

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DA BAHIA
CENTRO DAS CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA**

THAYANNE GOMES DA SILVA

**A VIVÊNCIA E A PERCEPÇÃO DE MULHERES NÃO HETEROSSEXUAIS
FRENTE AO SERVIÇO GINECOLÓGICO DE SAÚDE**

Barreiras - BA

2024

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DA BAHIA
CENTRO DAS CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**A VIVÊNCIA E A PERCEPÇÃO DE MULHERES NÃO HETEROSSEXUAIS
FRENTE AO SERVIÇO GINECOLÓGICO DE SAÚDE**

THAYANNE GOMES DA SILVA

Professor orientador: ARLINDO GOMES MACÊDO JUNIOR

Monografia de conclusão de curso apresentada ao Curso de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal do Oeste da Bahia, como requisito parcial à conclusão do componente TCC II.

Barreiras - BA

2024

FICHA CATALOGRÁFICA

S586 Silva, Thyanne Gomes da.

A vivência e a percepção de mulheres não heterossexuais frente ao serviço ginecológico de saúde. / Thyanne Gomes da Silva. – 2024.

69f.

Orientador: Prof. Dr. Arlindo Gomes Macêdo Junior.

Monografia (Graduação) – Bacharelado em Medicina. Universidade Federal do Oeste da Bahia. Centro das Ciências Biológicas e da Saúde. Barreiras, BA, 2024.

1. Homossexualidade feminina. 2. Equidade no acesso aos serviços de saúde. 3. Saúde da mulher. 4. Assistência à Saúde. I. Macêdo Junior, Arlindo Gomes. II. Universidade Federal do Oeste da Bahia - Centro das Ciências Biológicas e da Saúde. III. Título.

CDD 610

Biblioteca Universitária de Barreiras - UFOB

ATA DE DEFESA PÚBLICA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

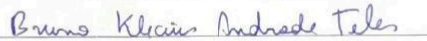



UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DA BAHIA
Centro das Ciências Biológicas e da Saúde
Curso de Medicina

ATA DE DEFESA PÚBLICA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Aos 05 dias do mês de julho de 2024, às 8h horas, em sessão pública na sala PU19 da Universidade Federal do Oeste da Bahia, na presença da Banca Examinadora presidida pelo Professor Arlindo Gomes Macêdo Junior e composta pelos examinadores: Bruno Klecius Andrade Teles e Raquel de Paula Alvim, a aluna Thyanne Gomes da Silva apresentou o Trabalho de Conclusão de Curso intitulado: "A vivência e a percepção de mulheres não heterossexuais frente ao serviço ginecológico de saúde" como requisito curricular indispensável para a integralização do Curso de Medicina. Após reunião em sessão reservada, a Banca Examinadora deliberou e decidiu pela aprovação do referido trabalho, divulgando o resultado formalmente ao aluno e demais presentes e eu, na qualidade de Presidente da Banca, lavrei a presente ata que será assinada por mim, pelos demais examinadores.


Presidente da Banca Examinadora


Examinador 01: Bruno Klecius Andrade Teles


Examinador 02: Raquel de Paula Alvim

AGRADECIMENTOS

Este trabalho é em homenagem ao meu primo e irmão Roberto Júnior, que como um beija-flor teve uma presença breve neste plano, cheia de alegria, pureza e amor. Vivo de saudade e anseio pelo nosso reencontro. Que nossos caminhos se cruzem na evolução!

Dedico também ao meu amado pai e minha tão querida mamãe, que sempre acreditaram em mim e me apoiam incondicionalmente em todos os meus sonhos, com todo amor e suporte emocional.

Agradeço a Espiritualidade Maior e aos meus guias espirituais por me acompanharem e me protegerem em todos os momentos.

Aos meus irmãos Thalita e Talysson e minhas primas Fabiane e Michele, que sempre estiveram ao meu lado, confiando na minha trajetória e no meu futuro, dentro e fora da Medicina, me apoiando com todo o carinho e amizade durante toda minha vida.

Às minhas amigas de colegial, Acsa e Joyne, aos meus amigos de cursinho Danielle e Jeremias, aos meus amigos de faculdade Dudu, Paulo e Vitória, por me encontrarem no exato momento que eu precisava e permanecerem em todos os momentos em que preciso de um ombro amigo.

Aos meus irmãos de alma, Asttha e Luiz, que fizeram uma reentrada na minha vida no último ano, trazendo leveza e cumplicidade aos meus dias, provando que família não é só aquela unida por laços de sangue, mas também por ligações de alma.

Aos meus avós por todo o amor e orações recebidas desde sempre.

Agradeço ao meu orientador Prof. Dr. Arlindo Gomes Macêdo Junior por todo apoio e incentivo recebido durante minha formação, pela paciência e ajuda durante a produção deste trabalho.

Por fim, agradeço imensamente as mulheres que participaram deste estudo pela confiança e sinceridade, pela disponibilidade de tempo de me ajudarem diretamente na construção deste trabalho, em que aprendi muito e agradeço todo o carinho que recebi. Que esse estudo possa refletir em um retorno positivo em suas vidas.

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo analisar a vivência e a percepção do serviço ginecológico por mulheres não heterossexuais frente aos espaços de saúde da mulher na cidade de Barreiras, Bahia. Trata-se de uma pesquisa de caráter qualitativo, que teve a participação de cinquenta mulheres que se autodefiniam, como lésbicas (52%) e bissexuais (40%). Foram realizadas entrevistas semiestruturadas e suas análises ocorreram de acordo com a classificação dos dados por conteúdo e frequência, de modo que os dados mais relevantes se tornassem evidentes ao grupo de pesquisa e os dados fossem interpretados através de uma problematização das unidades de sentido, individualmente. Os resultados e suas discussões foram divididos em dois artigos, sendo que no primeiro foi analisado a percepção que mulheres não heterossexuais possuem dos serviços de saúde ginecológica e, no segundo foi discutido os fatores que se relacionam com a dificuldade desse grupo de mulheres não se abrirem sobre sua orientação sexual em consultas ginecológicas. As principais percepções mencionadas estavam relacionadas ao despreparo do ginecologista, à consultas roteirizadas sob a ótica heterossexual da mulher, à ausência de amparo às demandas da homossexualidade feminina nos serviços de saúde que produz um ambiente desconfortável, a receios e limitações da própria paciente em revelar sua orientação e práticas sexuais em consultas ginecológicas. Conclui-se que se faz necessário uma formação dos profissionais da saúde e políticas públicas voltadas para a promoção da saúde sexual de mulheres não heterossexuais para que suas demandas sejam acolhidas e discutidas abertamente nos serviços de saúde.

Palavras-chave: Homossexualidade feminina, Equidade no acesso aos serviços de saúde, Saúde da mulher, Assistência à Saúde

ABSTRACT

This work aimed to analyze the experience and perception of gynecological services by non-heterosexual women in women's health spaces in the city of Barreiras, Bahia. This is a qualitative research, which had the participation of fifty women who defined themselves as lesbians (52%) and bisexuals (40%). Semi-structured interviews were carried out and their analyzes occurred according to the classification of data by content and frequency, so that the most relevant data became evident to the research group and the data were interpreted through a problematization of the units of meaning, individually. The results and their discussions were divided into two articles, the first of which analyzed the perception that non-heterosexual women have of gynecological health services and, in the second, the factors that relate to the difficulty of this group of women not opening up were discussed. about their sexual orientation in gynecological consultations. The main perceptions mentioned were related to the gynecologist's lack of preparation, scripted consultations from the woman's heterosexual perspective, the lack of support for the demands of female homosexuality in health services which produces an uncomfortable environment, the patient's own fears and limitations in revealing her sexual orientation and practices in gynecological consultations. It is concluded that training for health professionals and public policies aimed at promoting the sexual health of non-heterosexual women is necessary so that their demands are accepted and discussed openly in health services.

Keywords: Female homosexuality, Equity in access to health services, Women's health, Health care

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO:	9
2. REFERENCIAL TEÓRICO:	10
2.1. A construção da sexualidade feminina através do tempo	10
2.2 Mudança de paradigma na saúde da mulher	11
2.3 Dificuldades na atenção à saúde de mulheres não heterossexuais	13
3. JUSTIFICATIVA:	15
4. OBJETIVOS:	16
4.1. OBJETIVO GERAL:	16
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	16
5. METODOLOGIA:	16
5.1 TIPO DE ESTUDO:	16
5.2 POPULAÇÃO E LOCAL DE PESQUISA:	17
5.3 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS:	17
5.4 DESCRIÇÃO DA COLETA DE DADOS:	18
5.5 DESCRIÇÃO DA ANÁLISE DE DADOS:	18
5.6 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO:	19
5.7 LIMITAÇÕES DA PESQUISA	19
5.8 ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS (RESOLUÇÃO 466/12):	19
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO:	19
6.1. Artigo 1:	20
6.2. Artigo 2:	40
7. DISCUSSÃO GERAL	57
8. CONCLUSÃO	58
REFERÊNCIAS:	59
APÊNDICE:	64
APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido	64
APÊNDICE B - Entrevista semiestruturada:	67

1. INTRODUÇÃO:

Os cuidados de saúde das mulheres por muito tempo basearam-se em preceitos biológicos e ligados à reprodução. Somente em meados do século XX através de movimentos feministas este cenário começou a ser modificado, integralizando e expandindo a atenção à mulher em diversos setores e no campo da saúde. Apesar dos fatores limitantes dentro dos serviços de saúde, como preconceitos e discriminação relacionado ao tema sexualidade e orientação sexual (FACCHINI; BARBOSA, 2006). Isso porque a identidade sexual da mulher foi construída sob um contexto heteronormativo, em que não era permitido expressá-la abertamente (POLICARPO, 2016).

Sendo assim, observa-se que para além das questões epidemiológicas, pessoas não heteronormativas têm seu estado de saúde e práticas sexuais estigmatizadas e generalizadas pelo desconhecimento e manutenção de concepções excludentes. Ao contrário do pensamento biológico cristalizado, a sexualidade está distante de ser algo natural e vivido universalmente da mesma maneira, uma vez que engloba linguagem, representações, símbolos, rituais, ou seja, processos culturais e plurais que não se findam (LOURO, 1997). Em detrimento dessa realidade, com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) no país e a luta por reconhecimento da população LGBTQIA+, o cuidado a saúde de mulheres que fazem sexo com mulheres, sejam lésbicas ou bissexuais, ainda negligenciado, tornou-se um ponto a ser trabalhado.

Haja vista que situação de vulnerabilidade, não apenas individual, como também coletiva e contextual desse grupo aumenta a chance de exposição ao adoecimento (AYRES et al., 2012), como exemplo, às infecções sexualmente transmissíveis. Uma vez que para além da violência e invisibilidade com base em gênero que todas as mulheres são continuamente expostas ao longo da história, as mulheres não heterossexuais também são vítimas de fobias devido ao estigma social pela orientação sexual não normativa que afastam elas dos serviços de saúde (MURANDA et al., 2014; DALY, 2016).

A presente pesquisa se justifica devido a escassez de estudos publicados sobre a temática, conseqüentemente, a necessidade de dados para nortear ações em saúde para essa população. Para isso, este estudo tem por objetivo analisar a percepção e a vivência do atendimento ginecológico por mulheres não heterossexuais de acordo com suas experiências nos serviços de saúde de Barreiras, Bahia, Brasil. Dessa forma, o estudo foi dividido em dois momentos, o primeiro trata da percepção que as mulheres lésbicas e bissexuais possuem dos

serviços de saúde ginecológica e o segundo sobre os fatores que dificultam essas mulheres de expressar sua sexualidade para estes profissionais da saúde.

2. REFERENCIAL TEÓRICO:

2.1. A construção da sexualidade feminina através do tempo

A objetificação feminina foi naturalizada ao longo da história, e alicerçada sob a ótica limitante do papel da mulher dentro do patriarcalismo (OLIVEIRA, 2006). Nesse contexto, a sexualidade da mulher sempre foi vigiada e reprimida pelas instituições de poder, que estabeleceram padrões de comportamentos ditos femininos (DEL PRIORE, 2013). A mulher cumpre um papel conferido pela sociedade como ser reprodutora biológica e ideológica da espécie, ou seja “a mulher aprende e internaliza os mecanismos da submissão pela transmissão cultural realizada no transcurso de sua existência” (RISCADO, 2010). Com isso, a ideologia patriarcal, por muito tempo, exerceu muita influência nesses corpos como mecanismo de controle e exploração, refletindo nas políticas públicas voltadas para esse gênero (GÓES, 2022).

Ao analisar os atravessamentos que ocorreram ao longo do processo de construção social do “ser mulher” é importante pontuar que as mulheres não são um grupo homogêneo e não vivenciam suas sexualidades uniformemente. Prova disso é a diversidade de grupos mostrada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no levantamento dos indicadores sociais das mulheres no Brasil (IBGE, 2018). Por isso, faz-se primordial uma análise interseccional para entender o panorama da saúde da mulher, levando em consideração diferentes fatores sociais, culturais, econômicos e identitários, conforme aponta o Observatório da Desigualdade de Gênero (2020) no país.

Jeffrey Weeks (1998), diz que, para entender a sexualidade é preciso observar além dos componentes naturais, pois a sexualidade está relacionada tanto com as palavras, imagens, rituais e fantasias, quanto com o corpo. Em suma, os componentes naturais só ganham sentido através de processos inconscientes e inseridos em formas culturais que precisam ser experimentadas. Assim, Guacira Louro (1997), refere que as identidades sexuais foram construídas pelas formas como são vivenciadas a sexualidade, sejam elas com parceiros/as do mesmo sexo, do sexo oposto, de ambos os sexos ou sem parceiros/as. Dessa forma, a orientação sexual, diz sobre, a atração afetivo-sexual por alguém, a forma que se vive a sexualidade (DE JESUS, 2012).

Diferente da identidade de gênero, que está além da classificação biológica, como machos ou fêmeas, baseada em características orgânicas como cromossomos, níveis hormonais, órgãos reprodutivos e genitais (DE JESUS, 2012), uma vez que os sujeitos também se identificam, social, histórica e culturalmente como masculinos ou femininos (LOURO, 1997). O gênero vai se tratar de uma classificação pessoal e social das pessoas como homens ou mulheres, orientando papéis e expressões de gênero, independente do sexo (BUTLER, 2003). Essa identidade pode ou não concordar com o gênero que lhe foi atribuído no seu nascimento, logo, a identidade de gênero e a orientação sexual são dimensões diferentes e que não se confundem (DE JESUS, 2012).

A nova percepção de gênero e da sexualidade feminina se torna algo dinâmico, relacional e dependente de fatores históricos, culturais e sociais (SCOTT, 1988) havendo a necessidade de estabelecer uma nova perspectiva sobre a mulher, baseada nas estruturas sociais de poder, não somente focado no biológico. A partir disso, ocorreram mudanças nas políticas de cuidados em saúde da mulher, relacionadas à atenção à gravidez e ao parto, e voltadas para sua especificidade anatomofisiológica e papéis sociais patriarcais (FACCHINI, 2004). Atualmente, a saúde da mulher é vista de modo mais integral, reconhecendo como a desigualdade de gênero possui impacto nos processos de saúde, sofrimento e adoecimento dessa população (BRASIL, 2004).

2.2 Mudança de paradigma na saúde da mulher

Durante o processo de redemocratização do país, os movimentos feministas ganharam força e as mulheres conquistaram mais espaço e visibilidade do Estado, que reconheceu que as discriminações e desigualdades relativas a gênero deveriam ser combatidas através da legislação e de políticas públicas (SILVEIRA, 2020). Sob esse novo parâmetro foi implementado no Sistema Único de Saúde (SUS), as políticas públicas voltadas para a atenção integral à mulher com a institucionalização, em 2004, da Política Nacional de Atenção Integral à Mulher (PNAISM), com o fito de expandir a atenção voltada à saúde da mulher, englobando questões que tratam não apenas da saúde reprodutiva, bem como as relações de gênero e sexualidade (BRASIL, 2004).

