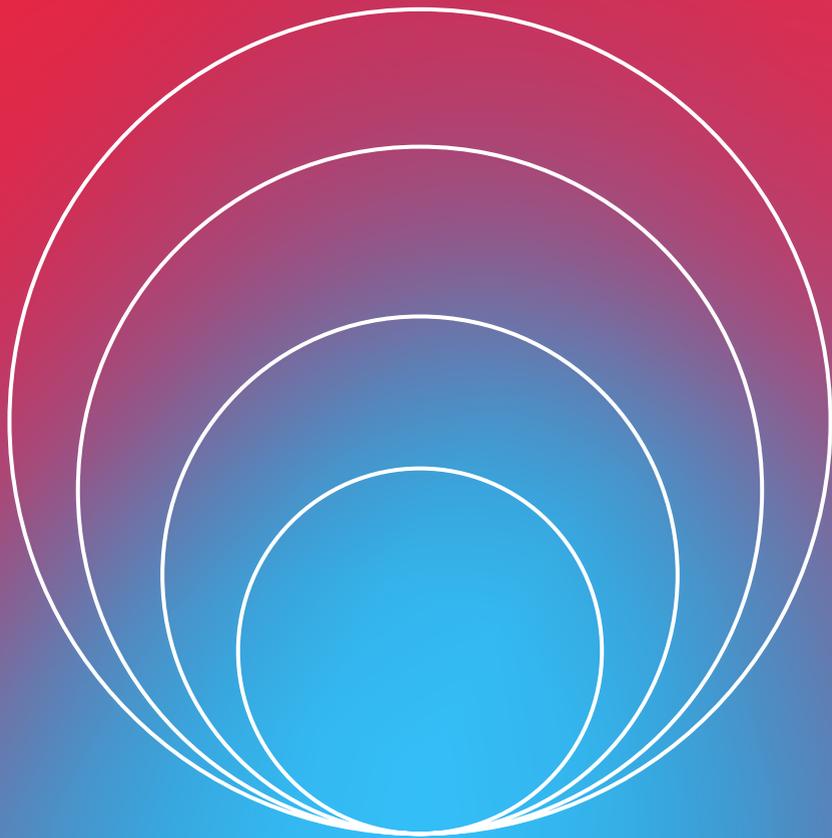


lés+saúde



ACESSO À SAÚDE

NOTA EDITORIAL

O acesso à saúde é um direito básico que está consagrado na Carta dos Direitos Humanos. A Constituição da República Portuguesa defende que todas as pessoas têm o direito à proteção na saúde e o dever de a defender e promover. Abordamos, nesta brochura, o que é a saúde de forma mais abrangente, uma perspetiva histórica sobre a saúde LGBTQIAP+, o acesso à saúde, a realidade lésbica, questões burocráticas, o que fazer em situações de discriminação e serviços LGBTQIAP+.

Esperamos que esta brochura seja uma mais-valia para partilhar conhecimentos, promover a literacia em saúde, mostrar a realidade vivenciada em primeira pessoa e criar um espaço em que os próprios serviços de saúde sejam mais inclusivos, diversificados e, sobretudo, humanos.

AGRADECIMENTOS

Queremos agradecer a todas as pessoas que fizeram com que este projeto fosse possível, assim como o apoio financeiro providenciado pela Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género (CIG).

Um agradecimento especial a todas as pessoas que responderam ao nosso questionário, sem elas não era possível mostrar a realidade sentida na busca de serviços de saúde.

FINANCIAMENTO

CIG – Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género

CONTEÚDOS

Sara Cristina Zeferino Cintra

DESIGN E PAGINAÇÃO

Sofia Silva

REVISÃO

Alexandra Santos
Jessica Martinez



INDEX –

- 06 A SAÚDE
- 08 PERSPETIVA HISTÓRICA RESUMIDA DA SAÚDE LGBTQIAP+
- 12 O ACESSO À SAÚDE
- 16 REALIDADE ATUAL LÉSBICA
- 18 STRESS MINORITÁRIO
- 20 DISCRIMINAÇÃO
- 21 DIFICULDADES SENTIDAS NO ACESSO À SAÚDE
- 22 O QUE FAZER EM SITUAÇÕES DE DISCRIMINAÇÃO?
- 23 MUDANÇAS NECESSÁRIAS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE
- 24 SERVIÇOS LGBTQIAP+

A SAÚDE

A Saúde é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como sendo um estado não só de ausência de doença, mas uma situação de perfeito bem-estar físico, mental e social. O conceito de saúde, visto como um conceito subjetivo, pode ter várias definições dependendo da pessoa, dos contextos económicos, sociais, culturais e políticos.

De acordo com os dados recolhidos no relatório da OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico) – Portugal: Perfil de Saúde do país, de 2021, a esperança média de vida da população portuguesa diminuiu temporariamente 0,8 anos entre 2019 e 2020, devido às mortes provocadas pela COVID-19. Antes da pandemia os valores registados da esperança média de vida, em Portugal, eram ligeiramente mais altos do que a UE (União Europeia), sendo que as principais causas de morte eram o cancro, AVC e doenças cardiovasculares.

É possível também observar que, no presente relatório, em Portugal, mais de quatro em cada 10 pessoas sofrem de uma doença crónica, sendo que muitas dessas doenças podem desenvolver complicações graves associadas à COVID-19.

Por outro lado, em 2020, esperava-se pelo menos o aparecimento de 58000 novos casos de cancro em Portugal, sendo que para pessoas com aparelho reprodutor e genitália masculina os cancros mais frequentes são o cancro na próstata, colorretal e do pulmão, enquanto para pessoas com o aparelho reprodutor e genitália feminina registam-se uma maior incidência de cancro na mama, colorretal e cancro do pulmão.

