

SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: RELATOS DE MULHERES LÉSBICAS

SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH IN PRIMARY HEALTH CARE: REPORTS OF LESBIAN WOMEN

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: INFORMES DE MUJERES LESBIANAS

Nicole Ketzer¹
Letícia Becker Vieira²
Camilla Alessandra Schneck³
Rosana Maffaccioli⁴
Juliana Strada⁵
Gregório Patuzzi⁶
Carlise Dalla Nora⁷

Como citar este artigo: Ketzer N, Vieira LB, Schneck CA, Maffaccioli R, Strada J, Patuzzi G, et al. Saúde sexual e reprodutiva na Atenção Primária à Saúde: relatos de mulheres lésbicas. Rev baiana enferm. 2022;36:e45637.

Objetivo: analisar relatos de mulheres lésbicas acerca dos atendimentos à saúde sexual e reprodutiva em serviços de Atenção Primária à Saúde. **Método:** estudo qualitativo do tipo exploratório descritivo realizado em 2019. Dez mulheres lésbicas expuseram seus relatos em duas sessões de grupo focal, estratégia que gerou os dados da pesquisa. Estes foram submetidos à análise de conteúdo do tipo temática. **Resultados:** as participantes expressaram aspectos culturais desafiadores para a qualidade das abordagens, como preconceito, objetificação do corpo, aceitação da homossexualidade e desconhecimento de suas práticas afetivo-sexuais. Compreendiam que suas necessidades de saúde sexual e reprodutiva não eram atendidas, conforme elas mesmas as definiam, mas reconheceram empatia e acolhimento na interação com alguns profissionais de saúde. **Considerações Finais:** revelaram-se atendimentos influenciados por estereótipos de gênero e sexualidade, o que reduz o acesso a uma Atenção Primária à Saúde de qualidade, promotora do cuidado para com a saúde de mulheres lésbicas.

Descritores: Saúde Sexual e Reprodutiva. Atenção Primária à Saúde. Saúde da Mulher. Minorias Sexuais e de Gênero. Estereotipagem.

Objective: to analyze reports of lesbian women about sexual and reproductive health care in Primary Health Care services. Method: descriptive exploratory qualitative study conducted in 2019. Ten lesbian women exposed their reports in two focus group sessions, a strategy that generated the research data. These were submitted to thematic content analysis. Results: the participants expressed challenging cultural aspects for the quality of approaches, such as

¹ Enfermeira. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Secretaria Municipal da Saúde. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-7968-6727>.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. <http://orcid.org/0000-0001-5850-7814>.

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-8137-1871>.

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-5846-6001>.

⁵ Enfermeira. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. <http://orcid.org/0000-0002-9523-4584>.

⁶ Enfermeiro. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-5358-0916>.

⁷ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-5501-2146>.

prejudice, body objectification, acceptance of homosexuality and ignorance of their affective-sexual practices. They understood that their sexual and reproductive health needs were not met, as they defined themselves, but recognized empathy and welcoming in the interaction with some health professionals. Final Considerations: care was revealed influenced by gender and sexuality stereotypes, which reduces access to quality Primary Health Care, which would support health care for lesbian women.

Descriptors: Sexual and Reproductive Health. Primary Health Care. Women's Health. Sexual and Gender Minorities. Stereotyping.

Objetivo: analizar las denuncias de mujeres lesbianas sobre la atención de la salud sexual y reproductiva en los servicios de Atención Primaria de Salud. Método: estudio cualitativo exploratorio descriptivo realizado en 2019. Diez mujeres lesbianas expusieron sus informes en dos sesiones de grupos focales, una estrategia que generó los datos de la investigación. Estos fueron sometidos a análisis de contenido temático. Resultados: los participantes expresaron aspectos culturales desafiantes para la calidad de los enfoques, como el prejuicio, la objetivación corporal, la aceptación de la homosexualidad y el desconocimiento de sus prácticas afectivo-sexuales. Entendieron que sus necesidades de salud sexual y reproductiva no estaban satisfechas, como ellos mismos las definieron, pero reconocieron la empatía y la acogida en la interacción con algunos profesionales de la salud. Consideraciones finales: la atención se reveló influenciada por los estereotipos de género y sexualidad, lo que reduce el acceso a la Atención Primaria de Salud de calidad, que apoyaría la atención de salud para las mujeres lesbianas.

Descriptorios: Salud Sexual y Reproductiva. Atención Primaria de Salud. Salud de la Mujer. Minorías Sexuales y de Género. Estereotipo.

Introdução

A livre orientação sexual é um dos direitos humanos fundamentais, mas minorias sexuais e de gênero permanecem sendo afetadas por menor proteção social e menos aporte de benefícios legais, especialmente no contexto latino-americano⁽¹⁾. Apesar dos avanços relacionados ao respeito a esse direito, ainda ocorrem discriminações baseadas nas formas homoafetivas de exercer a sexualidade, as quais podem afetar outros direitos, como ocorre comumente no acesso à saúde⁽²⁻⁵⁾.

No que se refere às mulheres lésbicas, grupo formado por mulheres que se relacionam sexual e/ou afetivamente com outras mulheres⁽⁶⁾, cabe analisar se a ausência de estratégias promotoras de equidade em saúde pode estar relacionada à elevação de riscos a certos agravos, especialmente os relacionados à saúde sexual e reprodutiva. Como exemplo, estudo⁽⁷⁾ conduzido nos Estados Unidos da América (EUA), com o objetivo de avaliar a prevalência da triagem de alguns tipos de câncer em grupos reconhecidos como minorias sexuais e de gênero, concluiu que lésbicas tiveram probabilidade significativamente reduzida de adesão ao rastreamento periódico do câncer de colo uterino.

