



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES - CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM - UAENF
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

DÂMARYS LARISSA MORAIS RODRIGUES

**O RASTREIO E A PREVENÇÃO DAS IST'S EM MULHERES LÉSBICAS E
BISSEXUAIS: REVISÃO INTEGRATIVA**

CAJAZEIRAS

2019

DÂMARYS LARISSA MORAIS RODRIGUES

**O RASTREIO E A PREVENÇÃO DAS IST'S EM MULHERES LÉSBICAS E
BISSEXUAIS: REVISÃO INTEGRATIVA**

Trabalho de conclusão de Curso de Graduação apresentado a Unidade Acadêmica de Enfermagem do Centro de Formação de Professores, da Universidade Federal de Campina Grande como requisito parcial para a obtenção de título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof.^a Dra. Aissa Romina Silva do Nascimento

CAJAZEIRAS

2019

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Denize Santos Saraiva Lourenço - Bibliotecária CRB/15-1096
Cajazeiras - Paraíba

R696r Rodrigues, Dâmarys Larissa Morais.
O rastreio e a prevenção das IST's em mulheres lésbicas e bissexuais:
revisão integrativa / Dâmarys Larissa Morais Rodrigues. - Cajazeiras,
2019.
39f.
Bibliografia.

Orientadora: Profª. Dr. Aissa Romina Silva do Nascimento.
Monografia (Bacharelado em Enfermagem) UFCG/CFP, 2019.

1. Saúde da mulher. 2. Doenças sexualmente transmissíveis. 3.
Mulheres lésbicas. 4. Enfermagem hospitalar. 5. Sexualidade feminina. 6.
Saúde sexual da mulher. I. Nascimento, Aissa Romina Silva do. II.
Universidade Federal de Campina Grande. III. Centro de Formação de
Professores. IV. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU - 613.99

DÂMARYS LARISSA MORAIS RODRIGUES

**O RASTREIO E A PREVENÇÃO DAS IST'S EM MULHERES LÉSBICAS E
BISSEXUAIS: REVISÃO INTEGRATIVA**

TCC aprovado em: 10/07/2019

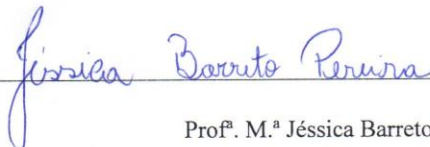
BANCA EXAMINADORA



Profª. Dra. Aissa Romina Silva do Nascimento
UAENF-CFP-UFCG
(Orientadora)



Profª. M.^a Jéssika Lopes F. Pereira Batista
UAENF-CFP-UFCG
(Examinadora)



Profª. M.^a Jéssica Barreto Pereira
(Examinadora)

CAJAZEIRAS

2019

Dedico este trabalho para todas as mulheres que ao longo dos tempos, sempre tiveram que lutar por seus direitos, por sua liberdade de viver, se relacionar, se expressar segundo sua vontade e amar a quem desejar. Ainda não atingimos o respeito que merecemos, mas estamos no caminho. Este trabalho é para todas elas.

AGRADECIMENTOS

Agradeço sobretudo a Deus, pela vida e sabedoria, por se fazer presente em toda esta jornada não me deixando desistir frente às dificuldades, por sempre ter em seus planos o melhor para mim, sigo acreditando em cada providência Dele para minha vida.

À minha mãe, meu exemplo e inspiração, que sempre está do meu lado, orando por mim, que fez e faz tudo que pode para que eu alcance meus sonhos, esta conquista é nossa. Ao meu pai, pelos esforços que investidos para que eu tivesse condições e chegasse até aqui. Também por me ensinarem valores como a dedicação e responsabilidade com a minha profissão e me apoiaram sempre em favor do meu crescimento profissional. Aos meus irmãos, por me trazer leveza e alegria em momentos que mais precisei. Amo vocês.

À minha família e amigos que torcem por mim, meus avós que contribuíram no que puderam, em especial meu avô Tico, grande incentivador.

À Universidade Federal de Campina Grande, campus Cajazeiras, por todas as oportunidades, todo corpo docente do curso de Enfermagem pelos ensinamentos durante a formação, à minha orientadora Prof^a. Aissa Romina Silva do Nascimento pela paciência, incentivo, disposição e apoio com sugestões significativas à realização deste trabalho.

Também aos demais profissionais que contribuíram para minha formação, durante o Supervisionado I e II, que me fizeram ter uma aproximação real com esta profissão.

Aos amigos que fiz no decorrer deste caminho Yandra, Larissa, Mateus e Geiza, que são como uma família, sempre me apoiando, aconselhando, ajudando e mesmo quando nada podiam fazer, estavam me ouvindo e provando que não passaria por isso só, também pelos bons e alegres momentos que compartilhamos, fundamentais nesta experiência, laços que quero levar pra vida.

À turma XXI que me acolheu de uma maneira ímpar, aprendi algo com cada um que me modificou para melhor.

Ao curso de Enfermagem, por tantos aprendizados que transformaram quem sou, me ensinando a valorizar, amar e respeitar a vida, a enxergar as coisas de uma maneira mais bonita, a compreender melhor as pessoas e algumas circunstâncias que nos são impostas, muitas vezes também me aproximando de Deus; hoje sei que escolhi corretamente, pois não sei que outra profissão me proporcionaria tão grandes experiências.

E assim, esperando com paciência, alcançou a promessa.

(Hebreus, cap. 6, versículo 15)

RESUMO

RODRIGUES, D. L. M. O rastreio e a prevenção das IST's em mulheres lésbicas e bissexuais: revisão integrativa [Monografia] Cajazeiras: Universidade Federal de Campina Grande – Centro de Formação de Professores – Unidade Acadêmica de Enfermagem. Universidade Federal Campina Grande; 2019.

O panorama epidemiológico das Infecções Sexualmente Transmissíveis do Brasil no decorrer do tempo vem apresentando feminização, pauperização e interiorização. Assim, a população feminina figura como alvo explícito. Entretanto, as pesquisas realizadas com mulheres lésbicas no país indicam que estas tendem a procurar os serviços de saúde com menor frequência do que as pacientes heterossexuais. A análise busca evidenciar através das literaturas encontradas os fatores que dificultam o rastreio e a prevenção das IST's com foco neste grupo, verificando também a efetivação das políticas públicas, as condutas profissionais e concepções que influenciam na busca pelo serviço. O estudo evidencia que no âmbito da saúde da mulher notam-se poucas mudanças do século passado para o atual, ainda predominando a visão reducionista da mulher associado à falta de preparo, dificuldades de atendimento, crença em mitos, falhas nas políticas e processos educativos e cuidadosos. Portanto, pretende-se gerar uma reflexão a cerca da temática e destes fatores encontrados como obstáculos e a partir de então, oferecer subsídios que possam contribuir para melhorias e organização de ações de prevenção no campo da saúde sexual de lésbicas e bissexuais para um atendimento humanizado nos serviços públicos de saúde.

Palavras-chaves: Saúde da mulher, sexualidade feminina, saúde sexual, doenças sexualmente transmissíveis, mulheres lésbicas e bissexuais.

