



Metassínteses Qualitativas e Revisões Integrativas

## Aspectos Psicossociais da Homo/bissexualidade Feminina no Contexto Oncológico

Psychosocial Aspects of Female Homo/bisexuality at the Oncologic Context

Isabela Guimarães Alves<sup>1</sup>  
Emerson Fernando Rasera<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidade Federal de Uberlândia

**Resumo:** As mulheres lésbicas e bissexuais apresentam demandas específicas no cuidado à saúde. Este artigo consiste em uma revisão sistemática da literatura dedicada à exploração dos aspectos psicossociais vivenciados por mulheres lésbicas e bissexuais no contexto oncológico. Buscas nas bases PsycINFO, PePSIC, BVS, Medline abrangendo o período de 2012 a 2016, permitiram selecionar 31 referências. Observa-se o predomínio de estudos norte-americanos, quantitativos, veiculados em revistas da área da saúde. Análise temática dos objetivos e resultados dos estudos identificou: fatores de risco que as predispõem ao adoecimento; relação com profissionais de saúde; saúde mental e qualidade de vida; e rede de suporte. Os resultados denunciaram falhas no acolhimento das mulheres no contexto oncológico e necessidade de maior preparo dos profissionais de saúde.

**Palavras-chave:** homossexualidade feminina; bissexualidade; oncologia; psicologia.

**Abstract:** Lesbian and bisexual women have specific demands on healthcare issues. This article consists on a systematic literature review dedicated to the exploration of psychosocial aspects lived by lesbian and bisexual women at the oncologic environment. Research on PsycINFO, PePSIC, BVS and Medline databases between 2012 and 2016, allowed the selection of 31 references for analyses. There is a predominance of quantitative North-American studies published in health magazines. The objectives and results analyses identified: risk factors that predispose illness; relationship with the healthcare professionals, mental health and quality of life; and support net. The results showed treatment flaws offered to these women at the oncologic context and the need of major healthcare professionals training.

**Keywords:** female homosexuality; bisexuality; oncology; psychology.

### 1. Introdução

A invisibilidade lésbica em contextos de saúde é uma preocupação das usuárias do serviço e dos profissionais de saúde, pois se sabe que muitas não falam de si como parte de uma estratégia protetiva por receio de discriminações<sup>1</sup>. Essa invisibilidade traz nuances específicas ao pensar a atenção em saúde e a construção de políticas públicas direcionadas a mulheres lésbicas e bissexuais<sup>2</sup>.

Além da invisibilidade sofrida no cotidiano, em relações de trabalho e dentro de casa, as dificuldades de encontrar espaços acolhedores no cuidado à saúde se configuram como um desafio. Ao entrarem em contato com os serviços de saúde, muitas mulheres temem revelar a sua orientação sexual, por potenciais reações negativas, insensibilidade, retaliação, discriminação e falta de sigilo no manuseio dos registros clínicos. Nesse sentido, é imprescindível a construção de serviços de saúde com profissionais capazes de acolher e enxergar esta população<sup>3</sup>.

Sabe-se que as mulheres que fazem sexo com mulheres nem sempre se definem e querem ser vistas como lésbicas, dificultando a utilização de indicadores capazes de revelar o perfil desta população no que se refere ao acesso à informação, seus gastos sociais e de saúde, bem como seu acesso aos serviços de saúde e índice de desenvolvimento humano<sup>4,5</sup>.

Barbosa e Facchini<sup>6</sup>, em estudo realizado com mulheres lésbicas e seu cuidado com a saúde sexual, relatam que embora o menor acesso a cuidados ginecológicos esteja relacionado

à condição socioeconômica, foi possível verificar que isso ocorreu com mulheres que possuíam trajetórias afetivo-sexuais marcadas por pouco ou nenhum contato sexual com homens. O conjunto de entrevistadas com vivência marcadamente heterossexual no passado, ou com prática bissexual atual, referiu visita ao ginecologista mais frequente, independentemente da inserção de classe. Outra nuance é a presença de uma relação entre atributos e posturas corporais autorreferidos com base em categorias como “masculina” ou “mais masculinizada” e menor frequência a serviços de saúde ginecológica.

Esses impasses no acesso e atenção integral às mulheres lésbicas impacta significativamente as ações de prevenção e tratamento oncológicos. Segundo o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)<sup>7</sup>, os cânceres mais prevalentes nas mulheres são o de mama, colo do útero, cólon e reto, e traqueia, brônquios e pulmões. O INCA preconiza, principalmente para os dois primeiros citados, exames de rastreamento, entendendo que o diagnóstico precoce leva a boas chances de cura.

As demandas, frente à vulnerabilidade do corpo lésbico, apontam para a melhoria no atendimento na área da ginecologia, em que profissionais partem do pressuposto da heterossexualidade de seus usuários; a crítica à falsa ideia de que o câncer de colo de útero só afeta mulheres heterossexuais, implicando também na prevenção do câncer de mama; a necessidade de prevenção de ISTs por mulheres lésbicas profissionais do sexo; o combate à violência intrafamiliar sofrida contra adolescentes lésbicas, expulsas do lar ou vítimas de violência sexual, e o acesso à inseminação assistida na rede pública de saúde<sup>8</sup>. O reconhecimento dos efeitos da discriminação e da exclusão no processo de saúde-doença da população LGBT e da importância da formulação de orientações para profissionais de saúde a respeito da atenção à saúde de mulheres lésbicas e bissexuais denota alguns avanços no contexto brasileiro recente<sup>9,10</sup>.