Dado que as vulnerabilidades sociais, de forma global, são determinantes na saúde da mulher, houve também a reestruturação das escolas de saúde, haja vista que são sinérgicas as políticas do SUS, que abrange a PNAISM. Assim, atualmente, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de Medicina, por exemplo, consideram como essenciais à

formação médica o conhecimento e respeito para com a diversidade de gênero, com o objetivo de proporcionar um atendimento integral e humanizado para todos (BRASIL, 2014). Ainda em relação ao PNAISM, é importante mencionar que um dos seus objetivos é a prevenção e o controle das infecções sexualmente transmissíveis (IST), como exemplo a infecção pelo HIV, na população feminina (BRASIL, 2014). No entanto, conforme apontado no Documento de apoio às Conferências municipais, regionais e estaduais de saúde das mulheres, em 2017, é notória a necessidade de aperfeiçoamento e a ampliação da cobertura da prevenção às ISTs, combinando, exames, diagnósticos, tratamentos e desenvolvimento de ações específicas para as mulheres em situação de maior vulnerabilidade às desigualdades de acesso à saúde, a exemplo, mulheres não heterossexuais (BRASIL, 2017), que correspondem pelo menos 1,8% da população feminina do país (IBGE, 2019), podendo esse número ser dimensionado municipal e estadualmente.

A dificuldade de cobertura desse público não é algo exclusiva do Brasil, conforme a literatura internacional, percebe-se que as políticas de saúde, de forma geral, invisibilizam aspectos da sexualidade relacionados à identidade de gênero e orientação sexual (BASS, 2016). A deficiência de políticas em saúde para essa população pode estar atrelada ao fato das pesquisas serem limitadas pela falta de dados populacionais envolvendo amostras probabilísticas desse grupo, assim, as informações sobre orientação sexual não são devidamente coletadas. Os dados sobre o acesso aos cuidados de saúde desses indivíduos, geralmente, se limitam a pesquisas locais ou amostras de conveniência baseadas em centros de saúde (HECK, 2006). Ainda, nesse contexto, os grupos estudados são predominantemente constituídos por mulheres brancas, de maior escolaridade e mais jovens, o que exclui a possibilidade de comparabilidade entre diferentes níveis socioeconômicos, faixas etárias, raça/etnia e de compreensão da relação entre condições de saúde, homo/bissexualidade e exclusão social (FACCHINI, 2006).

Embora essas limitações devam ser consideradas, estudos realizados sugerem baixo acesso a cuidados de saúde na população LGBT em relação à população geral dos EUA, principalmente, se tratando de serviços de cuidados preventivos, como por exemplo, a realização de mamografia e testes de Papanicolau por mulheres lésbicas e em relação a mulheres héteros (COCHRAN et al., 2001; MARRAZZO et al., 2001). Além do mais, pesquisas americanas relatam que a cobertura de seguro saúde costuma ser menos prevalente entre lésbicas e mulheres bissexuais do que entre mulheres heterossexuais (BOWEN et al., 2004). Dessa forma, verifica-se que a invisibilidade individual e social dessas mulheres,

limitam o atendimento de suas necessidades por parte de programas e políticas públicas, reforçando suas vulnerabilidades em saúde (HEILBORN, 2004; ALMEIDA, 2005).

No Brasil, vale destacar que em 2011 foi instituída a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), que apesar dos obstáculos, prima promover maior equidade no atendimento e acolhimento da população no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011). Consecutivo a isso, foi divulgada a cartilha Mulheres Lésbicas e Bissexuais: Direitos, Saúde e Participação Social (BRASIL, 2013) e o relatório da oficina Atenção à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais (BRASIL, 2014), que englobam estudos com informações sobre as práticas sexuais de mulheres que se relacionam com mulheres e a reafirmação da importância do acolhimento do profissional de saúde quando em atendimento a essa população.

Embora tenha sido observado melhorias na atenção, nas condições de saúde e na qualidade de vida das mulheres lésbicas e bissexuais, de acordo com relatório do Fundo de População das Nações Unidas (2020), tais cuidados ainda são incipientes e voltados para reprodução, em razão da persistência do pensamento social e heterossexual, que a maternidade é uma função da mulher (MENDONÇA, 2011; MELLO, 2016). Conseqüentemente, essa concepção, mesmo sendo enfrentada historicamente, ainda hoje perpassa pelos serviços de saúde, devido ao fato dos profissionais ainda não estarem inteiramente preparados para atender às questões relacionadas à orientação sexual e identidade de gênero, fato que afeta a busca do serviço pelas usuárias não heterossexuais (VALADÃO, 2011). Por isso, é indiscutível que a formação profissional possui importante papel na construção de práticas norteadoras, assistenciais e não discriminatórias, baseadas na integralidade da atenção, para a garantia da promoção, da proteção e do exercício da sexualidade, bem como da reprodução a todas as mulheres (TELO, 2018).

2.3 Dificuldades na atenção à saúde de mulheres não heterossexuais

A invisibilidade de mulheres não heterossexuais nos serviços de saúde decorrente de regulações sociais que influenciam esses espaços, resulta na ampliação dos contextos de vulnerabilidade de mulheres que, quando recorrem aos serviços de saúde, não são orientadas adequadamente em relação à prática sexual segura, nem tem suas demandas acolhidas (BARBOSA, 2009). Segundo Facchini (2006), cerca de 40% das mulheres lésbicas ou bissexuais não têm abertura para revelarem sua orientação sexual nas consultas, entre as 28% que conseguem se assumir na consulta médica há relatos que após a revelação o atendimento

se dá de forma mais rápida, relatando ainda, a ausência de solicitação de exames considerados necessários, como o Papanicolau. Conforme esse mesmo relatório, verifica-se que a cobertura na realização do exame preventivo citopatológico de colo uterino (Papanicolau) entre as mulheres heterossexuais em um intervalo de três anos foi de 89,7%, enquanto entre as lésbicas e bissexuais a cobertura cai para 66,7% (FACCHINI, 2006). Nesse contexto, essas mulheres por se sentirem negligenciadas pelas instituições de saúde e pelos próprios profissionais, se distanciam dos serviços (RODRIGUES, 2021).

Infere-se que o risco ao adoecimento dessa população ocorre tanto pela não existência de métodos de barreira eficazes para a relação sexual entre mulheres, como pela baixa adesão em serviços ginecológicos para realização de exames de rotina (RUFINO et al., 2018). Devido a limitação de estratégias para a prevenção de IST durante as relações sexuais entre mulheres, as principais orientações estão relacionadas a cuidados básicos de higiene, como lavar as mãos, manter as unhas cortadas e uso de luvas descartáveis/luvas látex, até mesmo para evitar uma possível perfuração e sangramento da mucosa, ainda, evitar sexo oral durante a menstruação, além de outros métodos adaptados com a camisinha masculina e plástico filme (MUZNY et al., 2013).

Outro aspecto que expõe a situação de risco dessas mulheres, é o fato delas e dos próprios profissionais de saúde não perceberem o risco a IST nas relações homossexuais (CARVALHO, 2013), fato que mostra a cristalização da ideia que apenas relações com penetração peniana oferecem riscos de transmitir infecções. Outro fator associado à exposição de IST está a crença de que relacionamentos fixos e monogâmicos torna a prática homoerótica feminina livre de risco a IST (LUCIO et al., 2019). Além disso, consta na literatura, que ter várias parcerias sexuais e possuir relações sexuais com homens e mulheres aumentam os riscos de infecções (HERRICK et al., 2013; LOGIE et al., 2015). O uso de drogas injetáveis e a condição socioeconômica também está associada ao aumento de diagnósticos de IST (GERMAN, 2015), bem como para mulheres encarceradas e mulheres afrodescendentes (HERRICK et al., 2013; PALMA, 2017).

Um outro ponto relevante, encontra-se no descuido por parte dos profissionais quando relatado a realização de sexo com outras mulheres, seja pelo desconhecimento sobre a questão, ou pelo naturalização da abordagem heterocêntrica do atendimento, fato que também pode limitar o cuidado a essa população, uma vez que, geralmente, nessas consultas não são solicitados exames importantes, como de testes sorológicos para ISTs/HIV e o Papanicolau (BATISTA, 2017; SILBERMAN et al., 2016).

Com isso, alguns autores recomendam alternativas para que o atendimento de mulheres que se relacionam com mulheres seja mais acolhedor e humanizado, considerando a trajetória sexual dessas pacientes, bem como a diversidade de práticas sexuais, a fluidez e diferenças entre práticas e orientações sexuais (LOGIE et al., 2014; MUZNY et al., 2013). Além disso, é importante que nas consultas sejam orientadas sobre comportamentos de risco às ISTs, estimuladas a realizar testes de IST periodicamente e adotar medidas de higiene e proteção sexual.

A pouca literatura aponta que mulheres que mantêm relações sexuais com mulheres (tendem a ter menos contato com atendimento adequado em comparação a mulheres com comportamentos heterossexuais. Além disso, destaca-se ainda o encurtamento das consultas ginecológicas, a falta de solicitação e realização de exames que investiguem IST ou cânceres, motivados pela errônea ideia de que esse público não está sujeito a essas condições, atrelado ao preconceito que essa parcela enfrenta quando em contato com os profissionais de saúde, pela carência de formação/informação do acolhimento (BARBOSA, FACCHINI, 2009; LIMA, 2011). Dessa forma, uma melhor formação do profissional voltada para esse grupo e o fornecimento de educação sexual para essas mulheres se configuram como um importante instrumento do exercício da sexualidade de forma segura e emancipatória de mulheres que se relacionam com mulheres (ZERBINATTI, 2018).

3. JUSTIFICATIVA:

No Brasil, ainda não há estudos significativos relacionados à saúde de mulheres que se relacionam com mulheres, bem como são escassas pesquisas a respeito da saúde sexual e fatores que implicam no atendimento ginecológico destas. Além disso, percebe-se a necessidade de dados que sirvam para a elaboração de estratégias de prevenção a IST e outras patologias para esse grupo que possui uma tímida relação com o serviço de saúde. Diante desse cenário de vulnerabilidade das mulheres não heterossexuais frente às ineficientes políticas de saúde específicas para este público, observa-se o apagamento histórico das vivências dessas mulheres (CARVALHO et al., 2013).

No que tange ao município de Barreiras não existem estudos significativos em âmbito epidemiológico ou sociocultural na temática saúde, bem como das ISTs para essa população. Segundo o IBGE (2022), a população feminina da cidade de Barreiras-BA constitui de mais de 80 mil mulheres, o que corresponde a mais de 50% da população, vale ressaltar que as mulheres em idade fértil (MIF), representam quase 33% dos habitantes deste contingente.

Sendo assim, de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (2019), que apesar de não representar a realidade da região é o melhor instrumento para se estimar a quantidade de mulheres não heterossexuais na população feminina do município de Barreiras. Dessa forma, estima-se que pelo menos 1,8% dessa população feminina são mulheres não heterossexuais, aproximadamente 1440 mulheres.

Nesse contexto, diante dos números supracitados e suas limitações, entende-se que esse grupo não deve permanecer desassistido e invisibilizado, com isso o presente estudo se apresenta como extremamente relevante, para além de analisar a perspectiva do serviço ginecológico para essas mulheres, sirva também de embasamento teórico às autoridades competentes para a elaboração de políticas públicas relacionadas à atenção e ao cuidado da saúde de mulheres que fazem sexo com outras mulheres e disseminação de conhecimentos sobre essa pauta. Além disso, pode colaborar com um melhor desenvolvimento de abordagens profissionais na saúde no que tange os temas prevenção de ISTs e diversidade sexual, a partir da percepção e experiências relatadas por essa população durante o estudo.

4. OBJETIVOS:

4.1. OBJETIVO GERAL:

Analisar a vivência e a percepção de mulheres não heterossexuais frente ao serviço ginecológico de saúde.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Verificar os fatores que dificultam a adesão de mulheres não heterossexuais aos serviços de saúde ginecológicos;
- Identificar se essas mulheres se sentem acolhidas pelos ginecologistas;
- Investigar se esse grupo de mulheres se sentem amparadas pelos serviços de saúde da mulher.

5. METODOLOGIA:

5.1 TIPO DE ESTUDO:

Trata-se de um estudo transversal de caráter exploratório e modo qualitativo, uma vez que houve interação com a população amostral no período de pesquisa, não interessando somente apresentar dados, mas sobretudo, compreender experiências e percepções observadas no que diz respeito ao atendimento e acolhimento nos serviços de saúde da mulher por mulheres cisgênero não heterossexuais. Para isso, foi avaliada a relação analítica entre as variáveis do questionário sociodemográfico com a história, prática e saúde sexual, bem como as experiências em consultas ginecológicas dessas mulheres para verificar a percepção que estas possuem do serviço.

5.2 POPULAÇÃO E LOCAL DE PESQUISA:

Participaram deste estudo mulheres que se autodefiniam como não heterossexuais, todas elas atenderam aos critérios de participação da pesquisa, sendo, maiores de 18 anos, moradoras de Barreiras, Bahia e concordaram e assinaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistas foram de modo presencial, nos Laboratórios Didáticos de Saúde (LDS), dependência da Universidade Federal do Oeste da Bahia (UFOB), e online, via Google Meet.

5.3 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS:

As participantes do projeto, residentes na cidade de Barreiras/BA participaram de uma entrevista semiestruturada de modo presencial, com questões de caráter objetivo e subjetivo, elaboradas pelos pesquisadores, com módulos que variam em números de perguntas sobre a temática em estudo realizados na área, que estão presentes do apêndice B.

Para a pesquisa foram considerados os 4 módulos temáticos: 1) dados sociodemográficos; 2) e 3) levantamento sobre a história e as práticas sexuais, respectivamente, e 4) conhecimento sobre saúde sexual e percepção do atendimento ginecológico. No primeiro bloco foram levantadas informações sobre os dados da participante, sendo eles: idade, sexo, orientação sexual, status de relacionamento, questão socioeconômica, cor autopercebida, religião e escolaridade. Em seguida, realizaram-se perguntas, considerando os módulos, sobre história sexual, comportamento e saúde sexual; por fim, no último módulo interroga-se tempo do último atendimento ginecológico e visão do sistema de saúde da mulher para mulheres não heterossexuais, entre outras questões, sobre a saúde sexual das participantes.

5.4 DESCRIÇÃO DA COLETA DE DADOS:

O levantamento de dados se deu entre o mês de agosto de 2023 e dezembro de 2023, partindo, inicialmente, de um convite textual anexado a um link e enviados pelas redes sociais, Instagram e Whatsapp. Desse modo, as primeiras participantes que se interessaram em participar da pesquisa, registraram através de um formulário presente no link, seus respectivos contatos e horários disponíveis, todas elas atenderam aos critérios de participação da pesquisa, sendo, mulheres não heterossexuais, maiores de 18 anos e moradoras de Barreiras, Bahia, que leram, concordaram e assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Após as primeiras entrevistas, as interlocutoras indicaram outras participantes, assim, utilizou-se neste estudo, a técnica *snowball* (Goodman, 1961) para atingir o público alvo, no geral, foram entrevistadas 50 mulheres não-heroterossexuais.

As coletas foram realizadas no município de Barreiras, situado no Oeste da Bahia, através de uma entrevista semiestruturada aplicada pelos pesquisadores, com questionário objetivo e subjetivo. As entrevistas foram de modo presencial, nos Laboratórios Didáticos de Saúde (LDS), dependência da Universidade Federal do Oeste da Bahia (UFOB), e online, via Google Meet. O local foi escolhido devido sua neutralidade, conforto, segurança e maior acessibilidade, uma vez localizado no centro da cidade. As entrevistas ocorreram em dias úteis da semana, durando em média 15 minutos cada uma, sendo registrados os áudios e salvos num Drive e dispositivo eletrônico com numerações, de modo que preservasse o anonimato das participantes.

5.5 DESCRIÇÃO DA ANÁLISE DE DADOS:

Para análise transversal e exploratória, foi feito, primeiramente, o levantamento de quantas pessoas responderam à entrevista semi estruturada e atenderam aos critérios de inclusão. Em seguida, os dados sociodemográficos quantitativos coletados foram organizados em tabela do Excel e observado por meio de porcentagens, médias e desvio padrão do perfil sociodemográfico das participantes.

Na análise qualitativa foi realizada a ordenação e organização do material com as falas e respostas das entrevistas semiestruturadas em um banco de dados geral. As entrevistas foram gravadas, lidas e transcritas individualmente, para se obter uma análise mais fidedigna e transversal de cada entrevista (MINAYO, 2019). Na sequência, foi realizada a categorização, a “busca por unidades de sentido” conforme se refere Minayo (2012), onde as

falas foram agrupadas por semelhança, criando tópicos mais citados e relevantes para a temática deste estudo e seus objetivos. Em seguida foi feita a contextualização dos principais pontos levantados pelas entrevistadas com o objetivo de compreender a percepção que a população alvo possuía do atendimento ginecológico e os fatores que influenciavam nas consultas.

