

A população lésbica em estudos da saúde: contributos para uma reflexão crítica

The lesbian population in health studies:
contributions for a critical reflection

António Manuel Marques¹
João Manuel de Oliveira²
Conceição Nogueira³

Abstract *For decades, lesbian sexuality was associated with pathology in the attitudes to and practices of health sciences and psychology. During the twentieth century that position changed gradually. This article analyzes these changes in a theoretical reflection on the domain of lesbian health, dominated by heteronormative and heterosexist concepts and practices both in research and in health care. By means of a critical contextualization of the literature, specific health needs of lesbians were identified and the interventions of health care professionals and services were questioned. Specific concrete actions are proposed in the fields of health promotion and in the eradication of discrimination and inequality in health care.*

Key words *Lesbians, Health, Sexuality, Health care services*

Resumo *Durante décadas, no pensamento e nas práticas das ciências da saúde e da psicologia a sexualidade lésbica foi associada à patologia. Ao longo do século XX, este posicionamento modificou-se. Este trabalho analisa essas mudanças numa reflexão teórica focada no domínio da saúde das lésbicas, no qual predominam as concepções e práticas heteronormativas e heterossexistas, tanto na investigação como na prestação de cuidados. Através de uma contextualização crítica da literatura, identificamos as necessidades específicas das lésbicas, questionamos as intervenções dos profissionais e serviços de saúde e propomos medidas de ação concretas de promoção da saúde e de erradicação da desigualdade e discriminação.*

Palavras-chave *Lésbicas, Saúde, Sexualidade, Serviços de saúde*

¹ Escola Superior de Saúde,
Instituto Politécnico de
Setúbal. Campus do IPS.
Edifício da ESCE 2914/503,
Estefanilha. Setúbal
Portugal

antonio.marques@ess.ips.pt

² Centro de Psicologia,
Universidade do Porto.

³ Centro de Psicologia,
Faculdade de Psicologia e
Ciências da Educação,
Universidade do Porto.

Introdução: uma curta viagem pela despatologização da homossexualidade

Este artigo visa produzir uma contextualização crítica sobre as mudanças conceituais no tratamento que a literatura relevante dos estudos faz sobre a saúde das lésbicas, analisando com maior detalhe o período pós-despatologização da homossexualidade. Todavia, iniciamos este texto com uma breve incursão pelo período em que a homossexualidade era patologizada. Neste trabalho não pretendemos fazer uma revisão exaustiva da literatura, antes temos como intenção percorrer analiticamente esta investigação, evidenciando os seus principais contributos e refletindo criticamente sobre esta produção. Desta forma, o presente texto constitui uma contextualização crítica da literatura sobre a saúde das lésbicas.

Nos intensos debates que marcaram as ciências no século XX devem, no contexto desta contextualização crítica, ser salientados dois: a mudança operada pelo conceito de gênero¹ e a atenção prestada às sexualidades². Em ambos os casos, estes conceitos vieram operar uma mudança na atenção conceitual dada às sexualidades não heterossexuais e às mulheres.

É nesta linha de pensamento que a despatologização das homossexualidades ganha saliência. Se, por um lado, as disciplinas das ciências da saúde discutiram muito detalhadamente as questões das sexualidades desde o século XIX, nomeadamente nos domínios da sexologia e mais tarde da psicanálise, esta temática passou a integrar as preocupações de praticamente todas as vertentes epistemológicas. Assumimos que o estudo da sexualidade implica considerar que esse domínio ocupa muitas outras áreas científicas e que mesmo que um estudo esteja localizado em determinada disciplina^{3,4} é necessário salientar a interdisciplinaridade desta produção.

Os estudos sobre sexualidade⁵⁻⁷ têm elucidado os modos como determinados comportamentos sexuais foram encarados como identidades, pela sexologia do século XIX e princípio do XX, e como essas identidades foram vistas como descritores dos indivíduos, criando categorias sociais, como sejam o homossexual ou a lésbica. As múltiplas perspectivas implicadas nestes estudos têm vindo a salientar a importância de posicionamentos que tenham em linha de conta os direitos humanos destes grupos, dado serem histórica e sociologicamente lesados nos seus direitos, tal como aconteceu com as mulheres⁸. Desta forma, há uma preocupação com a situação social de opressão sobre estes grupos e uma

aspiração em desenvolver estudos que contextualizem e permitam situá-los⁹ numa ótica de conhecimentos emancipatórios que possam contribuir para uma erradicação da opressão¹⁰.

Foucault¹¹ analisou os modos como as regulações normativas criaram determinados sujeitos sexuais, como o homossexual e a lésbica. Assim, no seu entender, o foco do processo é a constituição sócio-histórica das categorias sociais e o modo como elas correspondem a processos normativos e reguladores dos indivíduos¹². Assim, Foucault¹¹ mostrou como a sexologia criou a figura da homossexualidade no século XIX.

Apesar da proliferação de discursos históricos e antropológicos que atestam a existência de comportamentos sexuais não normativos noutras culturas e com uma continuidade histórica, os trabalhos supracitados questionaram diretamente a plausibilidade de considerar, por exemplo, a sodomia como equivalente funcional da homossexualidade. Pelo contrário, o autor¹¹ elucidou como a sodomia não só permitiu a severidade penal, como manteve uma tolerância vasta em relação a uma multiplicidade de comportamentos. Ou seja, nem todos os comportamentos concebidos hoje como homossexuais seriam antes punidos num quadro de referência sodomita. A emergência da homossexualidade permitiu separar estes comportamentos de uma moldura penal e passá-los para o plano da ciência e da medicina. Assim, a homossexualidade começa por ser considerada no quadro de uma (homo)sexologia¹³, a qual, apesar de se ter esforçado para retirar a homossexualidade da alçada da justiça penal, passa a submetê-la a uma análise da esfera da ciência. Tal transição implicou que a homossexualidade passasse a ser vista como patologia, pelo que deveria ser diagnosticada, estudada, escrutinada e curada.

Estas mudanças também são mencionadas em relação às lésbicas. Se no século XIX, a sexologia começa a descrever a homossexualidade, esta é, em geral, tornada mais visível no caso dos homens do que das mulheres³, por questões ligadas ao cruzamento entre orientação sexual e gênero. Assim, pretendemos mapear o pensamento da sexologia em relação à concetualização das sexualidades lésbicas.