Contudo, apesar do avanço das políticas públicas para assegurar a saúde das mulheres lésbicas e bissexuais, há lacunas importantes na produção acadêmica sobre o assunto. A literatura internacional tem produzido no contexto acadêmico, no entanto, focada em pesquisas biomédicas, sendo que as produções de cunho psicossocial são escassas. Nos últimos cinco anos, a única revisão sobre oncologia e mulheres lésbicas foi feita por Watermann e Voss<sup>11</sup> com o objetivo de identificar as taxas de exame de papanicolau entre lésbicas, como também investigar o porquê de não se considerarem em risco de desenvolver câncer cervical. Os autores reiteram que as mulheres lésbicas e bissexuais são consideradas um grupo de risco para o desenvolvimento de câncer de colo de útero, por não fazerem exames de rastreamento com a mesma frequência que mulheres heterossexuais. O mesmo vale para o rastreamento do câncer de mama, uma vez que um diagnóstico em estágios iniciais aumenta a possibilidade de bom prognóstico<sup>12</sup>.

Tendo em vista a evasão das mulheres lésbicas e bissexuais em consultas e exames preventivos contra o câncer cervical e de mama, bem como o desconhecimento dos profissionais de saúde e da população em geral acerca da sexualidade entre mulheres, essa pesquisa tem por intuito realizar uma revisão sistemática da literatura nacional e internacional dedicada à exploração dos aspectos psicossociais vivenciados por mulheres lésbicas e bissexuais no contexto oncológico.

## 2. Percorso metodológico

A metodologia utilizada nesse estudo foi a revisão sistemática da literatura que consiste em uma investigação com foco em uma questão bem definida, permitindo identificar, selecionar, avaliar e sintetizar as evidências relevantes já publicadas<sup>13</sup>. Desse modo, foram feitas buscas eletrônicas nas bases de dados PsycINFO, PePSIC, BVS e Medline. Das bases de dados selecionadas, tanto nacionais quanto internacionais, as duas primeiras privilegiam publicações em Psicologia, a terceira abrange o campo da saúde, e a quarta possui caráter biomédico. As buscas compreenderam o período de 2012 a 2016. Elas contemplaram o campo “resumo/abstract”, e se basearam nos seguintes descritores: (1) “oncologia” e “homossexualidade feminina” nas bases nacionais; (2) “oncology” e “female homosexuality” e (3) “oncology”, “female homosexuality” e “psychology” nas bases internacionais. O descritor “psychology” foi adicionado na busca na base de dados Medline, para acessar artigos que trouxessem aspectos psicossociais relacionados ao adoecimento oncológico.

O título de todas as referências localizadas foi checado para descartar duplicidades. Os resumos das referências selecionadas foram submetidos a uma leitura preliminar, com o intuito de selecionar o material que contemplasse o objeto de estudo do presente artigo. Os seguintes critérios de inclusão foram empregados: (1) publicações no formato de artigos completos em periódicos científicos; (2) publicações nos idiomas português e inglês; e (3) publicações dedicadas à exploração das interfaces entre oncologia, mulheres lésbicas e bissexuais e aspectos psicossociais.

As referências que, conforme a avaliação dos autores do presente estudo, preenchiam os referidos critérios constituíram o *corpus* e foram recuperadas na íntegra para, então, serem submetidas à análise. Esse procedimento envolveu a identificação das seguintes dimensões de análise: (1) fonte de publicação; (2) país de origem; (3) desenho metodológico e (4) objetivos e principais resultados.

### 3. Resultados e discussão

As buscas eletrônicas levaram à localização de 47 referências. O cruzamento dos descritores "oncology" e "female homosexuality" resultou em 11 referências na PsycINFO e 3 resultados na BVS. Os descritores "oncology", "female homosexuality" e "psychology" resultaram em 33 fontes. Vale destacar que não foram encontradas referências na base de dados PePSIC. Do total de 47 referências localizadas, 14 foram descartadas porque configuravam duplicidade. Além disso, duas foram excluídas por não serem artigo. Portanto, o *corpus* do presente estudo foi constituído por 31 referências. A produção mundial escassa sobre o assunto permite a proposição de que há pouca difusão acerca da temática. A seguir, serão apresentados os achados dentro das categorias de análise estabelecidas.

#### 3.1. Fonte de Publicação

As referências selecionadas foram publicadas em 21 periódicos científicos. Destes, sete dos periódicos são voltados para área oncológica; cinco dialogam sobre sexualidade; quatro revistas trazem temática voltada para a saúde da mulher; três tratam de assuntos específicos da área da saúde; dois versam sobre saúde de forma geral. Os resultados mostram a ausência de produção científica nacional. Na literatura internacional, a veiculação da temática em periódicos científicos aparece tanto naqueles multidisciplinares quanto naqueles de áreas específicas, como a oncológica. Dos periódicos escolhidos para publicação, 16 são da área da saúde e cinco de sexualidade, sendo que somente duas revistas voltadas para a Psicologia tratam do assunto.