ABSTRACT

RODRIGUES, D. L. M. Screening and prevention of STIs in lesbian and bisexual women: integrative review [Monograph] Cajazeiras: Federal University of Campina Grande - Teacher Training Center - Nursing Academic Unit. Federal University Campina Grande; 2019.

The epidemiological panorama of Sexually Transmitted Infections of Brazil over the course of time has presented feminization, pauperization and internalization. Thus, the female population is an explicit target. However, surveys of lesbian women in the country indicate that they tend to seek health services less frequently than heterosexual patients. The analysis seeks to show through the found literature the factors that make it difficult to screen and prevent STIs with a focus on this group, also verifying the effectiveness of public policies, professional conduct and conceptions that influence the search for the service. The study shows that in the context of women's health there are few changes from the last century to the present, still predominating the reductionist view of women associated with lack of preparation, attendance difficulties, belief in myths, failures in education policies and processes, and care. Therefore, it is intended to generate a reflection about the thematic and of these factors found as obstacles and from then on, offer subsidies that can contribute to improvements and organization of prevention actions in the field of sexual health of lesbians and bisexuals for a humanized care in public health services.

Keywords: women's health, female sexuality, sexual health, sexually transmitted diseases, lesbian and bisexual women.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVO GERAL	12
3	REVISÃO DE LITERATURA	13
3.1	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher	13
3.2	Política Nacional de Prevenção da DST/AIDS	14
3.3	IST's e homoafetividade feminina	16
3.4	A dificuldade no atendimento de mulheres do grupo LGBT	17
3.5	Fatores de Vulnerabilidade	19
3.6	Educação em saúde voltada à temática	20
4	MATERIAIS E MÉTODOS	23
4.1	Tipo do estudo	23
4.2	Fontes consultadas	24
4.3	Crítérios de inclusão e exclusão	24
4.4	Análise e interpretação	24
5	RESULTADOS E DISCUSSÕES	31
5.1	Pesquisas neste tema	31
5.2	Preconceito e despreparo dos profissionais	31
5.3	Ausência deste grupo nos serviços de saúde e conduta profissional	32
5.4	Ausência deste grupo nos serviços de saúde e crença em mitos	33
5.5	Falha educacional das Políticas	33
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	34

1. INTRODUÇÃO

A mulher moderna já rompeu inúmeras barreiras e alcançou muitos espaços sociais e se reafirma cada dia mais como ser de identidade própria e que tem suas particularidades, dúvidas, experiências e vivências, que não só merecem atenção, mas também devem ser celebradas em todas as fases e expressões de sua vida.

Mesmo com tantas conquistas, algumas questões femininas ainda não são visualizadas como deveriam, sendo a sexualidade uma delas. Reprimida por um longo tempo, a sexualidade feminina ainda é encarada como tabu e motivo de preconceito diante da sociedade, independente da orientação sexual, porém é ainda mais crítico ao se direcionar com mulheres lésbicas e bissexuais.

O termo lésbica significa mulheres que se identificam como mulheres e se relacionam afetiva e sexualmente com outras mulheres. Bissexual é a pessoa que se interessa afetiva e sexualmente por ambos os sexos (FACCHINI, 2006). Assim, ambos caracterizam grupos que merecem cuidados, orientações e enfoque nas iniciativas de saúde.

De forma que nos anos 80, presenças femininas e feministas na construção do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) marcaram o árduo caminho percorrido pelas mulheres rumo ao seu reconhecimento político, ao longo de sucessivas décadas. Elas sugeriram processos de empoderamento e novos protagonismos políticos, todos de suma importância para a construção das políticas sociais no Brasil. Através de experiências de troca entre mulheres desiguais, tensões políticas se avolumaram, impulsionando a redefinição dos rumos das políticas de saúde para as mulheres no Brasil (SILVA, 2015).

Em 1994, na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, a saúde reprodutiva foi definida como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e processos, e não apenas mera ausência de doença ou enfermidade. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo” (CIPD, 1994). Sendo este conceito crítico para o campo da saúde em decorrência da fragmentação associada exclusivamente à reprodução que despreza as dimensões da complexidade da saúde integral (COSTA e AQUINO, 2000).

Ao se falar em sexualidade saudável deve-se relatar também dos cuidados inerentes ao tema de forma individualizada para cada grupo, adequando-se às suas práticas, seguindo este curso, temos a prevenção às doenças sexualmente transmissíveis.

Porém, a partir do Decreto nº 8.901/2016 (Seção I, páginas 03 a 17), observou-se a necessidade da substituição da denominação ‘DST’, em que o ‘D’ viria de doença, que implica em sintomas e sinais visíveis no organismo do indivíduo. Já ‘Infecções’ podem ter períodos assintomáticas (sífilis, herpes genital, condiloma acuminado, por exemplo) ou se mantêm assintomáticas durante toda a vida do indivíduo (casos da infecção pelo HPV e vírus do Herpes) e são somente detectadas por meio de exames laboratoriais. Assim, sendo o termo IST mais adequado e já utilizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelos principais Organismos que lidam com a temática das Infecções Sexualmente Transmissíveis ao redor do mundo (BRASIL, 2016).

Portanto, IST’s são as infecções causadas por vírus, bactérias ou outros microrganismos. São transmitidas, principalmente, por meio do contato sexual, seja este oral, vaginal ou anal, sem proteção, com uma pessoa que esteja infectada (BRASIL, 2013/2019).

Entretanto, as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças em sua maioria se destinam ao público heterossexual e, recentemente, ao focar no grupo LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais), o público gay do sexo masculino tem mais visibilidade, e conseqüentemente, mais informações e cuidados disponíveis, a exemplo do preservativo masculino; enquanto o grupo de mulheres homossexuais e bissexuais precisa improvisar, por não dispor de um preservativo adequado às suas necessidades.

Portanto, a iniciativa de realizar a pesquisa na temática de prevenção às IST’s em mulheres homossexuais e bissexuais focando nos fatores que dificultam este rastreo surgiu desde a graduação e Estágio Supervisionado I, pois ao se abordar a demanda era evidente a falta de conhecimentos e pela pouca exploração do tema cientificamente. Norteados pela necessidade de entender como se dá este cuidado e buscando sanar uma série de lacunas que perpassam a temática, pois a sexualidade é inerente a todos e cabe ao enfermeiro conhecer e, assim, ser relevante para promover mudanças no quadro atual desta assistência, podendo ofertar um atendimento adequado e individualizado e também melhorando a formação acadêmica.

2 OBJETIVO GERAL

Identificar os fatores que dificultam o rastreio e a prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis em mulheres lésbicas e bissexuais.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

No Brasil, inicialmente a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, limitando-se às demandas relativas à gravidez e ao parto, traduzindo uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe. Há análises que demonstram que esses programas preconizavam as ações materno-infantis como estratégia de proteção aos grupos de risco e em situação de maior vulnerabilidade, como era o caso das crianças e gestantes; eram ainda caracterizados pela verticalidade e a falta de integração com outros programas e ações propostos pelo governo federal. As metas eram definidas pelo nível central, sem qualquer avaliação das necessidades de saúde das populações locais. Sendo então fortemente criticado no âmbito do movimento feminista brasileiro pela perspectiva reducionista com que tratavam a mulher, apenas na figura de mãe e heterossexual (BRASIL, 2004).