No Brasil, políticas públicas buscam compensar os danos causados às minorias sexuais, mas não conseguem sustentar transformações estruturais na vida e na sociabilidade plena de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgênero (LGBT), o que pode refletir no aumento de condições vulnerabilizantes em saúde⁽⁸⁾. Mesmo assim, cabe destacar, como um marco importante dessas políticas para a saúde das mulheres lésbicas, a implementação do Protocolo de Atenção Básica de Saúde da Mulher⁽⁶⁾. Este documento orienta as equipes que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS) no reconhecimento da identidade lésbica. Uma das expectativas desse reconhecimento é corrigir a falsa convicção dos profissionais de saúde e das próprias mulheres de que elas não correm risco de infecção, por exemplo, pelo Papiloma Vírus Humano. Destaca também o direito das mulheres lésbicas e bissexuais ao planejamento da vida sexual e reprodutiva, às tecnologias reprodutivas, ao aborto legal e à assistência humanizada durante a gestação, o parto e o puerpério⁽⁶⁾.

Na APS, os profissionais podem promover a saúde e reduzir as desigualdades que afastam as mulheres lésbicas e bissexuais dos serviços, pois

é possível contar com uma estrutura preparada para abordar a saúde em sua concepção biopsicossocial, o que contempla determinantes relacionados ao preconceito e à discriminação social⁽⁹⁾.

A literatura científica sobre saúde de mulheres lésbicas, principalmente em relação ao atendimento de suas necessidades na esfera sexual e reprodutiva, vem ganhando destaque nos últimos anos. Para colaborar com o avanço desse conhecimento, propôs-se um estudo cuja questão norteadora foi: Quais relatos de mulheres lésbicas expressam os modos como os serviços da APS as atendem em suas necessidades no âmbito da saúde sexual e reprodutiva? Objetivou-se, portanto, analisar relatos de mulheres lésbicas acerca dos atendimentos à saúde sexual e reprodutiva em serviços de Atenção Primária à Saúde.

Método

Foi realizado um estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa. Análise temática e linha interpretativa baseadas nas teorias sobre a construção social da sexualidade apoiaram o tratamento dos dados⁽¹⁰⁻¹¹⁾. As participantes foram dez mulheres lésbicas atendidas em serviços da APS de uma capital do Sul do Brasil. Os critérios de inclusão foram: mulheres lésbicas com idade igual ou superior a 18 anos, que já haviam passado por experiência de consulta em serviços da APS na rede pública. O critério de exclusão foi: mulheres que se declaravam também bissexuais. Os contatos com as participantes foram feitos por meio de convite em um grupo específico da rede social *Facebook*, que reúne a população de mulheres lésbicas da região em que o estudo seria realizado. Os dados foram produzidos no primeiro semestre de 2019, em duas sessões de grupo focal, com a participação de cinco mulheres em cada encontro.

A técnica do grupo focal consiste na interação entre os participantes e o pesquisador com o objetivo de colher dados acerca de um determinado tema e de conhecer aspectos significativos da realidade do grupo⁽¹²⁾. Nesta pesquisa, nas duas sessões, foram utilizadas as seguintes

perguntas condutoras: *Contem-nos sobre como é vivenciar a condição de mulher lésbica na sociedade; Contem-nos sobre suas experiências de saúde, enquanto mulheres lésbicas, focando nos atendimentos recebidos em serviços de Atenção Primária à Saúde (postos de saúde, unidades e clínicas de saúde da família) com relação à sua saúde sexual e reprodutiva; Como acreditam ser a melhor abordagem por parte de um profissional da sua unidade com relação às suas necessidades de saúde?* Cada sessão teve um tempo de duração de, aproximadamente, 1 hora e 45 minutos. O critério de saturação ocorreu quando as informações geradas nas sessões de grupo começaram a se repetir, em quantidade e intensidade. A saturação também foi constatada pela equipe de pesquisa, quando encontrou suficiente densidade das informações necessárias para responder ao objetivo do estudo⁽¹³⁾.

Para operacionalização, o encontro foi organizado em cinco momentos: apresentações e contrato grupal; apresentação dos objetivos; técnica de animação (brincadeiras e jogos) para descontração e estímulo ao debate; discussão/debate; ao final, síntese e validação coletiva. Os grupos focais foram realizados em uma sala, localizada nas dependências da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, a qual foi previamente reservada, visando proporcionar conforto e privacidade às participantes. Uma das pesquisadoras tinha experiência prévia na condução de grupos focais e fez o papel de moderadora das discussões, tendo auxílio de outras duas pesquisadoras que se posicionaram como observadoras e colaboraram nos aspectos logísticos. As informações foram gravadas em áudio, transcritas na íntegra e codificadas. O material gerado constituiu um total de 55 laudas de transcrições.

A análise do material deu-se por meio da análise temática proposta por Minayo, caracterizada por três etapas⁽¹⁴⁾. Na primeira etapa – exploratória –, que constitui a pré-análise, buscou-se estabelecer a caracterização do grupo pesquisado e a compreensão dos relatos enquanto mulheres lésbicas nas relações sociais, focando nas relações em serviços de saúde.

Além disso, foram delineadas a forma de categorização e a modalidade de codificação. A segunda etapa – exploração do material – caracterizou-se por uma operação classificatória para alcançar o núcleo de compreensão do texto. Nesse instante, os dados foram organizados em categorias temáticas, reduzindo o texto a expressões ou palavras significativas. A terceira etapa constituiu-se no tratamento dos dados obtidos e na interpretação. Foram, então, realizadas inferências e interpretações, correlacionando-as com o quadro teórico pré-estabelecido, mas também permitindo a abertura de novas dimensões teóricas e interpretativas, sugeridas pela leitura do material coletado.

A discussão norteou-se por perspectivas teóricas que buscaram compreender a construção social de condutas relacionadas à sexualidade em oposição às concepções essencialistas e binárias⁽¹⁰⁻¹¹⁾ que dominam o tema, especialmente no campo da saúde. A utilização de tais perspectivas na análise de temas de saúde está em expansão desde o advento do HIV/aids, sendo exitoso o movimento que elaborou explicações multidimensionais da vida e das experiências sexuais em sintonia com a defesa dos interesses sociais e dos direitos políticos de comunidades vulnerabilizadas⁽¹⁰⁾.