A Constituição da República Portuguesa, no artigo 64, defende que todas as pessoas têm o direito à proteção na saúde e o dever de a defender e promover. É o Estado incumbido de garantir o acesso a todas as pessoas, independentemente da sua condição económica, os cuidados de medicina preventiva, curativa e de reabilitação. A lei em Portugal informa-nos que, independentemente da raça, etnia, orientação sexual, entre outros, não pode ser negado qualquer tipo de serviço de saúde a qualquer que seja a pessoa que necessite.

No entanto, passando da lei à prática, são

alguns os estudos que demonstram várias incongruências relativamente aos cuidados prestados a pessoas LGBTQI+. A lei existe, mas ainda há uma ponte danificada por preconceito que não permite a profissionais nem utentes uma relação de confiança sem discriminação.

No projeto “Saúde em Igualdade”, criado pela ILGA Portugal, de 2014, com uma amostra de 600 participantes, 70% afirmam que profissionais de saúde pressupõem que a pessoa, que se encontra à sua frente, é hétero e/ou que tenha comportamentos exclusivos com pessoas do género oposto. Apenas 17% de profissionais de saúde questionou relativamente a questões sobre sexualidade e organização relacional de modo a incluir a possibilidade da pessoa utente ser LGB (não incluindo outras possibilidades). 66% das pessoas inquiridas afirmaram que o tratamento de forma menos adequada interferia diretamente com a sua disposição para mencionar a sua orientação sexual.

Cerca de 30% nunca tinham revelado a sua orientação sexual a profissionais de saúde e 37% já tinham omitido a sua orientação sexual ou identidade de género em situações que seria importante profissionais terem essa informação.

Segundo este estudo, 25% das pessoas LGB com filhos/as escondiam a sua estrutura familiar. 17% já tinham sido alvo de discriminação em serviços de saúde e em 11% dos atendimentos de saúde mental foi sugerido à pessoa que a homossexualidade tinha cura. Derivado à invisibilidade e discriminação sentidas ou esperadas as pessoas LGB inquiridas afirmam que evitam ou hesitam recorrer a profissionais de saúde. Cerca de 40% procuram informação prévia sobre profissionais ou serviços de saúde de forma a minimizar o risco de discriminação.

Aproximadamente 30% pensam duas vezes antes de se dirigir aos serviços de saúde.

Quando falamos de acesso à saúde incluímos também uma perspetiva feminista que inclui questões de cuidado e uma visão mais alargada não apenas relacionada com o corpo físico mas também mental, emocional, espiritual e comunitário. Com questões de pertença e a possibilidade de alcançar uma vida plena também em mente.

PERSPETIVA HISTÓRICA RESUMIDA DA SAÚDE LGBTQIAP+ —



Não é possível falar de direitos de lésbicas e de acesso à saúde sem se falar também em igualdade e diversidade de género, sem se perceber como cultural e socialmente a construção de papéis de género prejudica de forma desigual mulheres, pessoas lidas como mulheres e todas as pessoas que não correspondem às normas de género e papéis de género designados por sociedades heterossexistas, cisgéneras e binárias. Perceber a história que alicerça a nossa saúde é também capacitar-nos de conhecimento que nos ajuda a perceber o que precisa de ser feito ainda para que todas as pessoas tenham mais e melhor acesso à saúde.

Segundo Navarro-Swain (2000) a homossexualidade no feminino, na nossa história, foi bastante afetada pela política do esquecimento, devido a um modelo patriarcal, machista e heteronormativo. Basta olharmos para vários momentos da história como na

Grécia antiga, onde as mulheres não tinham o estatuto de cidadãs e, portanto, pertenciam a um estatuto inferior, assim como na Idade Média, onde a Inquisição intitulava mulheres lésbicas como “Sodomitas” ou de “Bruxas”, onde sofriam penas e castigos pesados onde a sua vida estava, continuamente, em risco. Mais recentemente em Portugal até ao ano de 1931 as mulheres não podiam votar e apenas depois do 25 de Abril de 1974 as mulheres foram conquistando mais liberdades e garantias de direitos.

O termo homossexualidade é um termo recente datado de 1869, cunhado pelo jornalista húngaro, Karl-Maria Kertbeny, como forma de lutar contra uma lei alemã, da segunda guerra mundial, intitulada de Parágrafo 175, que punia severamente todas as pessoas homossexuais da altura. Este termo foi mais tarde apropriado pelo psiquiatra Richard von Krafft-Ebing, em 1886,

na sua obra *Psychopatia Sexualis*, onde foi difundida a ideia da homossexualidade como um comportamento de inversão e/ou perversão sexual. A primeira edição do livro incluía termos como homossexualidade masculina, transexualismo e lesbianismo, onde para além da comunidade médica veria homossexualidade como patológica também e a não reprodução era vista como doença. Como forma de tratamento para o combate ao homossexualismo incluía-se intervenções desumanas como: terapias de choque, castração química e terapias aversivas, difundido cada vez mais a ideia de que a heterossexualidade era a norma e, por sua vez, a única orientação sexual como o caminho possível.