Diante disto, as mulheres organizadas e com forte atuação no campo da saúde, reivindicaram sua condição de sujeitos de direito, com necessidades que extrapolam o momento da gestação e parto, demandando ações que lhes proporcionassem a melhoria das condições de saúde em todos os ciclos de vida contribuindo para introduzir na agenda política nacional, questões, até então, relegadas por considerarem ser restritas ao espaço e às relações privadas. Portanto, alegavam que as desigualdades nas relações sociais entre homens e mulheres se traduziam também em problemas de saúde que afetavam particularmente a população feminina. Por isso, era necessário criticá-los, buscando identificar e propor processos políticos que promovessem mudanças na sociedade e conseqüentemente na qualidade de vida desta população (BRASIL, 2004).

Portanto, em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando, sobretudo, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo. Assim, o novo Programa para a saúde da mulher incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres, sendo influenciado também pelo processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), porém ainda mantendo muitas lacunas como atenção ao climatério/menopausa; queixas ginecológicas; infertilidade e reprodução assistida; saúde da mulher na adolescência; doenças crônico-degenerativas; saúde ocupacional; saúde mental;

doenças infectocontagiosas e a inclusão da perspectiva de gênero e raça nas ações a serem desenvolvidas. (BRASIL, 1984; BRASIL, 2009).

Em 2003, a Área Técnica de Saúde da Mulher identificou a necessidade de articulação com outras áreas técnicas e da proposição de novas ações, quais sejam: atenção às mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas e a participação nas discussões e atividades sobre saúde da mulher e meio ambiente (BRASIL, 2004). Mostrando assim, o quão amplas são as questões relacionadas à Saúde da Mulher e a necessidade de intervenções de promoção de saúde a este grupo.

De acordo com o V Seminário Nacional de Mulheres Lésbicas, realizado em junho de 2003, a elaboração de políticas públicas precisa incorporar o entendimento de que as mulheres lésbicas também são mulheres e, portanto, devem ser contempladas no conjunto das ações de atenção à saúde da mulher (BRASIL, 2004).

Assim, em 2004, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) consolidou os avanços do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), de 1984, que redefiniu a agenda relativa à saúde da mulher, ampliando o leque de ações. Baseando-se nos indicadores epidemiológicos identificados na população feminina do Brasil, o PNAISM traz como vertentes significativas para o cuidado da Saúde da Mulher: Mortalidade Materna, Precariedade da Atenção Obstétrica, Abortamento em Condições de Risco, Precariedade da Assistência em Anticoncepção, DST/HIV/Aids, Violência Doméstica e Sexual, A Saúde de Mulheres Adolescentes, Saúde da Mulher no Climatério/Menopausa, Saúde Mental e Gênero, Doenças Crônico-Degenerativas e Câncer Ginecológico, Saúde das Mulheres Lésbicas, Saúde das Mulheres Negras, Saúde das Mulheres Indígenas, Saúde das Mulheres Residentes e Trabalhadoras na Área Rural E Saúde da Mulher em Situação de Prisão (BRASIL, 2004).

Porém, apesar de contemplar as mulheres lésbicas, ainda usa de uma visão limitada, pois os textos não contemplam questões como a violência contra a mulher não abordam as especificidades das mulheres lésbicas. Não podendo desconsiderar, no entanto, a violência intrafamiliar contra adolescentes lésbicas, quando são expulsas do lar ou vítimas de violência sexual por parte dos familiares ou outras formas de violência e ainda outra questão referente ao acesso à inseminação assistida na rede do SUS, que deve incluir na clientela-alvo as mulheres lésbicas que desejam exercer o direito à maternidade voluntária (BRASIL, 2004).

3.2 Política Nacional de Prevenção da DST/AIDS

Nas políticas públicas de saúde, a sexualidade feminina apareceu pela primeira vez sob uma perspectiva de gênero e de saúde sexual no PAISM, na década de 1980, porém com a visão dirigida principalmente para a saúde reprodutiva: Anticoncepção, planejamento familiar e pré-natal. Desta maneira, a saúde sexual foi pouco valorizada. Ainda na década de 80, com a aparição do HIV, as políticas relacionadas à Aids tiveram a atenção direcionada para as práticas sexuais entre homossexuais masculinos e havia uma crença de que as mulheres homossexuais não eram vulneráveis à infecção. Isso permitiu que houvesse uma invisibilidade das mulheres lésbicas e bissexuais nas políticas públicas de saúde, no que diz respeito à prevenção de DST e de HIV. Em 2004, foi lançada a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM), que destinou um olhar para a saúde sexual das mulheres e, pela primeira vez, as mulheres lésbicas e bissexuais foram incluídas nessa proposta de políticas públicas para a saúde. (BRASIL, 2014).

Voltando-se especificamente à temática de prevenção às infecções sexualmente transmissíveis, tendo como objetivo sistematizar as diretrizes que norteiam as ações do Programa Nacional de DST/Aids no âmbito da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, a política vigente contempla objetivos e diretrizes e define prioridades, tendo como marcos essenciais os princípios do SUS e o quadro da epidemia no Brasil. Apresenta também um panorama sucinto da epidemia de aids no país, situando as tendências atuais e os desafios postos, em termos de políticas públicas e mobilização social, além de nortear as ações do Programa Nacional de DST/Aids no âmbito da promoção à saúde; da proteção dos direitos fundamentais das pessoas com HIV/aids; da prevenção da transmissão das DST, do HIV/aids e do uso indevido de drogas; do diagnóstico, do tratamento e da assistência às pessoas portadoras de DST/HIV/aids; e do desenvolvimento e fortalecimento institucional dos gestores locais de programas e projetos na área. Essas ações têm como base os fundamentos do SUS: Integralidade, universalidade, equidade, descentralização e controle social, concernindo-se, assim, o SUS é um sistema integrado - estado e sociedade - que interage para um fim comum, qual seja, a promoção da saúde da população. Dessa forma, a política do Programa Nacional de DST/Aids é formulada e executada de acordo com essa concepção, expressando-se nas três esferas autônomas de governo: federal, estadual e municipal (BRASIL, 1999).

A partir destes marcos políticos, nota-se que é impossível tratar de política pública de saúde sem abordar a ampliação da participação social, no caso do segmento LGBT, de forma que a mulher deve estar incluída não só na Política Nacional de Prevenção da DST/Aids, como também na Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e na Política

Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, obtendo assim a atenção e cuidados necessários às suas vivências.

3.3 IST's e homoafetividade feminina

O panorama epidemiológico das IST's do país no decorrer do tempo vem apresentando feminização, pauperização e interiorização. Assim, a população feminina figura como alvo explícito. Entretanto, o desenrolar da reflexão sobre gênero e saúde traz ao debate o enfrentamento de um conjunto de desafios, como superar a chamada “cegueira de gênero”, que fez com que em grande medida, as mulheres fossem invisibilizadas, que sua importância como grupo vulnerável fosse subestimada; que as ações dirigidas às mulheres em grande parte se limitem à prevenção da transmissão perinatal, tratando a mulher como meio, e não como finalidade da assistência e da prevenção (BRASIL, 2003).