A pesquisa respeitou os aspectos éticos previstos na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul sob Parecer nº 2.646.913 e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 87126418.2.0000.5347. Para manter a confidencialidade, na apresentação dos resultados, as falas foram identificadas com o seguinte código: letra M (de mulher) acompanhada de números sequenciais (M1, M2, M3... e M10) e letra G (de grupo) acompanhada do número correspondente à sessão grupal da qual a fala foi selecionada, seguida pela idade da participante.

Resultados

Participaram do estudo dez mulheres de uma faixa etária que variou entre 18 e 40 anos de idade.

Com relação ao *status* atual de relacionamentos afetivo-sexuais, sete mulheres disseram estar solteiras e três tinham companheira com a qual mantinham relação estável. Quanto à raça/cor, duas declararam-se negras e oito, brancas. Sobre a escolaridade, duas mulheres relataram terem concluído o ensino médio, quatro tinham ensino superior incompleto e quatro tinham ensino superior completo. Dentre as ocupações, cinco informaram estar estudando (graduação ou pós-graduação), três exerciam atividade autônoma e duas mantinham vínculo de trabalho formal.

A análise das informações geradas pela pesquisa evidenciou duas categorias temáticas. A primeira denota a invisibilização das mulheres lésbicas nos serviços de saúde e o despreparo dos profissionais da APS para lidar com suas necessidades na esfera sexual e reprodutiva. A segunda desloca os problemas da realidade para apresentar o que seria desejável, para as participantes, no que se refere à atenção e ao acolhimento às suas necessidades.

Invisibilidade, preconceito e descompasso dos serviços no atendimento às necessidades de mulheres lésbicas

Antes de mencionarem os casos específicos ocorridos nos serviços de saúde, as mulheres relataram as dificuldades no enfrentamento do preconceito/homofobia permanentemente vivenciados nos mais diversos contextos. O processo de aceitação de uma sexualidade divergente da norma heterossexual é apresentado nas falas e aponta para aspectos como autoaceitação, pertencimento social e invisibilidade social.

A questão de ser homossexual é traumática. É todo um entendimento para poder encarar isso, se entender e enfrentar o preconceito. (M1 – G1, 19 anos).

Qualquer coisa que você faça na sua vida, você vai ser três vezes mais olhada ou mais julgada, porque, além de você ser mulher, você é lésbica. (M2 – G1, 18 anos).

Tem a questão do pertencimento. Até hoje acontece comigo de me assumir ou não lésbica em algum grupo ou espaço. Se eu chego num grupo que eu acho que pode ser nocivo à minha sexualidade, eu não vou falar, não assumo. (M5 – G2, 21 anos).

Mulher lésbica é lugar de muita invisibilidade. Tudo é fortemente relacionado ao amor, ao romantismo,

à sexualidade heterossexual e o restante praticamente não existe. (M1 – G2, 29 anos).

A heteronormatividade compulsória, um dos elementos constantes no imaginário social, ficou evidenciada nos relatos obtidos das participantes. Esse fenômeno, segundo elas, estava presente no modo de tratar de alguns profissionais de saúde, com grande potencial de gerar desconforto, constrangimentos e abordagens nas quais se sentiam violadas.

Falei: “A relação foi com uma mulher”. E ela [profissional da saúde da Atenção Primária à Saúde] falou: “Não tem o que tu estar fazendo aqui. Quando tu transar com homem, então, tu volta aqui.” (M5 – G1, 29 anos).

Sempre botam em cheque o que você está dizendo. As pessoas falavam assim: “Fique com um menino” [...] é muito desconfortável, porque você é tratada totalmente como objeto. (M3 – G2, 32 anos).

Sobre serem mulheres lésbicas com demandas de saúde apresentadas na APS, as participantes mencionaram a falta de conhecimento da sociedade e dos profissionais da saúde, em particular, sobre as práticas sexuais de mulheres lésbicas, experimentação dos seus corpos e prevenção de agravos à saúde.

Você não tem nenhum tipo de informação por parte dos profissionais; tem que pesquisar na internet. (M2 – G1, 22 anos).

Isso nos expõe, nos deixa num grupo de risco [...] Sabe-se pouco sobre a incidência de transmissão de infecções sexualmente transmissíveis. (M6 – G2, 29 anos).

A outra questão é o conhecimento do corpo da mulher e dessa mulher que é lésbica, porque ela se relaciona diferente do que uma mulher bêtero [...] então ela está exposta a questões diferentes. (M4 – G1, 18 anos).

A discussão sobre os cenários e as vivências na atenção à saúde sexual na APS revelou uma carência de conhecimento dos profissionais no atendimento das demandas e necessidades de saúde das mulheres lésbicas. As práticas de saúde, reguladas por uma abordagem heteronormativa, restringem a oferta de serviços e de orientações às mulheres lésbicas. Dúvidas, tabus e preconceitos permeiam esse cenário assistencial.

A primeira vez que eu fui na médica foi depois da minha primeira relação sexual, que foi com uma mulher. Eu transei e, então, eu pensei: “Ok, o que que eu faço agora?” Porque eu fui treinada para me proteger, se eu transasse com um homem [...] E então, quando eu fui no posto, ela já pressupôs que eu tinha transado com

homem. Ela perguntou se eu tinha usado camisinha e eu disse que não. Ela perguntou: “Tu usa anticoncepcional?” E eu disse: “Também não.” E ela disse: “Tu não está se ajudando.” Eu disse: “É que eu transei com uma mulher.” E então ela disse: “Então tu sabe que tu ainda é virgem.” (M1 – G1, 19 anos).

Então, eu tive a minha primeira relação. Só que, quando eu fui, eu falei: “Foi com uma mulher.” E ela [médica] se viu com mais dúvidas do que eu. Ela sentou e fez assim: “E agora, o que a gente vai fazer?” E eu perguntei: “Tem risco de alguma doença?” E ela: “Não sei.” (M4 – G1, 18 anos).