5.6 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO:

Participaram da pesquisa as participantes que atenderam aos critérios de inclusão, sendo eles: residir no município de Barreiras-Ba; ser mulher cisgênero com idade igual ou superior a 18 anos; se autodefinir como não heterossexual e concordar e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. Nenhuma participante foi excluída da amostra, visto que durante o período de coleta e produção deste estudo não foi notificada a mudança do município de Barreiras; falecimento da participante; dificuldade cognitiva ou desistência em participar voluntariamente da pesquisa.

5.7 LIMITAÇÕES DA PESQUISA

A busca por participantes interessados em participar da pesquisa foi a principal dificuldade encontrada. Devido ao fato de se tratar de uma população minoritária e de acesso mais limitado devido a estigmas e receios que esse grupo possui em expor sua sexualidade e informações íntimas e pessoais. Houve muitas recusas de participação, como também convites que sequer foram respondidos.

5.8 ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS (RESOLUÇÃO 466/12):

Dado que os sujeitos do estudo são seres humanos, o estudo obedeceu o previsto na Resolução 466/12 do Ministério da Saúde no Brasil, sendo o projeto analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Oeste da Bahia e aprovado em março de 2023 com o CAAE 67122023.0.0000.8060.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO:

Participaram deste estudo 50 mulheres, sendo residentes de Barreiras, maiores de 18 anos e não heterossexuais. As entrevistas foram gravadas e transcritas integralmente para que as informações fossem tabuladas e armazenadas em um banco de dados geral. Ao analisar o banco de dados geral foi possível sumarizar o material em duas seções, com critérios de seleção de número de entrevistas e baseado em cada critério de inclusão por estudo separado, e que serão apresentadas nos resultados e discussões deste estudo. Dois manuscritos foram produzidos para publicação submissão em duas revistas distintas, o primeiro para a revista *Ciência & Saúde Coletiva*, e o segundo para a revista *Subjetividades*. Ambos os artigos se tratam de análises qualitativas, descritivas e críticas dos discursos das participantes desta pesquisa, e estão formatados conforme o modelo solicitado por cada revista para a submissão destes. O primeiro teve como objetivo analisar a percepção de mulheres não heterossexuais em relação aos serviços de saúde ginecológica em Barreiras-BA, neste estudo as 50 mulheres foram incluídas na análise. O segundo, por sua vez, teve como objetivo investigar os fatores que dificultam mulheres não heterossexuais em expressar sua própria orientação sexual em consultas ginecológicas, para isso foram analisados os dados das 45 mulheres que já foram ao ginecologista.

6.1. Artigo 1:

A percepção dos serviços e da atuação dos profissionais de saúde ginecológica por mulheres não heterossexuais

The perception of services and the performance of gynecological health professionals by non-heterosexual women

Resumo

O estudo tem por objetivo analisar a percepção que mulheres não heterossexuais possuem das consultas ginecológicas e dos serviços de saúde da mulher de acordo com suas vivências nos espaços em Barreiras, Bahia. Trata-se de uma pesquisa de caráter qualitativo. Obteve a participação de 50 mulheres que se autodefiniam como lésbica (52%) e bissexual (40%). Foram realizadas entrevistas semiestruturadas e suas análises ocorreram de acordo com a

classificação dos dados por conteúdo e frequência, de modo que os dados mais relevantes se tornassem evidentes e relevantes ao entendimento do tema. Foram relatados percepções do despreparo do profissional ginecologista e fatores que dificultam a realização de uma abordagem não heteronormativa nos atendimentos. Como também narrativas sobre os entraves que impedem esse grupo de ser visto e acolhido pelos serviços de saúde. Conclui-se a importância de uma formação dos profissionais da saúde e políticas públicas direcionadas para a promoção da saúde sexual e reprodutiva de mulheres não heterossexuais para que as demandas específicas desse público sejam acolhidas pelos serviços de saúde.

Palavras-chave: Minorias sexuais e de gênero, Equidade no acesso aos serviços de saúde, Saúde da mulher, Educação em Saúde

Abstract

The study aims to analyze the perception that non-heterosexual women have of gynecological consultations and women's health services according to their experiences in these services, in the city of Barreiras, Bahia. It is a qualitative research. It obtained the participation of fifty women who self-declare as a lesbian (52%) and bisexual (40%). Semi-structured interviews were conducted and their analyzes occurred according to the data classification by content and frequency, so that the most relevant data became evident and relevant to the research group. Perceptions of the unpreparedness of the gynecologist were reported and factors that make it difficult to perform a non-heteronormative approach to the care. As well as narratives about the obstacles that prevent this group from being seen and welcomed by health services. It is concluded that it is important to train health professionals and develop public policies aimed at promoting the sexual and reproductive health of

non-heterosexual women so that the specific demands of this public are met by health services.

Keywords: Sexual and gender minorities, equity in access to health services, women's health, health education

Introdução

O cenário da saúde sexual de mulheres não heterossexuais no país expõe as deficiências dos serviços de saúde, educação e epidemiologia para com essa população, haja vista a escassez de estudos e de índices relevantes que investiguem e sinalizam os diversos aspectos envolvidos na assistência à saúde desse grupo ^{1,2}.

Para entender a sexualidade dentro de seu aspecto amplo não normativo, é preciso compreender que ao contrário do pensamento biológico cristalizado, a sexualidade está distante de ser algo natural e vivido universalmente da mesma maneira, uma vez que engloba linguagem, representações, símbolos, rituais, ou seja, processos culturais e plurais que não se findam ³. Nessa perspectiva desconstrutivista, entende-se o gênero como uma performance que pode se dar em qualquer corpo, portanto, desconectado da ideia de que cada corpo corresponderia somente a um gênero predeterminado ⁴. Desse modo, concebe-se que a sexualidade pode ser expressa e vivida de diferentes formas dentro de gêneros diversos, não necessariamente ligados a determinações biológicas.

Nesse parâmetro, o presente estudo dentro dos seus objetivos, adota a expressão “mulheres cisgênero não-heteronormativas”, referindo-se a mulheres de orientações, práticas, experiências e culturas sexuais não-heteronormativas. Além disso, entende-se como “cisgênero” mulheres que possuem vulva e se identificam com o gênero e sexo biológico atribuídos ao nascimento ⁵.

A contaminação e exposição de risco de mulheres cisgênero de vivências não heteronormativas às ISTs é real e relevante⁶. A suscetibilidade dessas mulheres está associada ao baixo acesso a consultas ginecológicas, seja pelo receio de sofrerem preconceito, ou por espaços de saúde ocorrerem em um óptica heteronormativa, com um ambiente discriminatório e pouco acolhedor^{9,10}. Também deve ser considerado que para além da violência e invisibilidade com base em gênero, as mulheres não heterossexuais também são vítimas de fobias devido ao estigma social pela orientação sexual não normativa^{11,12}.

A presente pesquisa se justifica devido a escassez de estudos publicados sobre a temática, conseqüentemente, a necessidade de dados para nortear ações em saúde para essa população. Diante dessa problemática, este artigo tem por objetivo analisar a percepção que mulheres não heterossexuais possuem dos serviços de saúde ginecológicos em Barreiras, Bahia, Brasil.

Método

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, de caráter qualitativo, em que descreve características de determinada população, estabelecendo relações entre variáveis, envolvendo técnicas de coleta de dados padronizadas através de entrevista semiestruturada e observação, em forma de levantamento¹⁴. A coleta de dados ocorreu entre agosto a dezembro de 2023, tendo como ponto inicial um convite anexado a um link enviado pelo Instagram, no qual as primeiras 5 mulheres que atendiam aos critérios de participação do estudo demonstraram interesse em participar da pesquisa. Em seguida, utilizou-se a técnica snowball¹⁵ para acessar as demais participantes. Ao todo foram entrevistadas 50 mulheres cisgênero não heroterossexuais. Foi comunicado às interlocutoras sobre os objetivos, métodos, riscos e benefícios da pesquisa, sendo assim, todas tiveram que ler, concordar e assinar o Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido para possibilitar a participação. Foi utilizado um questionário de dados sociodemográficos, visando coletar informações relevantes para a caracterização da amostra, além de um roteiro de entrevista semiestruturado com temáticas sobre história e práticas sexuais e acesso aos serviços de consultas e exames ginecológicos. Conforme Minayo ¹⁶, a entrevista semiestruturada se dá por meio de questionamentos objetivos e subjetivos, no qual o locutor pode perguntar de forma espontânea sem se prender às questões norteadoras. As entrevistas ocorreram, presencialmente, nos Laboratórios Didáticos de Saúde (LDS) dependência da Universidade Federal do Oeste da Bahia (UFOB) e online, via Google Meet, em dias úteis, com duração entre 10 e 20 minutos. Todas tiveram os áudios registrados e salvos num Drive com números que não permitem a identificação da participante. A análise qualitativa foi realizada com o material das falas das entrevistas, conforme a análise do discurso de Minayo e Costa ¹⁷. As entrevistas foram gravadas e transcritas de forma fidedigna, foi realizada leitura e releitura dos textos para se ter uma visão singular e transversal de cada entrevista, etapa que Minayo ¹⁸ chama de ordenação e organização do material. Em seguida, foi realizada a categorização dos dados, a “busca por unidades de sentido”, em que as falas foram agrupadas por semelhança, nessa etapa foram criados tópicos principais com os temas mais levantados. Após essas relações estabelecidas, os dados foram classificados de acordo com o seu conteúdo e frequência, de modo que os dados mais relevantes se tornassem evidentes ao grupo de pesquisa. Por fim, os dados foram interpretados através de uma problematização das unidades de sentido. Dado que os sujeitos do estudo são seres humanos, o estudo obedeceu o previsto na Resolução 466/12 do Ministério da Saúde no Brasil, sendo o projeto analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFOB e aprovado em março de 2023 com o CAAE 67122023.0.0000.8060.

Resultados e Discussão

Participaram do estudo 50 mulheres, predominando a faixa etária entre 18 a 32 anos de idade. No que se refere à orientação sexual, a maioria era lésbica (52%), seguida por bissexual (40%). Das mulheres entrevistadas, 58% se autodeclararam como negras e 38% como brancas. A formação acadêmica variou, entre ensino superior completo (40%) e incompleto em andamento (44%). Mais da metade (60%) recebem entre 1 a 4 salários mínimos por mês. Salienta-se que a maioria dessas mulheres estão em um relacionamento fixo (68%) com parceiras do mesmo sexo (94%).

Sobre o atendimento ginecológico, 10% das mulheres relataram nunca terem ido ao ginecologista, 40% foram em menos de um ano, 40% foram entre um a 5 anos e outros 10% foram a mais de 5 anos atrás. Perguntadas sobre o principal meio de acesso ao serviço de saúde, 54% utilizam mais o SUS, 24% buscam mais o serviço particular e 22% recorrem a planos/convênios. Ao perguntar às mulheres sobre suas experiências nas consultas realizadas, 28% delas falaram positivamente, 34% falaram de forma negativa dessa experiência e outros 28% foram indiferentes. Sobre o profissional de saúde, 40% delas relataram que o especialista não costuma perguntar sobre sexualidade. Além disso, 20% das mulheres disseram se sentir mais seguras e confortáveis em consultas com especialistas mulheres e mais jovens. Ainda, 10% das participantes alegaram que a aparência desfeminizada influenciou na visão do profissional no atendimento. Ademais, 40% das entrevistadas disseram existir um sentimento que falta algo a mais no serviço de saúde ginecológica para as mulheres lésbicas e bissexuais.

Despreparo do profissional e fatores que influenciam em seu atendimento

As participantes desta pesquisa referiram a dificuldade de alguns profissionais, de não conseguir individualizar o atendimento e atender as demandas das práticas não heterossexuais, expondo desconhecimento, certo preconceito e/ou negligência destes, mesmo de forma não deliberada. Mais de um terço das participantes apontaram que o direcionamento da temática sexualidade durante as consultas ocorreram somente através da própria paciente, que o ginecologista não costuma perguntar sobre orientação sexual ou cogitar a possibilidade da mulher possuir outras demandas no atendimento, partindo para roteiros ginecológicos baseados em cuidados e prevenção de relações heterossexuais. Desse modo, habitualmente, é perguntado a elas sobre o desejo ou o uso de métodos anticonceptivos antes mesmo de saber as práticas sexuais realizadas por estas.

Geralmente essa pergunta não é feita, sou eu quem indico. Falo que transo com mulheres...acho que se eu não falasse nem seria conduzido para esse rumo (P3).

Em nenhum outro nunca foi perguntado primeiro por eles, eu que falo quando me sinto à vontade ou quando perguntam se uso anticoncepcional... (P6).

Eles sempre perguntam se faço uso do preservativo, se desejo engravidar, se tenho vida sexual ativa, mas não se pergunta se é com mulher ou homem (P12).

Em estudo recente ¹⁹ as participantes revelaram que nunca foram questionadas sobre sua orientação sexual em consultas de rotina. Em semelhança, o presente estudo revela que muitos profissionais falham em conduzir consultas que não seguem o padrão biológico e social heteronormativo, deixando de fazer questionamentos importantes sobre a sexualidade da paciente.

Eles não perguntam nada sobre sexualidade, só se a gente levar uma queixa, se não é como um protocolo de um corpo feminino hétero (P24).

Nesses meus 31 anos, nunca vi nenhum profissional aprofundar para falar a respeito da nossa sexualidade a partir do momento que a gente fala, de orientar, sabe? É sempre a

gente que assume esse papel, pergunta só se tem parceiro fixo, não pergunta se é homem ou mulher; acho que já presume que é homem (P34).

Apesar de avanços no campo da saúde sexual feminina, o atendimento a pacientes não heterossexuais ainda carece de mais atenção e respeito, questões mais amplas que se referem ao atendimento ginecológico desse grupo devem ser trabalhados na formação dos profissionais de saúde, de modo que este ambiente se torne mais facilitador e acolhedor. Nos trechos citados, evidencia-se que um dos temas centrais nas consultas ginecológicas é, ainda, a concepção e anticoncepção, que nem sempre é a principal demanda que leva essas pacientes a buscarem esse serviço, mesmo assim a consulta se faz em torno disso e elas pouco recebem ou não recebem informações dentro de suas necessidades nos serviços de saúde.

Esse levantamento corrobora a outros estudos realizados no Brasil ^{9,21} e na Noruega ²², que apontam que as mulheres não heterossexuais não percebem acolhimento de suas especificidades durante as consultas ginecológicas, por estas se limitarem à óptica heteronormativa, não considerar as práticas sexuais lésbicas e não fornecer orientações sobre tais práticas.

Segundo os relatos das participantes, verifica-se que o déficit na formação médica sobre gênero e identidade sexual reflete em atendimentos com influência do senso comum e tabus sobre a temática. Isso foi notado por meio de trechos em que as mulheres alegaram que o estereótipo de “sapatão” evitava o médico de perguntar sobre a sexualidade, recomendar anticoncepcionais e outros cuidados. Isso mostra que não só a visão oposta, visualizar todas as pacientes como heterossexuais, mas também limitar a sexualidade da paciente através da sua aparência mais masculinizada, também é problemático e prejudica o atendimento integral desse grupo, uma vez que também não terão todas suas demandas acolhidas

Eles não costumam perguntar sobre eu usar preservativo ou anticoncepcional, olha na minha cara que sou sapatão. Tenho esse privilégio, não sei se posso dizer assim, mas não

passo por constrangimento deles me sujeitar a perguntas heteronormativas porque claramente sou sapatão. Então, ele nem deduz que eu me relaciono com homem (P13).

Por este relato, percebe-se que a aparência desfeminizada em comparação aos padrões normativos e sociais pode induzir alguns profissionais médicos, que ainda não são capacitados para lidar com a diversidade sexual e estão habituados a heteronormatividade, a cometer falhas e não atender às necessidades dessas pacientes. Essa questão foi discutida também na pesquisa de Melo ¹⁰, em que as mulheres que apresentavam estereótipo mais próximo ao masculino eram consideradas como não heterossexuais pelos profissionais de saúde, enquanto todas as outras que possuem aspectos vistos como mais femininos eram tratadas como se fossem heterossexuais, fato que reforça o impacto dessa visão estereotipada nas consultas médicas.

