37,17), que pontuam em *distress* (33,05) e que se percebem menos abertas (36,58). Pode-se observar que com relação aos três níveis de renda, o nível de homofobia internalizada diminui em proporção inversa e que quanto à abertura para o profissional de saúde, o nível de homofobia internalizada aumenta quanto maior a propensão a não revelar.

Tabela 7. Qui-quadrado da distribuição dos grupos por prevenção

Variáveis		Prevenção		X ²	gl	P	Phi/V p		
	Categorias	Previnem menos	Previnem mais						
Distress	Pontua	83.7%	77.5%	5.961*	1	0.009	-	0.077	0.015
	Não pontua	16.3%	22.5%						
Homofobia Internalizada	Acima da média	42.7%	35.3%	5.695*	1	0.010	-	0.076	0.017
	Abaixo da média	57.3%	64.7%						
Abertura	Menos abertas	48.1%	36.6%	13.189**	1	<0.001	0.115	<0.001	<0.001
	Mais abertas	51.9%	63.4%						
Acesso ao serviço de saúde	Não acessou no último ano	17.7%	7.0%	27.381**	1	<0.001	-	0.166	<0.001
	Acessou no último ano	82.3%	93.0%						
Abertura para o profissional de saúde	Não revelou	17.7%	12.8%	40.251**	2	<0.001	0.201	<0.001	<0.001
	Não achou necessário revelar	46.7%	35.8%						
	Revelou	35.6%	67.6%						
Separadas as mulheres que acessaram no último ano e cujo último atendimento foi ginecológico:									
Variáveis		Prevenção		X ²	gl	P	Phi/V p		
	Categorias	Previnem menos	Previnem mais						
Abertura para o profissional de saúde	Não revelou	39.2%	23.3%	4.830*	1	0.024	0.155	0.028	0.028
	Revelou	60.8%	76.7%						

Quando divididas as mulheres por grupos de prevenção sexual e reprodutiva (Tabela 7), foram

observadas diferenças significativas entre mulheres que previnem mais e que previnem menos quanto ao pertencimento em grupos de acordo com *Distress*, Homofobia Internalizada, Abertura geral, tempo de último acesso a um serviço de saúde e abertura para o profissional de saúde. Sendo assim, mulheres lésbicas que previnem mais tenderam mais a pertencer ao grupo que pontua menos em *distress* (22,5%) e em homofobia internalizada (64,7%), assim como ao grupo que pontua mais em abertura geral (63,4%), que acessou o serviço de saúde no último ano (93,0%) e que revelou sua orientação sexual ao profissional de saúde no último atendimento (67,6%) do que mulheres que previnem menos. Foram separadas as mulheres que acessaram o serviço de saúde no último ano, cujo último atendimento de saúde foi ginecológico e apenas aquelas que escolheram revelar e as que escolheram não revelar a orientação sexual para o agente de saúde. Nesse grupo, foi comparada a abertura para o profissional de saúde pelo nível de prevenção e foi encontrado que as mulheres que previnem mais tenderam mais a pertencer ao grupo que escolheu revelar (76,7%) do que as mulheres que previnem menos (60,8%).

Discussão

Na produção brasileira em português, a abertura tem reconhecimento como um evento ou série de eventos que fazem parte da vida de mulheres lésbicas. Apesar disso, em estudos brasileiros sobre a saúde de mulheres lésbicas, a abertura da orientação sexual ganha pouco ou nenhum destaque (Marques, Oliveira & Nogueira, 2013; Souza et al., 2014). Sendo assim, este estudo propôs instigar a discussão sobre como se estabelece a relação entre abertura e aspectos da saúde, tais como: saúde mental, acesso ao serviço de saúde e prevenção sexual e reprodutiva de mulheres lésbicas brasileiras.

Buscou-se inicialmente traçar um mapa sociodemográfico de mulheres lésbicas brasileiras levando em consideração sua relação com abertura geral, homofobia internalizada, acesso ao serviço de saúde e métodos de prevenção sexual e reprodutiva. Em seguida, foi testada a hipótese de que em mulheres lésbicas brasileiras com queixas de saúde mental, a abertura e a homofobia internalizada exercem influência no acesso ao serviço de saúde, o que por seguinte afeta sua prevenção sexual e reprodutiva.

No presente estudo, grupos de mulheres que pontuaram menos em *distress* e homofobia internalizada foram também os grupos com maior prevenção, além de serem mais abertas, acessarem mais o serviço de saúde e revelarem mais a sua orientação sexual para o profissional de saúde, inclusive no atendimento ginecológico, sendo que: a abertura com o profissional de saúde, o acesso ao serviço de saúde e a abertura geral apresentaram as relações mais fortes. Já a homofobia internalizada e o *distress* também se mostraram importantes, mesmo que com uma interação mais fraca, o que parece indicar que essas variáveis tem sim importância ao se tratar de prevenção sexual e reprodutiva.

O instrumento utilizado para medir a abertura das participantes deste estudo abordou a mesma a partir de duas perspectivas: A da percepção interna sobre o quão aberta a participante é e a da verbalização da orientação sexual para outrem. A principal diferença entre elas é que a segunda contém o componente comportamental do ato de revelar. A medida de percepção interna da abertura foi adaptada da *Nebraska Outness Scale* (Meidlinger & Hpe, 2014), que além de contar com a medida de percepção de abertura, trabalha com um fator de *coincealment*, ou ocultação da orientação sexual. Foi observado que, no presente estudo, as participantes que se perceberam mais abertas tiveram também uma maior média de abertura, o que parece indicar uma coerência entre essas duas medidas. De forma semelhante, as participantes que se perceberam mais abertas reportaram uma menor média de homofobia internalizada. O componente perceptivo da abertura pode ser útil para demonstrar como o gerenciamento da abertura é realizado de forma ativa e demanda atenção constante das participantes sobre os processos de ocultação e revelação de sua orientação sexual, o que pode resultar em preocupações excessivas que por conseguinte provocam estresse (Meyer, 2003; Orne, 2011).

A abertura da orientação sexual tem sido associada na literatura a temas relevantes da saúde mental como maior bem-estar subjetivo (Whitman & Nadal, 2015) e menor estresse de minoria (Lewis, Kholodkov & Derlega, 2012; Meyer, 2003). Neste trabalho, observamos que a divisão e posterior comparação entre grupos por *distress* – que trata ao mesmo tempo de sintomas ansiosos e depressivos – não apresentou diferença significativa quanto à média de abertura. Quando investigada

na literatura a relação entre abertura e níveis de ansiedade e depressão, é observado que essas variáveis apresentam um relacionamento dúbio: mulheres mais abertas, ao mesmo tempo em que costumam ter uma relação mais fortalecida com sua identidade, o que pode ser precursor de menores sintomas mentais, também podem estar mais frequentemente expostas a um maior número de situações estressoras – como preconceito e discriminação – que pioram a saúde mental (Feldman & Wright, 2013).

O modelo de estresse de minoria proposto por Meyer (2003) dita que membros de minorias sexuais tendem a experimentar uma série de circunstâncias estressoras que se acumulam e resultam em prejuízos para a sua saúde mental. Duas partes importantes desse modelo são a abertura da orientação sexual e a homofobia internalizada. Estudos com mulheres lésbicas tem encontrado associações entre homofobia internalizada e menor satisfação com a vida, menor bem estar psicológico e menor felicidade em geral (Whicker, Aubin & Skerven, 2017), além de um acesso menos frequente a serviços de saúde (Bergeron, 1999; Pierre, 2017). No presente estudo, uma homofobia internalizada mais alta esteve presente em grupos com uma menor abertura geral, maior nível de *distress* e menor propensão à abertura com o profissional de saúde, ao mesmo tempo aparecendo no grupo com menor número de prevenção sexual e reprodutiva. Isso reforça o exposto anteriormente pela literatura em que uma maior internalização do estigma homofóbico ao mesmo tempo que se mostra aversivo à abertura e à saúde mental, age de forma a prejudicar a relação dessas mulheres com o serviço de saúde (Austin, 2013; Chow & Cheng, 2010; Pierre, 2017).

Ao caracterizar sociodemograficamente a amostra, fatores significativamente associados a uma maior média de abertura foram alta renda e alto nível de escolaridade. No estudo de Pierre (2017), a variável educação foi associada positivamente com abertura geral, abertura para o profissional de saúde e mais comportamentos preventivos em saúde. Discute-se que pertencer a grupos de privilégio, como ser branca, ter alta renda ou escolaridade se comporta como fator protetivo que facilita o processo de abertura (Pierre, 2013).

De forma semelhante, uma maior abertura e menor homofobia internalizada foram observadas

nas mulheres que utilizavam o plano de saúde como principal meio de acesso ao serviço de saúde e que decidiram revelar a orientação sexual para o profissional de saúde no último acesso. Pesquisas brasileiras que buscaram observar mulheres lésbicas no acesso ao serviço de saúde não costumam considerar diferenças no meio de acesso a esse serviço (Araújo et al., 2006; Rufino et al., 2018^a). Entretanto, as estratégias de abertura utilizadas por essas mulheres podem variar quando o acesso ao serviço de saúde é feito por via pública e por plano particular (Orne, 2011).

Outra variável associada a maior abertura e também a menor homofobia internalizada foi estar em um relacionamento no momento da pesquisa. A esse respeito, Barrantes, Eaton, Veldhuis e Hughes (2017) encontraram que, entre mulheres lésbicas, uma maior abertura está positivamente associada com um maior investimento e satisfação com o relacionamento. É possível supor que estar em um relacionamento com pessoa do mesmo sexo ofereça mais oportunidades para a ocorrência de abertura além de suporte social por parte da parceira, o que pode mitigar os efeitos de internalização da homofobia (Hartig, 2019). Em contrapartida, mulheres lésbicas menos abertas podem sofrer com processos de internalização do estigma que podem se traduzir em comportamentos violentos que, por sua vez, prejudicam o desenvolvimento saudável de relacionamentos, como foi demonstrado no estudo de Balik e Bilgin (2019) com casais de lésbicas peruanas.