No caso da sexologia, um dos modelos para pensar as lésbicas foi o da inversão sexual como mostra Halberstam¹⁴. A inversão descreve características atribuídas a um sexo que aparecem em indivíduos de outro sexo. Este conceito foi usado para descrever mulheres masculinizadas ou homens efeminados que a sexologia da época foi

associando à orientação sexual. Ou seja, trata-se de um processo que cruza sexualidade e gênero, hibridizando-os, surgindo assim a inversão sexual. A invertida emerge como descrição de uma mulher com um desejo por pessoas do mesmo sexo e a quem são reconhecidas características de masculinidade¹⁵. Este termo veio, contudo, contribuir para estancar a diversidade e a especificidade de outros termos para descrever as lésbicas como as “tribades”, “hermafroditas” e “travestis” ou as “mulheres masculinas”¹⁴. No princípio do século XX, assiste-se, em toda a Europa, à medicalização das subculturas sexuais emergentes, bem como ao reforço do poder disciplinar das correntes higienistas na medicina e na sexologia médica, assumidas enquanto instâncias definidoras de identidades¹⁴.

Ora, é preciso igualmente não deixar fora de vista a produção do gênero enquanto instância fundamental para definir estes processos. A história do gênero que Laqueur¹⁶ apresenta permite perceber que a inversão apresenta uma história interessante do ponto de vista do gênero. Para Laqueur¹⁶, há dois modelos dominantes nas concepções do gênero: a teoria de um sexo e o de duas espécies. No primeiro (...) “dominante no pensamento anatómico por dois mil anos, a mulher era entendida como um homem invertido: o útero era o escroto feminino, os ovários eram os testículos, a vulva era o prepúcio e a vagina era o pênis”; no modelo posterior de duas espécies, homem e mulher são tidos como opostos e assentes na total diferença sexual como forma de pensar os corpos, ou seja, é do dimorfismo sexual que emerge a sua concepção. Parece encontrar-se uma ressonância do pensamento do modelo unissexual no modelo da inversão sexual. Repare-se, por exemplo, no caso da “tribade”, figura que põe em causa tanto a ordem de gênero, pela associação a atributos ativos, questionadores da posição submissa do feminino, bem como afronta à ordem heterossexista inquestionável, por um desejo pelo mesmo sexo¹⁷. Este temor e duplo questionamento estendem-se também à imagem da “sáfica”. Aproveitando a história de Safo, a poetisa de Lesbos, os Séculos XIX e XX produzem toda uma categoria assente no safismo. Tido como equivalente ao chamado lesbianismo (que deriva da ilha grega de Lesbos), o safismo (de Safo) é usado como categoria identitária para descrever uma mulher cujo alvo dos seus comportamentos sexuais são outras mulheres.

No entanto, a sexologia da época conhecia poucos casos de “safismo”, documentando-se em descrições de casos clínicos, jornais, relatos auto-

biográficos e ficção^{18,19} e mantinha-se, assim, arraigada aos pressupostos genderizados da época, pois as mulheres eram sempre situadas num patamar inferior ao dos homens, até nos textos da sexologia moderna. Freud é um bom exemplo desta situação, mantendo um discurso de subalternização das mulheres, por exemplo, no conceito de inveja do pênis. De acordo com Weeks²⁰, para Freud, a perversão era parte integrante das sexualidades de todos e todas e não uma característica de uma população específica, o que torna a explicação freudiana emancipatória, à época, para um pensamento sobre a homossexualidade. Estas explicações permitem, contudo, uma deslocação do objeto “lésbicas e homossexuais” para fora da alçada da estrita biologização²¹.

A continuidade desta genealogia da despatologização leva-nos a considerar o trabalho de Kinsey et al.²², que se dedica ao estudo sistemático por questionário da diversidade sexual da população americana e que evidencia que 2 a 6% das mulheres dos EUA se definia como exclusivamente homossexual. As escalas de Kinsey, contudo, introduziram um importante contributo metodológico, vendo a orientação sexual como um contínuo, em vez de unidades discretas. Para tal contribuiu a visão de Kinsey, assente numa bissexualidade humana geral com cambiantes universais⁵. Todavia, na mesma época em que Kinsey realiza estes importantes trabalhos, em 1952, a Associação Americana de Psiquiatria está a criar a categoria diagnóstica homossexualidade no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*. Alimentado por trabalhos que ligavam a homossexualidade à desregulação hormonal ou a determinadas características comportamentais, a homossexualidade passa a ser “tratada” recorrendo a terapias electroconvulsivas e a outras práticas psicoterapêuticas⁷.

É nos anos 50 que o movimento social pela defesa dos direitos das pessoas homossexuais começa a surgir. Primeiro com as organizações homófilas, como a Mattachine Society ou as Filhas de Billitis (nos Estados Unidos) e depois com uma expressão pública mais forte, após a revolta de Stonewall, com os movimentos de libertação homossexuais e lésbicos.

É nesta altura que começa um movimento de profissionais nas áreas da psiquiatria e psicologia, por forma a remover a homossexualidade do DSM, de que são exemplos os trabalhos de Hooker²³ ou Hopkins²⁴ sobre a personalidade lésbica, os quais tentaram mostrar que a orientação sexual, só por si, não constituía nenhum problema psicológico adicional. Após um con-

junto de investigações, de literatura produzida e de um amplo debate²⁵, a edição do DSM de 1973 já tinha abandonado a homossexualidade enquanto categoria diagnóstica.

É, pois, partindo desta introdução a uma genealogia muito sucinta do modo como as ciências da saúde e a psicologia construíram a ideia de lésbica que passamos a aprofundar os olhares contemporâneos sobre esta questão. Olhemos para o modo como as ciências da saúde investigam a questão da saúde das lésbicas após a despatologização da homossexualidade e como essas mulheres se relacionam com a sua saúde e com os serviços e profissionais.

As lésbicas e o universo da saúde

Nas últimas duas décadas, o desejo de compreender a influência do gênero e da orientação sexual na área da saúde tornou-se mais evidente, sobretudo na investigação e na academia^{26,27}, mas também nas políticas públicas dos países ditos ocidentais^{28,29}, como evidenciam os estudos de revisão sistemática da literatura internacional. Todavia, no conjunto dos estudos publicados em língua inglesa, de 1980 a 1999, acessíveis através da base de dados da Medline, sobre a saúde da população LGB, predominam aqueles que se referem à população gay e com uma ênfase esmagadora na temática das infecções sexualmente transmissíveis, especialmente pelo HIV²⁶.