O problema é, ninguém vai saber que eu sou bissexual, a não ser que eu conte, porque eles nunca me perguntaram também, então se eu precisar de orientação para uso de anticoncepcional tenho que falar, a falha está aí, eles deduzem (P13).

A dedução de que estas mulheres que se apresentam com características mais masculinas são lésbicas, muitas vezes, favorece a realização de atendimentos mais breves, a não solicitação de exames preventivos e a não orientação sobre cuidados e práticas sexuais, por desconhecer ou não enxergar riscos nessas relações sexuais. Esse resultado também foi encontrado na pesquisa realizada por Barbosa e Facchini ⁹ na cidade de São Paulo. Além disso, estudos sugeriram que por esse motivo, mulheres não heterossexuais são mais propensas a obter menos cuidados de rotina em saúde, incluindo também exames ginecológicos, mesmo tendo o risco aumentado de câncer de mama e do endométrio devido à maior incidência de nuliparidade nesse grupo ^{23, 24}.

Outras pesquisas, com enfoque na área de sexualidade e gênero ^{25, 26} apresentam resultados que se relacionam a esta pesquisa, que mulheres lésbicas e bissexuais,

consideradas mais femininas, em relação à sua performance de gênero, possuem maior assiduidade em serviços ginecológicos e recebem mais cuidados referentes à saúde sexual e reprodutiva. Percebe-se então que, os aspectos corporais masculino ou feminino impactam nos modos de acolhimento e atendimento dos usuários do sistema de saúde, visto que exprimem opiniões e preconceitos pessoais durante a consulta, dificultando o atendimento ginecológico desse grupo e a construção de uma relação entre médico e paciente ²⁷.

Ainda, algumas participantes relataram preferir realizar consultas e procedimentos ginecológicos com profissionais mulheres, seja por maior conforto ou confiança, fato que demonstrou certos estigmas das participantes em compartilhar suas intimidades com profissionais homens.

Sempre tenho uma tendência em escolher ser atendida por mulher porque é um desconforto muito grande ser atendida por homem (P20).

Sempre fui em ginecologista mulheres, então por isso sempre me senti mais à vontade. Nunca me senti à vontade de ir com homens (P30).

Quando eu sou atendida por mulheres, eu sinto abertura com a médica (...) só com médica mulher que eu consigo, com homem ginecologista não (P42).

As participantes alegaram que a idade do profissional também pode influenciar no acolhimento de demandas sobre sexualidade nas consultas, com maior abertura e melhor aceitação de médicos mais jovens.

As médicas mais velhas têm certa restrição. O médico também, mas as últimas 2 (consultas) que eu tive, foram diferentes pelo SUS, mudei de posto, de bairro, e aí foram com 2 diferentes (médicos), mas a pela idade foi de boa, foi super assim, a gente conseguiu conversar bem sobre eu não ser hétero (P5).

Eu que tive que falar, mas foi tranquilo, ele é novo também, por isso deve ter levado normalmente (P8).

Como observado nos relatos, a idade e o sexo do profissional de saúde são colocados como fatores que podem ser positivos e/ou negativos durante a consulta ginecológica de mulheres não heterossexuais quando o tema abordado for sexualidade. Houve uma certa preferência por profissionais mulheres e mais jovens, apesar da P8 pontuar que mesmo na consulta com um médico mais jovem a iniciativa para falar sobre sua orientação sexual precisou partir dela própria.

Essa narrativa também já foi discutida em um estudo recente ²⁸ realizado com mulheres majoritariamente heterossexuais, em que foi notado que elas preferem ser atendidas por outras mulheres face ao maior acolhimento e possibilidade de diálogo, uma vez que relatam mais conforto para perguntar e se informar com uma pessoa que tem mais semelhanças com elas próprias. Para Uskul e Ahmad ²⁹ existem diferenças relevantes entre os atendimentos ginecológicos de profissionais homens e mulheres, que refletem na interação de conversas iniciais, na comunicação, uso da linguagem técnica ou informal, no contato e troca de informação, sendo as médicas percebidas como mais acessíveis. Uma pesquisa internacional ³⁰ apontou que 49% das mulheres preferem ser atendidas por ginecologistas do sexo feminino, e os outros 51% não colocam o sexo do médico como uma questão essencial e atrelada ao sucesso do atendimento ginecológico.

Apesar de todos os cuidados prestados pelos profissionais de medicina e dos avanços nas técnicas e procedimentos, é evidente que o atendimento ginecológico pode gerar inúmeros constrangimentos para as mulheres que para além de lidarem com questões relacionadas à intimidade de seu corpo, enfrentam ainda, questões que envolvem sua sexualidade e aceitação. Por isso, a formação dos profissionais possui grande impacto na postura e na prática diária com estas mulheres ¹⁰, independente do sexo ou faixa etária do profissional, as práticas sexuais entre pessoas de mesmo sexo e as implicações de saúde

envolvidas nestas práticas devem ser discutidas nos cursos de formação, capacitação ou aperfeiçoamento desses profissionais.

A última Diretriz Curricular Nacional de Medicina ³¹ declara que a formação do profissional médico deve considerar também as dimensões da diversidade de gênero, orientação sexual e demais aspectos que compõem o espectro da diversidade humana e singularizam cada pessoa. Diante disso, é indiscutível que, nas últimas décadas, as lutas feministas e da comunidade LGBTQIAPN+, refletiram em mudanças sociais e na necessidade de profissionais mais respeitosos e abertos à pluralidade. Entretanto, muito ainda precisa ser superado e colocado em prática nas grades curriculares, visto que em estudo recente Miskolci ³² quase todos os profissionais de saúde declararam inexistência de conteúdos sobre gênero e sexualidade em sua graduação.

Ausência de amparo às demandas da homossexualidade feminina nos serviços de saúde

As participantes deste estudo relataram a sensação de não serem vistas ou não terem suas demandas atendidas pelo serviço de saúde. Há relatos sobre o sentimento de “faltar algo a mais” nas consultas ginecológicas e nos serviços de saúde para as mulheres que se relacionam com mulheres, como por exemplo, acolhimento, abertura para comunicação, informações e instruções de cuidado sobre suas práticas sexuais. As situações relatadas corroboram para o afastamento dessas mulheres do serviço de saúde e para a manutenção de comportamentos de risco neste grupo.

A minha sensação é mais ou menos essa que não existe uma percepção, uma noção por parte deles que seja voltada para mulher que transa com mulher (P20).

Sempre fui tratada normalmente, mas também nunca me senti de fato assistida, sabe? de falar da minha sexualidade e sentir que os profissionais sabem, entendem e podem me

orientar se eu precisar...não é desrespeitoso, mas também não é acolhedor, não é um lugar que eu buscaria para me informar...é mais fácil pesquisar na internet mesmo porque acho que nem eles vão saber, não posso generalizar, mas acredito que a maioria não sabe mesmo (P38).

A gente sente que é um pouco limitado para nós, não é um lugar que a gente ver nas paredes propagandas sobre sexo seguro ou orientações de saúde para mulheres lésbicas...a impressão que dar é que eles não podem ou não conseguem fazer muito por nós (P40).

A impressão é de superficialidade para nós mulheres lésbicas, porque não aprofundam muito nessa questão, acho que esses métodos preservativos seria uma questão que o serviço de saúde deveria mencionar, né? Eu pelo menos nunca vi (P46).

De acordo com esses relatos fica evidente que, para as participantes, a oferta de informações sobre cuidados sexuais ainda é muito tímida nos serviços de saúde, seja em relação à acolhimento, estudos sobre saúde sexual, propagandas educacionais e preservativos próprios para esse grupo, fato que justifica e alimenta a percepção de invisibilidade que elas possuem diante do sistema de saúde. Resultados semelhantes foram discutidos em outro estudo ³³ em que coloca a ausência de discussões nos setores de saúde sobre os possíveis métodos preventivos para essas mulheres, a eficácia desses itens, bem como seus meios corretos de utilização e formas de aquisição como fatores que colaboram para essas mulheres não se verem contempladas no serviço de saúde.

Além de não encontrar informações e instruções pertinentes às suas necessidades, essas mulheres negam ou desconhecem o risco para determinadas doenças e infecções, especialmente, as doenças ginecológicas. Tal crença perpassa até mesmo entre os próprios profissionais de saúde ⁹, fato que expõe ainda mais a falta de discussões sobre esse assunto nos serviços de saúde. Para Bjorkman e Malterud ²² o conhecimento médico sobre as

mulheres não heterossexuais deveria incluir questões de saúde ginecológica e sexual, como também as consequências de sua invisibilidade nos serviços de saúde.

As entrevistadas relataram a percepção de que os profissionais da saúde, como um todo, não sabem lidar com elas porque desconhecem ou conhecem superficialmente sobre práticas sexuais entre mulheres e quais doenças estão mais suscetíveis, que a busca de informações na internet seria muito mais positiva, ou ainda se tivesse especialistas na área que só atendessem esse grupo.

Eu até cheguei certo tempo pesquisar, né? Se tinha alguma ginecologista que atende só nosso público ou uma que pelo menos entenda (P28).

O desejo de ter profissionais individualizados para essa categoria, poderia ser concretizado semelhante ao que ocorre com a população travesti e transsexual, que teve seu primeiro ambulatório individualizado para os seus cuidados, em 2009, na cidade de São Paulo. Embora este marco seja importante para as pessoas trans, que possuem muitas particularidades a elas, a criação de um serviço especializado para mulheres cisgênero não heterossexuais não seria o ideal pela possibilidade de marginalizá-las ainda mais da sociedade. Os cuidados de saúde das mulheres lésbicas e bissexuais demandam mais de profissionais acolhedores e com conhecimento sobre suas práticas, estudos e índices de saúde dessa população, bem como o desenvolvimento de métodos preservativos próprios a elas. Diferentemente da população trans, que necessita, muitas das vezes, de acompanhamento clínico individualizado, pré e pós-operatório de cirurgia de redesignação sexual, além da hormonização, realizados por uma equipe multiprofissional ³⁴.

O tipo de serviço procurado por elas também influenciou na percepção do atendimento ginecológico, uma vez que as participantes que utilizam planos/convênios ou serviços particulares mencionaram que as consultas tinham um fator positivo, a opção de escolher o profissional que as deixem mais confortáveis.

Cara, pelo menos pelo SUS das vezes que eu fui atendida eu achei um atendimento bastante excludente assim...Pelo plano eu já não considero tanto porque você tem a opção de escolher né, com qual profissional você quer se consultar e afins. E aí você consegue ter esse direcionamento melhor (P2).

Minhas visitas ao ginecologista não são tão frequentes, porque sempre procuro SUS e, geralmente, marcam para homens e eu não me sinto confortável na presença de um cara (P19).

O SUS é a preferência, mas as vezes demora muito, aí eu prefiro pagar (P41).

Ao serem indagadas sobre o meio de acesso ao serviço de saúde e a preferência, algumas participantes queixaram-se do sistema público de saúde, devido à lentidão no processo para que sejam chamadas para a consulta e pela questão de não poderem escolher o especialista que querem ser atendidas, por tais motivos, quando podem, recorrem a serviços privados. Consoante a isso, um estudo em população feminina jovem ³⁵ verificou que o acompanhamento ginecológico era mais regular para aquelas que utilizam planos/ convênios por permitir um acesso mais facilitado e diversidade de profissionais.

Seja no serviço público ou privado, estudos ⁹ revelam que mulheres lésbicas e bissexuais, tendem a procurar os serviços de saúde com menor frequência do que as mulheres heterossexuais, devido experiências de discriminação no atendimento pelos próprios profissionais e por não se sentirem acolhidas no serviço de saúde. Portanto, para que esse atendimento e acolhimento ocorra de forma mais integralizada e acolhedora, percebe-se a importância de um nivelamento de formação para todos os profissionais de saúde para o atendimento de grupos minoritários.

Devido a experiências negativas no serviço de saúde, algumas das mulheres entrevistadas nesse estudo relataram procurar menos o atendimento nesses serviços, deixando

de acompanhar sua saúde sexual e não realizando exames como o de citologia cérvico-vaginal.

Faz uns 2 anos que eu fiz preventivo, eu peguei o resultado e eu não levei na ginecologista. Tenho um pouco de trauma de ir (P3).

Eu tinha trauma ginecologista porque eu não tinha condições de pagar um particular e fui ao ginecologista público e me senti super violada e nunca mais voltei (P17).

Da última vez que eu fui, acabou que ela (ginecologista)...tipo assim, diretamente, achando que eu era uma mulher transexual por conta da minha aparência desfeminizada... Eu saí de lá realmente mal... Se o atendimento tivesse sido diferente eu teria voltado, mas não foi uma experiência bacana (P28).

Nesses trechos, nota-se que em detrimento de episódios negativos em consultas ginecológicas, o retorno e a realização de exames preventivos foram dificultados, o que implica diretamente na saúde dessa população que não possui preservativos apropriados para suas relações sexuais e ficam expostas a situações de risco, podendo contrair inúmeras doenças adquiridas por via sexual oral e vaginal ³⁶.

Outros estudos com enfoque na saúde sexual de mulheres não heterossexuais ^{37, 9} os motivos levantados por elas em não realizar periodicamente o exame preventivo do colo de útero (com a frequência recomendada pelo Ministério da Saúde é de uma vez por ano após 25 anos de idade, pelo menos nos 2 primeiros anos; caso o exame não apontar nenhuma alteração, pode ser realizado a cada 2 anos ³⁸) foram devido à falta de tempo para comparecer à consulta ou pela demora do serviço de saúde pública para realizar a marcação e também pelas dificuldades inerentes à própria orientação sexual, como por exemplo, ter tido experiências desconfortáveis durante consultas e procedimento ginecológicos.

Muitas das mulheres entrevistadas (38%) não tiveram acesso aos exames de rotina que possibilitam o diagnóstico de infecções e doenças sexuais. Segundo estudo recente ³⁹, em

relação às mulheres não heterossexuais, não existem dados relevantes do número de mulheres lésbicas e bissexuais no Brasil que possuem algum diagnóstico de alguma IST, isso ocorre pela ausência de pesquisas brasileiras direcionadas a este grupo de mulheres. Apesar disso, estudo internacional ⁴⁰ sobre a homossexualidade feminina aponta para um índice relevante de morbidade desta população, não somente causada por patologias de ordem sexual, como câncer de mama e do colo do útero, como também causas diversas, a exemplo, obesidade e doenças cardiovasculares, devido ao fato dessa população não ter uma rotina em cuidados de saúde como mulheres heterossexuais ⁴¹. Dado que ressalta a importância de mais estudos e levantamentos nessa área, de modo que repercuta em ações de saúde que aumentem a adesão dessa população nos serviços de saúde.

Considerações finais

As mulheres que participaram deste estudo, em sua maioria, relataram o sentimento de desamparo em relação aos serviços e aos profissionais de saúde, por não ofertarem, muitas das vezes, o acolhimento e informações sobre as especificidades que esse grupo precisa, seja por déficit na formação, preconceitos e hábitos heteronormativos ou falta de discussão dessa temática nesses espaços. As conclusões deste estudo indicam a necessidade dos prestadores de cuidados de saúde receberem formação/capacitação para responder às necessidades específicas das mulheres não heterossexuais de uma forma compassiva e receptiva. Além disso, é crucial o desenvolvimento de políticas públicas em saúde que reconheçam e legitimem as especificidades presentes dentro das práticas sexuais homoafetivas femininas. Por fim, a pesquisa se mostra compatível com outros estudos realizados nacional e internacionalmente, em que revelam que grande parte desse grupo percebe os avanços sobre a temática entre os profissionais e o serviço de saúde, no entanto, ainda existem obstáculos a

serem superados para que haja uma oferta adequada no que tange aos cuidados à saúde sexual das mulheres lésbicas e bissexuais.

Colaboradores

TG Silva trabalhou na concepção, levantamento de dados, escrita, análise e revisão final do artigo. AGM Junior trabalhou na orientação e coordenação da pesquisa, escrita, análise dos dados e revisão final do artigo.

Financiamento

A pesquisa foi realizada dentro do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) da Universidade Federal do Oeste da Bahia (UFOB), regulamentado pela Resolução Consuni nº 003/2020, pelas Resoluções 017/2006 e 042/2013 do CNP2023/2024, sob EDITAL Nº 02/2023, da Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa PROPGP/UFOB, Processo 23520.011940/2022-74.