Ainda levando em conta aspectos sociodemográficos do presente estudo, foi observado um equilíbrio no número de participantes brancas e negras que permitiu que fossem realizadas comparações entre esses dois grupos. Demonstrou-se que quando comparadas com mulheres brancas, mulheres lésbicas negras estão mais presentes no grupo de renda mais baixa, que acessa menos o serviço de saúde, que utiliza predominantemente o SUS como meio de acesso e que, assim como previsto por Meyer (2003), possui uma menor abertura geral, além de escolher não revelar ou não achar necessária a abertura para o profissional de saúde no momento de atendimento.

Os achados deste estudo estão coerentes com achados anteriores em que mulheres lésbicas negras reportaram uma relação diferente de mulheres brancas com relação a abertura para familiares (Aranda et al., 2015). Ainda assim, abertura para familiares em mulheres não-brancas aparece na

literatura como associada a maiores níveis de suporte social e de cuidados preventivos de saúde (Tabaac, Perrin & Trujillo, 2015). O que demonstra que mesmo que existam diferenças na forma como abertura aparece entre mulheres brancas e negras, a abertura da orientação sexual tende a trazer benefícios a saúde de ambos os grupos.

A literatura que circunda a abertura de mulheres lésbicas e o seu acesso ao serviço de saúde aponta para diferenças entre mulheres que residem no interior e as que residem na capital (Austin, 2013; Whitehead, Shaver & Stephenson, 2016). No estudo de Barefoot, Smalley e Warren (2017), lésbicas residentes em áreas rurais, comunicaram menos a orientação sexual para os profissionais de saúde quando comparadas com não-rurais. Essa diferenciação também foi constatada no presente estudo, em que mulheres residentes no interior reportaram significativamente menos a orientação sexual quando comparadas com mulheres da capital, ainda, reportaram menos acesso ao serviço de saúde e estiveram mais presentes no grupo de renda familiar baixa.

Uma possível explicação, como apontado por Austin (2013) pode ter a ver com o meio conservador da maioria das zonas interioranas que acaba por fazer com que mulheres lésbicas residentes no interior restrinjam mais a abertura e mesmo o acesso ao serviço de saúde. Por outro lado, observando os achados deste estudo, outra possibilidade de explicação seria por o principal meio de acesso utilizado por mulheres lésbicas interioranas ser o SUS. Isso porque, no caso de uma reação negativa por parte do profissional de saúde à abertura da paciente, realizar a troca desse profissional remete a um processo mais dificultoso e demorado do que seria através do plano de saúde, o que exigiria um maior gerenciamento da abertura nesse contexto.

As mulheres participantes deste estudo reportaram uma vida sexualmente ativa com alta frequência de relações sexuais. Apesar disso, informaram também um baixo conhecimento sobre prevenção sexual e reprodutiva, além de um baixo uso de métodos de barreira para proteção contra ISTs. Um estudo brasileiro realizado por Rufino et al. (2018b) com mulheres que fazem sexo com mulheres, relatou que mulheres com comportamento sexual estritamente lésbico, quando comparadas com mulheres de comportamento sexual bissexual, utilizam menos métodos de barreira no sexo com

mulheres e vão menos ao ginecologista e que, quando vão, recebem menos orientações sobre ISTs e Aids e sobre suas dúvidas sexuais.

Por o número de contaminação ser menor nessa população do que em mulheres heterossexuais, cria-se um mito entre mulheres lésbicas e profissionais da saúde sobre o total não-risco de contaminação dentro desse grupo (Barbosa & Fachini, 2009; Chetcuti et al., 2013). Esse mito é reforçado pelo comportamento de alguns profissionais de não perguntarem sobre a orientação e sobre o comportamento sexual de suas pacientes (Fujii, 2017; Pierre, 2017), ficando a cargo da paciente tomar a iniciativa sobre essa revelação, o que não ocorre em boa parte dos casos (Rufino et al., 2018a). Isso acaba por gerar uma desinformação sobre práticas preventivas para saúde sexual e reprodutiva de mulheres lésbicas que as coloca em situação de risco para contração de doenças como a Vaginose Bacteriana, o HPV e o câncer de colo do útero, por exemplo (Takemoto et al., 2019).

Há de se observar também que a quase metade da amostra afirmou, ao longo da vida, ter tido relação com ambos os sexos e que uma parte menor relatou apenas ter tido relação com o sexo oposto. Isso reforça a importância de profissionais da saúde questionarem tanto sobre a orientação sexual como o histórico do sexo dos(as) parceiros(as). Deixar a cargo das pacientes lésbicas a iniciativa sobre a abertura pode ser de grande prejuízo, levando em conta o encontrado no presente estudo em que as mulheres que decidiram por não revelar ou que não acharam necessário revelar foram também as que pontuaram mais alto em homofobia internalizada. Mulheres lésbicas enfrentam situações de estresse cotidianas que moldam a forma como se relacionam com abertura em diversos contextos sociais (Orne, 2011). Elas escolhem sobre a revelação ou não da orientação sexual avaliando fatores de risco e de proteção associados aos contextos sociais, econômicos e demográficos em que se encontram (Austin, 2013; Aranda et al. 2015).

Foi observado neste estudo que mulheres lésbicas avaliaram em grande medida a existência de uma real necessidade de abertura para o profissional de saúde e que essa avaliação pareceu levar em conta o tipo de atendimento de saúde prestado. A profissão de saúde para qual mais foi revelada a orientação sexual foi a psicologia. Duas possíveis explicações para isso podem ser: que os

profissionais da psicologia tem sido mais bem sucedidos em proporcionar um ambiente confortável para a abertura, ou que a própria natureza do atendimento psicoterápico estimule a ocorrência de abertura, já que envolve saber sobre os relacionamentos atuais e eventos estressores cotidianos vivenciados pela paciente (APA, 2009). Essa segunda explicação pode tornar-se parcialmente contraditória quando observado o baixo índice de revelação para profissionais da psiquiatria, onde se esperaria que fossem levados em conta esses mesmos eventos durante a anamnese.

O segundo grupo de profissionais para o qual ocorreu mais abertura foram os(as) ginecologistas, o que pode indicar um aumento na consciência dos profissionais da área ou das próprias mulheres sobre a necessidade de revelação, ou mesmo nas perguntas de comportamento sexual (Sobecki-Rausch, Brown & Gaupp, 2017). Houve pouca revelação para o clínico geral, onde foi mais recorrentemente enunciada a não necessidade para revelação. Entretanto, como já dito, mulheres lésbicas estão mais susceptíveis a acúmulos de estresse que por vezes se traduzem em malefícios não apenas ao seu bem-estar mental, como também físico, havendo relatos de alta prevalência de tabagismo, consumo excessivo de álcool (Meads, Buckley & Sanderson, 2007) além de sobrepeso e obesidade nesse grupo (Mason, 2016), o que justifica que a abertura faça parte do processo de atendimento.

Pode-se imaginar que se uma mulher lésbica vai em busca de um atendimento de saúde, ela pode já estar fragilizada por ter uma queixa de saúde. Se ela se depara com um profissional da saúde que a faz questionamentos heteronormativos – como por exemplo: “como você evita gravidez?”, “você tem um namorado ou está solteira?” – ou que apresente alguma atitude homofóbica ou discriminatória, ela pode entender que revelar a sua orientação sexual lhe trará mais malefícios do que benefícios naquela situação, prejudicando o atendimento como um todo por interferir ao mesmo tempo no conforto da paciente e na qualidade da anamnese (Araújo et al., 2006; Bergeron & Senn, 2003; Pierre, 2013). É importante que profissionais de saúde saibam sobre a relevância de gerar um espaço de conforto e propício para que essas mulheres revelem sua orientação sexual e estejam atualizados sobre práticas sexuais, técnicas preventivas específicas para o sexo entre mulheres e

necessidades de saúde de mulheres lésbicas para que possam corretamente informar e cuidar de suas pacientes (Dolan & Davis, 2003; Pierre, 2017; Rufino et al., 2018a, 2018b).

Limitações

O presente estudo tem sua importância ancorada no fato de que estudos brasileiros com mulheres lésbicas que busquem investigar a saúde e principalmente que tenham como objeto de estudo a abertura são incipientes. Além disso, possui uma amostra robusta e investiga uma ampla gama de variáveis concernentes à população de mulheres lésbicas. Assim, busca-se contribuir para a ampliação do número de publicações nacionais com esse tema. Estudos futuros devem buscar avançar em aspectos que no presente estudo se configuram como limitações. Entre essas está o fato de não terem sido exploradas diferenças entre outras variáveis sociodemográficas, como comparações entre mulheres lésbicas indígenas e amarelas com os demais grupos étnico-raciais, assim como possuir ou não filhos, o que pode incitar diferenças no manejo da abertura da orientação sexual (Morris & Rothblum, 2002). Ao mesmo tempo, não foi perguntado sobre a idade de início da revelação da orientação e nem do caminho social que essa abertura percorreu – por exemplo: se ocorreu primeiro com familiares ou com outros(as) amigos(as) homossexuais. Esse tipo de questionamento trata de aspectos mais processuais da abertura ao longo da vida e que podem ser relevantes, principalmente para a formação da identidade lésbica (Kahn, 1991; Li & Samp, 2019; Van dam, 2014).

Não foi o objetivo deste trabalho observar variáveis concernentes ao profissional de saúde, como o gênero ou atitudes gay-positivas que poderiam influenciar positiva ou negativamente a ocorrência de abertura. Estudos futuros devem buscar levar essas variáveis em conta pois é necessário observar que a responsabilidade pela não ocorrência de abertura não pode ser apenas atribuída a paciente, tendo o profissional um papel fundamental na facilitação desse comportamento (Pierre, 2017).

Outros pontos a serem considerados como limitações foram a não exploração de distinções entre os tempos de último acesso ao serviço de saúde – se no último mês, nos últimos três meses, etc. –, e o fato de que a maior parte da amostra tem pelo menos o ensino médio completo e está cursando

universidade, o que pode ter gerado vieses nos dados obtidos. Além disso, apesar da proposição deste estudo ser de analisar mulheres lésbicas brasileiras, os dados aqui explorados não podem ser generalizados, já que não se configuram como uma amostra representativa da população de mulheres lésbicas do Brasil.

Como dito, o presente estudo busca incitar a discussão e ampliar a produção científica dentro dos temas aqui abordados. Reforça-se, portanto, a importância de que estudos futuros prezem por expandir as dimensões da abertura e de aspectos da saúde de mulheres lésbicas a serem estudados para que esses materiais possam servir de base para melhor instruir profissionais de saúde no cuidado com essa população.