Existe algum conhecimento acerca de necessidades de saúde não satisfeitas por parte das lésbicas. Há evidência, com base em estudos de meta-análise^{30,31} e com recurso a amostras probabilísticas³², de que as lésbicas estarão sujeitas a riscos acrescidos relativamente a várias patologias. Assinala-se, contudo, a presença de alguma controvérsia quanto à fiabilidade desses resultados e ao estabelecimento de uma relação direta com a orientação sexual, por influência de diversos fatores, constituindo-se, por isso, como um desafio^{33,34}.

Um desses fatores, do domínio conceptual, diz respeito à diversidade de significados do termo e da categoria 'lésbicas', o que não se coaduna com a exigência de consenso e standardização dos grupos populacionais, essencial ao raciocínio epidemiológico, para a determinação segura, por exemplo, da incidência e prevalência de determinada patologia ou problemática de saúde^{34,35}. Sob a denominação categorizante de 'lésbica' reside a heterogeneidade das autot classificações das participantes nos estudos, as quais po-

dem incluir a identidade, a orientação do desejo e o comportamento sexual, os quais terão correspondência, ou não, entre si^{36,37}.

É admissível que, por si só, ter experiências sexuais com outras mulheres não determine a assumpção de uma identidade exclusivamente lésbica, bem como nem sempre o desejo se concretize em atividades sexuais, como se verifica numa amostra representativa de norueguesas³⁸. Por outro lado, haverá também que considerar a possibilidade da fluidez da orientação sexual ao longo do ciclo vital, manifesta em termos continuados ou episódicos, o que fará com que comportamentos heterossexuais antecedam (ou sejam antecidos) dos homossexuais ou mesmo que coexistam num ou vários períodos da vida de uma mulher^{32,36,37,39}. Os recentes estudos de Lisa Diamond⁴⁰ sobre a fluidez sexual das mulheres mostram tanto a estabilidade como a mudança nas orientações sexuais, o que apela à reflexão e clarificação de pressupostos nas investigações, incluindo as da esfera da saúde.

A determinação da validade interna e externa dos estudos epidemiológicos focalizados na saúde das lésbicas representa outro dos fatores que justifica a necessidade de complexificação das práticas e do pensamento epistémico-metodológico. Os contextos sociais e relacionais pautados pela estigmatização das chamadas minorias sexuais não favorecem a divulgação da sua orientação sexual e, logo, a participação voluntária das lésbicas nesses estudos, dando lugar ao "viés da marginalização"³⁴. Haverá, por isso, que admitir a forte plausibilidade de subestima de potenciais fatores de risco e/ou de proteção da saúde associados a essas mulheres e a impossibilidade de inferências seguras, por sub-representação e ausência de informações fidedignas e pelo recurso alternativo a amostras de conveniência^{33,34,41}.

Do mesmo modo e pela precariedade e insegurança de dados, a validade externa de grande parte dos estudos também ficará comprometida, como evidencia o estudo orientado por uma perspectiva de indução analítica de Malterud et al.³⁴. Com grupos de participantes ou com amostras constituídas a partir de elevados níveis de incerteza e de indeterminação, ficarão tecnicamente vedadas as possibilidades de generalização do conhecimento epidemiológico à "população lésbica", bem como a sua comparação pertinente com a das "mulheres em geral"³⁴.

Muito do conhecimento acumulado acerca das problemáticas e das vivências das lésbicas relacionadas com a saúde tem sido gerado a partir de "amostras de oportunidade" ou de conve-

niência, envolvendo mulheres que ultrapassaram os receios de serem identificadas como lésbicas e que, em muitos casos, estão diretamente envolvidas em atividades cívicas de defesa dos seus direitos^{37,42}. Ainda que legítimo e promotor de debate e reflexão e uma forma viável de iluminar zonas ocultas e de desinvestimento público e acadêmico no contexto da saúde destas mulheres, esse conhecimento é limitado quanto à identificação de fatores protetores e de risco e à validação dos resultados encontrados³⁴.

O rigor epidemiológico tem como finalidade servir a adoção das medidas de saúde pública que permitam elevar os níveis de saúde dos indivíduos e populações, mas, para isso, é essencial “mapear as frequências e a distribuição de doenças específicas”³⁴. Com as condicionantes associadas ao envolvimento das lésbicas nos estudos sobre saúde, essa finalidade fica seriamente ameaçada, bem como as intervenções focalizadas nas suas necessidades. Tal reforça a necessidade de aceitação de que, desde a caracterização das situações ao planejamento das intervenções, se considere que (...) “a saúde atravessa a realidade social, o que requer teorias fortes que suportem as práticas inovadoras”⁴³ e que os fenômenos de saúde e de doença não sejam encarados como independentes das condições de vida e dos fatores socioculturais^{28,44}.

Apesar das dificuldades deste campo de estudo, cientes das particularidades contextuais e metodológicas, valorizaremos, num primeiro momento, as tentativas para identificar especificidades quanto à saúde e à doença das lésbicas e, por fim, questionaremos o papel dos profissionais e serviços de saúde e salientaremos os desafios e os posicionamentos críticos que daí devem derivar.

Problemáticas de saúde e particularidades das lésbicas

Num estudo de meta-análise, a partir de publicações compreendidas entre 1966 e 2005, King et al.⁴⁵ procuraram evidência quanto à vulnerabilidade específica da população LGB em alguns domínios da saúde mental. Salienta-se dessa análise que o risco de tentativa de suicídio, de transtornos mentais, de abuso de substâncias e de dependências – incluindo a do álcool –, de depressão e de ansiedade é mais elevado na população LGB do que na heterossexual. As mulheres bissexuais e lésbicas revelam um particular risco de dependência de álcool e substâncias ilícitas,

enquanto os gays e homens bissexuais tenderão a realizar mais tentativas de suicídio.

Outros estudos parcelares geograficamente localizados sugerem que, por comparação com a população heterossexual, as pessoas LG terão um risco acrescido de sofrimento psicológico, ansiedade, depressão, ideação suicida e transtornos psiquiátricos⁴⁶. Refiram-se os exemplos dos estudos de Sandfort et al., a partir da realização de entrevistas face-a-face a 7076 holandesas heterossexuais e homossexuais ativas, entre os 18 e os 64 anos⁴⁷ e de Fredriksen-Goldsen et al., com base nos dados quantitativos recolhidos entre 2003 e 2007 junto de uma amostra de 1496 lésbicas e bissexuais americanas⁴⁸.