Diante da disseminação das IST's, as mulheres devem ser bastante cuidadosas, em especial, pois em alguns casos, não é fácil distinguir os sintomas das reações orgânicas naturais do seu corpo, aliado ao fato de que como as próprias IST's se manifestam nas mulheres, (muito mais difíceis de serem detectadas que nos homens), tanto a prevenção quanto o tratamento esbarram em questões culturais e de gênero, ainda difíceis de serem trabalhadas em nosso contexto social, exigindo da mulher consultas periódicas ao médico. Assim, é necessária a percepção de que o “corpo lésbico” é, antes de tudo, um corpo feminino e, portanto, semelhante aos demais corpos femininos que também são vulneráveis às IST's e a Aids. Há que se considerarem ainda as especificidades de gênero - anatômicas e/ou culturais que inexoravelmente as atariam ao gênero feminino, de forma que, a gonorreia na mulher seria mais difícil de detectar do que no homem, porque naquela é “muito interna e no homem fica mais claro”. Além disso, os homens teriam maior prática de manipulação da própria genitália, em oposição às mulheres (ALMEIDA, 2009).

Das questões práticas, mulheres lésbicas seriam vulneráveis porque entrariam em contato com os fluidos uma da outra, tais como o sangue menstrual e o lubrificante vaginal, potencialmente capazes de transportar agentes infecciosos de um corpo a outro, através de pequenos e ocultos acessos à circulação sanguínea, como as cutículas (“nas mulheres frequentemente aparadas”) e a boca (sempre sujeita a ulcerações, fissuras, cáries etc.). O sangue foi particularmente destacado pela preocupação com as hepatites. Assim, a imprevisibilidade destes acessos à corrente sanguínea, que também podem ser produzidos durante o ato sexual (como as esfoladuras), seria necessário evitar a partilha de acessórios na penetração vaginal ou anal e a recomendação do uso de preservativos masculinos diferentes

em cada vagina ou ânus. Ainda como parte das práticas que sugerem risco, merece determinada atenção o uso de acessórios sexuais como os vibradores, os dildos, os pênis de borracha ou silicone, além do uso improvisado de objetos domésticos para a penetração vaginal ou anal entre mulheres. A pedagogia no uso de acessórios seria um ponto fundamental da lógica da prevenção, porque nos poucos casos em que se comprovou infecção por HIV entre lésbicas monogâmicas (através de genotipagem, no contexto internacional), esta teria sido a via de infecção (ALMEIDA, 2009; ARRUDA e CAVASIN, 1999).

Assim, o baixo índice de casos públicos de Aids entre lésbicas foi atribuído ao fato destas serem classificadas nas unidades de saúde a partir da categoria “sexo” e não da “orientação sexual” (não sendo por isso perguntado se mantêm relações sexuais com outras). Este fato seria tão importante quanto o de que as vias de transmissão são mais escassas entre elas (ALMEIDA, 2009).

Há uma polêmica ao se falar da possibilidade de infecção das lésbicas por vaginose bacteriana (VB), que, assim como a candidíase, não foi considerada uma IST, mas seria de grande ocorrência entre as lésbicas em vários estudos médicos. Predomina a afirmação de que, embora a candidíase e a vaginose poderiam constituir “canais” possíveis de infecção, por também serem infecções. Outros estudos foram afirmativos de que a VB poderia aumentar a transmissão do HIV em até três vezes, bem como a candidíase. Nestes estudos, a hipótese proposta foi que isto ocorreria porque, mesmo não sendo doenças sexualmente transmissíveis, a VB e a candidíase, causariam um processo inflamatório local, um acúmulo de linfócitos pelos quais o vírus HIV tem maior tropismo (ALMEIDA, 2009).

É válido salientar que algumas IST's são de fácil tratamento e de rápida resolução. Entretanto, algumas possuem tratamento mais difícil ou podem persistir ativas, apesar da sensação de melhora; quando não diagnosticadas e tratadas a tempo, podem evoluir para complicações graves e até a morte. Assim, o tratamento das pessoas com IST melhora a qualidade de vida e interrompe a cadeia de transmissão dessas infecções, sendo o atendimento e o tratamento gratuitos nos serviços de saúde do SUS (BRASIL, 2007).

3.4 A dificuldade no atendimento de mulheres do grupo LGBT

As pesquisas realizadas com mulheres lésbicas no Brasil indicam que estas tendem a procurar os serviços de saúde com menor frequência do que as pacientes heterossexuais. À luz da ginecologia, a experiência lésbica não esteve historicamente no foco da atenção, pois a reprodução foi o tema fundamental dos estudos e da intervenção médica sobre a mulher, entre o final do século XIX e o começo do século XX, quando se consolidou aquele ramo da

medicina, cabendo além de identificar os problemas, apontar as intervenções a serem feitas pelos poderes públicos no sentido de melhorar a produção de cidadãos (Almeida, 2009 apud. ROHDEN, 2003).

Segundo o Facchini (2006), cerca de 40% das mulheres lésbicas ou bissexuais não revelam sua orientação sexual nas consultas. Entre as que revelam 28% relatam considerar o atendimento mais rápido e 17% a ausência de solicitação de exames considerados por elas como necessários. O relatório demonstra ainda que a cobertura na realização do exame preventivo 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%.

Um estudo realizado em Porto Alegre analisando as expressões de masculinidade produzidas em corpos de mulheres no contexto das relações homoeróticas apontam para experiências de discriminação no atendimento, seja na recepção ou na consulta médica, dificuldades na abordagem da orientação sexual durante a consulta, e predominantemente o desconforto com a utilização de determinados instrumentos durante a consulta, como o uso de espéculo, (KNAUTH *et.al.*, 2010). Desta forma, a maior parte desse público não se enquadra no modelo prioritário da atenção básica, que se refere à saúde materno-infantil; o que se relaciona diretamente com o despreparo da equipe diante desta demanda, incluindo enfermeiros e outras especialidades, que não possuem nenhuma instrução durante a academia, assim, realizando o atendimento e as condutas idênticas as que são realizadas com pacientes heterossexuais (BENTO, 2012). Diante desse contexto, Rodrigues (2011), afirma que essas mulheres por perceberem um tratamento diferenciado ou até mesmo negligenciado por parte das instituições de saúde e dos próprios profissionais, passam a não procurar as unidades, seja pelo receio de falar sobre sua opção sexual, seja por medo de sofrer preconceito ou até mesmo por perceberem falta de interesse dos profissionais em atendê-las.

O mau relacionamento com os profissionais de saúde foi destacado tanto nos atendimentos públicos quanto nos privados. Embora o silêncio, a assepsia, a beleza do ambiente e o tempo dispensado às consultas dos consultórios privados pudessem funcionar como fatores atenuantes para atendimentos incapazes de contemplar plenamente as necessidades de saúde das lésbicas. A relação médico-paciente foi representada como um espaço de infrações éticas dominadas pelo medo e pela vergonha. A maioria dos ginecologistas seria negligente no tocante à atenção à saúde das lésbicas, particularmente no que se refere ao monitoramento dos possíveis riscos de infecção. Os profissionais reconhecem a necessidade de treinamento especializado, a fim de que fossem capazes de abordar as lésbicas de uma forma mais qualificada e respeitosa. O problema do desrespeito seria, no

entanto, algo que transcenderia as lésbicas e diria respeito às limitações da formação médica, este despreparo se apresentaria tanto na recusa em discutir questões “subjetivas” e no desprezo de informações desta ordem, quanto na ignorância de recomendações técnicas e estratégias preventivas relacionadas às práticas sexuais (ALMEIDA, 2009).