#### 3.2. País de Origem

Na segunda dimensão de análise, faz-se necessário esclarecer que a filiação institucional do primeiro autor foi utilizada para identificar o país de origem. Os resultados revelam que o país que originou o maior número de referências foram os Estados Unidos da América (EUA), com 28 referências, seguidos por Austrália, Irlanda e Israel com uma produção cada. Esses resultados podem refletir o fato de os Estados Unidos da América ter grande volume de publicações científicas considerando-se as diversas áreas de conhecimento.

Destacam-se dois autores importantes vindos do país, Ulrike Boehmer e Charles Kamen. A primeira publicou 10 artigos relacionados à temática e o segundo quatro. Boehmer é professora associada na Boston University School of Public Health e é considerada líder em saúde LGBT, principalmente no contexto oncológico. Além disso, é notável a ausência de pesquisas sobre o tema no Brasil e outros países do mundo.

#### 3.3. Desenho metodológico

Nesta dimensão de análise, serão contempladas as estratégias de coleta e análise de dados adotadas pelos pesquisadores. O maior número de produções encontradas foi de cunho quantitativo, totalizando 18 artigos, com o uso de testes ou aplicações de questionários. Foram

identificadas seis pesquisas exploratórias descritivas qualitativas, nas quais foram utilizadas principalmente observações ou entrevistas, estruturadas ou semiestruturadas, bem como, análise documental. Outras cinco referências consistiam em relatos de experiência, produzidos a partir de uma entrevista. Foram encontradas ainda uma revisão de literatura, bem como, um artigo de orientação para enfermeiras oncológicas que analisava de forma não sistemática resultados de pesquisa sobre as necessidades psicossociais de pacientes LGBT com câncer.

Nota-se que a produção de artigos de cunho quantitativo e qualitativo foi semelhante. Nesse sentido, foi possível apreender tanto as especificidades da vivência lésbica e bissexual no contexto oncológico de modo aprofundado como conclusões passíveis de generalização. Segundo Turato<sup>14</sup>, até os anos dois mil os pesquisadores qualitativos tinham seus manuscritos rejeitados em revistas biomédicas por serem considerados não-científicos. Atualmente, as áreas da saúde têm utilizado esta metodologia, ainda que majoritariamente quantitativos, compreendendo que ela pode enriquecer a compreensão da vida dos pacientes, para além de descrições numéricas.

### 3.4 Objetivos e Principais Resultados

Esta dimensão de análise implicou a realização de uma análise temática<sup>15</sup>. Nesta, após a leitura extensiva dos artigos, os objetivos e principais resultados foram recortados e agrupados por semelhança, possibilitando a construção de categorias temáticas, as quais foram descritas e analisadas em suas implicações. A análise dos objetivos gerais e principais resultados dos estudos selecionados permitiu a identificação de quatro categorias: (1) os fatores de risco que predispõem mulheres lésbicas e bissexuais ao câncer; (2) a relação das mulheres lésbicas e bissexuais com os profissionais de saúde; (3) a saúde mental e qualidade de vida das mulheres lésbicas e bissexuais com câncer; e (4) a rede de suporte das mulheres lésbicas e bissexuais com diagnóstico oncológico.

De forma geral, para além de sua saúde reprodutiva, os artigos trazem informações sobre a maior propensão de desenvolver diversos tipos de cânceres, ilustrando que as consequências da evasão das mulheres lésbicas e bissexuais dos consultórios médicos se estendem para sua saúde de modo geral. Os artigos trabalham com população majoritariamente de etnia branca. Além disso, nas diferentes pesquisas, os autores trazem diversas nomenclaturas para identificar mulheres que têm relações com outras mulheres, como lésbicas, bissexuais, minorias sexuais, mulheres que fazem sexo com mulheres (MSM). Entende-se que os nomes podem se referir tanto a práticas sexuais quanto a uma identidade sexual. Siglas como LGBTQ, LGBT, LGB foram utilizadas em diversos artigos para se referir ao grupo identitário composto por diversidades sexuais: lésbicas, gays, bissexuais, transexuais e *queer*.

#### 3.4.1 Fatores de risco que predispõem mulheres lésbicas e bissexuais ao câncer

Esta categoria trará informações encontradas acerca dos fatores de risco atrelados à orientação sexual das mulheres lésbicas e bissexuais. Clavelle; King; et al<sup>16</sup> discorrem sobre a possibilidade do *status* de minoria sexual ser um fator demográfico indicador de maior risco de desenvolvimento de câncer de mama, atribuído principalmente ao grande número de nulíparas entre as mulheres lésbicas e bissexuais. Para além de maior risco oncogênico, Cochran e Mays<sup>12</sup> desenvolvem a hipótese de que mulheres lésbicas e bissexuais apresentam maior risco de mortalidade pelo câncer de mama, por fazerem mais uso de álcool, ter maior índice de obesidade e detectarem o câncer mais tardiamente, estatísticas afirmadas por Quinn; Sanchez; et al<sup>17</sup>.