Quando eu cheguei para ser atendida, a médica tinha um padrão de perguntas heterossexual. (M2 – G2, 18 anos).

A insuficiente apropriação de conhecimentos específicos para atender às necessidades das mulheres lésbicas gerou frustração para uma das participantes. Para outra, ficou aparente o quanto os profissionais acabam forjando um atendimento padronizado ou, segundo uma das entrevistas, realizado na base de um “combo” de opções desatantes de suas expectativas de cuidado.

É o que tu sai de lá sabendo. Usa camisinha. Não tem mais nada para mim que eu tenha aprendido, que tenha descoberto. (M4 – G2, 21 anos).

Veio o “combo” [exame citopatológico e orientação sobre uso de métodos anticoncepcionais] na primeira consulta. Eu falei para o médico “Sou uma mulher lésbica, então não tem esse comprimido.” [...] Ele respondeu: “É, pois é, não tem muita coisa mesmo né... teria que ver. Ele ficou visivelmente constrangido, mas não foi violento, pelo menos. (M5 – G2, 21 anos).

A questão da violência nos atendimentos também foi mencionada no relato a seguir:

Eu fui encaminhada para fazer o exame de Papanicolau e eu me senti estuprada. Não sou um caso isolado. A maioria das minhas amigas lésbicas não faz nenhum tipo de exame, com medo de passar por isso de novo [...] falta de cuidado. (M1 – G2, 29 anos).

Além das experiências de violência, algumas participantes expressaram que se sentiram negligenciadas pelos profissionais de saúde, o que foi reforçado pela falta de acolhimento e resolutividade das suas necessidades de saúde, conforme destacado em alguns relatos:

Fui consultar, pois minha companheira estava com uma infecção, e eu não estava com os sintomas que ela tinha, mas tinha dúvidas. Questionei se eu podia pegar e ela [profissional] não sabia me responder. Porque essa questão da transmissão sexual, a gente não sabe isso [...] e aí, como é que tu vais te preservar? Precisa saber pelos profissionais! (M3 – G1, 26 anos).

No exame de sangue, veio prolactina alta, e eu sempre tive baixa lubrificação vaginal. Daí eu fui pesquisar, e eu falei: "Não tem a ver com isso, doutor?" Eu tive que pesquisar para ele, porque ele não soube me orientar. (M1 – G2, 29 anos).

Imagina acontecer alguma coisa? Peguei alguma doença, talvez contamine outras pessoas ou tenha algum problema mais sério no futuro, porque um profissional não te deu um atendimento decente. Não te deu nada de orientação, tratamento, porque, se eu não tivesse ido lá, seria a mesma coisa. (M8 – G2, 23 anos).

Foi desesperador. Eu saí da consulta com mais dúvidas do que quando eu entrei [...] e eu fiquei assustada. Então, eu demorei muito tempo para voltar no serviço. Eu acho que foi a primeira vez que eu sofri lesbofobia tão explicitamente. (M4 – G1, 18 anos).

A atenção à saúde sexual e reprodutiva de mulheres lésbicas na APS deve abranger a preservação da saúde sexual e a garantia e promoção dos direitos sexuais e reprodutivos. Contudo, implementá-la de modo integral é ainda um grande desafio para os profissionais que atuam nesse contexto assistencial. As falas das participantes revelaram o desconhecimento dos profissionais sobre as práticas sexuais e as medidas de prevenção adequadas às lésbicas, além de abordagens sustentadas em estereótipos de gênero e sexualidade, iniquidades de acesso à saúde e tendência à violação de seus corpos.

Entre o real e o ideal: a abordagem às mulheres lésbicas na Atenção Primária à Saúde

Mesmo com a falta de conhecimento de suas particularidades, as mulheres referiram ficar satisfeitas com alguns atendimentos por parte dos profissionais nas consultas. Nesses atendimentos, a empatia e o acolhimento foram pontos fortes da interação, bem como o cuidado na realização da técnica durante o exame ginecológico.

Minha experiência foi bem tranquila com exame preventivo [...] falei que não tinha tido relações sexuais com homens e ela teve um pouco mais de cuidado. (M4 – G1, 18 anos).

Ela não tinha todo conhecimento que ela precisaria ter para me atender, mas o acolhimento foi ótimo [...] então, se esse acolhimento for agressivo ou não existir, não dar atenção para a questão ali, talvez tu já deixa de perguntar coisas. (M4 – G2, 21 anos).

Eu tive consultas particulares que não foram tão boas quanto com ela [enfermeira da Atenção Primária à Saúde]. Então, eu acho que ela foi acolhedora comigo,

até no próprio exame citopatológico. Foi o exame mais tranquilo que eu já fiz. Ninguém gosta daquele "troço", achei que ela teve um cuidado. (M5 – G1, 29 anos).

As participantes também expressaram como deveria ser uma consulta equânime e de caráter integral. Percebeu-se a necessidade de fazer da sexualidade parte importante do repertório de atendimento. Essa seria a estratégia para respeitar as diferenças das mulheres lésbicas e para promover empatia e resolutividade na abordagem profissional.

Por que não incluir uma pergunta sobre a sexualidade? Normalmente, tinha que ser a primeira pergunta, até para direcionar a abordagem. (M1 – G1, 19 anos).

Essa parte do acolhimento que eu acho que falta um pouquinho [...] tem que ter um pouquinho de compaixão, de conversar, de tentar entender como a pessoa se sente, não só chegar e "deita aí e abre as pernas" [...] (M3 – G1, 26 anos).

Ouvir "eu não sei" de um profissional de saúde é apavorante. É preciso ver como é a formação deste profissional, pois não condiz com o que as mulheres atuais precisam. (M3 – G2, 32 anos).