Esta situação se complica ainda mais, se somando o fato de que muitas dessas mulheres desconheçam os cuidados necessários à sua saúde durante a prática sexual por acharem que exame ginecológico serve apenas para as mulheres que realizam sexo com penetração e por isso não entendem o perigo a que estão expostas (BERTOLIN, 2010).

3.5 Fatores de Vulnerabilidade

A relação entre a homo e a bissexualidade feminina e a temática saúde está perpassada por uma série de fatores que envolvem: a invisibilidade do homo erotismo feminino; a invisibilidade da própria sexualidade feminina; e o grau de preconceito que temos, ainda hoje, em relação à homossexualidade (FACCHINI, 2006). Além das questões pertinentes às consultas e profissionais, outros fatores também contribuem para a maior vulnerabilidade deste grupo, como o reconhecimento histórico, individual e social.

O conceito de vulnerabilidade teve origem na área dos Direitos Humanos e foi incorporada por Mann (1993), que passou a utilizá-lo na busca de uma avaliação da suscetibilidade de indivíduos ou grupos a um determinado agravo à saúde.

O gênero, enquanto um marcador social, compõe um importante aspecto a ser considerado nas investigações de vulnerabilidade, possibilitando verificar as construções sociais em relação ao masculino e feminino. Para Scott (1995), o gênero pode ser compreendido como um saber construído historicamente acerca das diferenças sexuais e das hierarquias estabelecidas através dessa diferenciação. Segundo Louro (2000), a sexualidade, envolve linguagem, representações, símbolos, rituais, fantasias, enfim, processos culturais e plurais que não se esgotam. Sendo influenciada historicamente a partir de discursos que normatizam e instauram saberes que poderão produzir ‘verdades’.

Assim, diferentes expressões da vulnerabilidade de saúde das lésbicas passaram então a ser expressas pelo movimento organizado e pelo discurso de alguns poucos profissionais de saúde. Numa construção dominada pelos entraves entre admitir a existência de um grupo social com um mínimo de homogeneidade constitutiva e percebê-lo como um dos sintomas de um sistema de dominação capaz de impor a um grupo de indivíduos homogeneidade comportamental e identitária (ALMEIDA, 2009).

Historicamente, a condição da mulher na sociedade é inferior. Desde os primórdios, a sexualidade da mulher, bem como a sua reprodução, vem sendo brutalmente controlada, seja por mecanismos institucionais, como o Estado e a igreja, ou por meio de mecanismos estruturantes da conjuntura social, como o patriarcado. Ao considerar gênero como uma construção histórica e engendrada em meio às relações sociais, há que se perceber a enorme violência que se constrói contra aqueles/as que ousam romper com os papéis de gênero e com a heteronormatividade e suas regras e processos de normalização, barreiras que cessam a liberdade de exprimir e viver a sexualidade não colocada como padrão (BARBOSA *et.al.*, 2014).

Desta forma, a imposição de comportamentos para as mulheres, não apenas deste grupo, somado a negação da existência por tanto tempo, a dificuldade de se assumir pertinente a elas é uma consequência prevista, ficando ainda mais grave ao ter que corresponder com o estereótipo esperado. Assim, se as mulheres que fazem sexo com mulheres (MSM) nem sempre se definem ou querem ser vistas como lésbicas é maior a dificuldade na utilização de indicadores capazes de revelar o perfil da população lésbica no que se refere ao acesso à informação, bem como revelar seus gastos sociais e de saúde, seu acesso aos serviços de saúde, seu índice de desenvolvimento humano e a relação entre seus gastos com educação e saúde (MANN, 1993).

Ademais, como fatores de vulnerabilidade social estão o uso de álcool e drogas ilícitas, pois esta conduta aumentaria sua propensão a práticas sexuais de risco, tanto por força de alterações no estado de consciência, quanto em função da tendência à prostituição ocasional ou frequente, como meio de obtenção de drogas; a dificuldade na elaboração de práticas sexuais consideradas seguras e adesão da população ao estabelecido; experiências de violência e questões reprodutivas (ALMEIDA, 2009).

3.6 Educação em saúde voltada à temática

É fato reconhecido que o cuidado com a saúde das mulheres teve avanços significativos nas últimas décadas. Porém, poucos trabalhos de pesquisa estudam especificamente o impacto desses avanços para as mulheres lésbicas ou bissexuais (ALMEIDA, 2009).

A história do primeiro Seminário Nacional de Lésbicas (SENALE) se confundiu com a busca de apoio da Comissão Nacional - DST/Aids pelas primeiras lideranças lésbicas, com a finalidade de promover aquela primeira articulação nacional do movimento. Portanto,

mesclando-se a visibilidade das lésbicas frente à problemática das DST e da Aids com a necessidade de oferecer maior visibilidade política (ALMEIDA, 2009).

Assim, de importância fundamental para implementação de toda e qualquer política pública na busca de equidade e considerada como porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária À Saúde e dentro dela a Estratégia Saúde da Família (ESF) constitui como arena privilegiada para implantação, avaliação e monitoramento dessas políticas (GUIMARÃES *et.al*, 2017); gerando a ponte entre os profissionais e a população, tornando-se o local ideal para as ações de educação e esclarecimentos, fortalecida pelo vínculo com o usuário.

Desta forma, as necessidades de aprendizagem das equipes da ESF deverão coincidir com seus conhecimentos, habilidades, atitudes e valores, formando elementos essenciais para a resolução dos problemas identificados nas áreas de abrangências. Nessa perspectiva, tem se preconizado que o processo educativo não deve ser considerado um momento particular da vida acadêmica, e sim, um investimento na formação para o trabalho, onde o mesmo possa definir as demandas educacionais. Não podendo, portanto, conceber a reorganização das práticas de atenção à saúde, sem que, de forma concomitante, se invista em uma nova política de formação e num processo permanente de capacitação dos recursos humanos. Sendo necessário que o profissional da equipe de Saúde da Família deve ser capaz de atuar com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada, competente e resolutiva, que envolve ações de promoção, prevenção, recuperação e de reabilitação. Um profissional capacitado para planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da comunidade, articulando os diversos setores envolvidos na Promoção da Saúde. E para que isto aconteça, é preciso uma permanente interação com a comunidade, no sentido de mobilizá-la e estimular sua participação (BRASIL, 2000).

Seguindo este contexto, é papel da enfermagem realizar ações junto ao grupo LGBT, proporcionando informações inerentes às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), prevenção de casos de câncer colo de útero garantindo assim como os direitos reprodutivos integrais e a redução do índice de suicídio por depressão nesses clientes de forma humanizada. Desta forma, assegurando para o público LGBT uma assistência digna fundamental para uma promoção integral de saúde de forma efetiva e de qualidade (ALVES e GONÇALVES, 2016).