Esta tendência poderá não se aplicar a situações de grande severidade psiquiátrica, como mostra o estudo comparativo de Hellman et al.⁴⁹, junto de duas amostras, uma de 63 adultos de ambos os sexos, autodefinidos como LGBT e outra, de controle, com 100 participantes, às quais foi aplicado um questionário de 161 itens. Por outro lado, segundo Skidmore et al., o sofrimento psicológico relacionado com a não conformidade face ao socialmente expectável produzirá mais sofrimento psicológico nos gays do que nas lésbicas⁵⁰. A partir das respostas de 44 lésbicas e 60 gays americanos a escalas validadas os autores concluíram que as primeiras serão menos vítimas de ameaças e de assédio verbal, ainda que sua vitimização ao longo da vida possa ser mais acentuada. Tal reforça a necessidade de análises distintas em função do sexo, valorizando a subjetividade com que as pessoas de cada um deles vivenciam a não conformidade e os efeitos em termos de mal-estar psicológico, bem como os seus efeitos ao longo do tempo, como também sugerem Balsam et al.⁵¹.

Nos estudos da área da saúde mental, alude-se, com frequência, ao consumo excessivo de álcool e à utilização de substâncias psicoativas, comportamentos que serão significativamente mais elevados na população LGB, sobretudo durante a adolescência^{30,52}. Algumas investigações que comparam o consumo alcoólico de mulheres lésbicas e heterossexuais têm confirmado a maior probabilidade de ocorrência nas primeiras^{32,36}, o mesmo acontecendo quanto ao uso de substâncias psicoativas^{32,36,42}. No estudo de Hughes et al.⁵³ a comparação das respostas de 63 lésbicas e 57 heterossexuais americanas em entrevistas em profundidade é um dos estudos que corrobora as observações dos estudos citados.

Apesar de encararem como seguros os resultados obtidos por meta-análise, quanto à maior

probabilidade de desenvolvimento de mal-estar psicológico, abuso e dependência de substâncias e de patologia mental nas pessoas LGBT, consideradas as particularidades de homens e de mulheres, King et al.⁴⁵ sublinham a necessidade de clarificar as componentes desta vulnerabilidade potencial e os mecanismos envolvidos, nomeadamente com o contributo de estudos qualitativos. Todavia, a título hipotético, referem que a hostilidade, o estigma e a discriminação experienciados deverão ser fatores a considerar na análise e na tentativa de compreensão dos níveis mais elevados de morbidade psicológica, identificados em múltiplos estudos e em vários contextos geográficos e socioculturais. Tal orientação epistémica e metodológica, segundo Ponterotto⁵⁴, terá um nível elevado de adequação para evidenciar a subjetividade das vivências das pessoas e, assim, suportar investigações sobre saúde que potenciem a afirmação individual e coletiva e que sejam comprometidas com critérios de justiça social.

Esta recomendação para o aprofundamento das relações complexas entre os indicadores de saúde e de doença e a identificação de fatores protetores e de risco é também referida quanto à problemática do cancro e do autoexame da mama nas lésbicas^{55,56}.

Com efeito, a literatura tem indicado que as lésbicas terão menores taxas de adesão à realização de mamografias de rotina, ao autoexame da mama⁵⁵⁻⁵⁷ e à citologia^{30,55,56}, quando comparadas com as mulheres heterossexuais, dificultando a detecção precoce de doença oncológica e contribuindo para maiores níveis de morbimortalidade.

As razões pelas quais as mulheres lésbicas justificam a não adesão à mamografia não diferem substancialmente das apresentadas pelas heterossexuais. O estudo transversal conduzido por Aaron et al., envolvendo 1010 lésbicas americanas⁵⁷, faz referência a desconforto, falta de motivação, desconhecimento acerca dos procedimentos, emoções negativas, como o receio dos resultados. Por sua vez, a tendência para a não adesão ao teste Papanicolau será influenciada pelas concepções erradas por parte de lésbicas que consideram existir menos risco de cancro cervical se não tiverem atividades sexuais coitais com homens, como dá conta um estudo que combina a utilização de grupos-focais e questionários junto de 101 lésbicas americanas⁵⁸.

Para a compreensão e o aprofundamento do conhecimento neste domínio específico, Wilkin-son e Fish⁵⁵ defendem que se evitem interpreta-

ções lineares. As autoras chamam a atenção para as dificuldades de delimitação segura e indubitável de grupos de mulheres que, nas investigações, são categorizadas ou autoidentificadas como lésbicas, como também aludimos de início, o que poderá levar à assumpção de que existe sobreposição exata entre comportamentos e identidade. Tal clarificação é essencial para a consideração dos fatores de risco associados à patologia mamária, como o excesso de peso, o consumo excessivo de álcool⁵³ e, sobretudo, a nuliparidade⁵⁹. Como sublinham Malterud et al.³⁴, se, nas lésbicas, o risco aumentado de cancro na mama derivar, em grande medida, do facto de se reproduzirem menos do que as heterossexuais, será grave atribuir o mesmo risco àquelas que, sendo lésbicas, tiverem gravidezes a termo, pois recorre-se à identidade para assumir comportamentos e, logo, determinar a probabilidade de ocorrência de uma patologia com base numa suposição ideologicamente marcada e restritiva, ou seja, na ideia que as lésbicas não se reproduzem.

No domínio da saúde sexual e reprodutiva, como apelam Goldstein³⁹, Arend⁶⁰ e Mercer et al.³², convirá ter sempre presente a distinção necessária entre comportamento e identidade sexual no que se refere, neste caso, à população lésbica. Esse princípio será válido, nomeadamente, no acompanhamento de gravidezes e na prevenção do VIH ou em situações de seropositividade.

Quando ocorre uma gravidez numa mulher ou num casal de lésbicas, a comunicação e as rotinas dos profissionais e serviços orientam-se, tendencialmente, pela norma da heterossexualidade, como evidencia um estudo fenomenológico norueguês, com entrevistas a seis casais de lésbicas⁶¹. Do mesmo modo, haverá uma tendência dominante para considerar a baixa probabilidade de ocorrência de transmissão do VIH entre mulheres, assumindo-se, como faz o CDC (Centers for Disease Control and Prevention), que a soropositividade em tais casos se deverá a comportamentos heterossexuais prévios ou a comportamentos aditivos de risco por via injetável⁶⁰.