Os primeiros movimentos sociais pelos direitos de pessoas homossexuais e trans remontam a 1897. Magnus Hirschfeld e Karl-Heirich Ulrichs fundaram a **Scientific Humanitarian Committee** com o objetivo de trazer informação ao público e produzir estudos científicos sobre temas relacionados com a sexualidade, onde o mote do comité seria “justiça através da ciência”. Foram, de facto, pioneiros no movimento dos direitos

“Quando falamos de sexualidade, devemos incluir a capacidade de confiar, de dar consentimento, de aproximar e afastar (comportamentos, pessoas, entre outros)”

de pessoas homossexuais e trans.

Anos mais tarde, em 1919, Hirschfeld funda o Instituto de Estudos da Sexualidade, que incluía uma biblioteca, um centro de investigação e um museu do sexo. Em 1921, Hirschfeld desenvolve o 1º Congresso para a Reforma Sexual. Em 1933, quando o partido nazi chega finalmente ao poder, na Alemanha, proibem-se os estudos da sua instituição

e queimam a biblioteca. Hirschfeld desenvolve a **teoria do terceiro sexo**, onde defendia que o homem homossexual estaria entre as categorias de homem heterossexual e mulher heterossexual. Desenvolve, também, o Tratado das Transições Sociais, onde argumenta que a sexualidade do ser humano é composta por quatro características: desejo sexual, órgãos sexuais, caracteres sexuais e características psicológicas. Por outro lado, também defendeu,

“A sexualidade individual constrói-se através de processos de aprendizagem, e é influenciada por fatores psicológicos,..”

nas suas obras, que não existe apenas homem e mulher. Foi também pioneiro nas cirurgias de afirmação sexual, de pessoas trans.

Ulrichs, por sua vez, tenta criar categorias de orientações sexuais e de género, com base na mitologia grega. Foi provavelmente o primeiro homem homossexual a fazer um Coming Out público depois de ter discursado em defesa dos homossexuais, no Congresso de Juristas Alemães, pela abolição das leis contra homossexuais.

Henry Havelock Ellis também é considerado uma figura icónica no desenvolvimento das teorias da sexualidade humana. Ellis publicou **Sexual Inversion (1896)**, o primeiro livro em língua inglesa que argumenta que a homossexualidade não é um crime ou uma doença. Também em **Studies in the Psychology of Sex (1897)** trabalho composto por seis volumes defendia a homossexualidade como uma anomalia biológica, visão diferente da dominante onde defendiam que a homossexualidade era uma escolha, crime ou pecado. É curioso observar, na sua biografia, que se casa com **Edith Lees**, mulher lésbica, ativista pelo direito das mulheres com quem manteve um relacionamento aberto durante todo o casamento.

O trabalho de Alfred Kinsey, considerado o pai da sexologia moderna, teve um enorme impacto social nos anos 60 do século XX nos Estados Unidos da América, aquando da revolução sexual. Os métodos revolucionários de Kinsey criaram bastante controvérsia, colocando à prova as ideias mais conservadoras. Funda o Institute for Research in Sex, Gender and Reproduction (1947) e publica dois livros intitulados: *Sexual behavior in the human male* (1948) e **Sexual behavior in the human female (1953)**. Kinsey mostra, no seu estudo, que os comportamentos sexuais homossexuais são mais frequentes do que se imaginava. Numa amostra de mais de 10000 pessoas revela que pelo menos 50% dos homens e 28% das mulheres já tiveram algumas experiências sexuais com pessoas do mesmo género. Revela ainda que 38% dos homens e 13% das mulheres chegaram ao orgasmo aquando dessas experiências sexuais. Este autor mostra portanto à comunidade científica que a homossexualidade é vista como normal no comportamento sexual humano.

Em 1952, a Associação Americana de Psiquiatria decide colocar o termo homossexualismo no DSM (Diagnostic and statistical manual of mental disorders).

"Evelyn Hooker (...)foi uma das principais responsáveis para que fosse possível a despatologização e descriminalização da homossexualidade (...)"

O resultado deste diagnóstico levou profissionais da psicologia e psiquiatria a acreditar que através de terapia de conversão poderiam tornar pessoas homossexuais em heterossexuais e por isso a desenvolverem inúmeros tipos de tratamentos chamados de terapias de conversão, como por exemplo: lobotomias, terapias de choque, uso de hormonas,

castração química, clitoridectomia ou recondicionamento orgástico.

Evelyn Hooker, através da sua investigação nos anos 50 do século XX nos Estados Unidos da América, foi uma das principais responsáveis para que fosse possível a despatologização e descriminalização da homossexualidade. Colocando à prova a crença de que pessoas homossexuais não tinham uma perturbação mental nem eram

(...) Como conclusão, não conseguiram distinguir os resultados de pessoas homossexuais ou heterossexuais. (...)

criminosos, Hooker aplicou três testes diferentes de personalidade tanto a pessoas homossexuais como a heterossexuais. Após a sua aplicação, pediu a especialistas para analisarem os dados. Como conclusão, não conseguiram distinguir os resultados de pessoas homossexuais ou heterossexuais. Estes dados, inovadores e revolucionários, foram utilizados nas campanhas para a remoção da homossexualidade dos manuais psiquiátricos.

Nos anos seguintes deram-se vários protestos, sobretudo a Revolta de Stonewall em 1968. Cinco anos mais tarde, a Sociedade Americana de Psiquiatria retira a homossexualidade dos seus manuais, aplicando um outro nome para a mesma categoria. Note-se que o termo apenas saiu oficialmente deste manual de diagnóstico em 1990.

Os anos 90 do século XX foram pautados por diversas mudanças significativas do ponto de vista da sexualidade. O decréscimo significativo da taxa de natalidade e, consequentemente, o fim da Guerra Fria, permitiram criar um contexto propenso para a discussão e debate sobre estas temáticas.