É marcante também a ausência do tema nas universidades, pois se analisarmos os currículos das escolas de enfermagem veremos que muito pouco, ou quase nada é dito sobre sexualidade nos conteúdos programáticos. Nas disciplinas do ciclo básico dos cursos de

enfermagem em que a sexualidade poderia ser enfocada, a ênfase recai apenas no aparelho reprodutor masculino e feminino, ou seja, no processo reprodutivo. Não existe orientação, de modo sistemático, em relação à abordagem do paciente quanto às questões de natureza sexual na formação do enfermeiro. A discussão sobre o tema, durante a formação, aparece isolada e casualmente nos programas do curso de graduação, onde o tema é debatido por iniciativas individuais ou de um grupo. Por outro lado, a universidade vem enfatizando, cada vez mais, a importância de o cliente ser atendido de forma holística, devendo ser percebido como indivíduo. Faz-se, portanto, necessário que o planejamento da assistência de enfermagem seja singular e inclua o aconselhamento na esfera da sexualidade, o que significa dizer que esta temática deve obrigatoriamente fazer parte da formação do profissional enfermeiro (SANTOS *et.al.*, 2007).

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Tipo do estudo

O estudo é caracterizado como revisão integrativa, que é um método de pesquisa mais amplo, pois permite incluir literatura teórica e empírica bem como estudos com diferentes abordagens metodológicas (quantitativa e qualitativa). De forma que os estudos incluídos na revisão são analisados de forma sistemática em relação aos seus objetivos, materiais e métodos, permitindo que o leitor analise o conhecimento pré-existente sobre o tema investigado. (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009). Seu planejamento é bastante flexível, de modo que possibilite a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado, podendo assumir a forma de pesquisa bibliográfica ou estudo de caso.

Segundo Gil (2002), a pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, composta principalmente de livros e artigos científicos, mesmo que em quase todos os estudos seja exigido algum tipo de trabalho dessa natureza. As pesquisas sobre ideologias, assim como aquelas que se propõem à investigação das diversas posições em torno de um problema, também costumam ser desenvolvidas quase exclusivamente mediante fontes bibliográficas.

Atualmente, devido aos avanços tecnológicos e no âmbito da pesquisa científica, o termo pesquisa bibliográfica está sendo substituído pelo termo revisão integrativa, que de acordo com Mendes (2008), inclui a análise de pesquisas relevantes que fundamentam a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, possibilitando a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que necessitam ser preenchidas com a realização de novos estudos, ou seja, objetivando a integração entre a pesquisa científica e a prática profissional no âmbito da atuação profissional.

Conforme Gil (2002), este tipo de estudo permite ao pesquisador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente, gerando uma visão vasta do tema investigado. Essa vantagem torna-se particularmente importante quando o problema de pesquisa avalia dados muito dispersos pelo espaço.

Para a revisão bibliográfica, realizou-se primeiramente levantamento de artigos científicos, monografias, teses de doutorado e de mestrado que abordam a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis em mulheres lésbicas e bissexuais.

4.2 Fontes consultadas

As bases de dados utilizadas foram a Biblioteca Eletrônica Científica Online (SCIELO), Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) também foram consultados os sites do Ministério da Saúde, do Seminário Nacional de Lésbicas (SENALE), do Portal da Saúde e o site da Coordenação Nacional de DST/Aids (Departamento DST/Aids e Hepatites Virais).

4.3 Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão foram pesquisas qualitativas ou quali-quantitativas, incluindo somente estudos em português, sem critério de tempo e usando palavras-chave e como: Homossexualidade feminina e DST, DST e mulheres lésbicas e bissexuais, Prevenção de DST em lésbicas, Saúde sexual das mulheres lésbicas.

Os critérios de exclusão foram pesquisas com desvio da temática, os estudos repetidos, textos indisponíveis na íntegra e os internacionais.

4.4 Análise e interpretação

À medida que foram empregados os descritores, uma quantidade razoável de pesquisas voltadas para o público lésbico foi encontrada, mas sendo uma área muito ampla e perpassando inúmeras áreas do conhecimento, realizou-se o direcionamento através da associação dos termos DST ou prevenção às DST, notando-se que direcionou melhor a busca pela literatura que norteou o estudo diminuindo significativamente o número de pesquisas disponíveis e mais uma vez mostrando a importância de se trazer tal temática ao protagonismo. Assim, após o processo de triagem e leitura seletiva do material, restaram 10 estudos sobre os quais se elaborou os resultados e discussões pontuando as questões mais recorrentes. Segue fluxograma relatando o processo de escolha da pesquisa e tabela com o agrupamento dos textos selecionados para o estudo organizados a partir do ano de publicação.