Conclusão

O presente estudo ressalta que são necessários cuidados metodológicos para diferenciar sociodemograficamente a abertura entre grupos de mulheres lésbicas, observando distinções entre mulheres brancas e mulheres negras, pois esta demonstra se manifestar nesses dois grupos diferentemente, embora seja igualmente importante para ambos no que diz respeito à saúde. Da mesma forma, deve ser levada em conta a situação social em que vivem mulheres lésbicas interioranas, ou que sejam usuárias do SUS, pois isso pode dificultar a ocorrência da abertura para com o profissional de saúde.

A abertura da orientação sexual tem ganhado cada vez mais atenção em pesquisas acadêmicas por se tratar de um marco importante na vida de pessoas LGB (Feldman & Wright, 2013; Meyer, 2003; Whitman & Nadal, 2015). Mulheres lésbicas passam por situações de discriminação cotidianas que podem interferir na forma como se relacionam com sua própria sexualidade e identidade sexual. Profissionais precisam ser cuidadosos no sentido de não formular um ambiente estressor na situação de atendimento, que pode dificultar a ocorrência de abertura.

Devem também ser melhor instruídos a não realizarem pressuposições sobre a atividade sexual de suas pacientes com base apenas a orientação sexual – exemplo, supor que mulheres, por serem lésbicas, não tiveram o rompimento do hímen e que por isso não deve ser prescrito um exame

de lâmina, sendo que mesmo em mulheres que não tiveram rompimento do hímen, esse exame é possível e pode ser prescrito. É também necessário que se aprofundem os estudos sobre as práticas sexuais de mulheres que fazem sexo com mulheres, para que possam ser desenvolvidos métodos de barreira mais eficazes e para que as informações sobre proteção sexual para essa população sejam distribuídas de forma coerente. Cuidados como esses devem ser introduzidos durante a formação de estudantes da área da saúde e devem ser continuados na atualização de profissionais já graduados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente dissertação propôs uma investigação acerca da influência da abertura na saúde de mulheres lésbicas no contexto brasileiro. Para isso, dois estudos foram realizados: Uma revisão integrativa da literatura em português e inglês sobre abertura da orientação sexual em mulheres lésbicas e as implicações dessa variável para a saúde. E um segundo estudo, de natureza quantitativa, que buscou observar como a variável abertura influencia na saúde mental, acesso ao serviço de saúde e prevenção sexual e reprodutiva de mulheres lésbicas no contexto brasileiro.

No primeiro estudo, foi retratado um consenso dentro da literatura analisada sobre as implicações da variável abertura dentro do contexto de atendimento em saúde de mulheres lésbicas. Embora a abertura tenha sido considerada pelas participantes dos estudos como de grande importância para um atendimento de qualidade e que proporcione conforto, ela foi recorrentemente velada e negociada pelas mesmas.

Foi também verificado que variáveis sociodemográficas parecem interferir na forma como mulheres lésbicas negociam a abertura. Além disso, poucos estudos observam a influência da abertura fora do contexto de atendimento e foram evidenciadas discrepâncias metodológicas no que diz respeito à definição e nas formas de mensuração da abertura que prejudicam as possibilidades de comparações entre os achados. É importante que estudos futuros, particularmente os nacionais, priorizem esses cuidados para garantir a qualidade do que vier a ser produzido.

Os achados do primeiro estudo serviram para embasar a formulação do segundo estudo, onde foi encontrado que em uma amostra de mulheres lésbicas brasileiras, assim como as de outros países a abertura é gerenciada a partir de fatores de risco e de proteção associados aos contextos sociais, econômicos e demográficos em que se encontram. Ainda, que existe um alto nível de estresse e homofobia internalizada dentro desse grupo, sendo que as mulheres que decidiram por não revelar ou que não acharam necessário revelar foram também as que pontuaram mais alto em homofobia internalizada.

Fazem-se necessários cuidados em estudos científicos quanto à diferenciação

sociodemográfica da abertura em mulheres lésbicas, observando distinções entre mulheres brancas e mulheres negras – pois essa apareceu nesses dois grupos diferentemente, embora seja igualmente importante pra os dois grupos no que diz respeito a saúde – e entre mulheres residentes na capital e interioranas, ou que sejam usuárias do SUS, pois esses fatores estão associados à ocorrência da abertura para o profissional de saúde.

Essa dissertação conta com algumas limitações já comentadas e espera-se que estudos futuros ofereçam propostas de resoluções para as mesmas. Objetiva-se estimular a ampliação do número e da qualidade das publicações brasileiras e em português sobre essa temática, para que possam ser acessadas pelo maior número possível de pessoas fluentes nessa língua.

A abertura, além de ser de grande importância para membros de minorias sexuais, envolve uma complexidade de fatores processuais, psicológicos, ontológicos e comportamentais, o que faz dessa temática um campo de estudo amplo e fértil. Entender o processo de formação da identidade sexual e os fatores associados com o gerenciamento da divulgação dessa identidade pode vir a enriquecer os conhecimentos em torno da saúde de indivíduos de minorias sexuais, principalmente quando observados contextos sociodemográficos como ser também parte de uma minoria de gênero e/ou de raça.

Para além disso, é necessário observar o constructo da abertura dentro de sua dinamicidade. A decisão pela ocorrência ou não de abertura pode depender de fatores circunstanciais, variar a partir de diferentes tempos históricos, de diferenças geográficas e políticas. Além disso, a abertura da orientação sexual está intimamente relacionada a construção da identidade sexual, que pode e costuma ser mutável no decorrer do desenvolvimento humano. Todas essas variáveis fazem com que o processo de abertura possa ser observado e estudado a partir de diferentes perspectivas.

Mulheres lésbicas tem um histórico de invisibilidade em pesquisas científicas, em políticas públicas e em tecnologias de prevenção. No Brasil, apesar de já terem sido divulgadas diretrizes para a atenção a essa população, as mesmas não tem nem uma década de vida. Para além, as informações e os cuidados prescritos nessas orientações pecam por não fazer parte da formação de profissionais

da área de saúde. Estimula-se, assim, que o meio científico, traduzido nos materiais de formação e capacitação de profissionais, venham a transformar essa realidade, abrindo ao público as demandas de saúde de mulheres lésbicas.

REFERÊNCIAS

*Aranda F, Mattheus A.K., Hughes T.L., Moramatsu N., Wilsnack S.C., Johnson T.P., et al. (2015) Coming out in color: Racial/Ethnic differences in the relationship between level of sexual identity disclosure and depression among lesbians. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 21(2): 247-257. doi: [10.1037/a0037644](https://doi.org/10.1037/a0037644)

*Araújo, M. A. L., Galvão, M. T. G., Saraiva, M. M. M., Albuquerque, A. D. (2006) Relação usuária-profissional de saúde: experiência de uma mulher homossexual em uma unidade de saúde de referência de Fortaleza. *Escola Anna Nery*, 10(2), 323-327. doi: [10.1590/S1414-81452006000200022](https://doi.org/10.1590/S1414-81452006000200022)

*Barefoot, K. N., Smalley, K. B. & Warren, J. C. (2017) A Quantitative Comparison of the Health-Care Disclosure Experiences of Rural and Nurrural Lesbians. *Stigma and Health*, 2(3), 195-207. doi: [10.1037/sah0000052](https://doi.org/10.1037/sah0000052)

*Bjorkman, M., Malterud, K. (2007) Being Lesbian – does the doctor need to know?, *Scandinavian Journal of Primary health care*, 25(1), 58-62 doi: [10.1080/02813430601086178](https://doi.org/10.1080/02813430601086178)

*Bjorkman, M., Malterud, K. (2009) Lesbian women's experiences with health care: A qualitative study, *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 27(4), 238-243. doi: [10.3109/02813430903226548](https://doi.org/10.3109/02813430903226548)

*Chow, P. K., Cheng, S. (2010) Shame, Internalized heterosexism, Lesbian Identity, and Coming Out to Others: A Comparative Study of Lesbians in Mainland China and Hong-Kong. *Journal of Counseling Psychology*, 57(1), 91-104. doi: [10.1037/a0017930](https://doi.org/10.1037/a0017930)

*Hirsch, O., Löltgen, K., Becker, A. (2016) Lesbian womens' access to healthcare, experiences with and expectations towards GPs in German primary care. *BMC Family Practice*, 17(1), 162- 170. doi: [10.1186/s12875-016-0562-4](https://doi.org/10.1186/s12875-016-0562-4)

*Steele, L. S., Tinmouth, J. M., Lu, A. (2006) Regular health care use by lesbians: a path

analysis of predictive factors, *Family Practice*, 23(6), 31-636. doi: [10.1093/fampra/cml030](https://doi.org/10.1093/fampra/cml030)

Abbott, R. A.; Ploubidis, G. B.; Huppert, F. A.; Kuh, D.; Croudace, T. J. (2010) An Evaluation of the Precision of Measurement of Ryff's Psychological Well-Being Scales in a Population Sample. *Social Indicators Research*, 97(3), 357-373. doi: 10.1007/s11205-009-9506-x

Agénor, M., Muzny, C. A., Schick, V., Austin, E. L., & Potter, J. (2017). Sexual orientation and sexual health services utilization among women in the United States. *Preventive Medicine*, 95, 74–81. doi:10.1016/j.ypmed.2016.11.023

Albery, I. P. & Munafò, M. Research methods and measurement. In: *Key concepts in health psychology*. London: SAGE Publications Ltd; 2008. p. 19-41. doi: 10.4135/9781446213162.n2

American Psychological Association, Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation. (2009). *Report of the American Psychological Association Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation*. Disponível em <http://www.apa.org/pi/lgbcc/publications/therapeutic-resp.html>

Andrews G, Slade T. (2001) Interpreting scores on the Kessler Psychological Distress Scale (K10). *Aust N Z J Public Health*, 25(6):494-497.

Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. (2013). Critério Brasil 2015. Recuperado de <http://www.abep.org/download>

Austin E L. (2013) Sexual orientation disclosure to health care providers among urban and non-urban southern lesbian. *Women & Health*. 53(1): 41-55.

Ayala, J., Coleman. H. Predictors of depression among lesbian women. *Journal of Lesbian Studies*, 4, 71-86. doi:10.1300/ J155v04n03_04

Barbosa RM, Fachini R. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*. 2009;25(suppl 2):S291-300.