Assim, a diversidade de comportamentos e modos de vida poderá levar a que não exista sobreposição entre identidade e comportamento lésbico ou heterossexual³⁹. Qualquer que seja o seu número e proporção no conjunto de mulheres, são necessários e exigíveis procedimentos profissionais adequados que não se baseiem em pressupostos infundados como referiremos no item seguinte.

Lésbicas e a sua relação com os serviços e os profissionais de saúde

Os níveis de qualidade dos serviços prestados pelos profissionais e instituições de saúde às mulheres lésbicas resultarão de um conjunto articulado de fatores relacionados com as particularidades e necessidades das utentes, a ação direta dos profissionais e o funcionamento dos serviços e, também, dos contextos socioculturais em que as interações ocorrem.

Vários estudos referem-se à menor procura dos cuidados de saúde por parte das pessoas não heterossexuais⁶², mas as informações disponíveis não permitem conclusões definitivas, devido aos baixos níveis de representatividade³⁵. Todavia, a procura de serviços especializados em saúde mental tenderá a ser mais elevada por parte de gays e lésbicas^{35,46,56,63}, o que tem alguma correspondência com as necessidades específicas referidas no item anterior.

O estudo de Bakker et al.³⁵, baseado numa amostra de 9684 utentes holandeses com diversas orientações sexuais, aponta para uma taxa superior de utilização dos serviços de saúde por parte das pessoas LGB do que das heterossexuais, o que interpretam como mera diferença de comportamentos de procura de cuidados e não um indicador de piores condições de saúde. Por outro lado, no mesmo estudo, não foi encontrada relação entre a frequência da procura de ajuda profissional e o grau de confiança nos serviços, quando comparadas as respostas dos participantes com diferentes orientações sexuais, contrariando a tendência sinalizada na literatura. Na interpretação dos investigadores, tal dever-se-á “ao clima de relativa tolerância social face à homossexualidade na Holanda, em comparação com outros países ocidentais”³⁵.

A confiança nos profissionais de saúde e a sua relação com a revelação da orientação sexual por parte das pessoas LGBT tem merecido bastante atenção por parte dos investigadores. Em vários domínios da saúde e do bem-estar, para que os cuidados de saúde sejam centrados nas necessidades de cada utente e na sua individualidade, justifica-se a explicitação da sua orientação sexual, mas tal poderá ser fonte de desconforto e stress para as pessoas não heterossexuais^{30,35,62}. As pessoas LG referem que, no contacto com os serviços de saúde, temem revelar a sua orientação sexual, por potenciais reações negativas, insensibilidade, retaliação, discriminação negativa³⁰ e falta de sigilo no manuseio dos registos clínicos⁶¹.

A partir de uma amostra de norte-americanas maioritariamente brancas, o estudo de van Dam et al.⁶² evidenciou que as mulheres heterossexuais não sentiram necessidade de revelar a sua orientação sexual, pois assumiram que os profissionais de saúde são capazes de prever a identidade sexual das utentes. As lésbicas não evidenciaram este pressuposto, pelo que, com muito mais frequência, revelaram voluntariamente a sua identidade sexual num atendimento clínico, mostrando acreditar que poderá ser vantajosa a afirmação da sua identidade perante os profissionais, por esta ser “um aspeto importante da sua saúde e bem-estar”⁶².

Tendencialmente, os serviços e os profissionais de saúde consideram que os utentes que os procuram são heterossexuais^{31,61}. Como relatam Røndahl et al., em dois estudos qualitativos desenvolvidos na Suécia^{64,65}, a heteronormatividade tem, necessariamente implicações importantes na qualidade das relações estabelecidas com aqueles que não se enquadram nessa categoria, por incumprimento dos princípios da igualdade e da justiça e da não satisfação das suas necessidades. Em termos genéricos, tem-se observado de que a heteronormatividade na organização dos serviços e nos estilos e conteúdos comunicacionais afetam negativamente a qualidade dos cuidados prestados a pessoas não heterossexuais, as quais se sentem incompreendidas, tratadas com desrespeito e receosas quanto às consequências da assumpção da sua orientação sexual^{31,61,64,66}. Creem que os atendimentos baseados na heteronormatividade ocasionam equívocos no raciocínio clínico, os quais são sustentados por premissas que não correspondem à realidade, aos estilos de vida, aos fatores protetores e de risco e às expectativas de utentes não heterossexuais⁶⁶. As utentes lésbicas dizem receber informações e aconselhamento profissional que não lhes são úteis nem adequados, deixando por cumprir apoios que correspondem às suas necessidades e vulnerabilidade particulares^{65,67}.

Salienta-se, assim, a importância do momento e da forma de questionar os utentes acerca da sua identidade e, se justificado, dos seus comportamentos sexuais. No caso específico das lésbicas, estas precisam sentir que suas necessidades, preocupações e hesitações são compreendidas e integradas pelos profissionais com quem se relacionam, elementos básicos para o estabelecimento de relações colaborativas e de confiança⁶². Para estas utentes, o estilo de comunicação adotado pelos profissionais é um dos fatores

mais importantes para a facilitação do diálogo e a discussão de temas mais íntimos e difíceis⁶⁷, o que justifica que estes desenvolvam competências relacionais e culturais específicas para cuidarem e atenderem utentes não heterossexuais.

Através da revisão de literatura, Bonvicini e Perlin⁶⁶ identificam várias situações de comunicação e aconselhamento desadequados, quando é pressuposta a heterossexualidade de todos os utentes ou se faz uso exclusivo e imponderado de preconceitos acerca das particularidades de saúde das lésbicas. Referem os domínios da saúde sexual e reprodutiva, como a contraceção, a acentuação excessiva das dificuldades de revelação da orientação sexual (coming-out), a não consideração da possibilidade de existirem ou virem a ter filhos, a presunção da existência de múltiplos parceiros/as. Por seu lado, alguns estudos^{55,65} sublinham que essa desadequação na comunicação também se expressa, frequentemente, de formas diretas e indiretas, nos suportes informativos nas zonas de espera, formulários, registos clínicos e materiais de educação para a saúde.