A **Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento no Cairo em 1993** permitiu

criar um espaço para o conceito de saúde reprodutiva, a visão de que a sexualidade faz parte da estrutura humana e o início do diálogo sobre os direitos sexuais, ainda que, segundo Petchesky (1999), o termo direitos reprodutivos tivessem apenas escritos nos textos finais. Apesar de ter sido nesta conferência que começaram a surgir os termos sexo e sexualidade como conceitos diferentes, ainda se defendia a ideia que estavam fortemente ligados a questões reprodutivas e à heterossexualidade.

A Conferência da Mulher em Beijim em 1995 forneceu grandes contributos para que a diferenciação entre sexo e sexualidade fosse mais profunda e se começasse a discutir questões que vão para além da reprodução, como a orientação sexual, prazer, desejo e liberdade sexual. Nesta conferência o termo direito reprodutivo torna-se mais amplo e passa a chamar-se de direitos sexuais, onde a mulher recebe o reconhecimento de ser sexual para além da reprodução. Citamos integralmente: "Os direitos humanos das mulheres incluem os seus direitos a ter controle sobre as questões relativas à sua sexualidade, inclusive sua saúde sexual e reprodutiva, e a decidir livremente a respeito dessas questões, livres de coerção,

"Os anos 90 do século XX foram pautados por diversas mudanças significativas do ponto de vista da sexualidade."

discriminação e violência. A igualdade entre mulheres e homens no tocante às relações sexuais e à reprodução, inclusive o pleno respeito à integridade da pessoa humana, exige o respeito mútuo, o consentimento e a responsabilidade comum pelo comportamento sexual e suas consequências." Para consultar o texto na íntegra da Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher podes aceder ao

seguinte link: [inst_int.pdf \(onmulheres.org.br\)](http://inst_int.pdf(onmulheres.org.br))

No DSM III nos anos 80 surge uma nova categoria para pessoas trans com o termo transsexualismo. Este, com a evolução e conhecimento, torna-se desadequado pela sua natureza patologizante de pessoas trans e alguns anos mais tarde deixa de existir enquanto doença e passa a categorizar-se como disforia de género. Sendo que o termo continua a persistir no DSM V, a versão mais

"Em 2018, a OMS (...) anuncia a retirada o CID-11 (...) das perturbações de identidade de género do manual. "

atualizada. Em 2018, a OMS (Organização Mundial da Saúde) anuncia a retirada no CID-11 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde) das perturbações de identidade de género do manual. Tal apenas entrou em vigor oficialmente em 2022.

É relevante perceber que a questão da diversidade de género é ainda pouco estudada. No que concerne à saúde, o acesso à mesma enquanto prática positiva para profissionais de saúde em todas as áreas (para além da saúde mental e sexual) é praticamente inexistente.

Em que consiste essa prática positiva? Em perceber que lésbicas, pessoas LGBTQIAP+, pessoas não binárias e todas as que não se sentem incluídas nestas nomenclaturas e siglas vão ao médico por motivos alheios à sua sexualidade ou identidade e que todo o pessoal que trabalha em saúde-desde os balcões de atendimento, a profissionais de medicina geral e familiar, pessoal a trabalhar nas urgências dos hospitais como pessoal de enfermagem necessitam de preparação e formação específica para lidar de forma afirmativa tendo em conta a singularidade destas pessoas.

O ACESSO À SAÚDE —



De acordo com a **Constituição da República Portuguesa**, qualquer pessoa tem o direito de receber cuidados de saúde que sejam necessários. Os internamentos hospitalares, promoção, prevenção da doença e vigilância de saúde, exames, medicação, cuidados médicos tanto de clínica geral como de especialidades, próteses e outros aparelhos complementares terapêuticos, são alguns dos serviços que estão enquadrados nos serviços de saúde. É o Sistema Nacional de Saúde (SNS) que está responsável pelo serviço público de saúde, em Portugal.



Segundo Sanchez e Ciconelli (2012), existem alguns conceitos chave no acesso à saúde:

DISPONIBILIDADE

A Disponibilidade diz respeito à existência ou não do serviço de saúde no local apropriado e quando é necessário. Refere-se às instalações físicas, área geográfica, presença ou não do serviço que a pessoa necessita, recursos humanos disponíveis, condições de transporte e horários de funcionamento dos serviços. Em Portugal o cenário é idêntico a diversos países, sobretudo em áreas rurais onde os serviços de saúde tornam-se escassos, sobretudo se falarmos em serviços especializados em questões LGBTQIAP+. Deste modo, é importante referir que existe uma relação entre o tipo de serviço, a abrangência, a quantidade e qualidade dos serviços prestados. É influenciada pelo número de profissionais, pela experiência dos mesmos, competência, regulamentos da instituição e existência ou não de equipamentos necessários para intervenção.

Quando falamos de serviços relacionados com a população lésbica, nem todos os centros de saúde e hospitais públicos realizam determinadas consultas ou procedimentos cirúrgicos. Exemplos claros são a escassez de locais onde se realizam consultas de sexologia clínica, procedimentos de PMA (Procriação

Medicamento Assistida), cirurgias de afirmação de género, consultas de ginecologia, urologia e endocrinologia especializadas, consultas com profissionais de psicologia e/ou psiquiatras especialistas em questões LGBTQIAP+, de modo a contribuir para a melhoria da sua saúde mental. Estes serviços apenas se encontram disponíveis nas grandes áreas metropolitanas de Lisboa, Porto e Coimbra.