Barrantes, R. J., Eaton, A. A., Veldhuis, C. B., Hughes, T. L. (2017) The Role of Minority Stressors in Lesbian Relationship Commitment and Persistence over Time, *Psychology of Sexual orientation and Gender diversity*, 4(2): 205-2017 Doi: 10.1037/sgd0000221

Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893–897.

Bergeron, S. (1999). *The effect of internalized homophobia and feminist orientation on utilization of health services: A Canadian lesbian perspective* (Unpublished Master's thesis). University of Windsor, Windsor, ON.

Bergeron, S., & Senn, C. Y. (2003). Health care utilization in a sample of Canadian lesbian women: Predictors of risk and resilience. *Women & Health*, 37(3), 19–35. doi: 10.1300/j013v37n03_02.

Brasil (2004) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília, Distrito Federal.

Brasil (2012) Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília, Distrito Federal.

Brasil. (2000) Ministério da saúde. Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS): Princípios e Conquistas. Brasília, Distrito Federal.

Brasil. (2007) Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST. Brasília, Distrito Federal.

Brasil. (2013) Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.

Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Mulheres lésbicas e bissexuais: direitos, saúde e participação social. Brasília, Distrito Federal.

Brasil. Decreto-Lei n. 2.848, de 07 de dezembro de 1940. (1942, 1 janeiro). Código Penal. *Diário Oficial da União*. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Braun, V., Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology, *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa

Brooks, H.; Llewellyn, C. D.; Nadarzynski, T.; Pelloso, F. C.; Guilherme, F. S.; Pollard, A.; Jones, C. J. (2018) Sexual orientation disclosure in health care: a systematic review. *British Journal of General Practice*, 68(668), 187-196. doi: 10.3399/bjgp18X694841

Cerqueira-Santos, E., Carvalho, C. A. S. G., Nunes, L. M., & Silveira, A. P. (2017). Homofobia Internalizada e Religiosidade entre casais do mesmo sexo. *Temas em Psicologia*, 25(2), 691-702. <https://dx.doi.org/10.9788/TP2017.2-15>

Chazin, D.; Klugman, S. (2014) Clinical Considerations in Working with Clients in the Coming Out Process. *Pragmatic Case studies in Psychotherapy*, 10(2), 132-146. doi: [10.14713/pcsp.v10i2.1855](https://doi.org/10.14713/pcsp.v10i2.1855)

Chetcuti N, Beltzer N, Methy N, Laborde C, Velter A, Bajos N, et al. Preventive care's forgotten women: life course, sexuality, and sexual health among homosexually and bisexually active women in France. *J Sex Res.* 2013;50(6):587-97.

Connel, J.; Carton, J; Grundy, A.; Buck, E. T.; Keetharuth, A.; Ricketts, T.; Barkham, M.; Robotham, D.; Rose, D. & Brazier, J. (2018) The importance of content and face validity in instrument development: lessons learnt from service users when developing the Recovering Quality of Life measure (ReQoL). *Quality of life Research*, 27(8). Doi: 10.1007/s11136-018-1847-y

Costa, A. B., & Zolowski, A. P. C. (2014). Como escrever um artigo de revisão sistemática. In S. H. Koller, M. C. P. P. Couto, & J. Von Hohendorff (Eds.), *Manual de Produção*

Científica (pp. 55- 70). Porto Alegre, RS: Penso.

Dahl, B., Fylkesnes, A. M., Sørli, V., Malterud, K. (2013) Lesbian women's experiences with healthcare providers in the birthing context: A meta-ethnography. *Midwifery*, 29(1), 674-681. doi:10.1016/j.midw.2012.06.008

Damasio, B. F., Machado, W. L. Silva, J. P. (2011) Estrutura Fatorial do Questionário de Saúde geral (QSG-12) em uma amostra de professores escolares. *Avaliação Psicológica*, 10(1), 11-105. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712011000100011

Eliason, M. J., & Schope, R. (2001). Does "don't ask don't tell" apply to health care? Lesbian, gay, and bisexual people's disclosure to health care providers. *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association*, 5, 125-134. doi: 1090-7173/01/1200-0125/1

Feinstein, B. A.; Dyar, C.; London, B. (2016) Are Outness and Community Involvement Risk or protective Factors for Alcohol and Drug Abuse Among Sexual Minority Women? *Archives of Sexual Behavior*, 46(5), 1411-1423 doi: 10.1007/s10508-016-0790-7

Feldman, S. E; Wright, A. J. (2013) Dual Impact: Outness and LGB Identity Formation on Mental Health, *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 25(4), 443-464, doi: 10.1080/10538720.2013.83306

Fernandes-Eloi, J.; Maia, L. M.; Cerqueira-Santos, E. (2017) *Interações Influências e Correlações entre Homofobia Internalizada, Nível de Abertura, Satisfação Corporal e Sexual de Mulheres lésbicas* (Tese de doutorado) Universidade de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil.

Fujii, H. (2017) Sexual Norms for Lesbian and Bisexual Women in a Culture Where Lesbianism is not acceptable enough: The Japanese Survey About Sexual Behaviours, STIs Preventive Behaviours, and the Value of Sexual Relations. *Journal of homosexuality*, Doi: 10.1080/00918369.2017.1413275

Goldberg, D. P. (1972). The detection of psychiatric illness by questionnaire, *Oxford University Press*, 17(3), 248 doi:10.1016/0022-3999(73)90039-1

Haragusuku, H. A.; Lee, H. O. (2015) A psicologia brasileira e as Políticas LGBT no Conselho Federal de Psicologia. *Revista Gestão e Políticas Públicas*, 5(1): 132-154.

Hartig, M. D. (2019) *Outness, Social support, and well-being in gay and lesbian couples* (Tese de Mestrado), Graduate School-Camden Rutgers, The State University of New Jersey, New Jersey, Estados Unidos.

Hayman, B.; Wilkes, L.(2016) Older lesbian women's health and healthcare: A narrative review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 25,(1), 3454-3468. doi: 10.1111/jocn.13237

Heath, C. R. (2018) *The relation between "outness" and resilience among sexual minority youth: the moderating effects of family support.*(Dissertação de Doutorado) Marriage and family therapy, Graduate faculty of Texas University, Texas, United States.

IBGE (2010). *Dados do Censo 2010 publicados no Diário Oficial da União do dia 04/11/2010*. Recuperado em 06 de setembro de 2019 de: <https://censo2010.ibge.gov.br>

Institute of Medicine (IOM). (1999). *Lesbian health: Current assessment and directions for the future*. Washington, DC: National Academy Press.

Jamison, J. (2010) Psychometric validation of the multidimensional disclosure to health care providers scale (MD-HCPS) *Dissertation abstracts Internacional, Section B: Sciences and Engineering*, 71, 774919726. Disponível em https://www.ideals.illinois.edu/bitstream/handle/2142/16017/1_Jamison_Jorja.pdf?sequence=3

Jeffery, K. G. (2006) Open Access: An Introduction. *Ercim News*, 64. Disponível em: https://www.ercim.eu/publication/Ercim_News/enw64/jeffery.html

Jesus, J. G. (2012) Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos. Disponível em: <http://issuu.com>

Kahn, M. J. (1991) Factors Affecting the coming out process for lesbians, *Journal of Homosexuality*, 21(3): 47-70, Doi: 10.1300/J082v21n03_03

Kavanaugh, S. A., Taylor, A. B. Stuhlsatz, G. L., Nepl, T. K. & Lohman, B. J. (2019) Family and community support among sexual minorities of color: the role of sexual minority identity prominence and outness on psychological well-being. *Journal of GLBT Family Studies*, doi: [10.1080/1550428X.2019.1593279](https://doi.org/10.1080/1550428X.2019.1593279)

Kennedy, N & Hellen, M. (2010) Transgender Children: more than a theoretical challenge. *Graduate Journal of Social Science*, 7(2), 25-43.

Kerr, S. K.; Emerson, A. M. (2004) A Review of Lesbian Depression and Anxiety. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 15(4), 143-162, doi: 10.1300/J056v15n04_01

Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, Hiripi E, Mroczek DK, Normand SL, Walters EE, Zaslavsky AM. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychol Med* 2002; 32(6):959-976.

Kluttz, B. (2014) Outness and Identity in Context: Negotiating Sexual Disclosure in LGBT Campaigns, *Sexuality & Culture*, 18(4), 789-803. doi 10.1007/s12119-014-9221-x.

Kosciw, J. G., Palmer, N. A. & Kull, R. M. (2014) Reflecting Resiliency: Openness about sexual orientation and/or gender identity and its relationship to well-being and educational outcomes for LGBT students. *American Journal of Community Psychology*, 55(1-2), 167-78. doi: 10.1007/s10464-014-9642-6

Kroene, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. (2001) The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16, 606-613.

la Roi, C., Meyer, I. H. & Frost, D. M. (2018) Differences in Sexual Identity Dimensions Between Bisexual and Other Sexual Minority Individuals: Implications for Minority Stress and Mental Health. *American journal of Orthopsychiatry*, 89(1), 40-51. Doi: 10.1037/ort0000369

Lewis, R. J.; Kholodkov, T.; Derlega, V. J. (2012) Still Stressful After All These Years: A Review of Lesbians' and Bisexual Women's Minority Stress, *Journal of Lesbian Studies*, 16(1), 30-44, doi: 10.1080/10894160.2011.557641

Li, Y. & Samp, J. (2019) Predictors and outcomes of initial coming out messages; testing the theory of coming out message production, *Journal of Applied Communication Research* 47(1): 69-89. doi: 10.1080/00909882.2019.1566631

Lima-Costa, M. F. F., Guerra, H. L., Firmo, J. O. A., Vidigal, P. G., Uchoa, E. & Barreto, S. M. (2002) The Bambuí Health and Aging Study (BHAS): private health plan and medial care utilization by older adults. *Cadernos de Saúde Pública* 18(1): 177-186 doi: 10.1590/S0102-311X2002000100018

Marques, A. M., Oliveira, J. M., Nogueira, C. (2013) A população lésbica em estudos de saúde: contributos para uma reflexão crítica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(7), 2037-2047. doi: 10.1590/S1413-81232013000700019

Martos, A.J., Nezhad, S. & Meyer, I.H. (2015) Variations in Sexual identity Milestone Among Lesbians, Gay, Men, and Bisexuals. *Sex Res Soc Policy*, 12(1):24-33. doi: 10.1007/s13178-014-0167-4

Meads, C.; Buckley, E.; Sanderson, P. (2007) Ten years of lesbian health survey research in the UK West Midlands, *BMC Public Health*, 07(251). doi:10.1186/1471-2458-7-251.