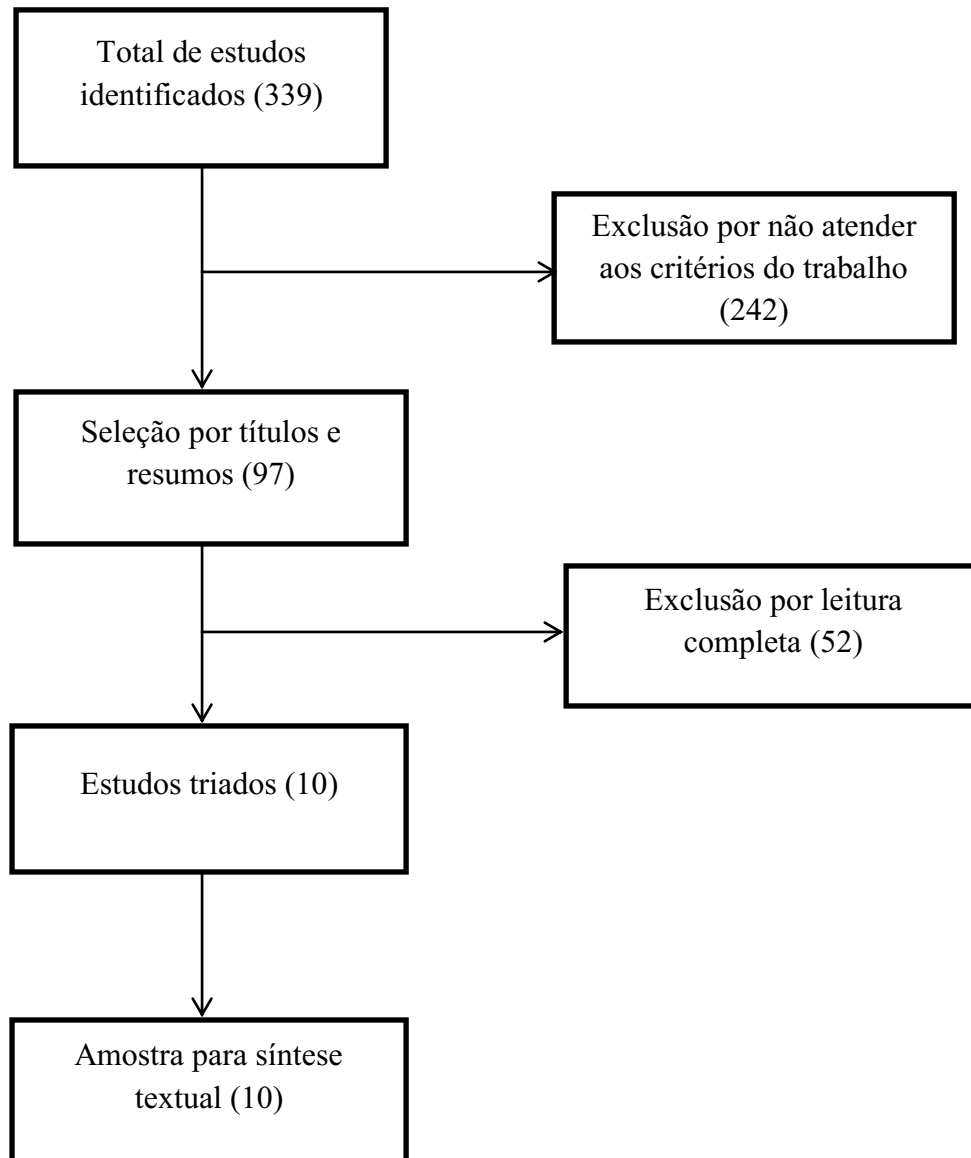
Fluxograma 1 – Seleção de estudos

Tabela 1 - Literatura Selecionada

TÍTULO	PERIÓDICO	AUTOR	ANO	RESULTADOS
Mulheres, Diversidade Sexual, Saúde e Visibilidade Social.	Livro Homossexualidade: Produção cultural, cidadania e saúde.	Facchini	2004	O presente estudo focou em investigar as práticas de saúde entre diferentes perfis de mulheres que fazem sexo com mulheres, especialmente no que diz respeito à saúde sexual e reprodutiva, tomando por referência as representações sobre saúde, serviços de saúde, corpo, gênero e sexualidade presentes nessa população. E colocou-se como hipótese que tanto as representações e/ou experiências negativas em relação aos serviços de saúde quanto as construções identitárias relativas a gênero e sexualidade, seu possível impacto sobre a gramática corporal e os estilos de vida presentes entre essas mulheres mantêm relação com a dificuldade em acessar cuidados efetivos e integrais com a saúde.
Dossiê Saúde das Mulheres Lésbicas: Promoção da Equidade e da Integralidade	Rede Feminista de Saúde _ Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos	Facchini e Barbosa	2006	Sistematiza trilhas percorridas através de muitas angústias, apreensões e lutas, além de pistas e saberes acumulados de vários estudos, em diversos países. Ao mesmo tempo em que delineia perfis das necessidades e das dificuldades que mulheres lésbicas deparam quando precisam dos serviços de saúde, da atenção básica à especializada.
Argumentos em	Physis Revista de	Almeida	2009	A realização desta pesquisa em

torno da possibilidade de IST em lésbicas.	Saúde Coletiva			2004, apontou para o significativo papel desempenhado até aí pelo Estado no fortalecimento do movimento de lésbicas e na configuração da demanda por saúde sexual deste segmento identitário. Foi flagrante que a participação do Estado ficou circunscrita aos programas de DST e Aids, especialmente no nível federal.
Saúde sexual e reprodutiva de mulheres lésbicas e bissexuais.	Fazendo Gênero 9 - Diásporas, Diversidades, Deslocamentos	Rodrigues e Schor	2010	Assim, os dados disponíveis na literatura (Coelho, 2001; Granado, 1998; Pinto <i>et al</i> , 2005 e Barbosa e Facchini, 2009) sugerem que uma parcela considerável de mulheres lésbicas e bissexuais não acessa serviços médicos de ginecologia anualmente; as que vão à consulta, o fazem quando surgem sérios problemas e em períodos de maiores agravos à sua saúde.
A saúde das mulheres lésbicas: uma pesquisa bibliográfica	Rev. UFGRS Lume repositório digital.	Bento	2012	Indica que os estudos que tratam sobre a temática das mulheres lésbicas totalizam um número muito inexpressivo, se comparado aos estudos sobre a homossexualidade masculina, o que indica um duplo preconceito (...).
Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis por mulheres	<i>OBJN - Online Brazilian Journal of Nursing</i>	Carvalho <i>et. al.</i>	2013	Estas mulheres reconhecem a busca por assistência e cuidados com a saúde como fundamental. Também tem conhecimento sobre as DST,

homossexuais e bissexuais: Estudo descritivo.				porém desconhecem doenças relacionadas às relações homossexuais e utilizam métodos inadequados e improvisados de prevenção das DST.
Representações sociais das mulheres homossexuais sobre DST: implicações para às práticas preventivas.	Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.	Teixeira	2014	Foram identificados dois grupos de pertença neste estudo, sendo o mais representativo composto por 27 mulheres que atribuíram a vulnerabilidade aos patógenos sexuais a falta de cuidados diários e principalmente aos cuidados de higiene, e por último, um grupo menor de 3 mulheres com histórico de DST em suas relações homoafetivas, associaram a origem destas doenças a qualquer relação sexual sem o uso do condom independente da orientação sexual.
Vulnerabilidade e prevenção às DST's nas práticas afetivo-sexuais lésbicas	Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.	Lima	2016	Foram recorrentes nos relatos a ideia de maior vulnerabilidade associada a presença masculina na relação, ficando subjacente nos discursos que o relacionamento apenas entre mulheres poderia ser um fator de proteção. Emergiram relatos sobre a ausência de maiores esclarecimentos acerca da existência, formas de uso e eficácia de insumos preventivos às DST's que possam ser utilizados nas relações entre mulheres. Foram evidenciados nos discursos que os supostos métodos existentes

				<p>não seriam próprios, específicos ou pensados para na prevenção às DST's entre mulheres (...). A confiança na parceria e na existência de uma fidelidade presumida foram elementos citados como estratégias de prevenção. O preconceito foi relacionado à ausência de campanhas que orientem às lésbicas sobre a necessidade de prevenção nas relações sexuais, e o estigma ao mito de que lésbicas seriam mulheres marginalizadas. A presença do elemento constrangimento foi destacado como um fator impeditivo para a busca por atendimento médico ginecológico. A falta de preparo dos profissionais de saúde emergiu como um elemento que pode influenciar no aumento da vulnerabilidade em saúde desta população. Mais da metade das participantes afirmaram que costumam revelar sua orientação sexual aos médicos ginecologistas, o que pode indicar um avanço para a visibilidade lésbica.</p>
<p>Uma pesquisa-intervenção sobre prevenção às IST/HIV com mulheres lésbicas e bissexuais.</p>	<p>Psicologia em Pesquisa – Revista de Pós-Graduação em Psicologia da UFJF</p>	<p>Batista e Zambenedetti</p>	<p>2017</p>	<p>As experiências de prevenção das participantes tiveram caráter prescritivo, biomédico e heteronormativo. Foi relatado falta de preparo dos profissionais de saúde para atendimento dessa população, contribuindo para sua</p>

				invisibilização e vulnerabilidade.
Vulnerabilidade de mulheres que fazem sexo com mulheres às infecções sexualmente transmissíveis	Ciência & Saúde Coletiva [periódico online]	Andrade <i>et. al.</i>	2019	A presente pesquisa permitiu identificar as dimensões de vulnerabilidade às IST's de MSM e as variáveis das dimensões da vulnerabilidade que se associaram ao diagnóstico confirmado por exames laboratoriais dessas infecções, possibilitando, assim, a sinalização de aspectos prioritários para a intervenção.