Referências

1. Lima, M. A. S. (2016). Vulnerabilidade e prevenção às DST'S nas práticas afetivo-sexuais de lésbicas (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.
2. Souza. C. J. (2018). Análise sobre acesso e qualidade da atenção integral à saúde de mulheres lésbicas, bissexuais, transexuais e travestis na atenção básica de saúde na cidade do Recife, Brasil (Tese de Doutorado). Instituto Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz, Recife.
3. Louro, G. Gênero, Sexualidade e Educação. Uma Perspectiva pós Estruturalista Guacira Lopes Louro - Petrópolis, RJ, Vozes, P. 14-36 1997.
4. Butler, J. Problemas de Gênero: Feminismo e Subversão Da Identidade. Tradução de Renato Aguiar. Rio De Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

5. De Jesus, J. Orientações sobre Identidade de Gênero: Conceitos e Termos. Guia Técnico Sobre Pessoas Transexuais, Travestis e demais Transgêneros, para Formadores de Opinião, V. 2, P. 42, 2012.
6. Bartzatt, R. Doenças Sexualmente Transmissíveis Representam Riscos à Saúde de Mulheres que Fazem Sexo com Mulheres. *Novos Insights Sobre Pesquisa de Doenças e Patógenos*, Vol. 2, p.118-128. 2019.
7. Rodrigues, J. L., & Falcão, M. T. C. (2021). Vivências de atendimentos ginecológicos por mulheres lésbicas e bissexuais: (in)visibilidades e barreiras para o exercício do direito à saúde. *Saúde Soc.*, 30(1).
8. Logie, C. et al. Correlates of a Lifetime History of Sexually Transmitted Infections among Women Who Have Sex With Women in Toronto, Canada: Results From a Crosssectional Internet-Based Survey. *Sex Transm Infect*, 2015.
9. Barbosa RM, Facchini R. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica* 2009; 25(Supl. 2):s291-s300.
10. Melo, A. Mulheres e outras Mulheres: Gênero e Homossexualidade(s) no Programa de Saúde da Família. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro, RJ, 2010.
11. Muranda, T. et al. HIV is not for me: a Study of African Women Who Have Sex With Women's Perceptions of HIV/Aids and Sexual Health. *African Human Rights Law Journal*, p. 757-786. 2014
12. Daly, F. et al. Sexual Rights But Not The Right To Health? Lesbian And Bisexual Women In South Africa's National Strategic Plans On Hiv And STIs. *Reproductive Health Matters*, V. 24, N. 47, P. 185-194. 2016.
13. Ayres J. et al. Conceitos e Práticas de Prevenção: da História Natural da Doença ao Quadro da Vulnerabilidade e Direitos Humanos. *Prevenção e Promoção da Saúde - Livro I: Da Doença à Cidadania*. Curitiba: Juruá, 2012; p.71-94.
14. Romanowski F. N. A., Castro, M. B., Neris, N. W. Centro universitário de Anápolis Pró-Reitoria de pós-graduação, pesquisa, extensão e ação comunitária programa de pós graduação em odontologia: Manual de tipos de estudo. [s.l: s.n.].
15. Goodman, L. Snowball Sampling. In: *Annals of Mathematical Statistics*, p. 148-170, 1961.
16. Minayo MCS. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes; 2009.
17. Minayo, MCS; Costa, AP. *Técnicas que fazem uso da Palavra, do Olhar e da Empatia: Pesquisa Qualitativa em Ação*. Aveiro: Ludomedia, 2019.
18. Minayo, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. V. 7, n. 3, p. 631-626, 2012.
19. Azevedo, G. R. B. DE . et al.. Saúde sexual e acesso aos serviços para mulheres lésbicas em Manaus, Amazonas, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 29, n. 5, p. e03512023, 2024.
20. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018. Aprova o Código de Ética Médica. *Diário Oficial da União [Internet]*. Brasília, n. 211, p. 179, 1 nov 2019
21. Rodrigues JL. Esteriótipos de gênero e o cuidado em saúde sexual de mulheres lésbicas e bissexuais. [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo;

2011.

22. Bjorkman M & Malterud K. Lesbian women's experiences with health care: A qualitative study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2009; 27(4):238-43.
23. Facchini R, Barbosa RM. Dossiê saúde das mulheres lésbicas: promoção da equidade e da integralidade. Belo Horizonte: Rede Feminista de Saúde; 2006.
24. Valadão, R. C., & Gomes, R. (2011). A homossexualidade feminina no campo da saúde: da invisibilidade à violência. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 21(4), 1451 – 1467.
25. Facchini, R. Mulheres, Diversidade Sexual, Saúde e Visibilidade Social. *Homossexualidade: Produção Cultural, Cidadania e Saúde*. Rio de Janeiro: Abia.p. 34-43. 2004
26. Meinerz, N. (2009). Método cem por cento garantido. Práticas de sexo seguro em relações homoeróticas entre mulheres de segmentos médios em Porto Alegre. *Boletim Eletrônico Cidadania Sexual, America Latina*, 16, 1-7.
27. De Oliveira JM, Almeida MJ, & Nogueira C. Exploring medical personnel's discourses on the sexual health of lesbian and bisexual women in Greater Lisbon, Portugal. *Revista Colombiana de Psicología*. 2014; 23(2), 297-309.
28. Lopes , R. L. M. .; Diniz , N. M. F. .; Gesteira, S. M. Dos A. .; Matos , M. E. C. De .; Argôllo, S. L. S. .; Santos, A. S. M. Dos .; Reis, O. R. O exame ginecológico para a prevenção do câncer cervico-uterino: relações de gênero expressas pela clientela. *Revista Brasileira de Cancerologia*, [S. l.], v. 45, n. 4, p. 35–43, 2022
29. Uskul, A. K. & Ahmad, F. (2003). Physician- patient interaction: a gynecology clinic in Turkey. *Social Science & Medicine*, 57, 205-215.
30. Ekeroma, A.; Harillal, (2003). M. Women's choice in the gender and ethnicity of her obstetrician and gynaecologist. *Australian and New Zeland Journal of obstetrics and gynaecology*, 43, 354-359.
31. Brasil. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Resolução CNE/CES 3/2014. Diário Oficial da União, Brasília, 23 de junho de 2014 – Seção 1, 8-11.
32. Miskolci, R., Oliveira, F. S., Teixeira, F. B., Deslandes, K., Pereira, P. P. G.. O que uma UBS pode oferecer às pessoas LGBTI+?. *Cien Saude Colet* [periódico na internet] (2024/Abr). [Citado em 15/07/2024]. Está disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/o-que-uma-ubs-pode-oferecer-as-pessoas-lgbti/19157?id=19157>
33. Lima, M. A. S. De .; Costa Júnior, C. P. Da .; Batista, A. T. .; Amorim, I. T. .; Pimentel, P. L. B. .; Campos, S. G. S. P. .; Saldanha, A. A. W. . Analysis of prejudice and discrimination by healthcare professionals against lesbian users in Basic Health Units. *Research, Society and Development*, [S. l.], v. 12, n. 9, p. e13612943350, 2023.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 19 Nov 2013.
35. Leocadio, G. De C. .; Leocadio, V. C. De C. .; Rezende, M. P. .; Goulart, B. F. .; Machado, A. R. M. .; Parreira, B. D. M. . Information, accesses and use of contraceptive methods and gynecological follow-up between university students . *Research, Society and*

Development, [S. l.], v. 11, n. 13, p. e325111335519, 2022.

36. Bertolin, Daniela Comelis Et Al. Conhecimento De Mulheres Que Fazem Sexo Com Mulheres Sobre O Papilomavírus Humano. *Cogitare Enfermagem*, [S.l.], v. 15, n. 4, dez. 2010. ISSN 2176-9133.

37. Tracy JK, Lydecker AD & Ireland R. Barriers to cervical cancer screening among lesbians. *Journal of Women's Health*. 2010;19(2):229-37.

38. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero. Coordenação de Prevenção e Vigilância. 2ª ed. Rio de Janeiro: INCA; 2016.

39. Araújo, L. M., Penna, L. H. G., Carinhaha, J. I., & Costa, C. M. A. (2019). cuidado às mulheres lésbicas no campo da saúde sexual e reprodutiva. *Revista Enfermagem UERJ*, 27, 1 – 7.

40. Van Gerwen, O.T., Muzny, C.A. & Marrazzo, J.M. Sexually transmitted infections and female reproductive health. *Nat Microbiol* 7, 1116–1126 (2022). <https://doi.org/10.1038/s41564-022-01177-x>

41. Barbosa RM e Koyama MAH. Mulheres que fazem sexo com mulheres: algumas estimativas para o Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2006; 22(7):1511-14.

6.2. Artigo 2:

FATORES QUE DIFICULTAM MULHERES NÃO HETEROSSEXUAIS DE EXPRESSAR SUA SEXUALIDADE PARA GINECOLOGISTAS

Factors that make it difficult for non-heterosexual women to express their sexuality to gynecologists

Factores que dificultan que las mujeres no heterosexuales expresen su sexualidad a los ginecólogos

Facteurs qui rendent difficile pour les femmes non hétérosexuelles d'exprimer leur sexualité aux gynécologues

Resumo

Ao longo do tempo, a perspectiva de cuidado à saúde da mulher foi alterada, antes baseada somente na visão biológica e reprodutiva, agora, incluindo fatores mais amplos, como a sexualidade. Dessa forma, este estudo teve como objetivo analisar os fatores que dificultam a abertura sobre o tema sexualidade e orientação sexual em consultas ginecológicas por

mulheres não heterossexuais de acordo com suas vivências nos espaços de saúde da mulher na cidade de Barreiras, Bahia. Trata-se de uma pesquisa de caráter qualitativo, que teve a participação de 45 mulheres, (48,9%) lésbicas e (42,2%) bissexuais. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas e suas análises ocorreram de acordo com a classificação dos dados por conteúdo e frequência, de modo que os dados mais proeminentes se tornassem evidentes e relevantes aos pesquisadores. Os dados foram interpretados através de uma problematização das unidades de sentido de forma individualizada. Os principais motivos mencionados como barreiras na abertura da temática sexualidade foram consultas voltadas para heterossexualidade, sensação de desconforto nos serviços de saúde e estigmas/receios da própria mulher em expressar sobre o assunto para o profissional. Conclui-se que se faz necessário uma formação dos profissionais da saúde e políticas públicas voltadas para a promoção da saúde sexual de mulheres não heterossexuais para que suas demandas sejam acolhidas e discutidas abertamente nos serviços de saúde.

Palavras-chave: Minorias sexuais e de gênero, Equidade no acesso aos serviços de saúde, Saúde da mulher

Abstract

Over time, the perspective of women's health care has changed, previously based solely on a biological and reproductive view, now including broader factors, such as sexuality. Therefore, this study aimed to analyze the factors that make it difficult for non-heterosexual women to be open about the topic of sexuality and sexual orientation in gynecological consultations, according to their experiences in women's health spaces in the city of Barreiras, Bahia. This is a qualitative research, with the participation of 45 women, (48.9%) lesbians and (42.2%) bisexuals. Semi-structured interviews were carried out and their analyzes occurred according to the classification of data by content and frequency, so that the most prominent data became evident and relevant to researchers. The data were interpreted through a problematization of the units of meaning individually. The main reasons mentioned as barriers in opening up the topic of sexuality were consultations focused on heterosexuality, feelings of discomfort in health services and stigmas/fears of the woman herself in expressing the subject to the professional. It is concluded that training of health professionals and public policies aimed at promoting the sexual health of non-heterosexual women are necessary so that their demands are accepted and discussed openly in health services.

Keywords: Sexual and gender minorities, Equity in access to health services, Women's health

Resumen

Con el tiempo, la perspectiva de la atención de la salud de las mujeres ha cambiado, antes basada únicamente en una visión biológica y reproductiva, incluyendo ahora factores más amplios, como la sexualidad. Por lo tanto, este estudio tuvo como objetivo analizar los factores que dificultan que las mujeres no heterosexuales sean abiertas sobre el tema de la sexualidad y la orientación sexual en las consultas ginecológicas, según sus experiencias en espacios de salud de la mujer en la ciudad de Barreiras, Bahía. Se trata de una investigación cualitativa, con la participación de 45 mujeres, (48,9%) lesbianas y (42,2%) bisexuales. Se realizaron entrevistas semiestructuradas y sus análisis se produjeron según la clasificación de los datos por contenido y frecuencia, de modo que los datos más destacados se volvieran evidentes y relevantes para los investigadores. Los datos fueron interpretados a través de una problematización de las unidades de significado individualmente. Los principales motivos mencionados como barreras para la apertura del tema de la sexualidad fueron consultas enfocadas a la heterosexualidad, sentimientos de malestar en los servicios de salud y estigmas/miedos de la propia mujer al expresar el tema al profesional. Se concluye que la formación de profesionales de la salud y políticas públicas dirigidas a promover la salud sexual de las mujeres no heterosexuales son necesarias para que sus demandas sean aceptadas y discutidas abiertamente en los servicios de salud.

Palabras clave: Minorías sexuales y de género, Equidad en el acceso a los servicios de salud, Salud de la mujer

Résumé

Au fil du temps, la perspective des soins de santé des femmes a changé, auparavant basée uniquement sur une vision biologique et reproductrice, incluant désormais des facteurs plus larges, tels que la sexualité. Par conséquent, cette étude visait à analyser les facteurs qui rendent difficile pour les femmes non hétérosexuelles d'être ouvertes sur le thème de la sexualité et de l'orientation sexuelle lors des consultations gynécologiques, selon leurs expériences dans les espaces de santé pour femmes de la ville de Barreiras, Bahia. Il s'agit d'une recherche qualitative, avec la participation de 45 femmes, (48,9 %) lesbiennes et (42,2 %) bisexuelles. Des entretiens semi-structurés ont été réalisés et leurs analyses ont été

réalisées selon la classification des données par contenu et fréquence, de sorte que les données les plus importantes soient devenues évidentes et pertinentes pour les chercheurs. Les données ont été interprétées à travers une problématisation des unités de sens individuellement. Les principales raisons évoquées comme obstacles à l'ouverture du thème de la sexualité étaient les consultations centrées sur l'hétérosexualité, les sentiments d'inconfort dans les services de santé et les stigmates/peurs de la femme elle-même dans l'expression du sujet au professionnel. On conclut que la formation des professionnels de la santé et les politiques publiques visant à promouvoir la santé sexuelle des femmes non hétérosexuelles sont nécessaires pour que leurs revendications soient acceptées et discutées ouvertement dans les services de santé.

Mots clés : Minorités sexuelles et de genre, Équité dans l'accès aux services de santé, Santé des femmes

A sexualidade da mulher, ao longo da história, sempre foi vigiada e reprimida pelas instituições de poder, que estabeleceram padrões de comportamentos ditos femininos (Santos, 2015). Consoante a isso, na medicina, a perspectiva de cuidados em saúde das mulheres foi alicerçada por vieses biológicos e de caráter reprodutivo. Sendo assim, reflete-se que a identidade sexual da mulher foi construída sob um contexto heteronormativo, em que não era permitido expressá-la abertamente em sua realidade (Policarpo, 2016).

Para Guacira Louro (1997), as identidades sexuais são construídas pelas formas como são vivenciadas a sexualidade, sejam elas com parceiros/as do mesmo sexo, do sexo oposto, de ambos os sexos ou sem parceiros/as. À vista disso, compreende-se, que a orientação sexual diz sobre a atração afetivo-sexual por alguém, a forma que se vive a sexualidade (De Jesus, 2012).

Os movimentos feministas e da comunidade LGBTQIA+ por mudanças e inclusão dessas pautas nos espaços sociais e políticos foram/são imprescindíveis para que o sistema possa se modificar e evoluir, tornando-se capaz de contemplar as necessidades de mulheres

que se identificam sexualmente como não heterossexuais, respeitando as suas singularidades e demandas. Sob esse viés foi implementado no Sistema Único de Saúde (SUS), as políticas públicas voltadas para a atenção integral à mulher com a institucionalização, da Política Nacional de Atenção Integral à Mulher (PNAISM), com o objetivo de expandir a atenção voltada à saúde da mulher, englobando questões que tratam além da saúde reprodutiva, também determinantes como, gênero e sexualidade (Brasil, 2004). Ainda, foi instituída a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), que apesar dos obstáculos, prima promover maior equidade no atendimento e acolhimento dessa população no SUS (Brasil, 2011). Além disso, foi desenvolvida a cartilha Mulheres Lésbicas e Bissexuais: Direitos, Saúde e Participação Social (Brasil, 2013) e o relatório da oficina Atenção à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais (Brasil, 2014), que englobam informações sobre as práticas sexuais de mulheres que se relacionam com mulheres e a importância do acolhimento desse grupo nos serviços de saúde.