Considerando o cenário e os obstáculos enfrentados nos serviços de saúde, as mulheres compartilharam as estratégias que utilizavam em busca de uma assistência mais adequada às suas necessidades relativas à saúde sexual. Entre essas estratégias, destacaram-se a aquisição de informações, por meio de literatura específica sobre proteção sexual, apoio de Organizações Não Governamentais e reconhecimento da provável reação dos profissionais, a depender de suas perspectivas de gênero.

Quando eu entendi que não existem meios de a gente se proteger, por exemplo, de infecções sexuais, eu fui atrás de literatura [...] eu achei uma Organização Não Governamental feminista que criou algumas coisas que também não existiam. (M1 – G1, 29 anos).

Eu tive a internet, que me deu um amparo muito grande para lidar com as questões de sexualidade também, mas é complicado [...] porque tu só vê coisas sobre a saúde da mulher que é útero e mama. (M4 – G2, 21 anos).

[...] se você vai ser atendida por um homem, normalmente, eles não sabem como reagir a essas "provocações": tá, eu sou [lésbica] e o que eu faço? Mulher, ainda para um pouco e pensa, se coloca um pouco no teu lugar. (M2 – G2, 18 anos).

Os relatos das participantes revelaram que, no cenário das consultas na APS, muitos avanços precisariam ocorrer em direção do enfrentamento

à homofobia, a uma atenção voltada às necessidades das mulheres lésbicas e ao direito a uma saúde integral, como idealmente previsto pelas políticas públicas. Um conjunto de referências teóricas ligadas à compreensão da construção social de condutas relacionadas à sexualidade e suas repercussões na atenção à saúde sexual e reprodutiva ofertada na APS auxiliou no debate dos resultados da pesquisa.

Discussão

Na linha das teorias sobre a construção social de condutas relacionadas à sexualidade⁽¹⁰⁻¹¹⁾, é possível identificar recentes publicações que incorporam os aspectos salientados nesta pesquisa⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. Com relação à homofobia/lesbofobia e seus prejuízos sociais, um estudo conduzido na Argentina, realizado com pessoas idosas que se identificavam como lésbicas e gays, verificou avanços e pontos de estagnação no debate⁽¹⁵⁾. As leis do casamento entre pessoas do mesmo sexo e o reconhecimento da identidade de gênero simbolizavam, para os participantes do estudo argentino, uma era de maior tolerância, na qual se alcançou o reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos das minorias sexuais. Por outro lado, permanecem dúvidas sobre a profundidade e autenticidade das mudanças. Outro estudo, com participantes inglesas e brasileiras, revelou as consequências, para a saúde, de um pensamento restritivo sobre a sexualidade de mulheres que fazem sexo com mulheres⁽¹⁶⁾. Em seus resultados, constatou-se que o sexo entre mulheres, construído discursivamente como seguro, conduz à falsa ideia de baixo risco de contrair/transmitir infecções sexualmente transmissíveis⁽¹⁶⁾.

De modo geral, os resultados obtidos com esta pesquisa apontaram para possíveis fragilidades na atenção à saúde de mulheres lésbicas, quando atendidas no cenário da APS. É importante ponderar, no entanto, que, talvez, seja menos oportuno encontrar explicações sobre tais fragilidades no posicionamento dos profissionais, buscando desviar-se do erro de culpabilizá-los. É preciso ter em mente que, assim como

em outras instituições sociais, o que ocorre nos serviços de saúde condiz com uma perspectiva predominantemente heteronormativa nos diversos cenários das relações interpessoais⁽³⁾. Estudo realizado com enfermeiras de APS na África do Sul explorou essa premissa e proporcionou aos participantes refletirem sobre processos cognitivos e afetivos que suprimissem valores, crenças e atitudes excludentes de pacientes LGBTQIA+ nos serviços de APS⁽⁴⁾.

O estudo sul-africano demonstra que ações mobilizadoras da tomada de consciência dos profissionais de saúde sobre suas práticas de atenção em saúde sexual e reprodutiva a mulheres lésbicas podem estimular a qualificação de suas condutas profissionais e a oferta de serviços mais abrangentes às necessidades desse público⁽⁴⁾. Neste estudo, as mulheres referiram obter informações a respeito de saúde sexual e reprodutiva por iniciativa própria, buscando-as na internet, por exemplo. Avalia-se que seria oportuno aos profissionais de saúde conhecerem essas fontes de informação e também com elas interagir em um movimento de mútuo aprendizado e aperfeiçoamento de suas práticas⁽¹⁷⁾.

No que tange ao sexo real praticado entre mulheres e às formas de prevenção de riscos, pôde-se identificar que essas são, ainda, questões de difícil manejo, tanto para as usuárias que são assistidas na APS quanto pelos próprios profissionais de saúde⁽¹⁸⁾. No acesso ao serviço, a homofobia e a discriminação são entraves para o desenvolvimento de uma assistência equitativa e de qualidade⁽⁵⁾. Outro problema é a violência contra pessoas LGBTQIA+, a qual deve ser trazida para o debate acerca das práticas institucionais que a reproduzem. Quando se trata de analisar esse tema, cabe apontar que a violência envolve atos e sujeitos, mas também símbolos, inferências e linguagens que correspondem às estruturas das relações sociais de poder relacionadas às desigualdades de gênero⁽⁵⁾.

Em se tratando da saúde sexual, a prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) está presente como necessária e urgente. Pesquisa sobre prevalência de IST entre mulheres que fazem sexo com mulheres demonstrou

alta prevalência desses agravos, destacando-se infecção por clamídia, HIV, *Trichomonas vaginalis* e sífilis⁽¹⁹⁾. Uma revisão sistemática sobre o risco de ISTs e vaginose evidenciou que a prevalência desses agravos aumenta em função da quantidade de parceiras sexuais, ser ou ter sido fumante, de histórico de sexo forçado e do estigma sexual⁽²⁰⁾.