A formação é uma estratégia necessária para que exista efetivo investimento no desenvolvimento de competências profissionais. Para além do contexto específico da saúde reprodutiva, nas fases pré-natal, do parto e do pós-parto⁶⁴, a formação deve envolver todas as áreas de intervenção do setor da saúde e as diversas especializações profissionais, incluindo enfermeiros, médicos e técnicos de serviço social^{30,31,64,68,69}.

O desenvolvimento de competências profissionais e o desejo deliberado de estabelecer relações adequadas podem também ser expressos pela disponibilidade para considerar o contexto familiar e os elementos afetivamente significativos, para melhor conhecimento e enquadramento das utentes, e, quando desejado, envolvê-los nos cuidados prestados^{55,66}. Essa estratégia, nomeadamente quando estão em causa adolescentes, pode concretizar-se na criação de grupos de encontro ou de autoajuda de familiares ou de figuras próximas de pessoas LG^{69,70}.

Conclusões

O conhecimento aprofundado sobre a suscetibilidade à doença e a exposição aos riscos dificilmente será alcançado sem a consideração dos contextos sociais e culturais e dos níveis de acesso aos recursos que contribuem para a promoção da saúde e prevenção da doença. Os resultados epidemiológicos, por si só, são limitados para

explicar os determinantes estruturais da saúde, pelo que o questionamento contínuo e insistente da causalidade e dos fatores de risco face à doença e a complexificação das análises são imperativos para a transformação positiva do setor da saúde, através da implementação de políticas e práticas efetivas^{28,71}.

Para que a epidemiologia continue a produzir resultados e análises úteis e rigorosos, servindo para a fundamentação das tomadas de decisão na promoção da saúde e prevenção da doença, julgamos ser necessário reconhecer e adotar perspectivas críticas e interrogativas. A criação da “nova epidemiologia”, orientada pela ótica feminista aplicada ao contexto da saúde, pretende que o questionamento das práticas e concepções contemple a análise crítica das relações de poder entre os indivíduos e os grupos dominantes e dominados, prestando atenção à possível criação de estatutos normativos e de alteridade a uns e a outros²⁸. Com tal disponibilidade e investimento, através de ações efetivas e emancipatórias, manifestar-se-á o genuíno interesse em agir sobre as bases que criam e sustentam a discriminação e a iniquidade no universo da saúde^{28,72}.

Este artigo segue um conjunto de propostas resultantes da literatura, das quais destacamos algumas recomendações para a melhoria das condições de saúde das lésbicas, pela via do aumento do conhecimento, do rigor da investigação e da alteração das práticas dos profissionais e do funcionamento das organizações de saúde.

Um dos princípios básicos orientadores da introdução de medidas efetivas de promoção da saúde, do bem-estar e da justiça na prestação de cuidados e no desenvolvimento de pesquisas consiste num efetivo esforço de análise e compreensão das condições de saúde das lésbicas, considerando e articulando as subjetividades com os contextos ideológico, temporal, sociocultural e psicossocial⁷². Sem esta complexificação e a explicitação clara e detalhada dos pressupostos conceptuais e metodológicos, aumenta o risco de confusão entre causas, associações e efeitos, no que se refere à saúde dos grupos minoritários, incluindo as lésbicas³⁵.

Convirá, pois, ter sempre presente que os números e os cálculos não são impermeáveis a ideologias ou manipulações políticas, pelo que deve existir reflexão prévia e clarificação de pressupostos, nomeadamente no que se refere às implicações e significados associados às nomenclaturas usadas e manipuladas pelo raciocínio epidemiológico, como seja, no caso presente, a categoria ‘lésbica’.

Para assegurar a fiabilidade dos resultados das investigações, pela via da homogeneização das participantes, e, a partir deles, fazer opções de intervenção, é imprescindível explicitar os conceitos e a taxonomia seguidos^{29,36,63}. Em alternativa ou complementaridade, o recurso a estudos longitudinais será sempre uma possibilidade de maior aproximação à dinâmica comportamental e identitária relativa à sexualidade das lésbicas e/ou das mulheres que têm atividade sexual com outras mulheres⁴⁰.

A formação deve ser assumida como uma das estratégias de desenvolvimento de competências de comunicação dos profissionais, nomeadamente, para que sejam capazes de: utilizar uma linguagem neutra e não discriminatória das orientações sexuais; não impor ou prescindir de assuntos com base em presunções infundadas acerca dos comportamentos e necessidades das utentes; explicitar claramente as razões da solicitação de alguns dados clínicos, criando um clima de confiança e de garantia da confidencialidade; conhecer algumas práticas sexuais e terminologia específica; e, por fim, integrar as necessidades particulares das utentes lésbicas nas práticas de educação e de aconselhamento em saúde^{55,64,66,69}.

Como a relação entre profissionais e utentes ocorre em espaços institucionais, estes serão mais inclusivos se considerada a diversidade de necessidades e especificidades de quem os procura,

nomeadamente, em função da orientação sexual. Para tal, as políticas e práticas profissionais e institucionais têm de ser, ao mesmo tempo, universais e particulares e promover a equidade no acesso aos cuidados de saúde, evitando o reforço dos potenciais constrangimentos pessoais, interpessoais e socioculturais.

A promoção do debate reflexivo e crítico acerca das políticas e investimentos da organização, dos espaços físicos de espera e de atendimento, das mensagens e materiais difundidos, da comunicação informal entre profissionais e entre profissionais e utentes e do cumprimento dos princípios da confidencialidade e do humanismo constitui um investimento básico da criação de instituições apelativas e securizantes para as pessoas não heterossexuais^{66,69}.

Como o heterossexismo se constitui como um sistema ideológico que subalterniza a homossexualidade, a prática e o pensamento orientados para a justiça social passa por analisá-lo criticamente, apontando os elementos de opressão institucionais e globais que o reproduzem e alimentam^{72,73}. Esses princípios de ação, contudo, requerem também estratégias individuais e grupais de resistência que contrariem o heterossexismo⁷³, por parte das pessoas lésbicas, que lhes permitirão agir positivamente sobre os contextos da saúde e assumir o protagonismo na gestão e promoção da sua saúde.