Em relação ao câncer cervical, cujo principal causador é a infecção pelo Vírus do Papiloma Humano (HPV), Ben-Natan e Maor<sup>18</sup> relatam que metade das participantes de sua pesquisa acreditam não haver risco de transmissão do HPV nas relações sexuais entre mulheres, crença justificada pelos autores na ideia disseminada socialmente de que o sexo lésbico não envolve penetração. Waterman e Voss<sup>11</sup> apontam que pelo cuidado ginecológico ter o foco em torno da contracepção, experiências negativas com profissionais de saúde e desinformação acerca de tratamentos preventivos, muitas lésbicas não procuram o serviço de saúde, como afirmado por Navratilova<sup>19</sup>. Uma das crenças mais difundidas socialmente envolve a ideia de que há pouca probabilidade de transmissão de ISTs, pela troca mínima de fluídos corporais, o que tira

as lésbicas e mulheres bissexuais do foco das campanhas voltadas para sexo seguro. A maioria das mulheres que se identifica como lésbica já teve relações sexuais com homens, o que é considerado um fator de risco para a contração de HPV, como corroborado por Agénor; Bailey; et al<sup>20</sup>.

O consumo de substâncias como álcool e cigarro e comportamento sexual envolvendo múltiplos parceiros são considerados fatores de risco para diversos tipos de câncer. Segundo Rosario; Everett; et al<sup>21</sup>, sua alta prevalência está associada à violência e vitimização entre colegas na faixa etária dos 12 aos 18 anos, sendo mais recorrente com pessoas que se identificam como não heterossexuais. A associação feita pelos autores é a de que esses jovens tenderão a consumir mais álcool e cigarro. Entendendo que o consumo das substâncias citadas aumenta a probabilidade de oncogênese e que tais comportamentos tendem a se tornar habituais e serem estratégias resilientes para lidar com situações estressoras, pode-se concluir que a população LGB está mais exposta a fatores de risco.

A ideia comum de que no sexo entre mulheres há menor probabilidade de contração de ISTs coloca as mulheres lésbicas e bissexuais em risco. Sentindo-se protegidas, vão menos ao ginecologista e não fazem exames preventivos com a frequência preconizada. Arelado à detecção oncológica tardia, estas mulheres tendem a fazer mais uso de álcool e cigarro, substâncias que predispõem o surgimento de cânceres de modo geral, não só de mama ou cervical, principais alvos de prevenção em relação à saúde feminina. Sabe-se que tais hábitos podem ser recursos de enfrentamento de realidades estressoras, neste caso, provenientes de realidades pouco receptivas a sexualidades não heterossexuais.

### **3.4.2 A relação das mulheres lésbicas e bissexuais com os profissionais de saúde**

A categoria anterior demonstrou que o pouco conhecimento para o atendimento de demandas específicas das mulheres lésbicas/bissexuais configura-se como fator de risco, já que o atendimento inadequado diminui sua frequência no serviço de saúde. Nesta categoria, é analisada a forma como os profissionais de saúde atendem este grupo.

Curmi; Peters; et al<sup>22</sup> trazem concepções de mulheres que se identificam como lésbicas em relação ao rastreamento de câncer de colo de útero. A ideia comum de que relações sexuais entre mulheres não transmite HPV e outras ISTs é difundida pelos profissionais de saúde, sendo que as participantes relatam que ouviram de seus médicos que não precisavam fazer o exame preventivo já que eram lésbicas.

As participantes da pesquisa de Agénor; Bailey; et al<sup>20</sup> afirmam se sentir mais confortáveis com profissionais de saúde que se mostrem abertos e conscientes das questões lésbicas, bissexuais, e *queer* (LBQ), mais especificamente profissionais que partilhem de uma identidade afim. No entanto, há a percepção de pouco interesse dos profissionais em relação à sexualidade LBQ, que normalmente supõem que as mulheres sejam heterossexuais. Dessa forma, o tratamento oferecido é falocêntrico, direcionado para cuidados contraceptivos e não são oferecidas informações específicas referentes à saúde de mulheres LBQ. As participantes ainda relatam dificuldade em falar de sua orientação sexual, por receio de reações negativas dos profissionais de saúde. Nesse sentido, fica exposta a importância de que profissionais de saúde aprendam sobre questões LGBTQ, bem como relacionadas a questões sociais e raciais, para atender as demandas específicas deste público e ampliar seu acesso a exames preventivos de colo de útero e cuidado em saúde de forma geral.

Apesar da importância do conhecimento dos profissionais em relação à saúde das mulheres lésbicas e bissexuais, na literatura atual há poucas diretrizes relativas ao cuidado clínico com a população LGBTQ. Nesse sentido, Quinn; Sanchez; et al<sup>17</sup> exploraram sete sites sobre câncer e analisaram as perspectivas apresentadas no que diz respeito a prevenção, tratamento, questões psicossociais e taxa de sobrevivência desta população. Eles expõem que a relação entre o profissional de saúde e a paciente é crucial para a decisão de fazer ou não a mamografia, do mesmo modo, os exames preventivos contra o câncer de colo de útero. Os protocolos destes exames de rastreamento devem levar em consideração a orientação sexual das pacientes, uma vez que muitas mulheres atrasam sua ida ao médico por receio de discriminação.