CAPACIDADE DE PAGAMENTO

A capacidade de pagamento diz respeito à capacidade financeira da pessoa e o custo do serviço prestado. O serviço público de saúde português é financiado pelo Sistema Nacional de Saúde. Apesar dos serviços serem maioritariamente gratuitos, não podemos esquecer que existem outras variáveis associadas como o valor e tipo de transporte utilizado (transportes públicos, carro próprio, táxi, uber, etc), custos de alimentação, medicação, planos de saúde, seguros, avaliações diagnósticas e perda de produtividade aquando o tratamento.

Atualmente, os serviços públicos de saúde, no que toca à população trans, em termos médicos e cirúrgicos, situam-se nas grandes áreas metropolitanas, dificultando o acesso a pessoas que estejam fora dos centros, por conta dos gastos de deslocação e não só. Outro factor a mencionar é o das listas de espera, que em muitos casos levam a população a recorrer a serviços privados.



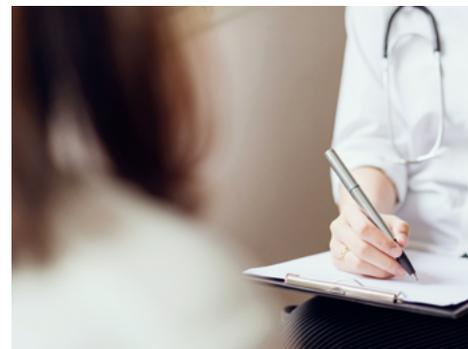


Existe uma relação entre as atitudes de profissionais de saúde e as pessoas que necessitam de cuidados influenciada por género, idade, orientação sexual, identidade de género, condições socioeconómicas, questões culturais e étnicas. Indicadores como o conhecimento, as fontes de informação, crenças, atitudes, confiança nos sistemas de saúde, relação entre profissional e pessoa, ansiedade relacionada com questões de saúde, podem ter um impacto positivo ou negativo no bem-estar e no acesso aos cuidados necessários. Neste sentido, são importantes a formação e atualização de conhecimentos por parte de profissionais de saúde, para que existam boas práticas nos cuidados prestados.

No que toca à população lésbica existe atualmente **uma falta de formação e sensibilização para questões lésbicas ou para outras questões relacionadas com as sexualidades e identidades humanas.**

P: Na minha primeira experiência a um serviço de ginecologia. Foi completamente negada a minha orientação sexual e o médico que me atendeu disse-me que era só uma fase. Como ainda não tinha perdido a minha virgindade, o médico queria colocar o espectro sem o meu consentimento. Demorei alguns anos até voltar a procurar um serviço de ginecologia.

P: Uma médica ginecologista que estranhou meu desconforto na genitália, devido meu relacionamento ser com outra mulher, como se o desconforto não devesse existir devido a ausência de pênis.



INFORMAÇÃO

Qualquer pessoa que precise de utilizar os serviços de saúde tem o direito de estar bem informada sobre os serviços e tratamentos adequados que necessite.

É importante existir partilha de informação através da **comunicação bilateral** de profissionais de saúde para com a pessoa, para que a mesma possa tomar as suas próprias escolhas tendo em conta as suas necessidades. De facto, sabemos que algumas vezes isto não acontece pois existe uma partilha assimétrica de informação que é passada à pessoa que necessita de cuidados de saúde. Estar consciente de toda a informação sobre os serviços e tratamentos é fundamental para a utilização dos serviços de forma adequada e afirmativa.

No entanto, infelizmente não existem serviços de saúde e informação eficiente e suficiente relativamente à saúde sexual de pessoas lésbicas, desde métodos de proteção a panfletos informativos ou outro tipo de dados que possam ser de interesse.

P: Seria importante que os profissionais de saúde tivessem formação sobre orientação e identidade de género e não considerassem que todas as pessoas que atendem são indivíduos cis e hétero.

ACEITABILIDADE

A aceitabilidade diz respeito à ligação entre os serviços prestados e como os mesmos são percebidos pela pessoa e/ou população.



BUROCRACIA DE ACESSO À SAÚDE

Os serviços no SNS são maioritariamente gratuitos tendo em conta as condições sociais e económicas da pessoa.

Dependendo dos casos, a pessoa pode estar sujeita a pagar taxas moderadoras (valor a pagar pela prestação do serviço). Existem algumas exceções em que a pessoa está isenta de pagar taxas, como: pessoas grávidas, no puerpério, crianças até 12 anos de idade, consultas de planeamento familiar, pessoas desempregadas e seus dependentes, com doenças crónicas com declaração médica e pessoas beneficiárias de subsídios por questões de carência económica.

Qualquer pessoa estrangeira que se encontre em território nacional, mesmo com falta de meios económicos ou falta de documentação tem o direito a ser assistida em qualquer hospital ou centro de saúde.

Estes serviços não podem ser negados.

No entanto, caso não estejam inscritas no Serviço Nacional de Saúde e não façam descontos para a Segurança Social, poderão estar sujeitas ao pagamento dos cuidados prestados. Para que tal não aconteça é necessário que residam legalmente em Portugal e que façam o pedido no Centro de Saúde ou Loja de Cidadão do Cartão de Utente, na sua área de residência, apresentando o comprovativo de autorização de permanência ou residência ou visto de trabalho. Quando se deslocam aos serviços

de saúde é fundamental levar o cartão de utente. Este pagamento, muitas vezes, impossibilita o acesso à saúde, dado que se falar especificamente em cirurgias, estes valores tornam-se incomportáveis. Assim, por vezes são as associações da sociedade civil e as próprias pessoas que asseguram o apoio a estas pessoas. Importa ressaltar que em situações que as pessoas não tenham qualquer um destes documentos (comprovativo de autorização de permanência ou residência, visto de trabalho ou número de utente), muitas vezes não se deslocam aos serviços de saúde por medo de serem presas, vítimas de violência ou mesmo removidas à força não só do serviço de saúde como também do país por isso estas pessoas estão em maior perigo de doença e em maior risco de não aceder a serviços de saúde.