Meidlinger P. C., & Hope, D. A.(2014) Differentiating Disclosure and Concealment in Measurement of Outness for Sexual Minorities: The Nebraska Outness Scale. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 1(4), 489-497. doi: 10.1037/sgd0000080

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. doi: 10.1590/S0104-07072008000400018.

Meyer, I. H. (2003) Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychology Bulletin*, 129(5): 674-697. doi: 10.1037/0033-2909.129.5.674

Ministério da Saúde (2012) Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012, 1–8.

Mohr, J. J., & Fassinger, R. E. (2000). Measuring dimensions of lesbian and gay male experience. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 33(2), 66–90. doi: 10.1037/t07099-000

Morris, J. F.; Waldo, C. R.; Rothblum, E. D. (2001) A Model of Predictors and Outcomes of Outness Among Lesbian and Bisexual Women. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71(1), 61-71. doi: 10.1037/0002-9432.71.1.61

Nascimento, G. C. M. & Scorsolini-Comin, F. (2018) A Revelação da Homossexualidade na Família: Revisão Integrativa da Literatura Científica. *Trends in Psychology*, 26(3): 1527-1541. doi: 10.9788/TP2018.3-14Pt

O'Connor, J. (2016) *Outness, Self-Esteem, Stigma, Psychological Health and Mobile Dating Application Use in Gay and Bisexual Men*. (Trabalho de conclusão de curso, Dublin Business School, Dublin, Irlanda). Recuperado de: <https://esource.dbs.ie/handle/10788/3121>

Orne, J. (2011) 'You will always have to “out” yourself: Reconsidering coming out through strategic outness. *Sexualities*, 14(6), 681-703. doi: 10.1177/1363460711420462

Pasquali, L., Gouveia, V. V., Andriola, W. B., Miranda, F. J., Ramos, A. L. M. (1994) Questionário de saúde geral de Goldberg (QSG): Adaptação Brasileira, *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 10(3), 421-437. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/279191898_Questionario_de_Saude_Geral_de_Goldberg_QSG_Adaptacao_Brasileira

Pereira, A. L. (2006) *Revisão sistemática da literatura sobre produtos usados no*

tratamento de feridas (Dissertação de Mestrado) Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia.

Pereira, H., & Leal, I. (2005). Medindo a homofobia internalizada: A validação de um instrumento. *Análise Psicológica*, 23 (3), 315-318. Recuperado em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v23n3/v23n3a10.pdf> Acesso em: 06/02/2018

Pierre, M. S. (2012) Under what conditions do lesbians disclose their sexual orientation to primary healthcare providers? A review of the literature. *Journal of lesbian studies*, 16(2), 199-219. doi: 10.1080/10894160.2011.604837

Pierre, M. St. (2017) Lesbian disclosure and health care seeking in the United States: A replication study. *Journal of Lesbian Studies*. 4(1), 1-14. doi: 10.1080/10894160.2017.1282283

Roberts, S. J. (2001) Lesbian health research: A review and recommendations for future research, *Realth Care for Women International*, 22(6), 537-552. doi: 10.1080/07399330127194

Rufino, A.C., Madeiro A., Trinidad, A. S., Santos, R. R., Freitas, I. (2018a) Disclosure of sexual orientation among women who have sex with women during gynecological care: A qualitative study in Brazil. *J. Sex. Med.*; 15(7):966-973.

Rufino, A.C., Madeiro A., Trinidad, A. S., Santos, R. R., Freitas, I. (2018b) Práticas sexuais e cuidados em saúde de mulheres que fazem sexo com mulheres: 2013-2014. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 27(4), e2017499 <https://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742018000400005>

Ryff, C. D.; Keyes, C. L. (1995) The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*. 69(4), 719–727. doi: 10.1037/0022-3514.69.4.719

Sabin, J. A.; Riskind, R. G. & Nosek, B. A. (2015) Health Care Providers' Implicit and Explicit Attitudes Toward Lesbian Women and Gay Men. *Am J Public Health*. 105(9): 1831-1841.

Silveira, A. P. & Cerqueira-Santos, E. (2019). Homofobia internalizada y satisfacción sexual en parejas homosexuales. *Psicogente* 22(41), 1-18. <https://doi.org/10.17081/psico.22.41.3307>

Sobecki-Rausch, J. N.; Brown, O. Gaupp, C. L. (2017) Sexual Dysfunction in Lesbian Women: A Systematic Review of the Literature. *Seminars in Reproductive Medicine*, 35(5), 448-459. doi: 10.1055/s-0037-1604455

Sousa, J. C., Mallmann, D. G., Galindo Neto, N. M., de Freitas, N. O.; Vasconcelos, E. M. R., & Araújo, E. C. (2014) Promoção da saúde da mulher lésbica: cuidados de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. v.35, n.04, p. 108-113. DOI: 10.1590/1983- 1447.2014.04.45308

Sousa, J. C.; Mallmann, D. G.; Galindo Neto, N. M.; de Freitas, N. O.; Vasconcelos, E. M. R.; Araújo, E. C. (2014) Promoção da saúde da mulher lésbica: cuidados de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. v.35, n.04, p. 108-113. DOI: 10.1590/1983- 1447.2014.04.45308

Stevens, E. P. (1992) Lesbian health care research: A review of the literature from 1970 to 1990. *Health Care for Women International*, 13(2) 91-120. doi: 10.1080/07399339209515984

Szymanski, D. M., & Chung, Y. B. (2001). The Lesbian Internalized Homophobia Scale: A rational/theoretical approach. *Journal of Homosexuality*, 41(2), 37–52. doi: 10.1300/j082v41n02_03.

Tabaac, A. R.; Perrin, P. B.; Trujillo, M. A. (2015) Multiple Mediation Model of Outness, Social Support, Mental Health and Wellness Behavior in Ethnically Diverse Lesbian, Bisexual and Queer Women. *LGBT Health*, 2(3), 243 – 249. doi: 10.1089/lgbt.2014.0110

Takemoto, M. L. S.; Menezes, M. O.; Polido, C. B. A.; Santos, D. S.; Leonello, V. M.; Magalhães, C. G.; Cirelli, J. F.; Knobel, R. (2019) Prevalência de infecções sexualmente transmissíveis e vaginose bacteriana em mulheres lésbicas: revisão sistemática e recomendações para melhoria do cuidado. *Cadernos de saúde pública*, 35(3):e00118118. Doi: 10.1590/0102-311X00118118

Toledo, L. G.; Teixeira Filho, F. S. (2013) Homofobia familiar: abrindo o armário 'entre quatro paredes'. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 65 (3), 376-391. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-

[52672013000300005&lng=pt&tlng=pt.](#)

Valadão, R. C.; Gomes, R. (2011) A homossexualidade feminina no campo da saúde: da invisibilidade à violência. *Revista de Saúde Coletiva*, 21(4): 1451-1467. Doi: 10.1590/S0103-73312011000400015

Van Dam, M. A. A. (2014) Associations among lesbian disclosure, social support, depressions and demographic variables, *Journal of gay & lesbian mental health*, 18(4):375-392, Doi: 10.1080/19359705.2014.883584

Van Dam, M. A. A. (2015) ALIDA-II: An improved Disclosure Scale. *Journal of homosexuality*, 62(10): 1313-1328. Doi: 10.1080/00918369.2015.1060052

Van Dam, M. A. A.; Koh, A. S.; Dibble, S. L. (2001) Lesbian Disclosure to Health Care Providers and Delay of Care. *Journal of the Gay and lesbian Medical Association*, 5(1), 11-19. doi: 10.1023/A:1009534015823

Warren, J. C., Smalley, K. B., Rimando, M. Barefoot, K. N. Hatton, A. & Leleux-LaBarge, K. (2014) Rural Minority Health: Race Ethnicity, and Sexual Orientation. Em Warren, J. & Smalley, K. B. (Eds) *Rural public health: Best practice and preventive models* (pp.203-226). Nova York, NY: Springer

Whicker, D. R., St. Aubin, E. & Skerven, K.(2017) The role of internalized homonegativity in the faith and psychological health of lesbians. *Journal of lesbian Studies*, Doi: 10.1080/10894160.2017.1350795

Whitehead, J., Shaver, J., Stephenson, R. (2016) Outness, Stigma, and Primary Health Care Utilization among Rural LGBT Populations. *Plos One*, 11(1): e0146139. doi:10.1371/journal.

Whitman, C. N.; Nadal, K. L. (2015) Sexual Minority Identities: Outness and Well-Being Among Lesbian, Gay, and Bisexual Adults, *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 19(4), 370-396. doi: 10.1080/19359705.2015.1038974

Wilkerson, J. M.; Noor, S. W.; Galos, D. L.; Simon Rosser, B. R. (2016) *Archives of Sexual Behaviour*, 45(5), 1269-77. doi: 10.1007/s10508-015-0605-2

ANEXOS

ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E ESCALAS DE INTERESSE.

1. Primeiro, gostaríamos que respondesse se você se auto-identifica como lésbica.

Sim, me identifico como lésbica Não, não me identifico como lésbica.

2. Agora, por favor, preencha os itens abaixo de acordo com as suas informações. (Fique tranquila, não há formas de lhe identificar)

Idade: ____ anos. Data de nascimento: ____/____/____

Etnia/Raça: Causasiana/Branca Preta Parda Amarela Inígena

3. Em qual estado Brasileiro você reside atualmente?

Não resido atualmente no Brasil Acre Alagoas Amapá Amazonas Bahia
 Ceará Distrito Federal Espírito Santo Goiás Maranhão Mato grosso Mato
 Grosso do Sul Minas Gerais Pará Paraíba Paraná Pernambuco Piauí Rio de
 Janeiro Rio Grande do Norte Rio Grande do Sul Rondônia Roraima Santa
 Catarina São Paulo Sergipe Tocantins

4. Você reside na capital desse estado ou no interior?

Capital Interior

5. Em qual(is) país(es) morou no último ano?

Brasil Outro, qual? _____

6. Escolaridade cursada/cursando: Nenhuma Ensino fundamental incompleto Ensino
 Fundamental completo Ensino Médio incompleto Ensino médio completo Em
 graduação Graduada Em p s-graduação P s-graduada.