Colaboradores

AM Marques, JM Oliveira e C Nogueira participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

1. Amâncio L. O gênero nos discursos das ciências sociais. *Análise Social* 2003; 38(168):687-714.
2. Oliveira JM. Orientação Sexual e Identidade de gênero na psicologia: notas para uma psicologia lésbica, gay, bissexual, trans e queer. In: Nogueira C, Oliveira J. M, editores. *Estudo Sobre a Discriminação em Função da Orientação Sexual e da Identidade de Gênero*. Lisboa: Comissão para a Cidadania e Igualdade de Gênero; 2010. p. 19-44.
3. Clarke V, Ellis SJ, Peel E, Riggs D. *Lesbian Gay Bisexual Trans and Queer Psychology*: an introduction. Cambridge: Cambridge University Press; 2010.
4. Carneiro N. *"Homossexualidades" - uma psicologia entre ser, pertencer e participar*. Porto: LivPsic; 2009.
5. Garton S. *Histories of Sexuality*. London, New York: Routledge; 2004.
6. Katz J. *The Invention of Heterosexuality*. New York: Dutton; 1995.
7. Moita G. *Discursos sobre a homossexualidade no contexto clínico*: a homossexualidade de dois lados do espelho [tese]. Porto: Universidade do Porto; 2001.
8. Nogueira C. *Um Novo Olhar Sobre as Relações Sociais de Gênero*: perspectiva feminista crítica na psicologia social. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 2001.
9. Haraway D. *Simians, cyborgs, and women*: the reinvention of nature. New York: Routledge; 1991.
10. Oliveira JM, Neves S, Nogueira C, Koning M. Present but un-named: feminist liberation psychology in Portugal. *Fem Psychol* 2009; 19(3):494-506.
11. Foucault M. *História da Sexualidade*. A vontade de saber. Vol. 1. Lisboa: Relógio d'Água; 1994.
12. Butler J. *Undoing Gender*. New York: Routledge; 2004.
13. Cascais AF. Um nome que seja seu: dos estudos gays e lésbicos à teoria queer. In: Cascais AF, editor. *Indisciplinar a Teoria*: Estudos Gays, Lésbicos e Queer. Lisboa: Fenda; 2004. p. 21-65.
14. Halberstam J. *Female Masculinities*. Durham: Duke University Press; 1998.
15. Cohler D. *Citizen, Invert, Queer*: lesbianism and war in early twentieth century Britain. Minneapolis: Minnesota University Press; 2010.
16. Laqueur T. *Making Sex*. Body and Gender from the Greeks to Freud. Cambridge: Harvard University Press; 1990.
17. Creed B. Lesbian bodies: tribades, tomboys and tarts. In: Grozs E, Probyn E, editoras. *Sexy Bodies* the strange carnalities of feminism. New York: Routledge; 1995. p. 111-124.
18. Martin B. *Femininity Played Straight*: the significance of being lesbian. New York: Routledge; 1996.
19. Duggan L. *Sapphic Slashers*: sex, violence and American modernity. Durham: Duke University Press; 2000.
20. Weeks J. *Sexuality*. London: Routledge; 2003.
21. Wilton T. *Lesbian Studies*: Setting an agenda. London: Routledge; 1995.
22. Kinsey A, Pomeroy W, Martin C, Gebhard P. *Sexual Behavior in the Human Female*. Philadelphia: Saunders; 1953.
23. Hooker E. The adjustment of the male overt homosexual. *J Proj Tech* 1957; 21:18-31.
24. Hopkins J. The lesbian personality. *Br J Psychiatry* 1969; 115(529):1433-1436.
25. Mayes R, Horwitz A. DSM-III and the revolution In: the classification of mental illness. *J Hist Behav Sci* 2005; 41(3):249-297.
26. Boehmer U. Twenty years of public health research: inclusion of lesbian, gay, bisexual, and transgender populations. *Am J Public Health* 2002; 92(7):1125-1130.
27. Cochran SD, Mays VM, Bowen D, Gage S, Bybee D, Roberts SJ, Goldstein RS, Robison A, Rankow EJ, White J. Cancer-related risk indicators and preventive screening behaviors among lesbians and bisexual women. *Am J Public Health* 2001; 91(4):591-597.
28. Inhorn MC, Whittle KL. Feminism meets the 'new' epidemiologies: toward an appraisal of antifeminism biases In: epidemiological research on women's health. *Soc Sci Med* 2001; 53(5):553-567.
29. Epstein S. Sexualizing governance and medicalizing identities: the emergence of 'state-centered' LGBT health politics in the United States. *Sexualities* 2003; 6(2):131-171.
30. Lee R. Health care problems of lesbian, gay, bisexual, and transgender patients. *West J Med* 2002; 172(6):403-408.
31. McNair RP. Lesbian health inequalities: a cultural minority issue for health professionals. *Med J Aust* 2003; 178(12):643-645.
32. Mercer CH, Bailey JV, Johnson AM, Erens B, Wellings K, Fenton KA, Copas AJ. Women who report having sex with women British national probability data on prevalence, sexual behaviors, and health outcomes. *Am J Public Health* 2007; 97(6):1126-1133.
33. Diamant AL, Schuster, MA, Lever J. Receipt of preventive health care services by lesbians. *Am J Prev Med* 2000; 19(3):141-148.
34. Malterud K, Bjorkman M, Flatval M, Ohnstad A, Thesen J, Røtveit G. Epidemiological research on marginalized groups implies major validity challenges; lesbian health as an example. *J Clin Epidemiol* 2009; 62(7):703-710.
35. Bakker FC, Sandfort TGM, Vanwesenbeeck I, van Lindert H, Westert GP. Do homosexual persons use health care services more frequently than heterosexual persons: findings from a Dutch population survey. *Soc Sci Med* 2006; 63(8):2022-2030.
36. Dean L, Meyer IH, Robinson E, Sell RL, Sember R, Silenzio VB, Bowen DJ, Bradford J, Rothblum E, White J, Dunn P, Lawrence A, Wolfe D, Xavier J. Lesbian, gay, bisexual and transgender health: findings and concerns. *J Gay Lesbian Med Assoc* 2000; 4(3):101-151.
37. Bailey JV, Farquhar C, Whitaker D. Sexual behaviour of lesbians and bisexual women. *Sex Transm Infect* 2003; 79(2):147-150.
38. Hegna K, Larsen CJ. Straightening out the queer? Same-sex experience and attraction among young people in Norway. *Cult Health Sex* 2007; 9(1):15-30.
39. Goldstein N. Lesbians and the medical profession: HIV/AIDS and the pursuit of visibility. In: Goldstein N, Marlowe J, editores. *The Gender Politics of HIV/AIDS*. New York: New York University Press; 1997. p. 86-112.