Neste estudo, as mulheres problematizaram a visão reducionista dos profissionais da APS sobre sua saúde sexual. Existem poucas informações sobre a transmissão do vírus HIV em relações sexuais entre mulheres, mas há registros, como foi recentemente reportado nos EUA, de um caso de transmissão de HIV. Na análise da carga viral, realizada para elucidar o caso, identificou-se similaridade de 98%, o que é representativo da transmissão do vírus ocorrida na relação sexual mantida pelas mulheres⁽²¹⁾. Outro dado que merece atenção é que a transmissão de agentes infecciosos, em geral, está associada ao uso de acessórios sexuais, prática que pode passar despercebida nos atendimentos em saúde⁽²²⁾.

Em meio às evidências relacionadas à transmissão de ISTs entre mulheres, permanece a questão de que não existem métodos preventivos eficazes para controlar esses agravos. Há uma cartilha voltada para mulheres lésbicas e bissexuais produzida pelo Estado brasileiro⁽²³⁾, em que não há nenhuma informação relacionada ao assunto. É provável que existam materiais mais completos, produzidos por Organizações Não Governamentais, mas, em geral, não podem ser acessados por um quantitativo elevado de leitores, devido à baixa tiragem. Desse modo, podem atingir apenas um público limitado.

As experiências desagradáveis no atendimento recebido, relacionadas à limitação de conhecimento dos profissionais em relação às especificidades das mulheres lésbicas, acaba por afastá-las dos serviços de saúde. Há evidências de que mulheres que mantêm relação sexual exclusivamente com outras mulheres recebem menos orientações a respeito de IST e menos esclarecimentos relacionados às suas dúvidas sobre práticas sexuais e reprodutivas⁽²⁴⁾. Estudo realizado com equipe médica e de enfermagem da APS

de um município do Rio de Janeiro, Brasil, corrobora os resultados desta pesquisa, ao revelar que os esquemas de percepção e apreciação desses profissionais sobre as mulheres lésbicas apresentam um conteúdo fortemente normativo, com profissionais que apresentam defasagem de conhecimento, inabilidade de comunicação e omissão em relação às demandas de saúde dessas mulheres⁽¹⁴⁾.

A informação sobre a homossexualidade de mulheres aos profissionais de saúde pareceu não promover qualquer tipo de intervenção, orientação e informação relacionadas com cuidados específicos. O silêncio frente a essas demandas de saúde das mulheres cujas práticas sexuais estão fora dos padrões eróticos hegemônicos configura-se como um dos principais problemas no vínculo assistencial. O silêncio é produzido por não saberem o que dizer, por não estarem capacitados, por não serem resolutivos e não oferecerem um espaço de acolhida. Esse silenciamento foi expresso pelas mulheres deste estudo, ao relatarem que seus questionamentos, no que tange à sua saúde sexual e reprodutiva, foram desvirtuados por orientações que consideraram o padrão heteronormativo de exercer a sexualidade, tendo como provável desfecho a oferta de anticoncepcionais.

As experiências relacionadas ao procedimento de coleta de material para exame citopatológico do colo do útero fizeram notabilizar uma espécie de mito em torno da virgindade de mulheres lésbicas. Tal mito fundamenta-se nas representações acerca dos comportamentos sexuais e na concordância quanto à dúvida sobre se certos atos devem ou não ser classificados como sexo ou perda da virgindade⁽²⁵⁾. Numa perspectiva heteronormativa dominante, é possível supor que prepondera a ideia de que a mulher só deixa de ser virgem no momento em que tem o hímen rompido, ao ser penetrada na relação sexual com um homem.

A sexualidade abordada por alguns profissionais parece ter, nessa concepção, uma referência para as práticas de atenção em saúde relacionadas ao tema. Essa lógica pode levar, por um lado, ao despreparo para lidar com a pluralidade

da orientação sexual e, por outro lado, à visão da mulher apenas pela perspectiva de suas relações heterossexuais e suas funções reprodutivas⁽²⁶⁾.

Como contraponto, cabe destacar a influência positiva da postura profissional acolhedora e empática de alguns profissionais que interagiram com as participantes do estudo. Pelos relatos, tal atitude serviu de atenuante para a deficiência de preparo técnico em lidar com as especificidades das mulheres lésbicas e para a ausência de uma consciência crítica acerca da homofobia e suas consequências na saúde das mulheres. Estudo⁽²⁷⁾ sobre intervenções realizadas para superar preconceitos de orientação sexual e identidade de gênero evidenciou várias possibilidades, algumas mais eficazes que outras. As intervenções particularmente promissoras, com a perspectiva de uma abordagem ideal e satisfatória a esse segmento, pareceram ser as que evocavam empatia e a tomada da perspectiva do outro sobre o tema, além das destinadas a desenvolver alianças entre pessoas com diversos sentidos de pertencimento quanto ao exercício da sexualidade.

No âmbito dessas intervenções, é válido ressaltar a atuação de enfermeiras e enfermeiros como uma força de trabalho expressiva na APS no Brasil, com potencial para inová-las por meio de consultas de enfermagem orientadas pelas premissas da integralidade e humanização do cuidado. Para tanto, o investimento na educação, desde a formação em nível de graduação, é crucial na desconstrução de discursos sobre sexualidade que invisibilizam expressões fora do padrão heteronormativo. Nesse sentido, nos processos de formação, seria importante focalizar os contextos intersubjetivos, interpessoais e culturais que dificultam a inserção do tema da sexualidade nas práticas de cuidado.

O cuidado de enfermagem, apoiado em uma concepção ampliada de saúde⁽⁵⁾ e sob uma matriz discursiva multidimensional acerca da sexualidade, contribuiria para um melhor atendimento à população de mulheres em sua mais ampla diversidade. Como repercussões, poderia haver maior abrangência das orientações relacionadas às práticas sexuais, além de maior alcance das informações sobre fatores de risco, ações de

prevenção e detecção precoce do câncer cérvico-uterino. Nesse sentido, entende-se que seja necessário criar um ambiente acolhedor, por meio do enfrentamento dos preconceitos, ao mesmo tempo em que se defende a qualificação da assistência a essas mulheres.