Margolies<sup>23</sup> aponta que a aceitação da equipe está conectada com uma melhor saúde das pacientes LGBT. A autora afirma que enfermeiros recebem pouco treinamento no que concerne as necessidades sexuais de pacientes LGBT, e que os materiais impressos são voltados para o público heterossexual. Margolies<sup>23</sup> traz um dado importante sobre como o sistema de suporte deste grupo de pessoas pode diferir do esperado pela equipe de saúde e por isso se tornar invisível, pois pacientes LGBT tendem a se apoiar mais em amigos do que em sua família de origem.

Brenner<sup>24</sup>, após ter passado por tratamento médico constante, reflete sobre como ser uma minoria pode se configurar como barreira no acesso à saúde, principalmente no que tange a obtenção de informações específicas para mulheres lésbicas e bissexuais, bem como a presença das parceiras em consultas médicas ou ambientes hospitalares. Da mesma forma, Love<sup>25</sup> relata sua experiência com um diagnóstico de leucemia aguda e como se sentiu respeitada no hospital em relação a sua identidade lésbica e que estava sempre acompanhada de sua esposa, refletindo sobre como é mais oneroso esconder quem se é do que lidar com as reações das pessoas ao saberem de sua identidade.

Kamen; Smith-Stoner; et al<sup>26</sup> relatam que 79% dos participantes de sua amostra relevaram sua identidade LGBT para pelo menos um profissional de saúde. Os autores reforçam que esconder a identidade pode afetar a satisfação com o cuidado, bem como o bem estar do paciente. Nesse sentido, Jabson e Kamen<sup>27</sup> reportam que mulheres lésbicas e bissexuais que sobreviveram ao câncer reportam menos satisfação com o cuidado que mulheres heterossexuais. Segundo os autores, esta satisfação está associada com a relação, comunicação e segurança no *setting* clínico. Boehmer e White<sup>28</sup> afirmam que uma das formas encontradas por mulheres lésbicas e bissexuais para lidar com este contexto é minimizar a discriminação que sofrem em contextos de saúde e maximizar sua percepção de controle das situações para manter uma perspectiva positiva destas experiências.

Boehmer; Ozonoff; et al<sup>29</sup> afirmam que uma das possibilidades de enfrentar este ambiente pouco convidativo para minorias sexuais é: ao falar da prevalência de dificuldades sexuais incluir a avaliação da orientação sexual da paciente, assim como a educação acerca do aprimoramento sexual, independente do estado civil relatado na consulta. Reygan; D'Alton<sup>30</sup> apresentam um treinamento feito com profissionais de saúde que promovem cuidado oncológico e paliativo com pacientes LGB na Irlanda. Os participantes afirmaram que sua consciência acerca de questões LGB, seu conforto com terminologias específicas, bem como a confiança para atender essa população cresceram após o projeto. Há também o Índice de Cuidado Igualitário, uma forma das unidades de cuidado em saúde afirmarem seu compromisso com um cuidado LGBTQ, apresentado por Quinn; Sanchez; et al<sup>17</sup> como uma possibilidade de acolhimento neste contexto de discriminações.

As mulheres lésbicas e bissexuais relatam receberem tratamento voltado para as heterossexuais, quando não são atravessadas por orientações equivocadas em relação ao sexo seguro entre mulheres. Estes atendimentos promovem ou evasão ou relatos que escondem as identidades e práticas sexuais das usuárias do serviço de saúde, impedindo um acolhimento de qualidade. Fica explícita a necessidade de profissionais que compreendam as especificidades do atendimento à população lésbica e bissexual.

### **3.4.3 A saúde mental e qualidade de vida das mulheres lésbicas e bissexuais com câncer**

Outro aspecto significativo identificado nos artigos selecionados foi a discussão da qualidade de vida entre pacientes lésbicas e bissexuais com câncer. Na pesquisa de Boehmer; Glickman; et al<sup>31</sup>, em comparação com heterossexuais, as mulheres lésbicas e bissexuais têm menor incidência de pressão alta e outras comorbidades. No estudo, as mulheres selecionadas eram significativamente mais novas, mais propensas a nunca terem casado, a terem maior escolaridade, estarem empregadas, com renda mais alta e reportaram terem tido mais experiências de discriminação do que as mulheres heterossexuais.

Boehmer; Glickman; et al<sup>32</sup> afirmam que as mulheres lésbicas e bissexuais, em comparação com as heterossexuais, utilizam mais o serviço de grupos de suporte e de apoio para a saúde mental, apresentando menores índices de depressão. O estudo também sugere que há maior

taxa de enfrentamento entre estas mulheres, fator associado a menores índices de ansiedade. As vulnerabilidades do grupo de mulheres lésbicas e bissexuais estão no fato de apresentarem mais depressão em estágios avançados de câncer e de suas parceiras apresentarem mais taxas de estresse comparadas com parceiros do gênero masculino.