No entanto, apesar dos avanços, a cobertura de políticas públicas em saúde para essa população ainda está longe de ser adequada. Essa deficiência pode estar atrelada à falta de estudos e índices que analisem seu quadro de saúde, ao preconceito e discriminação presentes nos espaços de saúde, vulnerabilidades sociais dessas mulheres e ao déficit na formação dos profissionais sobre essa temática (Silva e Gomes, 2021). Sendo assim, verifica-se que a invisibilidade individual e social dessas mulheres, limitam o atendimento de suas necessidades por parte de programas e políticas públicas, reforçando suas vulnerabilidades em saúde (Lima e Saldanha, 2019).

Diante da complexa relação desse grupo com o serviço de saúde, principalmente, o ginecológico, torna-se relevante analisar os atravessamentos que dificultam mulheres não heterossexuais de expressar sua orientação sexual em consultas ginecológicas. Dessa forma, o presente estudo teve como objetivo entender a percepção que esse grupo de mulheres

possuem do serviço de saúde da mulher quando a temática é orientação sexual. Pretende-se contribuir com informações que possam tornar essas mulheres mais visíveis e acolhidas nos serviços de saúde, servindo de incentivo para criação de alternativas que gerem reflexões e transformações nesses espaços e nas condutas dos profissionais.

Método

Este estudo é caracterizado como uma abordagem exploratória-descritiva, de modo qualitativo. Para Turato (2005), os métodos qualitativos, inicialmente utilizados para estudos das Ciências Sociais, vêm alcançando mais importância nos Campos da Saúde. Estudar qualitativamente os discursos e as ações de indivíduos no âmbito da saúde, quer seja de pacientes ou profissionais, é buscar conhecer o que as vivências nesse campo significam e representam, estabelecendo uma aproximação das subjetividades sociais com um novo entendimento quanto aos aspectos que permeiam e se conectam interdisciplinarmente e que por muitas vezes passam despercebidos. O levantamento de dados se deu entre o mês de agosto de 2023 e dezembro de 2023, partindo, inicialmente, de um convite enviado pelo Instagram. Desse modo, as primeiras participantes que se interessaram em participar da pesquisa, registraram num formulário seus respectivos contatos e horários disponíveis. Após as primeiras entrevistas, as interlocutoras indicaram outras participantes, assim, utilizou-se neste estudo, a técnica *snowball* (Goodman, 1961) para atingir o público alvo. No geral, 45 mulheres participaram da análise deste estudo. Nas entrevistas foi utilizado um roteiro semi-estruturado para colher dados importantes para a caracterização da amostra, em blocos com perguntas sobre o perfil sociodemográfico, história e práticas sexuais, cuidados de saúde sexual e experiências no acesso aos serviços de consultas e exames ginecológicos. As entrevistas foram de modo presencial, nos Laboratórios Didáticos de Saúde (LDS),

dependência da Universidade Federal do Oeste da Bahia (UFOB), e online, via Google Meet, em dias úteis, durando em média 15 minutos cada. Os áudios das entrevistas foram registrados e salvos num Drive com numerações, de modo que preservasse o anonimato das participantes. A análise qualitativa dos dados foi realizada a partir da ordenação e organização do material com as falas e respostas das entrevistas semiestruturadas após leitura e transcrição individual do material, visando obter uma análise mais fidedigna e transversal de cada uma (Minayo, 2019). Foi realizada a categorização dos dados, “busca por unidades de sentido” conforme se refere Minayo (2012), em que as falas foram agrupadas por semelhança, criando tópicos mais citados e relevantes para a temática deste estudo e seus objetivos. As participantes foram informadas sobre a justificativa, os objetivos e procedimentos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido após devida leitura. Dado que os sujeitos do estudo são seres humanos, o estudo obedeceu o previsto na Resolução 466/12 do Ministério da Saúde no Brasil, sendo o projeto analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Oeste da Bahia e aprovado em março de 2023 com o CAAE 67122023.0.0000.8060.

Resultados e Discussão

Participaram deste estudo 45 mulheres, residentes na cidade de Barreiras, Bahia, que já foram ao ginecologista. Nesse grupo, houve predominância de mulheres entre 18 a 32 anos de idade. No que se refere à orientação sexual, prevaleceu-se mulheres lésbicas (49,9%) seguida por bissexuais (42,2%). Entre as interlocutoras, (37,8%) se autodeclararam brancas, (33,4%) pardas, e (24,4)% como mulheres pretas. A formação acadêmica alternou entre ensino superior completo (46,6%) e incompleto em andamento (42,2%) e, mais da metade (55,6%) relataram ter uma renda mensal entre 1 a 4 salários mínimos.

Em relação às consultas ginecológicas, 44,5% das mulheres disseram ter ido em menos de um ano, outros 44,5% foram em menos de cinco anos, e por fim, 11% afirmaram terem ido a mais de cinco anos atrás. Questionou-se sobre suas experiências nessas consultas, 31% delas falaram positivamente das consultas ginecológicas, 38% falaram de forma negativa dessa experiência e outros 31% deram respostas regulares. Além disso, 33% das mulheres relataram que o ginecologista não pergunta sobre orientação sexual e a condução para esse assunto precisa partir delas próprias. Outros 20% disseram não falar sobre essa questão com o ginecologista em nenhuma hipótese e 9% alegaram que o questionamento sobre orientação sexual partiu do profissional da medicina. Ainda, 33% das participantes confessaram que um dos fatores que dificultam elas de se abrirem sobre sexualidade nas consultas ginecológicas está atrelado a dificuldades e receios próprios de se expressarem para o profissional ginecologista.

Consultas roteirizadas sob a ótica heterossexual da mulher

De acordo com os resultados analisados e com a literatura (Lima Carvalho e Menezes, 2021), mulheres não heterossexuais já adentram no serviço de saúde ginecológico com barreiras e sentimentos, como traumas e estigmas, que dificultam a abertura para comunicação de temas como orientação sexual. Com isso, o estabelecimento de diálogo sobre a temática se torna muito mais complexo quando o atendimento não é individualizado para suas condições e segue roteiros que as façam sentir ainda mais inseguras e receosas.

Ao serem questionadas sobre suas experiências em consultas ginecológicas, observou-se que existe uma resistência no diálogo sobre sexualidade. Percebeu-se, que essa falha ocorre, em parte, pela falta de abertura do profissional que, muitas vezes, realiza o atendimento a partir do pressuposto da heterossexualidade da paciente. Segundo as participantes, essa atitude torna o ambiente desfavorável para expressarem suas demandas, o

que afasta a possibilidade de se estabelecer uma relação de confiança entre médico-paciente, corroborando a manutenção de consultas heteronormativas nas quais as necessidades desse grupo de mulheres deixam de ser ouvidas.

Eu não me senti à vontade lá para falar o porque eu não queria (usar anticoncepcional). Ele ficou insistindo e acabou receitando...só que eu também não quis falar o motivo. Me senti desrespeitada, nunca me senti confortável, eles poderiam perguntar, mas você se relaciona com homem ou com mulher? Eles não perguntam, entendeu? (P15).

Ninguém nunca chegou a me perguntar com quem eu me relacionava (P18).

Diante disso, verifica-se que, em algumas situações, o desejo de comunicação de mulheres não heterossexuais sobre suas relações pode ser inibido pela maneira que o profissional conduz o atendimento, uma vez que o modo que são interpeladas pode causar desconforto e constrangimentos. Além disso, este estudo, bem como outro levantamento recente (Azevedo et al, 2024) evidenciam que o questionamento sobre orientação sexual ainda não faz parte da rotina de muitos consultórios ginecológicos, dificultando ainda mais a discussão sobre a temática nesses momentos que se limitam, muitas vezes, a pressupostos normativos.

Para além de melhorar a relação entre profissional-paciente, o respeito e o acolhimento às demandas desse grupo, o questionamento a todas as pacientes sobre sua orientação sexual e práticas sexuais, permitem que o profissional conheça o perfil da paciente e os riscos aos quais estão mais expostas, uma vez que também são fatores determinantes na saúde (Pierre, 2012). Prova disso é um estudo (Pompeu Silveira e Cerqueira-Santos, 2022), com a participação de 1.289 mulheres, em que quase metade da amostra afirmou que teve, ao longo da vida, relação com ambos os sexos, sendo esse grupo mais preditivo à Infecções Sexualmente Transmissíveis do que aquelas que sempre se relacionam apenas com mulheres,

dado que exemplifica a relevância do profissional questionar a orientação e prática sexual da paciente, para direcionar melhor suas condutas.

Para além do melhor manejo e conduta do profissional, levantar esses questionamentos sobre a sexualidade da paciente de modo ativo e qualificado é fundamental para que ela se sinta amparada pelo serviço. Em estudo nacional e internacional (Robinson et al. 2017; Silva e Gomes 2021) percebeu-se que o acolhimento é um dos principais fatores para aumentar a adesão, vínculo e confiança dessa população nos serviços de saúde, evidenciando assim a importância de consultas acolhedoras na atenção e cuidado de mulheres não heterossexuais.

Ambiente desconfortável para a comunicação de assuntos íntimos

A consulta ginecológica foi citada por 44,5% das participantes como uma das principais formas de cuidado sexual e prevenção a IST. No entanto, de acordo com os discursos analisados, percebe-se que mesmo pontuando como importante e indispensável para o cuidado da saúde, as participantes não se sentem confortáveis nesse ambiente para falar sobre orientação sexual e pedir instruções sobre tais práticas. Desse modo, segundo elas, as consultas ginecológicas, muitas vezes, são inapropriadas e secundárias para tratar de questões de sexualidade e saúde sexual. As participantes destacaram o sentimento de desconforto e medo de revelar sua identidade sexual dentro dos serviços de saúde.

Na verdade eu me senti meio desconfortável, é porque eu fui falar da minha sexualidade com uma pessoa que não é amiga minha nem nada, me expor... Também o ambiente hospitalar não é confortável na maioria das vezes para a gente falar (P26).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), garante cuidado universal, equitativo e integral a todos os cidadãos, mas a partir da percepção de mulheres lésbicas e bissexuais,

verifica-se que a assistência fornecida, em alguns serviços, para essa população ainda não é adequada, especialmente em temas relacionados aos cuidados nas práticas sexuais homoafetivas (Rodrigues, 2019). Os sentimentos negativos relatado com a possibilidade de se tratar do tema dentro do serviço de saúde, pode ocorrer, segundo Lima (2020) devido a condutas de preconceito e desconhecimento sobre a homossexualidade feminina terem se tornado conhecidas, corroborando a forma com que essas usuárias encaram o serviço como um ambiente hostil e desfavorável para tratar de assuntos íntimos e pessoais.

Esse cenário impõe a essas mulheres a difícil escolha entre revelar e enfrentar possíveis violências e desrespeito ou permanecer na invisibilidade e ter que buscar outras formas de obter informações sobre sua saúde sexual. Esse sentimento de desconforto em se expor nos serviços de saúde está além de ser algo abstrato e restrito ao grupo analisado nesta pesquisa, outros estudos (Lima, 2020; Rodrigues e Falcão, 2021) apontam que é frequente mulheres lésbicas e bissexuais receberem, de fato, tratamento pouco acolhedor dos profissionais quando revelam sua sexualidade, por isso é transmitido o retrato inóspito desse ambiente para esse tipo de discussão.

Receios e limitações da própria paciente em revelar sua orientação e práticas sexuais

Além de não ser comum nas consultas ginecológicas a abordagem do tema orientação sexual por parte de muitos profissionais, percebeu-se que existe também um grau de dificuldade por parte de muitas mulheres em expressar sua orientação sexual nesses momentos. Entre as participantes esse receio em expor a própria sexualidade perpassa mesmo com profissionais que elas relatam sentir confiança e possuir intimidade em falar de outros temas pessoais, por se tratar de uma questão que ainda requer autoaceitação e preparo para falarem abertamente sobre o assunto.

É meio constrangedor quando pergunta sobre relação sexual, eu ficava bem desconfortável... porque ela ficava perguntando como era...eu nem estava preparada para falar sobre isso (P10).

Eu realmente não falo sobre minha sexualidade com ginecologista, só o básico, tiro dúvidas na internet (P12).

Eu particularmente, nunca tive nenhuma experiência ruim, porque eu nunca me abri verbalmente para o meu ginecologista. Eu conheço ele, a gente se conhece, conhece a família, porém, eu nunca tive essa abertura para falar, eu acho que eu também não teria essa coragem (P50).

Em contrapartida aos discursos anteriores, outra participante relata preferência em tratar do assunto com um profissional desconhecido e em outra cidade, uma vez que evita lidar com questões familiares e possíveis julgamentos de conhecidos, configurando-se também como uma dificuldade da mulher em comunicar-se livremente sobre a temática devido a receios próprios e fatores sociais e externos à consulta ginecológica.

Quando eu fui em outra cidade, eu me senti mais à vontade porque eu estava em outra cidade que não era a minha...Era uma médica que eu não conhecia, que não tinha relação nenhuma com a minha família. Então eu me senti muito à vontade para falar sobre que eu tinha relações com mulher, e para falar mesmo abertamente sobre isso... Mas aqui eu não sei, por conhecer mais gente...tenho receio, por eu ser nova e achar que tô indo no ginecologista por ter alguma coisa (P33).

Tendo em consideração os relatos, torna-se evidente que existem muitas questões limitantes que dificultam o diálogo sobre a orientação e práticas sexuais de mulheres não heterossexuais para profissionais da saúde da mulher, destacando-se os receios pessoais

destas. Portanto, deve-se levar em consideração o fato dessas mulheres enfrentarem estressores diários, como discriminação e da violência psicológica, que modificam a maneira como elas enxergam e se relacionam com essa exposição em diversos outros contextos e instituições sociais (Brasil, 2018).

Dessa forma, a revelação ou não da orientação sexual, nem sempre se trata de uma simples escolha para essas mulheres, uma vez que estigmas externos à consulta ginecológica proporcionam um temor por reações adversas no ato de se assumir, fazendo com que esse grupo avalie os fatores de risco e de proteção relacionados a essa atitude (Aranda et al., 2015). Sendo assim, percebe-se que o cenário da saúde desse grupo também está condicionado a esses determinantes sociais e externos que complexificam a abertura para a revelação da orientação sexual dessas mulheres nesse ambiente e favorecem o desenvolvimento de processos de sofrimento, adoecimento e vulnerabilidade dessas mulheres (Souza, 2018).

No estudo de Pompeu Silveira e Cerqueira-Santos (2022) mulheres que pontuaram menos sofrimento psicológico e estressores sociais são as que mais se previnem e acessam o serviço de saúde, além de serem as que mais revelam sua orientação sexual para o profissional de saúde ginecológica, uma vez que a estabilidade psicossocial possui influência interna e externas, que reflete em autocuidado e autoaceitação.

Nesse mesmo estudo (Pompeu Silveira e Cerqueira-Santos, 2022), revelou-se que a maior abertura da paciente com o profissional da saúde, não se relaciona somente ao fato dela ser uma pessoa assumida e bem resolvida em suas relações sociais, tendo assim menos estressores, mas está também intrinsecamente ligada a confiabilidade que ela possui na relação com o profissional. Desse modo, destaca-se o papel do profissional da saúde em propiciar e tornar o ambiente mais acolhedor para que essas mulheres se sintam seguras em revelar sua orientação sexual e seus anseios durante o atendimento. Isso porque permitir que

essa abertura ocorra somente por meio delas pode inviabilizar esse acontecimento, devido ao fato das mulheres lésbicas e bissexuais serem vítimas de diversos fatores externos que influenciam e dificultam essa tomada de decisão (Figueira, 2020).

Mudanças na conduta do profissional e no acolhimento dessas mulheres nos serviços de saúde podem alterar positivamente a realidade atual, em que essas mulheres possuem baixa adesão aos serviços de ginecologia por ter receio de sofrer discriminação nesses serviços (Brown, 2014). Ainda que de forma indireta, a discriminação em saúde, oriunda do preconceito sutil, é tão imoral quanto sua demonstração explícita, visto que, aqueles que o expressam são profissionais de saúde que deveriam atuar prestando serviço de qualidade isentos de pré-julgamentos, principalmente pelo fato de diariamente terem que prestar cuidados para usuárias que já são alvo de julgamentos externos (Lima, 2020).