Pensar e praticar profissionalmente o cuidado concedido a essas mulheres implica, inevitavelmente, em considerar suas existências e expressões, no sentido de reconhecer suas necessidades específicas e as abordagens apropriadas, sendo foco de atenção já na formação profissional. Além disso, é preciso considerar a pluralidade humana em suas variadas possibilidades de expressão e gozo da sua sexualidade como condição precípua para a prática do cuidado em saúde frente à complexidade inerente aos campos da saúde, da enfermagem e do cuidado⁽⁴⁾.

Como limitações do estudo, reconhece-se a abrangência não generalizável de resultados qualitativos, sua contextualização temporal e a ausência da perspectiva dos profissionais de saúde frente às colocações das entrevistadas, aspectos que devem ser explorados em outros estudos. É válido também mencionar a dificuldade de recrutamento de mulheres lésbicas para a participação no grupo focal, visto que muitas acessam serviços privados de saúde e/ou reconhecem-se como bissexuais, o que expressaria outras demandas e necessidades de saúde. Recomenda-se incentivos em pesquisas que aprofundem a compreensão das experiências das mulheres com o aporte de dados estatísticos e incorporação de outros sujeitos de pesquisa, como os profissionais de saúde.

Os resultados deste estudo poderão possibilitar a elaboração de estratégias de qualificação de profissionais de saúde da APS, seja por meio da formação de recursos humanos em saúde, seja pela educação permanente em saúde.

Considerações Finais

O estudo permitiu analisar os relatos de mulheres lésbicas na atenção à saúde sexual e reprodutiva prestada por profissionais da APS. Essas experiências revelaram fragilidades na

assistência ofertada. No que diz respeito à sexualidade, revelou-se desconhecimento dos profissionais, ao abordarem orientações sobre práticas sexuais seguras. Observou-se o predomínio do caráter heteronormativo na conduta dos profissionais de saúde, além de uma visão reduzida das demandas e necessidades de saúde sexual e reprodutiva, o que remeteu a um cuidado descontextualizado e insuficiente prestado às mulheres lésbicas nas consultadas acessadas na APS.

Ressalta-se que os dados obtidos nesta pesquisa corroboram a necessidade de uma abordagem mais acolhedora dos profissionais de saúde da APS e direcionada às especificidades das mulheres lésbicas, abandonando o modelo de práticas orientado pela heteronormatividade imposta cultural e socialmente. Nesse sentido, seria importante retomar o ideário de que o atendimento às mulheres lésbicas deve ser eticamente o mesmo que aquele dirigido para mulheres em geral, mas tendo como foco a diversidade nas práticas sexuais. Para essas mulheres, é preciso fornecer as informações necessárias, para que recebam uma boa assistência, sustentada numa relação de vínculo, escuta e resolutividade frente às demandas de saúde.

No que tange à enfermagem, enquanto força de trabalho imprescindível na saúde, necessita engajar-se no enfrentamento à homofobia, incorporando, nas suas práticas, uma compreensão do comportamento sexual e afetivo aberta à diversidade sexual. Tal engajamento pode resultar em acúmulo de conhecimentos e de habilidades técnicas que poderão determinar proteção e segurança às usuárias.

Por fim, ao atentar-se para a visibilização dessas mulheres e para a não reprodução de um atendimento em saúde mecanizado, cabe desconstruir algumas concepções. Entre essas, conforme apontado nesta pesquisa, está o entendimento de que todas as usuárias ativas sexualmente mantêm relações com homens e, ainda, o ponto de vista de que, se mantêm relações com mulheres, então, estão imunes a certos agravos à saúde.

Colaborações:

1 – concepção, projeto, análise e interpretação dos dados: Nicole Ketzer, Letícia Becker Vieira, Camilla Alessandra Schneck, Juliana Strada e Gregório Patuzzi;

2 – redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Nicole Ketzer, Letícia Becker Vieira, Camilla Alessandra Schneck, Rosana Maffaccioli, Juliana Strada, Gregório Patuzzi e Carlise Dalla Nora;

3 – aprovação final da versão a ser publicada: Letícia Becker Vieira, Camilla Alessandra Schneck, Rosana Maffaccioli e Carlise Dalla Nora.

Referências

1. Malta M, Cardoso R, Montenegro L, Jesus JG, Seixas M, Benevides B, et al. Sexual and gender minorities rights in Latin America and the Caribbean: a multi-country evaluation. *BMC Int Health Hum Rights*. 2019 Nov;19(1):31. DOI: 10.1186/s12914-019-0217-3
2. Ferreira BO, Bonan C. Cadê as populações LGBTQI+ na Estratégia Saúde da Família? Narrativas de profissionais de saúde em Teresina, Piauí, Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2021;26(5):1669-78. DOI: 10.1590/1413-81232021265.04752021
3. Araújo LM, Penna LHG, Carinhonha JI, Costa CMA. O cuidado às mulheres lésbicas no campo da saúde sexual e reprodutiva. *Rev enferm UERJ*. 2019;27:e34262. DOI: 10.12957/reuerj.2019.34262
4. Sefolosa A, van Wyk N, van der Wath A. Reframing Personal and Professional Values: A Substantive Theory of Facilitating Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Intersex Youth-Inclusive Primary Health Care by Nurses. *J Homosex*. 2021;68(8):1298-319. DOI: 10.1080/00918369.2019.1696106
5. Caceres BA, Jackman K, Ferrer L, Cato KD, Hughes TL. A scoping review of sexual minority women's health in Latin America and the Caribbean. *Int J Nurs Stud*. 2019;94:85-97. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2019.01.016
6. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres [Internet]. Brasília (DF);