Caso Portugal tenha acordos com países de origem, é preciso que pedir um atestado de direito no Estado de origem e apresentar na Segurança Social, após a sua validação, é necessário entregar o mesmo no centro de saúde da área de residência e depois de todas estas questões legais será atribuído um número de utente do SNS que te dará acesso aos serviços de saúde. Existem acordos entre Portugal e Brasil, Andorra, Cabo Verde, Quebec, Reino Unido, Marrocos e Tunísia.

Para mais informações relativas ao acesso à saúde poderá consultar aqui: [ERS - Acesso de imigrantes à prestação de cuidados de saúde no Serviço Nacional de Saúde](#) e aqui [SNS - Portal do SNS](#).



REALIDADE ATUAL LÉSBICA —

Apesar da tentativa por parte das associações da sociedade civil espalhadas globalmente (ELC, 2021) tais como iniciativas, formações, brochuras, entre outras formas de promoção de saúde, **a realidade lésbica está muito aquém do que é esperado principalmente no que toca ao papel do Estado e a sua responsabilidade na Saúde.** Mesmo que a lei e a constituição portuguesa estabeleçam que todas as pessoas têm direito ao acesso à saúde de forma digna, na prática, socialmente tal não se concretiza nas políticas públicas de saúde. Basta observarmos que **profissionais de saúde são também parte integrante da sociedade**, onde se perpetua a heteronormatividade, a cisnormatividade e a LGBTQIAP+fobia. Para além disso, a formação dada aos profissionais de saúde tem enraizada a heteronormatividade e a cisnormatividade em vários ramos da saúde



desde a ginecologia, psiquiatria, psicologia, medicina geral e familiar, entre outras. Tudo isto concorre para a invisibilidade lésbica, o que já representa um ato de violência.

A invisibilidade como um ato de violência pode ser vista na omissão da própria orientação sexual, dos profissionais de saúde assumirem que a pessoa que se encontra à sua frente é heterossexual. Que diferença faria assumir-se que a pessoa à sua frente é lésbica e então não quer engravidar, por exemplo. Falta um espaço seguro para se falar sobre orientação sexual, informação disponível sobre saúde sexual lésbica na prevenção de IST'S (Infeções sexualmente transmissíveis), faltam métodos de proteção acessíveis financeiramente. Tudo isto leva, consequentemente, a que lésbicas omitam, mintam ou não procurem ajuda com receio de serem alvo de violência, escárnio ou

mau trato. De ressaltar que lésbicas trans e lésbicas negras têm uma maior propensão de serem alvo de maior violência, devido também a questões institucionais e interseccionais (ELC, 2022).

A realidade portuguesa vai ao encontro com o que também acontece no contexto europeu e mundial. Numa tentativa de procurar dados concretos sobre a saúde de mulheres lésbicas, foi possível constatar a não existência de dados epistemológicos sobre a saúde das mesmas, assim como da escassez de artigos e trabalhos científicos em Portugal.

O estudo levado a cabo por Marques, Nogueira e Oliveira (2015), intitulado *Lesbians on Medical Encounters: Tales of Heteronormativity, Deception and Expectations*, representa ser um estudo pioneiro, em Portugal, sobre lésbicas e as suas expectativas no que toca à saúde. Afirmam que a qualidade dos serviços de saúde é influenciada pelo conhecimento que profissionais têm acerca das orientações sexuais dos seus utentes. Em Portugal, os cuidados de saúde têm sido negligenciados, mesmo que as leis tenham sido alteradas após a aprovação do casamento de pessoas do mesmo género. Os resultados apresentados corroboram com o que é dito pela literatura internacional, desde a expressão da heteronormatividade em contexto clínico a práticas realizadas pelos profissionais consideradas apropriadas, mas sem fundamento científico. Assim, segundo o que foi recolhido pela amostra, existe uma certa tendência ao evitamento ou omissão da própria orientação sexual, dificuldade na confiança e privacidade por medo que estes profissionais espalhem por outros profissionais, a falta de informação sobre práticas sexuais seguras, imposição da heterossexualidade, prescrição de medicação anticoncepcional sem necessidade e a não escuta das suas necessidades e expectativas. Tudo isto leva a que, consequentemente, lésbicas

não estejam informadas nem saibam quais as soluções e possibilidades para ter uma saúde mais positiva e responsável. Por outro lado, as pessoas inquiridas referem o que contribui para um ambiente mais seguro para a divulgação da própria orientação sexual: uma postura de abertura, uma relação de confiança e confidencialidade, perguntar (em vez de assumir) a orientação sexual, boas práticas de comunicação e partilha de informação sobre práticas sexuais de saúde e de saúde em geral.

Um estudo realizado pela ELC (2022) mostra-nos que parte da razão para a inexistência destes estudos e dados é o foco nas doenças transmitidas pelo sexo penetrativo, mostrando mais uma vez que o foco é heterossexista e patriarcal. Por outro lado, o mesmo estudo mostra-nos que o acesso à saúde muitas vezes é esquecido para as pessoas cuidadoras. **No caso de pessoas lésbicas, muitas vezes as principais cuidadoras são as parceiras.** Em casos de doença crónica, prolongada ou deficiência, também elas podem ser alvo de discriminação e/ou impedidas de assistir, dar cuidado ou obter o apoio necessário. Outro dado relevante apontado pelo presente estudo: quando falamos sobre lésbicas na velhice e principalmente em quadros de dependência, falamos na urgência de falar e intervir em questões de abandono por parte da família e 'no regresso' ao armário, uma consequência do desrespeito relativamente à sua orientação sexual.