Conclusão

A partir desse estudo, percebe-se que a mulher não heterossexual antes mesmo de adentrar nos serviços de saúde ginecológica já enfrenta questões sociais, históricas e políticas que direcionam ela a se calar sobre sua sexualidade. Somado a isso, existem significativas fragilidades no acolhimento e nas ações ofertadas à saúde de mulheres lésbicas e bissexuais nos serviços de saúde. Essas falhas podem ser diretamente atreladas à formação médica deficitária no tocante a essa temática.

Dentro desse contexto, percebe-se que apesar de existirem políticas e projetos destinados ao cuidado dessas mulheres, ainda não há comprometimento ou capacitações para que os profissionais médicos possam conhecê-las e colocá-las em prática, mantendo ainda esses atendimentos pautados em padrões heteronormativos e apresentando dificuldades em reconhecer e trabalhar com as demandas singulares das mulheres lésbicas e bissexuais nos serviços de saúde, principalmente, ginecológico. Essa deficiência profissional é capaz de

distanciar e corroborar com o adoecimento de mulheres já socialmente vulneráveis, agravando problemas de saúde mental e outras patologias, além de contribuir para a perpetuação de discurso e práticas heteronormativas adoecedoras no sistema, bem como para o afastamento dessas usuárias dos serviços de saúde essenciais.

Diante das variáveis que dificultam mulheres não heterossexuais a expressar sua própria orientação sexual em consultas ginecológicas, percebe-se que a mudança na formação dos profissionais é crucial e mais factível em menor tempo para se obter maior adesão e acolhimento dessas mulheres nos serviços de saúde. Para isso, torna-se imprescindível uma formação baseada nos princípios do SUS e que trabalhe as questões de gênero e sexualidade de forma transversal, de maneira obrigatória e priorizada nas disciplinas de atenção básica e saúde da mulher, excluindo o padrão heterossexual como norma e incluindo diferenças de maneira respeitosa e acolhedora. É necessária também que haja uma maior comunicação e Educação Permanente dos profissionais sobre o cuidado a esses grupos vulneráveis, para que os ideais sejam postos em prática de maneira satisfatória durante seus processos de trabalho.

Referências

- Aranda, F., Mattheus A. K., Hughes T. L., Moramatsu N., Wilsnack S. C., & Johnson T. P. (2015). Coming out in color: Racial/Ethnic differences in the relationship between level of sexual identity disclosure and depression among lesbians. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 21(2), 247-257. DOI: 10.1037/a0037644
- Azevedo, G. R. B. DE . et al.. Saúde sexual e acesso aos serviços para mulheres lésbicas em Manaus, Amazonas, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 29, n. 5, p. e03512023, 2024.
- Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes. Brasília; 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília: 1. ed.1, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Mulheres Lésbicas e Bissexuais: Direitos, Saúde e Participação Social. Brasília; 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais. Relatório da Oficina Atenção à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais: Brasília; 2014.

Brasil. Ministério dos Direitos Humanos. (2018). Violência LGTBfóbicas no Brasil: dados da violência. Brasília, DF. Recuperado de <https://www.mdh.gov.br/biblioteca/consultorias/lgbt/violencia-lgbtfobicas-no-brasildados-da-violencia>.

Brown JL, Pecheny M, Tamburrino MC, Conde LL, Perrotta GV, Capriati A, et al. Gynecological care among lesbians and bisexual women: notes on the situation in Argentina. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18(51):673-84.

De Jesus, J. Orientações sobre Identidade de Gênero: Conceitos e Termos. Guia Técnico Sobre Pessoas Transexuais, Travestis e demais Transgêneros, para Formadores de Opinião, V. 2, P. 42, 2012.

Figueira, M. D. (2020). *Identidade, Autoestima, Saúde Mental e Vinculação em Pessoas LGBT* (Master's thesis, Universidade da Beira Interior (Portugal)).

Goodman, L. (1961). Snowball sampling. *Annals of Mathematical Statistics*, 32, 148-170.

Lima Carvalho, M. F., & de Menezes, M. S. (2021). *Violência e saúde na vida de pessoas LGBTI*. SciELO-Editora FIOCRUZ.

Lima, M. A. S. d. (2020). *Crenças, atitudes e preconceito de profissionais de saúde frente à vulnerabilidade em saúde sexual de lésbicas*.

Lima, M. A. S., & Saldanha, A. A. W. (2019). Análise qualitativa das atitudes de profissionais de saúde no atendimento oferecido às usuárias lésbicas. *Bagoas-Estudos gays: gêneros e sexualidades*, 13(21).

Louro, G. Gênero, Sexualidade e Educação. Uma Perspectiva pós Estruturalista Guacira Lopes Louro - Petrópolis, RJ, Vozes, P. 14-36 1997.

Minayo, M. Análise Qualitativa: Teoria, Passos e Fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, p. 621-626, 2012.

Minayo, M.; Costa, A. Técnicas que fazem o uso da palavra, do Olhar e da Empatia: Pesquisa Qualitativa Em Ação. p. 63. 2019.

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

Policarpo, V. Para lá da Heteronorma: Subjetivação e Construção da Identidade Sexual. *Revista Estudos Feministas*, V. 24, N. 2 , p. 541-562. 2016.

Pompeu Silveira, A.P, & Cerqueira-Santos, E. (2022). Fatores Associados à Prevenção Sexual e Reprodutiva de Mulheres Lésbicas. *Revista Subjetividades*, 21(3), e11404. <https://doi.org/10.5020/23590777.rs.v21i3.e11404>

Robinson K, Galloway KY, Bewley S, Meads C. Lesbian and bisexual women's gynaecological conditions: a systematic review and exploratory meta-analysis. *BJOG* [Internet]. 2017;124(3):381-92. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27862853>

Rodrigues, D. L. M. (2019). O rastreio e a prevenção das IST's em mulheres lésbicas e bissexuais: revisão integrativa.

Rodrigues, J. L., & Falcão, M. T. C. (2021). Vivências de atendimentos ginecológicos por mulheres lésbicas e bissexuais: (in)visibilidades e barreiras para o exercício do direito à saúde. *Saúde Soc.*,30 (1)

Santos, M. A. C. M. (2015). A domesticação do corpo e a subversão da sexualidade feminina na literatura: do Iluminismo ao Naturalismo.

Silva, A. D. N., & Gomes, R. (2021). Acesso de mulheres lésbicas aos serviços de saúde à luz da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26, 5351-5360.

Souza, A. C. J. (2018). Análise sobre acesso e qualidade da atenção integral à saúde de mulheres lésbicas, bissexuais, transexuais e travestis na atenção básica de saúde na cidade do Recife, Brasil (Tese de Doutorado). Instituto Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz, Recife.

Turato, E. R.. Qualitative and quantitative methods in health: definitions, differences and research subjects. *Revista de Saúde Pública*, v. 39, p. 507-514, 2005.

7. DISCUSSÃO GERAL

De acordo com os dados analisados percebeu-se deficiências notáveis na atenção e nas ações voltadas à saúde das mulheres lésbicas e bissexuais no serviço de saúde da mulher, falhas que estão atreladas no déficit dessa temática na formação dos profissionais da saúde. Embora existam políticas e projetos voltados para atender essa população, verifica-se que há necessidade de mais esforço dos serviços de saúde para conhecer tais políticas e implementá-las; abandonando assim, de forma coerente, os padrões de referência heteronormativos, uma vez que existe uma diversidade de usuárias no sistema de saúde.

Tornou-se evidente a importância de uma reflexão coletiva sobre essa temática, para isso é necessário que se ofereça instrumentos para essa transformação e que se desenvolvam capacitações para lideranças sociais, gestores estaduais e municipais, profissionais da rede, integrantes de diversos conselhos e estudantes. A exemplo disso tem-se o curso a distância “Política Nacional de Saúde Integral LGBT”, em 2017, que foi oferecido pelo Ministério da Saúde e Rede UNA-SUS e desenvolvido por setores de estratégia e educação em saúde em parceria com o Comitê Técnico de Saúde LGBT. Este curso buscou capacitar estudantes, gestores, profissionais e outros interessados na temática, mas teve vagas limitadas e não permanece ativo nos dias atuais.

As deficiências no acolhimento de mulheres não heterossexuais nos serviços de saúde e na atuação dos profissionais precisam ser revistas, visto que tal fator pode distanciar e

favorecer o adoecimento de mulheres que já são socialmente vulneráveis, agravando diversos problemas de saúde. A notória falta de formação desses profissionais em sexualidade e orientação sexual, dificulta o ensino, o acolhimento e atendimento integral dessa comunidade, e insere médicos no mercado de trabalho ainda despreparados para lidar com as demandas e particularidades das mulheres que fazem sexo com mulheres, fato que contribui para a perpetuação de discurso e práticas heteronormativas adoecedoras no sistema, bem como afastamento dessas usuárias dos serviços de saúde essenciais.

8. CONCLUSÃO

Diante das problemáticas discutidas neste estudo, observa-se como a formação dos profissionais, a menor prazo, é crucial para definir o caminho seguido pelas usuárias no sistema, capaz de incluí-las ou distanciá-las. Para isso, torna-se imprescindível uma formação baseada nos princípios do SUS e que trabalhe as questões de gênero e sexualidade de forma transversal, de maneira obrigatória e priorizada nas disciplinas de atenção básica e saúde da mulher, excluindo o padrão heterossexual como norma e incluindo diferenças de maneira respeitosa e acolhedora. É necessário também que haja uma maior comunicação e Educação Permanente dos profissionais sobre o cuidado a esses grupos vulneráveis, para que os ideais sejam postos em prática de maneira satisfatória durante seus processos de trabalho.

Para finalizar, destaca-se, que devido ao fato deste estudo possuir caráter qualitativo, não se faz possível a generalização dos dados aqui analisados. Além disso, houve lacunas que podem ser trabalhadas em pesquisas futuras, com uma amostra maior e análise de outros fatores que interferem na saúde deste grupo estudado, além de pesquisas que possibilitem a escuta dos profissionais dos serviços de saúde, para que seja feito, a partir de suas impressões e experiências, diálogos e estudos que corroborem com a melhoria da oferta de saúde para essa população.

REFERÊNCIAS:

ALMEIDA, G. **Da Invisibilidade à Vulnerabilidade: Percursos do 'Corpo Lésbico' na Cena Pública Face à Possibilidade de Infecção por DST e Aids**. Tese Doutorado em Saúde Coletiva. Rio De Janeiro: Instituto de Medicina Social, UERJ. 2005.

AYRES J. *et al.* **Conceitos e Práticas de Prevenção: da História Natural da Doença ao Quadro da Vulnerabilidade e Direitos Humanos**. Prevenção e Promoção da Saúde - Livro I: Da Doença à Cidadania. Curitiba: Juruá, 2012; p.71-94.

BARBOSA, R. FACCHINI, R. **Acesso a Cuidados Relativos à Saúde Sexual entre Mulheres que Fazem Sexo com Mulheres em São Paulo, Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, p. S291-S300. 2009.

BASS, T. **Exploring Female Sexuality: Embracing The Whole Narrative**. NCMJ. 2016. Disponível em: <https://www.Ncmedicaljournal.Com/Content/Ncm/77/6/430.Full.pdf> .

BATISTA, M.; ZAMBENEDETTI, G. **Uma Pesquisa-Intervenção sobre Prevenção de IST/HIV com Mulheres Lésbicas e Bissexuais**. Psicol. Pesq. , Juiz de Fora , V. 11, N. 2, Pág. 42-50, Dez. 2017 . Disponível em http://Pepsic.Bvsalud.Org/SciELO.Php?Script=Sci_arttext&Pid=S1982-12472017000200006&Lng=Pt&Nrm=Iso . Acesso em 15 Dez. 2022.

BOWEN D. *et al.* **Comparando Mulheres de Diferentes Orientações Sexuais usando Amostragem de Base Populacional**. Saúde da Mulher. 19–34. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Mulheres Lésbicas e Bissexuais: Direitos, Saúde e Participação Social**. Brasília; 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais**. Relatório da Oficina Atenção à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais: Brasília; 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Brasília; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília: 1. ed.1, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica: Revisão de Diretrizes para a Organização da Atenção Básica, no Âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União, Brasília. 2017. Acesso em: 11 De Dez 2022.

BRASIL. Observatório da Desigualdade de Gênero. **Saúde Integral das Mulheres, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos**. 2020. Disponível em: <http://www.observatoriodegenero.Gov.Br/Menu/Areas-Tematicas/Saude> Acessado em dezembro de 2022.

BUTLER, J. **Problemas de Gênero: Feminismo e Subversão Da Identidade**. Tradução de Renato Aguiar. Rio De Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CARVALHO, P. *et al.* **Prevenção de Enfermedades de Transmisión Sexual por Mujeres Homosexuales Y Bisexuales: Estudio Descriptivo**. Online Brazilian Journal Of Nursing. 2013. Recuperado de: http://www.objnursing.uff.br/Index.php/nursing/article/view/4177/html_37 Acessado em dezembro de 2022

COCHRAN, S. *et al.* **Indicadores de Risco Relacionados ao Câncer e Comportamentos de Rastreamento Preventivo entre Lésbicas e Mulheres Bissexuais**. Am J Saúde Pública , p.591–597. 2001.

DALY, F. *et al.* **Sexual Rights But Not The Right To Health? Lesbian And Bisexual Women In South Africa’s National Strategic Plans On Hiv And STIs**. Reproductive Health Matters, V. 24, N. 47, P. 185-194. 2016.

DE JESUS, J. **Orientações sobre Identidade de Gênero: Conceitos e Termos**. Guia Técnico Sobre Pessoas Transexuais, Travestis e demais Transgêneros, para Formadores de Opinião, V. 2, P. 42, 2012.

DEL PRIORE, M. **Histórias e Conversas de Mulher**. São Paulo: Planeta, 2013.

FACCHINI, R. **Mulheres, Diversidade Sexual, Saúde e Visibilidade Social**. Homossexualidade: Produção Cultural, Cidadania e Saúde. Rio de Janeiro: Abia.p. 34-43. 2004

FACCHINI, R.; BARBOSA, R. **Dossiê Saúde das Mulheres Lésbicas: Promoção da Equidade e da Integralidade**. Belo Horizonte; Rede Feminista de Saúde. 2006.

GERMAN, D.; LATKIN, C. **HIV Risk, Health, and Social Characteristics of Sexual Minority Female Injection Drug Users in Baltimore**. Aids Behav, p. 1361–1365. 2015. Doi: 10.1007/S10461-014- 0972-Z

GÓES, J. **Reflexões sobre Pigmentocracia e Colorismo no Brasil**. Revista Relações Sociais, [S. L.], V. 5, N. 4, P. 14741–01, 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufv.br/reves/article/view/14741> . Acesso em: 7 Dez. 2022.

GOODMAN, L. (1961). Snowball sampling. *Annals of Mathematical Statistics*, 32, 148-170.

HECK, J. *et al.* **Health Care Access among Individuals Involved in Same-Sex Relationships**. AM J Public Health. 2006 Doi: 10.2105/Ajph.2005.062661

HEILBORN, M. **Dois é Par. Gênero e Identidade Sexual no Contexto Igualitário**. Rio De Janeiro: Garamond, 2004.

HERRICK, A. *et al.* **Demographic, Psychosocial, and Contextual Factors Associated With Sexual Risk Behaviors among Young Sexual Minority Women**.

Journal Of The American Psychiatric Nurses Association, p. 345–355. 2013. Doi: 10.1177/1078390313511328

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2022**. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estatísticas de Gênero: Indicadores Sociais das Mulheres no Brasil**. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional de Saúde 2019**. Disponível em: <https://Www.Ibge.Gov.Br/Estatisticas/Sociais/Saude/9160-Pesquisa-Nacional-De-Saude.Html?=&T=O-Que->> Acessado em dezembro de 2022.

LIMA, Priscila. **Lésbicas, comunicação e saúde**. Abril de 2011. 53 f. Dissertação (Especialização em Comunicação em Saúde) - Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.