- 2016 [cited 2021 Oct 5]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf
7. Charkhchi P, Schabath MB, Carlos RC. Modifiers of cancer screening prevention among sexual and gender minorities in the behavioral risk factor surveillance system. *J Am Coll Radiol*. 2019;16:607-20. DOI: 10.1016/j.jacr.2019.02.042
 8. Peixoto VB. Violência contra LGBTs: premissas históricas da violação no Brasil. *Periódicus* [Internet]. 2019 [cited 2019 Jun 2];10(1). Available from: <https://portalseer.ufba.br/index.php/revistaperiodicus/article/download/28014/17141>
 9. Corcoran N. Promoting health in lesbian and bisexual women: it is not just about behaviour change. *J Clin Nurs*. 2017;26(21-22):3742-50. DOI: 10.1111/jocn.13589
 10. Parker R, Aggleton P. Introduction. In: Parker R, Aggleton P. *Culture, society and sexuality: a reader*. 2a ed. New York: Routledge; 2007. p. 1-11.
 11. Butler J. *Corpos que importam: os limites discursivos do sexo*. São Paulo: N1 edições; 2020.
 12. Tanaka LH, Santana CLA. Grupo focal como importante ferramenta de pesquisa participativa em saúde. In: Toledo RF, Rosa TEC, Keinert TM, Cortizo CT, organizadores. *Pesquisa participativa em saúde: vertentes e veredas*. São Paulo: Instituto de Saúde; 2018. p. 205-41.
 13. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev Pesq Qual* [Internet]. 2017 [cited 2020 Jan 19];5(7):1-12. Available from: <https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82/59>
 14. Gomes R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R, organizadores. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 34a ed. São Paulo: Vozes; 2015. p. 67-80.
 15. Iacub R, Arias CJ, Mansinho M, Winzeler M, Vazquez Jofre R. Sociocultural changes and the construction of identity in lesbian and gay elderly people in Argentina. *Int J Aging Hum Dev*. 2019;88(4):341-57. DOI: 10.1177/0091415019836928
 16. Souto Pereira S, Swainston K, Becker S. The discursive construction of low-risk to sexually transmitted diseases between women who are sexually active with women. *Cult Health Sex*. 2019;21(11):1309-21. DOI: 10.1080/13691058.2018.1554188
 17. Flanders CE, Dinh RN, Pragg L, Dobinson C, Logie CH. Young Sexual Minority Women's Evaluation Processes of Online and Digital Sexual Health Information. *Health Commun*. 2021;36(10):1286-94. DOI: 10.1080/10410236.2020.1751381
 18. Belém JM, Alves MJH, Pereira EV, Moreira FTLS, Quirino GS, Albuquerque GA. Atenção à saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais na Estratégia Saúde da Família. *Rev baiana enferm*. 2018;32:e26475. DOI: <https://doi.org/10.18471/rbe.v32.26475>
 19. Ignacio MAO, Andrade J, Freitas APF, Silva MG, Duarte MTC. Prevalence of sexually transmitted infections and associated factors in women who have sex with women. *Sex Transm Infect*. 2017;93(Supp 2):A148. DOI: 10.1136/sextrans-2017-053264.382
 20. Takemoto MLS, Menezes MO, Polido CBA, Santos DS, Leonello VM, Magalhães CG, et al. Prevalence of sexually transmitted infections and bacterial vaginosis among lesbian women: systematic review and recommendations to improve care. *Cad Saúde Pública*. 2019;35(3):e00118118. DOI: 10.1590/0102-311X00118118
 21. Donald G, Mc Neil Jr. In rare case, woman with H.I.V. Infects female sex partner, C.D.C. Says. *The New York Times* [Internet]. 2014 Mar 14 [cited 2019 Feb 16]. Available from: <https://www.nytimes.com/2014/03/15/health/in-rare-case-woman-with-hiv-infects-female-sex-partner-cdc-says.html>
 22. Rufino AC, Madeiro A, Trinidad A, Santos R, Freitas I. Práticas sexuais e cuidados em saúde de mulheres que fazem sexo com mulheres: 2013-2014. *Epidemiol Serv Saúde*. 2018;27(4):e2017499. DOI: 10.5123/S1679-49742018000400005
 23. Brasil. Ministério da Saúde. *Chegou a Hora de Cuidar da Saúde: um livreto especial para lésbicas e mulheres bissexuais* [Internet]. Brasília (DF); 2007 [cited 2019 Feb 6]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/chegou_hora_cuidar_saude.pdf
 24. Bayen S, Ottavioli P, Martin MJ, Cottencin O, Bayen M, Messaadi N. How doctors' beliefs influence gynecological health care for women who have sex with other women. *J Women's Health*. 2020;29(3):406-11. DOI: <https://doi.org/10.1089/jwh.2019.7926>
 25. Horowitz AD, Bedford E. Graded structure in sexual definitions: categorizations of having

- "had sex" and virginity loss among homosexual and heterosexual men and women. *Arch Sex Behav.* 2017;46(6):1653-65. DOI: 10.1007/s10508-016-0905-1
26. Morais BL. Corpos profanos: rascunhos sobre a heterossexualidade compulsória e um feminismo lésbico. *Rev Textos Graduated [Internet].* 2017 [cited 2019 Aug 26];3(1):81-92. Available from: <https://periodicos.unb.br/index.php/tg/article/view/16378>
27. Cramwinckel FM, Scheepers DT, Van Der Toorn J. Interventions to Reduce Blatant and Subtle Sexual Orientation- and Gender Identity Prejudice (SOGIP): Current Knowledge and Future Directions. *Soc Issues Policy Rev.* 2018;12(1):183-217. DOI: <https://doi.org/10.1111/sipr.12044>
- Recebido: 6 de agosto de 2021
Aprovado: 18 de janeiro de 2022
Publicado: 4 de março de 2022



A *Revista Baiana de Enfermagem* utiliza a Licença Creative Commons - Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Este artigo é de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons (CC BY-NC). Esta licença permite que outros remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho para fins não comerciais. Embora os novos trabalhos tenham de lhe atribuir o devido crédito e não possam ser usados para fins comerciais, os usuários não têm de licenciar esses trabalhos derivados sob os mesmos termos.