40. Diamond L. **Sexual fluidity**. Understanding women's love and desire. Cambridge: Harvard University Press; 2009.
41. Aaron DJ, Chang YF, LaPorte RE. Estimating the lesbian population: a capture-recapture approach. *J Epidemiol Community Health* 2003; 57(3):207-209.
42. Koh AS. Use of preventive health behaviors by lesbian, bisexual, and heterosexual women: questionnaire survey. *West J Med* 2000; 172(6):379-384.
43. Potvin L, Gendron S, Bilodeau A, Chabot P. Integrating social theory into public health practice. *Am J of Public Health* 2005; 95(4):591-595.
44. Wilkinson R, Marmot M. **Social Determinants of Health**: the solid facts. 2nd Edition. Copenhagen: WHO; 2003.
45. King M, Semlyen J, Tai SS, Killaspy H, Osborn D, Popelyuk D, Nazareth I. A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry* 2008; 8:70.
46. Cochran SD, Sullivan JG, Mays VM. Prevalence of mental disorders, psychological distress, and mental health services use among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *J Consult Clin Psych* 2003; 71(1):53-61.
47. Sandfort TGM, de Graaf R, Bijl R, Schnabel P. Same-sex behaviour and psychiatric disorders: findings from the Netherlands mental health survey and incidence study (NEMESIS). *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58(1):85-91.
48. Fredriksen-Goldsen KI, Kim HJ, Barkan SE, Balsam KF, Mincer SL. Disparities in health-related quality of life: a comparison of lesbians and bisexual women. *Am J Public Health* 2010; 100(11):2255-2261.
49. Hellman RE, Sudderth L, Avery AM. Major mental illness in a sexual minority psychiatric sample. *J Gay Lesbian Med Assoc* 2002; 6(3/4):97-106.
50. Skidmore WC, Linsenmeier JAW, Bailey JM. Gender nonconformity and psychological distress In: lesbians and gay men. *Arch Sex Behav* 2006; 35(6):685-697.
51. Balsam KF, Rothblum ED, Beauchaine TP. Victimization over the life span: a comparison of lesbian, gay, bisexual, and heterosexual siblings. *J Consult Clin Psych* 2005; 73(3):477-487.
52. Herrick AL, Matthews AK, Garofalo R. Health risk behaviors in an urban sample of young women who have sex with women. *Journal of Lesbian Studies* 2010; 14(1):80-92.
53. Hughes TL, Johnson T, Wilsnack SC. Sexual assault and alcohol abuse: a comparison of lesbian and heterosexual women. *J Subst Abuse* 2001; 13(4):515-532.
54. Ponterotto J. Qualitative research in counseling psychology: a primer on research paradigms and philosophy of science. *J Couns Psychol* 2005; 52(2):126-136.
55. Wilkinson S, Fish J. Understanding lesbian's health care behaviour: the case of breast self-examination. *Soc Sci Med* 2003; 56(2):235-245.
56. Kavanaugh-Lynch MHE, White N, Daling JR. Correlates of Lesbian Sexual Orientation and the Risk of Breast Cancer. *J Gay Lesbian Med Assoc* 2002; 6(3/4):91-95.
57. Aaron DJ, Markovic N, Danielson ME, Honnold JA, Janosky JE, Schmidt NJ. Behavioral risk factors for disease and preventive health practices among lesbians. *Am J Public Health* 2001; 91(6):43-46.
58. Rankow EJ, Tessaro I. Cervical cancer risk and Papanicolaou screening in a sample of lesbian and bisexual women. *J Fam Pract* 1999; 47(2):139-143.
59. Weisz VK. Social justice considerations for lesbian and bisexual women's health care. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2009; 38(1):81-87.
60. Arend ED. The politics of invisibility: HIV-Positive women who have sex with women and their struggle for support. *J Assoc Nurses AIDS Care* 2003; 14(6):37-47.
61. Spidsberg BD. Vulnerable and strong – lesbian women encountering maternity care. *J Adv Nurs* 2007; 60(5):478-486.
62. van Dam MAA, Koh AS, Dibble SL. Lesbian disclosure to health care providers and delay of care. *J Gay Lesbian Med Assoc* 2001; 5(1):11-19.
63. King M, Warner J, Ramsay A, Johnson K, Cort C, Wright L, Blizzard R, Davidson O. Mental health and quality of life of gay men and lesbians in England and Wales. Controlled, cross-sectional study. *Br J Psychiatry* 2003; 183:552-558.
64. Røndahl G, Bruhner E, Lindhe J. Heteronormative communication with lesbian families in antenatal care, childbirth and postnatal care. *J Adv Nurs* 2009; 65(11):2337-2344.
65. Røndahl G, Innala S, Carlsson M. Verbal and non-verbal heterosexual assumptions in nursing. *J Adv Nurs* 2006; 56(4):373-381.
66. Bonvicini KA, Perlin MJ. The same but different: clinician-patient communication with gay and lesbian patients. *Patient Educ Cons* 2003; 51(2):115-122.
67. White JC, Dull VT. Health risk factors and health seeking behavior. *J Womens Health* 1998; 6(1):103-112.
68. Ryan CC, Bradford JB, Honnold JA. Social workers' and counselors' understanding of lesbian. *J Gay Lesbian Soc Serv* 1999; 41(9):1-26.
69. Perrin EC. Opportunities for Child Health Professionals. In: Perrin EC, editor. **Sexual Orientation**. Child and Adolescent Health Care. New York: Kluwer Academic Publishers; 2002. p. 135-160.
70. Needham BL, Austin EL. Sexual orientation, parental support, and health during the transition to young adulthood. *J Youth Adolesc* 2010; 39(10):1189-1198.
71. Marques AM. Gênero e Saúde: uma relação ainda oculta. In: Strey MN, Nogueira C, Azambuja MR, editoras. **Gênero & Saúde**: diálogos ibero-brasileiros. Porto Alegre: Edipucrs; 2010. p. 35-58.
72. Matthews CR, Adams EM. Using a social justice approach to prevent mental health consequences of heterosexism. *J Prim Prev* 2009; 30(1):11-26.
73. Russell GM. Surviving and thriving in the midst of antigay politics. *Angles* 2004;7(2):1-7.

Artigo apresentado em 01/03/2012

Aprovado em 23/04/2012

Versão final apresentada em 11/05/2012