O estudo de Kamen; Mustian; et al<sup>33</sup> denota diferenças na experiência de adoecimento oncológico entre pacientes LGBT e heterossexuais. Há mais sintomas de depressão no primeiro grupo, mesmo quando questionados especificamente sobre o câncer. Outro ponto apresentado pelos autores é maior prevalência de dificuldades nas relações conjugais, possivelmente justificado pela invisibilidade identitária no contexto de cuidado oncológico.

Jabson; Bowen<sup>34</sup> revelam que pacientes heterossexuais com câncer de mama reportam menor percepção de estresse do que mulheres lésbicas/bissexuais. Nesse sentido, como taxas elevadas de estresse estão associadas a pior saúde e qualidade de vida na população em geral, as mulheres deste grupo minoritário podem ter sua qualidade de vida diminuída após o câncer de mama. Os autores reportam a importância de intervenções que diminuam o estresse destas pacientes.

Diferente dos estudos já expostos, que comparam a experiência de mulheres lésbicas/bissexuais com heterossexuais, Boehmer; Glickman; et al<sup>35</sup> apontam as diferenças entre mulheres lésbicas e bissexuais na adaptação após o diagnóstico de câncer de mama. Ambas apresentam bom ajustamento em relação ao adoecer, possivelmente por lidarem com preconceitos e discriminações por sua orientação sexual e dispõem de mais ferramentas para lidar com o adoecimento. Os autores afirmam que mulheres lésbicas são mais propensas a estarem com alguma parceira e a viverem junto dela em comparação com mulheres bissexuais. Nesse sentido, no contexto de saúde, as lésbicas tendem a expor sua identidade para os profissionais de saúde, algo menos comum entre as bissexuais. O estudo ainda revela que mulheres que se relacionam com outras mulheres têm melhor saúde mental do que mulheres solteiras ou com um parceiro do gênero masculino.

Boehmer; Glickman; et al<sup>35</sup> ressaltam a importância de considerar as questões de saúde mental específicas deste grupo de mulheres, uma vez que metade das participantes da pesquisa fizeram uso de antidepressivos, 40% participaram de grupos de suporte para pacientes oncológicos e entre 30% e 50% procuraram serviços de saúde mental por causa do câncer de mama. Os autores ainda enfatizam a importância de um ambiente que facilite a comunicação e dê espaço para conversar sobre a orientação sexual das mulheres, ou seja, um atendimento que não seja heteronormativo. Boehmer; Ozonoff; et al<sup>36</sup> apresentam sugestões como intervenções no âmbito da saúde física, podendo implicar em maiores taxas de sobrevivência no grupo de mulheres lésbicas e bissexuais..

Em dissonância com estudos anteriores, a pesquisa de Boehmer; Glickman; et al<sup>37</sup> afirma que não há diferenças na qualidade de vida entre mulheres heterossexuais e lésbicas/bissexuais. A maioria das participantes da pesquisa reportou boa saúde física e mental, fator relacionado com situação demográfica, socioeconômica e estado civil, não diretamente ligado à orientação sexual, como esperado pelos pesquisadores. Os achados de Boehmer; Timm; et al<sup>38</sup> indicam que mulheres lésbicas e bissexuais sobreviventes de câncer de mama apresentam níveis baixos de morbidades psicológicas, semelhante ao de mulheres heterossexuais.

Os estudos desta categoria, em sua maioria um comparativo entre mulheres lésbicas/bissexuais e heterossexuais, apresentam algumas diferenças entre as vivências marcadas pelas respectivas identidades. É possível perceber demandas específicas do primeiro grupo, relacionadas à invisibilidade identitária e despreparo dos profissionais em recebê-las.

#### **3.4.4 A rede de suporte das mulheres lésbicas e bissexuais com diagnóstico oncológico**

Outra categoria de análise foi a rede de suporte das mulheres lésbicas e bissexuais no contexto de cuidado oncológico. Vaid<sup>39</sup> discorre sobre a importância do suporte de sua companheira durante o tratamento, bem como da rede de amigos e da família na recuperação. Enfatiza a importância do cuidador no quarto, tanto para ajudar com o manejo com o corpo da paciente em momentos de dificuldade de locomoção, tanto para escutar as informações médicas. Stephenson<sup>40</sup> relata a importância de ter sua companheira ao lado durante o tratamento dos três

cânceres e o fato de ela ter sido reconhecida nos serviços de saúde como tal. Além disso, relata a importância do suporte da família e amigos LGBT.

As mulheres lésbicas e bissexuais identificam suas parceiras como maior fonte de suporte, principalmente no manejo diário da casa e das crianças, bem como em conversas sobre medos de uma reincidência do câncer e perspectivas no cuidado com a saúde. Este rearranjo nas responsabilidades do casal pode, por vezes, sobrecarregar a cuidadora<sup>41</sup>. Pensando na relação conjugal, Boehmer; Glickman; et al<sup>42</sup> investigaram a função sexual destas mulheres e não identificaram diferenças significativas em relação à função sexual antes e depois do câncer.