LOGIE, C. *et al.* **A Social Ecological Approach to Understanding Correlates of Lifetime Sexual Assault Among Sexual Minority Women in Toronto, Canada: Results From a Crosssectional Internet-Based Survey**. Health Education Research, p. 671-682. 2014. Doi: 10.1093/Her/Cyt119

LOGIE, C. *et al.* **Correlates of a Lifetime History of Sexually Transmitted Infections among Women Who Have Sex With Women in Toronto, Canada: Results From a Crosssectional Internet-Based Survey**. Sex Transm Infect, 2015. Doi: 10.1136/Sextrans-2014-051745

LOURO, G. **Gênero, Sexualidade e Educação**. Uma Perspectiva pós Estruturalista Guacira Lopes Louro - Petrópolis, RJ, Vozes, P. 14-36 1997.

LÚCIO, F. *et al.* **Sexual Health of Lesbian and/or Bisexual Woman: Specificities for Health Care and Sex Education**. Rev Ibero-Am Estud Educ. 2019 Doi: <https://Doi.Org/10.21723/Riaee.V14iesp.2.12611>

MARRAZZO J. *et al.* **Triagem do Teste de Papanicolaou e Prevalência do Papilomavírus Humano Genital entre Mulheres que Fazem Sexo com Mulheres**. AM J Saúde Pública . 2001.

MELLO, C. **Documentário: Maternidade Compulsória: uma Revisão do que Significa a Maternidade sob o Ponto de Vista do Feminismo**. Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” Faculdade de Arquitetura, Artes e Comunicação. Bauru: 2016.

MENDONÇA, J.; RIBEIRO, P. **Algumas Reflexões sobre a Condição da Mulher Brasileira da Colônia às Primeiras Décadas do Século XX**. Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação, Araraquara, 2011. Disponível em: <https://Periodicos.Fclar.Unesp.Br/Iberoamericana/Article/View/3495>.

MINAYO, M. **Análise Qualitativa: Teoria, Passos e Fidedignidade**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 17, p. 621-626, 2012.

MINAYO, M.; COSTA, A. **Técnicas que fazem o uso da palavra, do Olhar e da Empatia: Pesquisa Qualitativa Em Ação.** p. 63. 2019.

MURANDA, T. *et al.* **HIV is not for me: a Study of African Women Who Have Sex With Women's Perceptions of HIV/Aids and Sexual Health.** African Human Rights Law Journal, p. 757-786. 2014. Recuperado de http://Www.Scielo.Org.Za/SciELO.Php?Script=Sci_arttext&Pid=S1996-20962014000200021&Lng=En&Tlng=En

MUZNY, C. *et al.* **Bacterial Vaginosis Among African American Women Who Have Sex with Women.** Sex Transm Dis. 2013.

MUZNY, C. *et al.* **Sexual Behaviors, Perception of Sexually Transmitted Infection Risk, and Practice of Safe Sex among Southern African American Women Who Have Sex with Women.** Sexually Transmitted Diseases, p.395-400. 2013. Doi: 10.1097/Olq.0b013e31828caf34

OLIVEIRA, M. **Mulher e Violência em Maceió: Um Pensar sobre sua História.** 2006. Dissertação (Mestrado em História Social). Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2006.

PALMA, D., ORCASITA, L. **Considerations for the Design of Human Immunodeficiency Virus (HIV) Prevention Programs for Lesbian and Bisexual Women.** Interface (Botucatu), p. 1031-1038. 2017. Doi: 10.1590/1807-57622016.0790

POLICARPO, V. **Para lá da Heteronorma: Subjetivação e Construção da Identidade Sexual.** Revista Estudos Feministas, V. 24, N. 2 , p. 541-562. 2016. ISSN 1806-9584. Disponível em: <https://Doi.Org/10.1590/1805-9584-2016v24n2p541>

RISCADO, J. *et al.* **Vivenciando o Racismo e a Violência: um Estudo sobre as Vulnerabilidades da Mulher Negra e a Busca de Prevenção do HIV/Aids em Comunidades Remanescentes de Quilombos, em Alagoas.** Saúde e Sociedade. V. 19, 2010. ISSN 1984-0470. Disponível em: <https://Doi.Org/10.1590/S0104-12902010000600010>.

RODRIGUES, J.; FALCÃO, M. **Vivências de Atendimentos Ginecológicos por Mulheres Lésbicas e Bissexuais: (In)Visibilidades e Barreiras para o Exercício do Direito à Saúde.** Saúde e Sociedade, V. 30, N. 1. 2021. Disponível em: <https://Doi.Org/10.1590/S0104-12902021181062>

RUFINO, A. *et al.* **Práticas Sexuais e Cuidados em Saúde de Mulheres que Fazem Sexo com Mulheres: 2013-2014.** Epidemiologia e Serviços de Saúde, 2018. Doi: 10.5123/S1679-49742018000400005

SCOTT, J. **Gender: Aa Useful Category of Historical Analysis.** In: Scott, J. Gender And The Politics Press; p. 28-50. 1988.

SILBERMAN, P. *et al.* **Barreras na Atenção à Saúde Sexual na Argentina: Percepção das Mulheres que fazem Sexo com Mulheres.** Rev. Salud Pública , Bogotá , V. 18, N. 1, Pág. 1-12. 2016.

SILVEIRA, P. *et al.* **Os Movimentos Feministas e o Processo da Reforma Sanitária no Brasil: 1975 A 1988.** Saúde em Debate. p.276-291. 2020.

TELO, S.; WITT R. **Saúde Sexual e Reprodutiva: Competências da Equipe na Atenção Primária à Saúde.** Ciência Colet. 2018. Doi: 10.1590/1413-812320182311.20962016.

VALADÃO, R. GOMES, R. **A Homossexualidade Feminina no Campo da Saúde: da Invisibilidade à Violência.** Physis: Revista De Saúde Coletiva, V. 21, P. 1451-1467, 2011.

WEEKS, J. **O Corpo e a Sexualidade.** O Corpo Educado, p. 35-82. 1998

ZERBINATI, J.; BRUNS, M. **Diversidade de Gênero e Educação: Horizontes de Compreensão para Práticas Emancipatórias.** Revasf, V. 8, N. 16, P. 38-55. 2018.

APÊNDICE:**APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Pesquisador responsável: ARLINDO GOMES DE MACEDO JUNIOR

Endereço: JOÃO VI MORADA DA LUA, nº 447, ap. 403, BARREIRAS-BAHIA, cep: 47806209. Fone: (77) 3614-3107 E-mail: arlindo.macedo@ufob.edu.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A senhora está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DO SERVIÇO GINECOLÓGICO POR MULHERES NÃO HETEROSSEXUAIS, que tem como objetivo observar a frequência que essas mulheres buscam o serviço de saúde e se sentem amparadas pelos serviços de saúde sexual e reprodutiva.

O motivo que nos leva a estudar é a necessidade de preencher lacunas acerca da temática no município de Barreiras-BA, uma vez que se trata de uma vulnerabilidade presente em todo o país e não há estudos satisfatórios na literatura.

Para este estudo a coleta de dados ocorrerá de acordo com o método não probabilístico, snowball (bola de neve) exponencial, conforme Goodman (1961). Basicamente, a primeira entrevistada será escolhida por conveniência a partir dos critérios de inclusão, os pesquisadores selecionará um perfil formalmente já conhecido dentro das redes de contatos interpessoais, que se enquadre nos critérios, apresentará um convite formal por mensagem de texto para a participação na pesquisa, em sequência a primeira pessoa entrevistada poderá indicar duas ou mais participantes para também participar da amostra. A entrevista será realizada de maneira individual e em ambiente privado ou público à disposição do local de coleta e da preferência da participante. Adicionalmente, para evitar o constrangimento, informa-se que não é obrigatório responder a todas as perguntas e que você poderá solicitar a parada da entrevista a qualquer momento.

A entrevista consiste em um conjunto de questões pré-determinadas nos seguintes blocos temáticos: dados gerais da participante, história sexual, práticas sexuais e saúde sexual das participantes. Todas as informações coletadas poderão ser anotadas no formulário de

entrevista e gravadas podendo haver posterior transcrição dos dados para material digital ficando sob responsabilidade do Pesquisador e armazenadas com o mesmo até o fim da produção do estudo.

O principal risco envolvido nessa pesquisa é a publicização de dados que permitam identificar os participantes, ocorrendo o vazamento das informações colhidas. A partir da análise da entrevista e do questionário os pesquisadores terão acesso a alguns dados pessoais dos participantes, contudo, o anonimato será instituído de maneira fundamental para evitar a identificação de qualquer participante. Além disso, será enfatizado durante a entrevista o que a participante não deve se identificar em nenhuma das perguntas. Tendo em vista esses riscos, os pesquisadores responsáveis também se comprometem a zelar pelo anonimato e assumem o compromisso de não expor nenhum dado que permita a identificação dos participantes.

Em relação aos benefícios, por meio desta pesquisa poderá ser avaliada a percepção do atendimento ginecológico por mulheres cisgênero não héteros, com isso políticas públicas e educacionais poderão ser embasadas nas lacunas apontadas pela a análise das informações colhidas. Esse estudo poderá fornecer esclarecimentos para propor itens que possam complementar e incentivar a formulação de campanhas educacionais e até novas políticas públicas voltadas para a saúde sexual dessa população que possam ser instituídas pela secretaria de saúde do município.

O motivo deste convite é que a senhora foi indicada por outra participante e/ou se enquadra nos seguintes critérios de inclusão: residir no município de Barreiras- BA, ser mulher cisgênero com idade igual ou superior a 18 anos; ser mulher que se define como não heterossexual e concordar e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

A senhora poderá deixar de participar da pesquisa nos casos em que forem observados os seguintes critérios de exclusão: mudar-se de Barreiras BA, possuir dificuldade cognitiva, falecimento ou desistir de participar da pesquisa em qualquer momento.

Para participar deste estudo a senhora não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. A senhora será esclarecida sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar, retirando seu consentimento ou interrompendo sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador.

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo e privacidade, sendo que em caso de obtenção de fotografias, vídeos ou gravações de voz os materiais ficarão sob a propriedade do pesquisador responsável. Seu nome ou o material que

indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. A senhora não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, na Universidade Federal do Oeste da Bahia e a outra será fornecida à senhora.

Caso haja danos decorrentes dos riscos desta pesquisa, o pesquisador assumirá a responsabilidade pelo ressarcimento e pela indenização.

Eu, _____, portador do CPF _____, nascido (a) em ____/____/_____, residente no endereço _____, na cidade de _____, Estado _____, podendo ser contatada pelo número telefônico () _____ fui informada dos objetivos do estudo, INVESTIGAÇÃO DA PERCEPÇÃO DOS RISCOS E DAS ESTRATÉGIAS PREVENTIVAS ÀS ISTs POR MULHERES CISGÊNERO COM VIVÊNCIAS NÃO HETERONORMATIVAS, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Concordo que os materiais e as informações obtidas relacionadas à minha pessoa poderão ser utilizados em atividades de natureza acadêmico-científica, desde que assegurada a preservação de minha identidade. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar, se assim o desejar, de modo que declaro que concordo em participar desse estudo e recebi uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Barreiras, Bahia, _____ de _____ de 2023.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

Em caso de dúvidas quanto aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Oeste da Bahia, Rua Professor José Seabra de Lemos, 316 – Recanto dos Pássaros. CEP: 47.808- 021. Barreiras, Bahia. Tel. 55(77) 3614-3508 / E-mail: cep@ufob.edu.br

APÊNDICE B - Entrevista semiestruturada:

1) Sociodemográfico:

- A. Idade:** ___ anos
- B. Cidade onde reside:** () Barreiras/BA () outro _____
- C. Sexo:** () Feminino () Masculino
- D. Cor autorreferida:** () Branca () Preta () Parda () Indígena () Amarela () Outro:

- E. Estado Civil:** () Solteira () Casada () Separada () Divorciada () Viúva
outro: _____
- F. Termo que melhor define sua orientação sexual:** () Heterossexual () Homossexual
() Bissexual () Outro: _____
- G. Religião:** _____
- H. Renda:** () Até 1 salário mínimo () 1 a 3 salários mínimos () 4 a 6 salários mínimos
() 7 a 8 salários mínimos () 9 a 10 salários mínimos () Mais de 10 salários mínimos
- I. Escolaridade:** () Nenhuma () Alfabetização () Ensino fundamental I () Ensino
Fundamental II () Ensino Médio () Superior () Superior Incompleto ()
Pós-graduação () Outros níveis de graduação _____

2) História Sexual:

- A. Já teve relação sexual? (inclui-se aqui qualquer circunstância que considere como uma relação sexual). () Sim () Não**
- B. Se a resposta foi “sim” na questão anterior, com qual idade teve a primeira relação sexual?**
- C. Qual a orientação sexual da primeira relação sexual?**
- D. Qual o tempo desde a última relação sexual?**
- E. Já teve relação heterossexual? () Sim () Não**
- F. Qual o número de parceiras no último ano?**
- G. Tem um (a) parceiro (a) fixa? () Sim () Não**
- H. Qual o tempo de parceria?**

- I. Qual o gênero do parceiro?** () Mulher cisgênero () Homem cisgênero () Mulher Transgênero () Homem transgênero () Não-binária () Outro _____

3) Práticas sexuais:

- A. Faz prática do sexo oral?** () Sim () Não
- B. Durante o sexo oral faz uso de algum método preservativo?** () Não faz sexo oral () Sim, dizer qual método _____ () Não, dizer o motivo _____
- C. Faz sexo com penetração de brinquedos sexuais?** () Sim () Não
- D. Durante a prática sexual com brinquedos de penetração faz uso de preservativo ou quaisquer outro método de prevenção?** () Não faz sexo com brinquedos sexuais () Sim, dizer qual tipo de preservativo ____ () Não, dizer o motivo _____
- E. Faz sexo com práticas manuais?** () Sim () Não
- F. Na relação sexual com sua parceira com práticas manuais, você faz uso de barreiras de proteção?** () Não faz sexo com praticas manuais () Sim, dizer qual tipo de barreira ____ () Não, dizer o motivo, se desconhece um método preservativo para essa prática ou outro _____
- G. Faz sexo com contato entre vaginas?**() Sim () Não
- H. Utiliza algum método de proteção no sexo de contato vaginal?** () Não faz sexo com contato vaginal () Sim, dizer qual método de proteção utilizado____ () Não, dizer o motivo, desconhece um método preservativo para essa prática ou outro _____
- I. Teve relação sexual sem preservativo, com mulheres, nos últimos seis meses?**() Sim () Não
- J. Antes ou durante as relações sexuais costuma fazer uso de bebida alcoólica?** () Sim () Não () Algumas vezes
- K. Antes ou durante as relações sexuais costuma fazer uso de alguma substancia química?** () Sim () Não () Algumas vezes qual: _____

4) Saúde sexual

- A. Você sabe o que é IST?** () sim () não
- B. E o que vc saberia falar sobre o que é IST** _____
- C. Quem está sujeito a contaminação por IST?**
- D. Você acredita que está sujeita a ter alguma IST?** () sim () não

- E. Como se dá a transmissão de IST?**
- F. Como prevenir IST?**
- G. Como obter o diagnóstico para IST?**
- H. Quais tipos de medidas de prevenção você usa contra IST?**
- I. Frequência de uso de medidas de prevenção contra IST em relações não heteronormativas:** Sempre Quase sempre Às vezes Raramente Uma vez Nunca usei
- J. Em relação às heteronormativas, qual a frequência de uso de medidas de prevenção contra IST?** Não tenho relação heterossexual Sempre Quase sempre Às vezes Raramente Uma vez Nunca usei
- K. Já fez algum teste sorológico para IST? (HIV, Hepatite C, Sífilis)** Sim, quais? _____ Não
- L. Já fez exame preventivo de colo de útero/Papanicolau?** Sim, dizer quando: _____ Não, dizer porque _____ Com qual frequência você faz?
- M. Já teve alguma IST ou vaginose bacteriana ao longo da vida?** sim Não Talvez
- N. Quanto tempo tem que você realizou seu último atendimento ginecológico:** Nunca fui ao ginecologista Nos últimos 6 meses No último ano Há 2 anos ou mais
- O. Principal meio de acesso ao serviço de saúde:** via SUS via convênio/plano de saúde particular
- P. Fale um pouco da sua experiência nos serviços de saúde ginecológicos públicos ou privados, sendo uma mulher que faz sexo com mulher: conte como se sente nas consultas; se sente amparada pelo serviço; o profissional pergunta e conversa sobre sua orientação sexual...**