7. Qual você estipula ser a renda mensal da sua residência?

Caso não saiba ao certo, faça uma estimativa. Caso acredite que a renda seja maior do que 10 salários mínimos, marque 10. Valor do salário mínimo para 2019: R\$998,00.

1 salário mínimo 2 3 4 5 6 7 8 9 10 salários mínimos.

8. Você faz uso do SUS ou tem Plano de saúde?

Possui carteirinha do SUS e sempre acesso os serviços de saúde através dele.

Possui carteirinha do SUS e plano de saúde, mas utilizo mais o SUS.

Possui carteirinha do SUS e plano de saúde, mas utilizo mais o plano de saúde.

Possui plano de saúde e sempre acesso os serviços de saúde através dele.

Possui carteirinha do SUS e plano de saúde e utilizo ambos com a mesma frequência.

Não possuo carteirinha do SUS nem plano de saúde.

9. Como você define seu *status* de relacionamento? Você pode marcar mais de uma opção:

solteira união estável morando junto sem união estável casamento

relacionamento sério ficando namorando outro: _____

10. Tem filhos?

Sim Não

11. Você já teve relação sexual? (Inclui-se aqui qualquer formato que você considerar como uma relação sexual)

Sim, j tive Não, nunca tive

12. Qual idade você tinha quando teve sua primeira relação sexual?

13. Qual era idade da pessoa com quem você teve a primeira relação sexual?

14. A pessoa com quem você teve a primeira relação sexual era:

Do mesmo sexo que você Do sexo oposto ao seu

15. A pessoa com quem você teve a primeira relação sexual era:

Do mesmo gênero que você Do gênero oposto ao seu

16. Com quem teve sua primeira relação sexual?

Namorada/o Parceira/o eventual Desconhecida/o Garota/o de programa

Esposa/o companheira/o Prima/primo Outro parente Qual? _____

Outro, quem? _____

17. Qual idade você tinha quando teve a primeira relação sexual com outra garota?

Nunca tive relação sexual com uma garota.

_____ anos.

18. Em sua vida, você já teve relação sexual com pessoas do:

19. Sexo feminino Sexo masculino Ambos os sexos

20. Quando foi a sua última relação sexual?

Há menos de 1 semana

Há menos de 1 mês

Há menos de 6 meses

Há menos de 1 ano

Há mais de 1 ano

Homofobia Internalizada

21. Segundo a sua própria opinião, assinale abaixo o quanto concorda ou discorda com cada uma das afirmações abaixo.

Mulheres lésbicas obviamente masculinas fazem-me sentir desconfortável

Discordo totalmente Discordo, em parte Nem concordo, nem discordo Concordo, em parte Concordo totalmente

Prefiro ter parceiras sexuais anônimas

Discordo totalmente Discordo, em parte Nem concordo, nem discordo Concordo, em parte Concordo totalmente

A maioria dos meus amigos são homossexuais/bissexuais

Discordo totalmente Discordo, em parte Nem concordo, nem discordo Concordo, em parte Concordo totalmente

Não me sinto confiante para me “atirar” a uma mulher

Discordo totalmente Discordo, em parte Nem concordo, nem discordo Concordo, em parte Concordo totalmente

Sinto-me confortável em bares gay/lésbicos

Discordo totalmente Discordo, em parte Nem concordo, nem discordo Concordo, em parte Concordo totalmente

Situações sociais com mulheres gays fazem-me sentir desconfortável

Discordo totalmente Discordo, em parte Nem concordo, nem discordo Concordo, em parte Concordo totalmente

Não gosto de pensar na minha homossexualidade

Discordo totalmente Discordo, em parte Nem concordo, nem discordo Concordo, em parte Concordo totalmente

Não gosto de pensar na minha homossexualidade

Discordo totalmente Discordo, em parte Nem concordo, nem discordo Concordo, em parte Concordo totalmente

Quando penso em mulheres homossexuais/bissexuais, penso em situações negativas

Discordo totalmente Discordo, em parte Nem concordo, nem discordo Concordo, em parte Concordo totalmente

Sinto-me confortável ao ser vista em público com uma pessoa explicitamente gay

Discordo totalmente Discordo, em parte Nem concordo, nem discordo Concordo, em parte Concordo totalmente

Sinto-me confortável ao falar sobre homossexualidade num local público

Discordo totalmente Discordo, em parte Nem concordo, nem discordo Concordo, em parte Concordo totalmente

É importante para mim controlar quem sabe da minha atividade homossexual

Discordo totalmente Discordo, em parte Nem concordo, nem discordo Concordo, em parte Concordo totalmente

A homossexualidade não é contra a vontade de Deus

Discordo totalmente Discordo, em parte Nem concordo, nem discordo Concordo, em parte Concordo totalmente

Eu protesto se contarem alguma piada contra os homossexuais na minha presença

Discordo totalmente Discordo, em parte Nem concordo, nem discordo Concordo, em parte Concordo totalmente

Preferia ser mais heterossexual

Discordo totalmente Discordo, em parte Nem concordo, nem discordo Concordo, em parte Concordo totalmente

Sinto-me confortável com a minha homossexualidade

Discordo totalmente Discordo, em parte Nem concordo, nem discordo Concordo, em parte Concordo totalmente

A homossexualidade é moralmente aceitável

Discordo totalmente Discordo, em parte Nem concordo, nem discordo Concordo,

em parte Concordo totalmente

Não estou preocupado com que descubram que sou lésbica

Discordo totalmente Discordo, em parte Nem concordo, nem discordo Concordo, em parte Concordo totalmente

Mesmo que pudesse mudar a minha orientação sexual, não mudaria

Discordo totalmente Discordo, em parte Nem concordo, nem discordo Concordo, em parte Concordo totalmente

A homossexualidade é tão natural quanto a heterossexualidade

Discordo totalmente Discordo, em parte Nem concordo, nem discordo Concordo, em parte Concordo totalmente

22. Quando foi a última vez que você buscou um serviço de saúde?

No último ano Nos últimos dois anos Nos últimos cinco anos Em mais de cinco anos

23. Qual a área do(a) último(a) profissional que lhe atendeu?

Clínico(a) Geral Ginecologista/Obstetra Psicólogo(a) Psiquiatra Outro, qual?

24. Esse último acesso foi realizado:

Pelo plano de saúde Pelo SUS Por meio particular

25. Como você avalia o atendimento como um todo?

1 Muito ruim 2 3 4 5 Muito bom

26. No seu último atendimento de saúde você revelou a orientação sexual para o(a) profissional que lhe atendeu?

- Não, eu não disse e preferiria não dizer
- Não, eu não achei necessário para o atendimento em questão
- Não disse, mas acredito que poderia ter dito.
- Não disse abertamente, mas deixei a entender.
- Sim, o profissional me perguntou.
- Sim, eu ofereci a informação sem ser perguntada.
27. Caso a tenha revelado, como você avalia a reação do(a) profissional ao saber da sua orientação? Caso não tenha revelado, clique em não revelei.
- Negativa Neutra Positiva Não revelei
28. Caso queira, relate em mais detalhes como foi o atendimento. Esta pergunta é opcional :)

Instrumento para abertura

1. Por favor avalie, utilizando escala abaixo, o número que melhor descreve o quão aberta (“fora do armário”) você é sobre sua orientação sexual em cada tipo de relacionamento listado.

Coloque 0 se a pessoa listada não estiver viva ou se você não tiver este relacionamento em sua vida e siga para o item seguinte.

Membros da família imediata.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100% NSA

Membros da família estendida.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100% NSA

Pessoas fora da família com quem você convive (amigos, conhecidos)

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100% NSA

Pessoas no seu ambiente de trabalho.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100% NSA

Pessoas na sua escola/faculdade.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100% NSA

Pessoas do seu local de encontro religioso.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100% NSA

Responda abaixo qual a porcentagem de pessoas nestes grupos que você ACHA QUE SABEM sua orientação sexual? Observe que a escala vai de 0% (Ninguém sabe) até 100% (Todos sabem). Caso não tenha relacionamento com algum desses grupos, marque a opção "Não se aplica".

Utilize as seguintes instruções:

0 = Esta pessoa já faleceu/ Não tenho esse tipo de relacionamento em minha vida.

1 = Esta pessoa não sabe nada sobre minha orientação sexual.

2 = Essa pessoa tem apenas uma leve ideia sobre a minha orientação sexual.

3 = Esta pessoa sabe sobre minha orientação sexual, mas eu nunca a contei.

4 = Eu contei para esta pessoa a minha orientação sexual, mas conversamos pouco sobre. 5 = Eu contei para esta pessoa a minha orientação sexual e isso é conversado abertamente.

1) Quanto você revelou para sua(s) **mãe(s)** sua orientação sexual?

0 Não possuo este relacionamento em minha vida 1 2 3 4 5 6

2) Quanto você revelou para seu(s) **pai(s)** sua orientação sexual?

0 Não possuo este relacionamento em minha vida 1 2 3 4 5 6

3) Quanto você revelou para seu(s) irmão(s) sua orientação sexual?

0 Não possuo este relacionamento em minha vida 1 2 3 4 5 6

4) Quanto você revelou para sua(s) irmã(s) sua orientação sexual?

0 Não possuo este relacionamento em minha vida 1 2 3 4 5 6

5) Quanto você revelou para seu(s) primo(s) sobre sua orientação sexual?

0 Não possuo este relacionamento em minha vida 1 2 3 4 5 6

6) Quanto você revelou para sua(s) prima(s) sobre sua orientação sexual?

0 Não possuo este relacionamento em minha vida 1 2 3 4 5 6

7) Quanto você revelou para sua/seu chefe sua orientação sexual?

0 Não possuo este relacionamento em minha vida 1 2 3 4 5 6

8) Quanto você revelou para suas/seus colegas de trabalho (inclui estágio e trabalho voluntário)

sua orientação sexual?

0 Não possuo este relacionamento em minha vida 1 2 3 4 5 6

9) Quanto você revelou para estes profissionais de saúde sua orientação sexual?