P: Me disseram que por ser lésbica, não corria o risco de ter IST's porque não havia sexo com penetração.

P: Já evitei e se sofro discriminação, procuro uma ginecologista nova e não conto que sou LGBTQ+.

P: Foi mais olhares estranhos por dizer que era lésbica.

STRESS MINORITÁRIO —

O modelo do Stress das Minorias proposto por Mayers (1995) afirma que a existência de preconceito contra a diversidade sexual gera stress e pode ter fortes repercussões a nível da saúde para pessoas LGB. Este modelo defende a existência de stressores específicos como homossexualidade internalizada, omissão da sexualidade e as experiências de estigma.

A **homossexualidade internalizada** diz respeito ao comportamento de assimilar todo um conjunto de atitudes sociais negativas como parte da sua própria identidade, como por exemplo vergonha, raiva, nojo, comportamento autodepreciativos e autodestrutivos e evitamento.

A **omissão da sexualidade**, como o próprio nome indica, significa a ocultação da sua própria sexualidade em todas ou quase todas as áreas da sua vida, por conta de medo, rejeição ou punição por parte da sociedade.

A **experiência de estigma** está relacionada com o estigma que é imposto ou vivido como, por exemplo, a experiência de si ou de outras pessoas, de situações de perseguição, rejeição, violência, ódio, abusos que são motivados pela orientação sexual.



Deste modo, estas componentes do stress minoritário podem ser predisposições para o aparecimento de diversas situações de risco, psicopatologias ou a adoção de comportamentos autolesivos, provocados pelo preconceito, discriminações, invisibilidades e violências exercidas para com a população não heterossexual e cisgénero. Mayer (1995) recomenda à população LGBT a adoção de uma postura de maior esforço de aceitação por conta de uma questão social que se vê como superior.

Já omitiste acerca da tua orientação sexual em serviços de saúde? Se sim, quais foram os motivos?

P: Sim, para dar sangue.

P: Sim pq achei que já era difícil entenderem a minha identidade de género, geralmente a sexualidade tb gera logo comentários de questionamento ou desaprovação.

P: Sim, por receio de não ter o mesmo tratamento a seguir.

P: Sim. Para a pessoa não me olhar de forma estranha.



MODELO DE STRESS MINORITÁRIO —

**HOMOSSEXUALIDADE
INTERNALIZADA**

**OMISSÃO DA
SEXUALIDADE**

**EXPERIÊNCIA
DE ESTIGMA**

DISCRIMINAÇÃO —

Segundo a **APAV** (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima) a discriminação diz respeito a uma ação ou omissão que dispense de um tratamento diferenciado a um grupo de pessoas ou pessoa, por conta da orientação sexual, identidade de género, nacionalidade, etnia, raça, entre outros.

É importante fazer a **distinção entre crime de discriminação e crime de ódio**. Enquanto o primeiro diz respeito ao incitamento à discriminação, ódio ou violência contra uma pessoa ou grupo de pessoas por uma característica, os crimes de ódio traduzem-se na prática de violência contra uma a pessoa/ grupo de uma determinada característica. Por outro lado, a existência da discriminação constitui uma contraordenação, na qual a pessoa é impedida de exercer os seus direitos básicos, como recorrer a bens e serviços, ensino, emprego, habitação sistema de saúde, entre outros bens necessários. Para mais informações consultar o link: Discriminação (apav.pt)

P: Tenho tido imensa dificuldade em ser tratada pelo meu nome e género no Hospital de São Sebastião em Setúbal, mesmo após ter demonstrado que tudo está mudado em todo o lado, o meu cirurgião em Dezembro passado no mesmo Hospital tb teve uma expressão facial de desagrado ao saber que era mulher trans e tinha uma namorada.

P: Uma médica ginecologista que estranhou meu desconforto na genitália, devido meu relacionamento ser com outra mulher, como se o desconforto não devesse existir devido a ausência de pênis.

P: Na minha primeira experiência a um serviço de ginecologia. Foi completamente negada a minha orientação sexual e o médico que me atendeu disse-me que era só uma fase. Como ainda não tinha perdido a minha virgindade, o médico queria colocar o espectro sem o meu consentimento. Demorei alguns anos até voltar a procurar um serviço de ginecologia.

DIFICULDADES SENTIDAS NO ACESSO À SAÚDE —



Existem várias dificuldades que lésbicas enfrentam no dia a dia quando precisam de recorrer a serviços de saúde.

Ao longo da literatura científica verificámos a existência de dificuldades que abarcam todas as esferas da vida de pessoas lésbicas, quer a nível individual, social e institucional. **Destacamos:**

- Falta de diretrizes e políticas públicas na intervenção afirmativa, preventiva e de proteção da população lésbica;
- Falta de dados epistemológicos sobre a saúde lésbica;
- Evitamento da realização de exames preventivos e de rastreio de IST's, cancro da mama, cancro do colo do útero, entre outros quadros patológicos;

- Dificuldade sentida na busca de serviços seguros de psicologia por medo e angústia de possíveis julgamentos por parte de profissionais da área;
- Dificuldade na busca de serviços ginecológicos em ambiente afirmativo, seguro e inclusivo;
- Receio e angústia em consultas de medicina geral e familiar e/ou planeamento familiar não heteronormativos;
- Elevados custos de procedimentos medicamente assistidos e tempos de lista de espera para a realização dos mesmos.