Outro ponto de apoio são os grupos de suporte oferecidos no contexto de cuidado em saúde. Na pesquisa de Paul; Pitagora; et al<sup>43</sup>, as mulheres relataram que ao participarem destes grupos se sentiram bem, mas houve certo desconforto por serem majoritariamente compostos por mulheres heterossexuais. Queixaram-se de haver poucos grupos voltados para suas parceiras que, como já afirmado por White; Boehmer<sup>41</sup>, podem se sentir sobrecarregadas com o cuidado provido. Paul; Pitagora et al<sup>43</sup> revelam que muitas pacientes se preocupam, pois suas famílias não sabem de sua orientação sexual, ponto levantado também por Margolies<sup>23</sup>. Paul; Pitagora; et al<sup>43</sup> afirmam que por não haver casamento igualitário onde vivem as participantes da pesquisa, os casais de mulheres têm menos suporte estrutural para a relação e por isso pode haver mais separações durante o tratamento.

Kamen; Heckler; et al<sup>44</sup> sugerem um novo modelo de grupo de apoio, com exercícios voltados para pacientes e cuidadores, de forma conjuntas. Em comparação com intervenções feitas somente com o paciente, este modelo é mais efetivo para lidar com estresse psicológico promovido pelo adoecimento.

Os estudos enfatizam a importância do suporte das parceiras das pacientes, bem como do reconhecimento como tal nos serviços de saúde. Os grupos de suporte se configuram ponto de apoio importante, no entanto, nem sempre consideram as diversidades sexuais. Fica clara a importância de um serviço de saúde pronto para acolher as mulheres lésbicas e bissexuais, seja no reconhecimento de suas parceiras ou na construção de grupos de suporte abertos para recebê-las.

#### **4. Considerações finais**

A maior parte dos estudos salienta a falta de produção acadêmica que contemple questões específicas da saúde de mulheres lésbicas e bissexuais. Nos artigos encontrados, revela-se a crença comum, tanto entre profissionais quanto entre pacientes, de que há menor risco de transmissão de ISTs no sexo lésbico, podendo levar a diagnósticos oncológicos tardios. As mulheres evadem os serviços de saúde por não se sentirem acolhidas e encontrarem profissionais despreparados para tal, revelando diferenças no cuidado em saúde marcadas por essas identidades minoritárias. A partir dos resultados se escancara a lacuna na formação dos profissionais de saúde para acolher as mulheres lésbicas e bissexuais.

Ainda que apontem problemas no atendimento às mulheres lésbicas e bissexuais no contexto de saúde, a maioria dos artigos sustenta uma visão heteronormativa e biológica ao falar desse universo. Denota-se a comparação constante com a saúde da mulher heterossexual, como se fosse o parâmetro balizador do que é ser saudável, bem como o uso de instrumentos de medida construídos para este público e adaptado para mensurar "outras" sexualidades. Para além disso, a maioria dos estudos traz enfoque para o corpo, colocando os aspectos psicossociais como coadjuvantes no conceito do que é ter saúde.

A ampliação de estudos sobre a saúde das mulheres lésbicas e bissexuais em futuras pesquisas se faz necessária, tanto em relação aos aspectos psicossociais envolvidos na experiência oncológica, ao desenvolvimento de uma formação de profissionais de saúde que dê conta das demandas desta população, como também por meio de uma produção acadêmica que consiga visibilizar estas mulheres sem que sejam comparadas com uma norma já existente, a heterossexual.

#### **6. Referências Bibliográficas**



1. Daley A. Lesbian invisibility in health care services: heterosexual hegemony and strategies for change. *Can Soc Work Rev* 1998; 15(1): 57-71.
2. Valadão R de C, Gomes R. A homossexualidade feminina no campo da saúde: da invisibilidade à violência. *Physis* 2011; 21(4): 1451-67.
3. Marques AM, Oliveira JM de, Nogueira C. A população lésbica em estudos da saúde: contributos para uma reflexão crítica. *Ciênc. saúde coletiva* 2013; 18(7): 2037-47.
4. Almeida GES de. (Tese). Da invisibilidade à vulnerabilidade: percursos do "corpo lésbico" na cena brasileira face à possibilidade da infecção por DST e AIDS. Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro/UERJ, Rio de Janeiro. 2005.
5. Almeida G. Argumentos em torno da possibilidade de infecção por DST e AIDS entre mulheres que se autodefinem como lésbicas. *Physis* 2009; 19(2): 301-31.
6. Barbosa RM, Facchini R. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25(Suppl. 2): s291-s300.
7. Brasil. Instituto Nacional de Câncer Brasil. ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer / Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer; 2012.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
11. Waterman L, Voss J. HPV, cervical cancer risks, and barriers to care for lesbian women. *Nurse Pract.* 2015; 40(1): 46-53.
12. Cochran SD, Mays VM. risk of breast cancer mortality among women cohabiting with same sex partners: findings from the National Health Interview Survey, 1997–2003. *J Womens Health* 2012; 21(5): 528-33.
13. Galvão TF, Pereira MG. Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2014; 23(1): 183-4.
14. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos em saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev. Saúde Pública* 2005; 39(3): 507-14.
15. Bardin L. Análise de conteúdo. Rego L de A (trad); Pinheiro A (trad.). Lisboa: Edições 70; 2006.
16. Clavelle K, et al. breast cancer risk in sexual minority women during routine screening at an urban LGBT health center. *Women's Health Issues* 2015; 25(4): 341–48.
17. Quinn GP, et al. Cancer and lesbian, gay, bisexual, transgender/transsexual, and queer/questioning (LGBTQ) populations. *CA Cancer J Clin* 2015; 65(5): 384-400.
18. Ben-Natan M, Maor S. Factors related to Israeli lesbian women's intention to be vaccinated against human papillomavirus. *Int J STD AIDS* 2014; 25(11): 800–5.
19. Navratilova M. Grand slam on cancer. *J Lesbian Stud* 2014, 18(1): 7-12.
20. Agénor M, et al. Exploring the cervical cancer screening experiences of black lesbian, bisexual, and queer women: the role of patient-provider communication. *Women health* 2015; 55(6): 717-36.
21. Rosario M, et al. Mediation by peer violence victimization of sexual orientation disparities in cancer-related tobacco, alcohol, and sexual risk behaviors: pooled youth risk behavior surveys. *Am J Public Health* 2014; 104(6): 1113-23.
22. Curmi C, Peter K, Salamonson Y. Lesbians attitudes and practices of cervical cancer screening: a qualitative study. *BMC Womens Health* 2014; 14(153): 1-9.
23. Margolies L. The psychosocial needs of lesbian, gay, bisexual, or transgender patients with cancer. *Clin J Oncol Nurs* 2014; 18(4): 462-4.
24. Brenner B (as told by Lampert S). Healthy barbs: activism confronts mortality. *J Lesbian Stud* 2014; 18(1): 66-74.
25. Love SM. Live your life out loud. *J Lesbian Stud* 2014, 18(1), 13-20.
26. Kamen CS, et al. Social support, self-rated health, and lesbian, gay, bisexual, and transgender identity disclosure to cancer care providers. *Oncol Nurs Forum* 2015; 42(1): 44-51.