Ginecologista/Obstretista 0 Não possuo este relacionamento em minha vida 1 2 3 4

5 6

Psicólogo 0 Não possuo este relacionamento em minha vida 1 2 3 4 5 6

Psiquiatra 0 Não possuo este relacionamento em minha vida 1 2 3 4 5 6

Clínico Geral 0 Não possuo este relacionamento em minha vida 1 2 3 4 5 6

10) O quanto você revelou para seu padre, rabino, ministro, pastor, líder religioso ou conselheiro(a)

espiritual sua orientação sexual?

0 Não possuo este relacionamento em minha vida 1 2 3 4 5 6

11) O quanto você revelou para seus/suas vizinhos/as sua orientação sexual?

0 Não possuo este relacionamento em minha vida 1 2 3 4 5 6

12) O quanto você revelou para seus amigos LGBT sua orientação sexual?

0 Não possuo este relacionamento em minha vida 1 2 3 4 5 6

13) O quanto você revelou para suas amigas LGBT sua orientação sexual?

0 Não possuo este relacionamento em minha vida 1 2 3 4 5 6

14) O quanto você revelou para seus amigos heterossexuais/cisgêneros sua orientação sexual?

0 Não possuo este relacionamento em minha vida 1 2 3 4 5 6

15) O quanto você revelou para suas amigas heterossexuais/cisgêneros sua orientação sexual?

0 Não possuo este relacionamento em minha vida 1 2 3 4 5 6

16) O quanto você revelou para seus filhos sua orientação sexual?

0 Não possuo este relacionamento em minha vida 1 2 3 4 5 6

17) O quanto você revelou para suas filhas sua orientação sexual?

0 Não possuo este relacionamento em minha vida 1 2 3 4 5 6

Escala de Distress Psicológico de Kessler (K10)

1. Durante os últimos 30 dias, com que frequência se sentiu cansado sem nenhuma razão aparente?				
1. Nenhum dia	2. Poucos dias	3. Alguns dias	4. A maior parte dos dias	5. Todos os dias
2. Durante os últimos 30 dias, com que frequência se sentiu nervoso?				
1. Nenhum dia	2. Poucos dias	3. Alguns dias	4. A maior parte dos dias	5. Todos os dias
3. Durante os últimos 30 dias, com que frequência se sentiu nervoso ao ponto de nada o conseguir acalmar?				
1. Nenhum dia	2. Poucos dias	3. Alguns dias	4. A maior parte dos dias	5. Todos os dias
4. Durante os últimos 30 dias, com que frequência se sentiu sem esperança?				
1. Nenhum dia	2. Poucos dias	3. Alguns dias	4. A maior parte dos dias	5. Todos os dias
5. Durante os últimos 30 dias com que frequência se sentiu irrequieto ou agitado?				
1. Nenhum dia	2. Poucos dias	3. Alguns dias	4. A maior parte dos dias	5. Todos os dias
6. Durante os últimos 30 dias, com que frequência se sentiu irrequieto ao ponto de não conseguir parar quieto?				
1. Nenhum dia	2. Poucos dias	3. Alguns dias	4. A maior parte dos dias	5. Todos os dias
7. Durante os últimos 30 dias, com que frequência se sentiu deprimido?				
1. Nenhum dia	2. Poucos dias	3. Alguns dias	4. A maior parte dos dias	5. Todos os dias

8.Durante os últimos 30 dias, com que frequência sentiu que tudo era um esforço?				
1.Nenhum dia	2.Poucos dias	3.Alguns dias	4.A maior parte dos dias	5.Todos os dias
9.Durante os últimos 30 dias, com que frequência se sentiu tão triste que nada o conseguiu animar?				
1.Nenhum dia	2.Poucos dias	3.Alguns dias	4.A maior parte dos dias	5.Todos os dias
10.Durante os últimos 30 dias, com que frequência se sentiu in til?				
1.Nenhum dia	2.Poucos dias	3.Alguns dias	4.A maior parte dos dias	5.Todos os dias

Prevenção da saúde sexual e reprodutiva

1. No último ano, com que frequência você ou as mulheres com quem você teve relação usaram algum tipo de medida para prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis? (ISTs, antigas DSTs)

Nunca tive relação sexual Nunca Poucas vezes Muitas vezes, mas não em todas Sempre

2. Como você se previne contra as doenças sexualmente transmissíveis? (pode marcar mais de uma alternativa, ou nenhuma)

Nunca tive relação sexual Não conheço nenhuma Tem apenas parceira/o fixa/o Usa camisinha Não faz sexo oral Corta as unhas Faz sexo sem penetração Usa Dental dam para o sexo oral Usa plástico filme para o sexo oral Outro, qual? _____.

3. Você já fez a testagem para o HIV?

Sim Não, mas conheço este exame Não e desconheço este exame.

4. Você já fez a testagem para o HPV

Sim Não, mas conheço este exame Não e desconheço este exame.

5. Você costuma realizar auto-exame de toque?

Sim Não, mas conheço este exame Não e desconheço este exame.

6. Você realizou exame de lâmina (Papanicolau) nos últimos dois anos?

Sim Não, mas conheço este exame Não e desconheço este exame.

7. Você realizou algum teste para Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) no último ano?

Sim Não, mas conheço este exame Não e desconheço este exame.

ANEXO 2 – TCLE – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos realizando uma pesquisa sobre **revelação da orientação sexual em mulheres lésbicas**. Sua participação consistirá em responder a um questionário durante o tempo de aproximadamente 15 minutos. Serão levantados dados demográficos e, em seguida, você responderá algumas questões de instrumentos empíricos.

É garantido o anonimato, sigilo e confidencialidade dos dados obtidos. Seu nome ou qualquer identificação jamais serão perguntados. As informações adquiridas através do questionário serão estatisticamente analisadas a fim de produzir conhecimento científico sobre o tema. Os dados obtidos serão guardados no Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Sergipe (UFS) e destruídos após o período de 5 anos. Sua participação é voluntária, podendo ser interrompida em qualquer etapa sem nenhum prejuízo ou punição. É possível que algumas questões relacionadas a experiências de vida possam causar sentimentos desagradáveis. Se isso ocorrer, você poderá interromper a participação. Não há nenhuma forma de compensação financeira por participar deste projeto, porém a sua colaboração é muito importante para nos ajudar a compreender o fenômeno aqui elucidado.

Este é um trabalho de pesquisa desenvolvido pelo Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Sergipe (PPGPSI - UFS). A coordenadora geral do estudo é a Mestranda Aline Pompeu Silveira da UFS (e-mail: alinepompeus@hotmail.com Telefone: (79) 99819-4636) sob orientação do Prof. Doutor. Elder Cerqueira Santos (e-mail: eldercerqueira@gmail.com Telefone: (79)32104-6740

Desde já agradecemos sua contribuição para o desenvolvimento desta atividade de pesquisa e colocamo-nos à disposição para esclarecimentos através do e-mail alinepompeus@hotmail.com.

Este documento foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da UFS.

Você aceita participar desta pesquisa? Caso concorde em participar, clique no botão “Sim”:

[Sim] Declaro que fui informado(a) dos objetivos e da justificativa desta pesquisa de forma clara e detalhada. Recebi informações sobre cada procedimento, dos riscos previstos e benefícios esperados. Terei liberdade de retirar o consentimento de participação na pesquisa em qualquer momento do processo. Ao assinalar positivamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os meus direitos legais serão garantidos e não renuncio a quaisquer direitos legais. Ao assinalar positivamente este Termo, dou meu consentimento livre e esclarecido, concordando em participar deste estudo.

ANEXO 3 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ABERTURA DA ORIENTAÇÃO SEXUAL E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE E ACESSO AO SERVIÇO DE SAÚDE POR MULHERES LÉSBICAS

Pesquisador: ALINE POMPEU SILVEIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 08397219.2.0000.5546

Instituição Proponente: Departamento de Psicologia **Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.277.876

Apresentação do Projeto:

Introdução: Mulheres lésbicas e bissexuais, enquanto grupo, tendem a reportar menor saúde mental e física, apesar disso, são menos propensas ou mesmo demoram mais a buscar cuidados básicos de saúde quando necessário, em comparação a mulheres heterossexuais (Pierre, 2017; Van Dam, Koh & Dibble, 2001). Mesmo quando buscam estes cuidados, frequentemente vivenciam empecilhos, tais como situações de discriminação, homofobia e/ou heterossexismo. Este costuma ser um dentre os motivos que levam mulheres pertencentes a minorias sexuais que procuram atendimento em saúde a omitir sua orientação sexual dos agentes de saúde..

Dentro do contexto de atendimento, a postura do profissional de saúde no tratamento de mulheres lésbicas e bissexuais é de suma importância para que elas falem sobre sua orientação sexual abertamente, garantindo um bom atendimento e que tenham maior adesão ao tratamento e a práticas de saúde (Pierre, 2017; Tabaac, Perrin & Trujillo, 2015). Para clínicos que se preocupam em

incorporar determinantes sociais em sua abordagem para cuidados com a saúde, saber sobre a orientação sexual de seus pacientes tem o potencial de prover um atendimento mais humanizado e com maior compreensão sobre o todo (Pierre, 2017). Deveria, portanto, ser prática comum para profissionais de saúde perguntar a todas as suas pacientes sobre sua orientação sexual, considerando tanto a identidade sexual, como o comportamento sexual, que leva em conta não apenas as práticas sexuais, mas também o histórico do gênero de seus(suas) parceiros(as). Os profissionais devem ter em mente o porquê da importância destas perguntas e explicar estas razões para suas pacientes. Estas informações permitem conhecer mais sobre a paciente, os riscos aos quais elas estão expostas e como suas identidades e seus comportamentos sexuais se relacionam a sua saúde como um todo (Pierre, 2017). No que diz respeito a revelar sua orientação sexual aos agentes de saúde, Van Dam Koh e Dibble (2001) encontraram que as mulheres lésbicas que tem mais chance de omitir esta informação são aquelas que tem menor abertura com familiares, colegas de trabalho e amigos. O conceito de abertura mencionado vem do inglês “outness” que se refere a o quão público o sujeito é sobre sua orientação sexual nos espaços sociais que frequenta (O'Connor, 2016). Outro termo em inglês utilizado em estudos que trabalham esta variável é “disclosure” (Van Dam, Koh & Dibble, 2001). É comum que este processo de abertura ocorra inicialmente para grupos que ofereçam o menor risco social, de forma que os primeiros para quem se revela a identidade sexual são outros membros de minorias sexuais, em seguida para amigos próximos, colegas e por último para familiares, que representariam, portanto, o grupo que oferece maior risco social para o indivíduo (Kosciw, Palmer & Kull, 2014). A este respeito, vale citar que um estudo brasileiro qualitativo sobre homofobia intrafamiliar com mulheres lésbicas apontou que, dentre as participantes do estudo, apenas aquelas que não eram abertas sobre sua sexualidade com familiares não recebiam ataques diretos de homofobia, ainda que todas percebessem a desaprovação por parte dos familiares sobre uma orientação não-heterossexual e estivessem cientes que caso a sua sexualidade fosse revelada, haveria represália. O estudo ressalta ainda que a omissão da orientação sexual já é testemunha desta apreensão (Toledo & Teixeira Filho, 2013).