O QUE FAZER EM SITUAÇÕES DE DISCRIMINAÇÃO? —

Qualquer pessoa, seja sobrevivente de uma situação de discriminação ou testemunha, poderá fazer uma denúncia junto das entidades competentes.

- Nos casos relativos a serviços de saúde (públicos e privados), recomenda-se:
- Fazer uma reclamação no livro de reclamações do estabelecimento;
- Fazer uma denúncia à respetiva Ordem Profissional (Ordem dos Médicos, Ordem dos Psicólogos, etc);
- Fazer uma denúncia à ERS (Entidade Reguladora da Saúde);
- Fazer uma denúncia à Comissão para a Igualdade e Contra a Discriminação Racial (CICDR).

Em caso de crimes de discriminação ou crimes de ódio, qualquer pessoa pode também fazer uma denúncia às autoridades competentes, quer seja numa Esquadra da Polícia ou no Ministério Público.

O importante é que saibas que podes exercer os teus direitos e que tenhas acesso a cuidados de saúde dignos. Caso estes teus direitos sejam negados, denuncia!

MUDANÇAS NECESSÁRIAS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE —

Neste capítulo partilhamos as respostas recolhidas no questionário, sobre as mudanças necessárias nos serviços de saúde em Portugal, **na perspectiva de pessoas lésbicas.**

P: Serviço especializado para pessoas lgbti.

P: Serviços especializados, formação e ver panfletos friendly e métodos de proteção adequados gratuitos.

P: Respeito pela identidade de género e sexualidade de cada pessoa, informação e sensibilização dos profissionais.

P: Apenas perguntas mais abrangentes relativamente a planeamento familiar.

P: Seria importante que os profissionais de saúde tivessem formação sobre orientação e identidade de género e não considerassem que todas as pessoas que atendem são indivíduos cis e hétero.

P: Um atendimento voltado a comunidade LGBTQ+ respeitando o género, a orientação e as queixas dos utentes.

P: Se deixasse de ser sempre a norma heterossexual e se as pessoas efetivamente tivessem mais informação, para não se absterem de fazer perguntas importantes ou para não terem receio de me abordar.

P: As pessoas perceberam que é normal existirem pessoas com orientações sexuais diferentes. E que nem toda a gente é hétero.

Associações	Área Geográfica	Tipo de Serviços	Modalidade
Anémona	Área Nacional	- Estabelecer contactos entre profissionais de medicina (medicina geral e familiar) e utente; - Sensibilizar profissionais sobre boas práticas junto da população trans.	Online e Presencial
Associação Xis	Faro	-Encaminhamentos; -Ações de Sensibilização.	Online
Casa Qui	Lisboa	-Gabinete de apoio à vítima para a juventude LGBTQI+; -Clínica Social.	Online e Presencial
Centro Gis (Centro de Respostas às populações LGBT-QIP+)	Matosinhos	-Apoio psicológico 24h; -Atendimento a Vítimas de Violência Doméstica; Consultas de psicologia, psiquiatria, terapia hormonal e apoio jurídico por videoconferência; -Grupo Terapêutico para pessoas Trans e Não Binárias, por videoconferência; -Encaminhamento e articulação com outras estruturas e apoio em situações de necessidades/específicas de carência alimentar ou medicamentosa.	Online e Presencial
ILGA-Portugal	Lisboa	-Apoio Psicológico; -Apoio à vítima LGBTQI+.	Presencial e Online
Opus Diversidades	Lisboa	-Gabinete de apoio psicossocial; -Encaminhamentos.	Presencial e Online
IPA	Torres Vedras	O GAPI Gabinete de Apoio Psicossocial para a Igualdade: Apoio Psicológico; Apoio Psicossocial.	Presencial e Online
Transmissão	Almada	- Encaminhamentos; - Terapia de Grupo com profissional de psicologia.	Presencial e Online
CPF - Caminho para o Futuro	Guimarães	Bússola - Gabinete de inclusão e apoio à comunidade LGBTQIAP+; - Promover a saúde, a inclusão e o bem-estar das populações LGBTI+ e dos/as seus/suas familiares; - Intervir para promover a inclusão das populações LGBTI+; - Combater as múltiplas formas de discriminação; Promover os direitos humanos. Serviços: - Espaço de atendimento psicossocial; - Formação de públicos de diversas áreas; - Promoção de workshops e ações de sensibilização; - Consultas de Psicologia, online e presenciais, gratuitas.	Presencial e Online
APF - Associação para o Planeamento da Família	Área Nacional	- Consultas de Sexologia; - Consultas de Psicologia; - Consultas de Mediação Familiar; - Aconselhamento Parental.	Presencial e Online

lés+saúde

ACESSO À SAÚDE

A SAÚDE

PERSPETIVA HISTÓRICA RESUMIDA
DA SAÚDE LGBTQIAP+

O ACESSO À SAÚDE

REALIDADE ATUAL LÉSBICA

STRESS MINORITÁRIO

DISCRIMINAÇÃO

DIFICULDADES SENTIDAS NO ACESSO À SAÚDE

O QUE FAZER EM SITUAÇÕES DE
DISCRIMINAÇÃO?

MUDANÇAS NECESSÁRIAS NOS SERVIÇOS
DE SAÚDE

SERVIÇOS LGBTQIAP+