27. Jabson JM, Kamen CS. Sexual minority cancer survivors' satisfaction with care. *J Psychosoc Oncol* 2016; 34(1-2): 28-38.
28. Boehmer U, White JL. Sexual minority status and long-term breast cancer survivorship. *Women health* 2012; 52(1): 71-87.
29. Boehmer U, et al. After breast cancer: sexual functioning of sexual minority survivors. *J Sex Res* 2014; 51(6): 681-89.
30. Reygan FCG, D'Alton P. A pilot training programme for health and social care professionals providing oncological and palliative care to lesbian, gay and bisexual patients in Ireland. *Psychooncology* 2013; 22(5): 1050-54.
31. Boehmer U, et al. Long-term breast cancer survivors' symptoms and morbidity: differences by sexual orientation? *J Cancer Surviv* 2013; 7(2): 203-10.
32. Boehmer U., et al. Breast cancer survivors of different sexual orientations: which factors explain survivors' quality of life and adjustment? *Ann Oncol* 2013; 24(6):1622-30.
33. Kamen C, et al. Disparities in psychological distress impacting lesbian, gay, bisexual and transgender cancer survivors. *Psychooncology* 2015; 24(11): 1384-91.
34. Jabson JM, Bowen DJ. Perceived stress and sexual orientation among breast cancer survivors. *J Homosex* 2014; 61(6): 889-98.
35. Boehmer U., et al. Lesbian and bisexual women's adjustment after a breast cancer diagnosis. *J Am Psychiatr Nurses Assoc* 2013; 19(5): 280-92.
36. Boehmer U, Ozonoff A, Potter J. Sexual minority women's health behaviors and outcomes after breast cancer. *LGBT Health* 2015; 2(3): 221-27.
37. Boehmer U., et al. Health-related quality of life in breast cancer survivors of different sexual orientations. *Qual Life Res* 2012; 21(2): 225-36.
38. Boehmer U, et al. Explanatory factors of sexual function in sexual minority women breast cancer survivors. *Ann Oncol* 2012; 23(11): 2873-8.
39. Vaid U. Chemo killed the small-talk gene. *J Lesbian Stud* 2014; 18(1): 31-42.
40. Stephenson V. Don't let your disease define you, *J Lesbian Stud* 2014; 18(1): 50-6.
41. White JL, Boehmer U. Long-term breast cancer survivors' perceptions of support from female partners: an exploratory study. *Oncol Nurs Forum* 2012; 39(2): 210-17.
42. Boehmer U., Glickman M, Winter M. Anxiety and depression in breast cancer survivors of different sexual orientations. *J Consult Clin Psychol* 2012b; 80(3): 382-95.
43. Paul LB, et al. Support needs and resources of sexual minority women with breast cancer. *Psychooncology* 2014; 23(5): 578-84.
44. Kamen C, et al. A dyadic exercise intervention to reduce psychological distress among lesbian, gay, and heterosexual cancer survivors. *LGBT Health* 2016; 3(1): 57-64.

---

Artigo Recebido: 02.06.2017

Aprovado para publicação: XX.XX.XXXX

**Isabela Guimarães Alves**

Rua Rafael Rinaldi, 281.

CEP: 38400-384 Uberlândia, MG – Brasil

Email: [alves.isabelag@gmail.com](mailto:alves.isabelag@gmail.com)

---