O alto nível de abertura tem sido associado na literatura também à níveis maiores de bem-estar individual e níveis menores de outros problemas psicossociais, tais como ansiedade e depressão (Kosciw, Palmer & Kull, 2014). O'Connor (2016) ressalta ainda que a variável abertura, sendo apresentada como um fator redutor de estresse é algo recente, diferente do que era encontrado há 20 anos atrás, quando ter sua orientação sexual exposta previa altos níveis de estresse e adoecimento psicossocial. Este dado pode apontar para prováveis mudanças na forma como o meio social e a comunidade tem se relacionado com o sujeito homossexual e com sua identidade.

É possível encontrar na literatura internacional estudos feitos com mulheres pertencentes a minorias sexuais que trazem tentativas de construir uma corrente teórica entre a variável abertura e outras variáveis que com ela podem se relacionar, seja de forma preditiva ou como efeito da mesma (Feinstein, Dyar & London, 2016; Morris, Waldo & Rothblum, 2001; Tabaac, Perrin & Trujillo, 2015; Toledo & Filho, 2013). No estudo feito por Morris, Waldo e Rothblum (2001), maior abertura foi associada com auto-identificação com a orientação sexual lésbica, comportamento sexual e status de relacionamento atual. Abertura foi mais provável em participantes que passaram por “marcos” LGB – milestones –, incluindo inicialmente se questionar ou pensar que elas podem ser lésbicas e em seguida relevar sua orientação sexual para outros. O modelo descrito neste estudo previu também que abertura estaria inversamente relacionada com estresse psicológico.

Há de se observar, entretanto, que a abertura atua de maneiras diferentes em mulheres, variando tanto a partir de sua etnia/raça como a partir de a qual grupo de minoria sexual ela faz parte (Feinstein, Dyar & London, 2016; Morris, Waldo & Rothblum, 2001; Tabaac, Perrin & Trujillo, 2015). Em um estudo feito nos Estados Unidos, mulheres afro-americanas foram menos abertas do que latinas e europeu-americanas. Apesar disso, o tempo de identificação das afro-americanas respondentes era relativamente maior do que os outros grupos. Ou seja, as mulheres negras deste estudo já se identificavam como lésbicas ou bissexuais a mais tempo do que os outros grupos étnico-raciais, apesar de não relatarem sua orientação para outrem (Morris, Waldo e Rothblum, 2001).

O estudo de Morris, Waldo e Rothblum (2001) argumenta que isso pode ter a ver com o “risco-tríplo” ao qual mulheres, negras e de minorias sexuais estão sujeitas. Dessa forma, é possível que Afro-americanas respondentes, já sentindo a opressão de gênero e raça, tenham tido maior cautela quanto à abertura, mesmo tendo se identificado como lésbicas ou bissexuais há um tempo maior. Essa explicação também se aplica a por que as mulheres de descendência afro deste estudo apresentaram maior estresse psicológico do que as de origem europeia. Estudos como estes, evidenciam a necessidade de se observar que, ao tratar da variável abertura, bem como de variáveis relativas a saúde de mulheres lésbicas e bissexuais, há de se levar em conta diferenças étnico-raciais que parecem exercer influência sobre como estas variáveis se relacionam. Outra diferenciação necessária é a feita entre o grupo de mulheres lésbicas e o grupo de mulheres bissexuais. Feinstein, Dyar e London (2016) trazem que bissexuais além de estarem em risco de experienciar discriminação por heterossexuais, são discriminadas por membros da própria comunidade LGBT. Isso faz com que seja mais difícil para este grupo encontrar suporte da comunidade para lidar com fatores estressores específicos que vivenciam, tendo assim um impacto negativo na sua saúde mental. O resultado disso pode ser um afastamento da comunidade LGBT e uma menor abertura sobre sua sexualidade.

Os resultados deste estudo demonstraram também que abertura e envolvimento com a comunidade foram fatores de risco para uso abusivo de álcool e drogas em mulheres bissexuais, mas não necessariamente em mulheres lésbicas. Evidenciando que há uma diferença entre estas experiências a depender do grupo minoritário, que no estudo parece ser mediada pela percepção de discriminação por parte de mulheres bissexuais. Este estudo ressalta portanto a importância de dividir os subgrupos de minorias sexuais femininas em vez de estudá-las como um todo. Partindo desta perspectiva, pode ser observada a relevância de se promover um estudo brasileiro, feito com mulheres lésbicas e bissexuais, que observe as relações entre preditores e efeitos associados à variável abertura e sua relação com a saúde, levando em conta as diferenças étnicoraciais e entre orientações sexuais destas mulheres lésbicas no acesso à saúde. Este estudo pode servir de base para

uma melhor compreensão das demandas específicas de grupos minoritários de mulheres, o que pode proporcionar um atendimento mais consciente sobre estas diferentes realidades.

Tem-se como objetivos específicos: Descrever os dados sociodemográficos de mulheres lésbicas e seus escores de queixas de saúde mental, geral e sexual bem como o acesso ao serviço de saúde e a abertura para o profissional de saúde; identificar e analisar os escores de Abertura e Homofobia Internalizada; dividir a amostra em três subgrupos com diferentes níveis de queixas de saúde; comparar os grupos de mulheres com os três níveis de queixas quanto à Abertura e Abertura para o profissional de saúde; identificar no grupo de mulheres com muitas queixas de saúde variáveis significativamente correlacionadas ao desfecho de acesso ao serviço de saúde; identificar no grupo de mulheres com baixas queixas de saúde variáveis significativamente correlacionadas ao desfecho de acesso ao serviço de saúde. Sendo assim, este projeto aponta a necessidade para a realização de dois estudos: Uma revisão sistemática da literatura e um estudo empírico de desenho quantitativo.

Hipótese: Quando uma mulher lésbica tem muitas queixas de saúde, a Homofobia Internalizada, a Abertura e a Abertura para o profissional de saúde tem pouco efeito no Acesso ao serviço de saúde. Já quando ela tem poucas queixas, estas variáveis serão fortes preditores.

Metodologia: Esta pesquisa deve se propor colaborar com a compreensão sobre como a variável abertura sobre a orientação sexual interfere na saúde de mulheres lésbicas no contexto brasileiro. Para isso, faz-se necessária uma investigação em que a variável abertura seja manipulada em uma amostra de mulheres lésbicas brasileiras. De natureza quantitativa, este estudo terá como proposta responder a questão de como a variável abertura se relaciona à saúde e acesso ao serviço de saúde de mulheres lésbicas no Brasil. Para tanto, ele seguirá o design metodológico descrito abaixo.

Instrumento e procedimentos seguem em Anexo por limite de caracteres.

Critérios de inclusão e exclusão: a amostra será composta por mulheres, brasileiras, com mais de 18 anos de idade e auto-identificadas como lésbicas e que

estejam residindo no Brasil há pelo menos dois anos. O número mínimo esperado é de 300 participantes, seguindo o critério de Pasquali item/sujeito que postula 5 participantes para cada item da maior escala.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Promover um estudo brasileiro, feito com mulheres lésbicas e bissexuais, que observe as relações entre preditores e efeitos associados à variável abertura e sua relação com a saúde, levando em conta as diferenças étnico-raciais e entre orientações sexuais destas mulheres lésbicas no acesso à saúde. Objetivo Secundário:

Tem-se como objetivos específicos: Descrever os dados sociodemográficos de mulheres lésbicas e seus escores de queixas de saúde mental, geral e sexual bem como o acesso ao serviço de saúde e a abertura para o profissional de saúde; identificar e analisar os escores de Abertura e Homofobia Internalizada; dividir a amostra em três subgrupos com diferentes níveis de queixas de saúde; comparar os grupos de mulheres com os

três níveis de queixas quanto à Abertura e Abertura para o profissional de saúde; identificar no grupo de mulheres com muitas queixas de saúde variáveis significativamente correlacionadas ao desfecho de acesso ao serviço de saúde; identificar no grupo de mulheres com baixas queixas de saúde variáveis significativamente correlacionadas ao desfecho de acesso ao serviço de saúde.

Sendo assim, este projeto aponta a necessidade

para a realização de dois estudos: Uma revisão sistemática da literatura e um estudo empírico de desenho quantitativo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Provocar memórias desagradáveis nas participantes. Causar desconforto pela exposição de relatos de questões de saúde. Causar constrangimento pelos relatos sobre a sexualidade.

Benefícios:

Refletir sobre os cuidados de saúde. Ter acesso a indicadores sobre ansiedade, depressão, homofobia internalizada. Indiretamente, colaborar para conhecimentos sobre o grupo minoritário de lésbicas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Survey em plataforma online. Estudo de corte transversal.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos apresentados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram observados óbices éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1302184.pdf	26/03/2019 09:56:36		Aceito
Parecer Anterior	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_3219184.pdf	26/03/2019 09:56:02	ALINE POMPEU SILVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Comite_Abertura.pdf	26/03/2019 09:55:33	ALINE POMPEU SILVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEnovo.pdf	26/03/2019 09:54:39	ALINE POMPEU SILVEIRA	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	26/03/2019 09:54:06	ALINE POMPEU SILVEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Assinado por:

Anita Hermínia Oliveira Souza (Coordenador(a))

Endereço: Rua Cláudio Batista s/no **Bairro:** Sanatório

CEP: 49.060-110

E-mail: cephu@ufs.br

UF: SE **Município:** **Telefone:** (79)3194-7208

ARACAJU