Fonte: Próprio autor.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A sexualidade é um aspecto central do ser humano a qual circunda sexo, prazer, intimidade, reprodução, integrando-se no modo como sentir, mover, tocar e ser tocado (MORAIS *et.al.*, 2010). Portanto, está intrínseca às questões de saúde de um indivíduo e para ser vivida da maneira mais proveitosa e saudável possível deve-se buscar formas de cuidados e orientações que desmitifiquem, simplifiquem e rendam boas experiências. Porém, não é tarefa tão simples, já que a sexualidade é influenciada por inúmeros fatores, cuja a análise é fundamental ao longo desta construção.

5.1 Pesquisas neste tema

Como marco inicial desta pesquisa, nota-se a marcante escassez de estudos na área, em que mulheres lésbicas e bissexuais são pouco visualizadas, sendo ainda mais grave associado ao tema de prevenção às infecções sexualmente transmissíveis de acordo as vivências deste público; sendo um pouco mais pesquisado nos anos 2000, em consequência da epidemia de HIV/Aids nos anos 90; porém mantendo este grupo marginalizado por alimentar a crença de que estas não seriam vulneráveis à infecção que era associada ao contato sexual com o homem, confirmando um equívoco no entendimento e desconhecimento de suas práticas, ideia também difundida entre elas que nutriam um desinteresse voltados aos serviços de saúde. Como traz Almeida (2009, p. 22):

Os profissionais seriam omissos ao não perguntarem se uma paciente HIV positivo, por exemplo, é homossexual, e no caso de contágio, não avisando da necessidade de medicamentos para a parceira. O despreparo técnico, embora afete diretamente as lésbicas quando se põem diante de um médico incapaz de prescrever, por exemplo, a assepsia relativa ao uso de acessórios sexuais, poderia afetar muitas pessoas que partilham de práticas semelhantes e não são lésbicas.

Observou-se que a partir do ano de 2004, mesmo ano de publicação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, houve maior produção científica que abordasse as questões referentes às mulheres lésbicas e bissexuais e suas muitas vertentes.

5.2 Preconceito e despreparo dos profissionais

A falta de estudos nesta área corrobora com o despreparo dos profissionais, pois seria uma consequência, já que é necessário material didático pelo qual o profissional baseia sua conduta diante da demanda diária, a exemplo da consulta, em que não se deve ficar a critério do profissional como agir ou ainda atendê-las como a uma mulher heterossexual, mas é necessário um atendimento individualizado que aborde às suas vivências; pois também é fator

relevante dentre os conteúdos consultados, os relatos de profissionais que procedem de acordo com as próprias crenças e valores, muitas vezes lotados preconceito e/ou desprezo diante das mulheres que assumem suas práticas, mostrando desinteresse no decorrer da consulta e tornando-se apáticos à cliente, pois quando finalmente conseguem verbalizar sua orientação sexual, se deparam com ausência de questionamentos nas consultas ginecológicas e não oferta do exame Papanicolau; como se ficasse a critério da paciente “se quer ser examinada ou não”, as vezes até o menor tempo é destinado a elas, diferente do que se segue numa consulta com uma mulher heterossexual, causando um bloqueio da mulher em relação às consultas subsequentes e aos demais profissionais e como resultado da experiência ruim, não buscando mais pelo serviço de saúde. Como confirma Carvalho (2013, p. 6):

As entrevistadas manifestaram dificuldade em falar sobre sua sexualidade e avaliaram que há despreparo dos profissionais de saúde, que se apresentam com pouca ou nenhuma sensibilidade para lidar com as suas necessidades de saúde, especialmente no tocante à sexualidade. (...) A realização do exame ginecológico foi associada à situação de constrangimento e desconforto pelas mulheres sujeitos deste estudo (...).

Porém, encontra-se como entrave ao desenvolvimento dos cuidados para o grupo de mulheres homo afetivas observa-se divergências teórico-práticas, de forma que as políticas e diretrizes trazem um bom esquema de funcionamento para o serviço de saúde que não é aplicado como esperado, prejudicando o atendimento desse público.

5.3 Ausência deste grupo nos serviços de saúde e conduta profissional

Ao analisar os discursos dos poucos estudos encontrados, é importante relacionar a não procura das mulheres pelo serviço de saúde, apesar do desejo de ser notada por ele presente nas falas, gerando uma dicotomia entre ser vista e ser exposta; pois o olhar profissional submisso ao modelo biomédico, ainda predominante, não daria margem para notar esta mulher em suas particularidades, usando de diálogos fechados, que não dão chance de verbalização de experiências, dúvidas e inseguranças e demais subjetividades desta mulher. Pois não necessariamente para a mulher homossexual ser vista ela será exposta, isto confrontaria questões internas de aceitação e segurança de assumir-se diante de uma sociedade ainda cercada de estigma; mas há que se dar margem a confiança dela permitindo que tenha acesso à saúde tal qual as demais. Como é pontuado por Almeida (2009, p. 22):

O despreparo técnico se manifestaria contudo, para além da escolha dos procedimentos terapêuticos, mas no próprio olhar do profissional de saúde, que seria ordinariamente um olhar generalizante sobre as pessoas, incapaz de perceber as “especificidades” tanto sexuais, como raciais e outras. Além de generalizante e etnocêntrico, este olhar treinado por séculos de tradição

cartesiana, seria também um olhar que, por perseguir obstinadamente a objetividade dos conceitos, se fez míope na percepção das formas como indivíduos e grupos recriam, por exemplo, suas identidades sexuais.

5.4 Ausência deste grupo nos serviços de saúde e crença em mitos

Outra questão é que entre elas mesmas ainda há mitos a ser desconstruídos, pois algumas permanecem com a crença de que não seriam susceptíveis as IST's por associá-las à prática sexual com homens, pois entendem que seriam “doenças provenientes do homem” tendo “o sêmen como poluente”, muitas consideram ainda que o exame preventivo é apenas para mulheres que se relacionam com homens que originaria a uma possível lesão e conseqüentemente ao câncer, portanto o câncer de colo de útero seria conseqüência de machucados durante a penetração na relação heterossexual, evidenciando um desconhecimento do próprio corpo, de questões de saúde da mulher e da doença. Como num trecho da entrevista de uma mulher do estudo de Facchini (2004, p. 39):

Perguntada sobre o risco do “sexo com bissexuais”, disse que o risco é maior porque há doenças que são “específicas dos homens” e que também tem nojo de ter relação com uma garota que tenha tido sexo na noite anterior com um homem (...). Não lembrava de ter tido nenhum dos sintomas que especifiquei de DST's, apenas que uma vez tomou remédio para uma doença “proveniente do homem”. Não lembrava que doença era, apenas que ela e o parceiro tomaram remédio.

5.5 Falha educacional das Políticas

No que diz respeito à vertente educacional, muitos movimentos e mobilizações do próprio público provoca engajamento e dissemina informações relevantes, sendo às mídias sociais, quando bem utilizadas, um grande precursor de conhecimento, ao exemplo do movimento feminista que de forma independente promove bem o papel de conscientização de pessoas próprias do grupo e população em geral. Esta questão expõe a falha didática das políticas estabelecidas, que já seriam de grande relevância na desconstrução de conhecimentos equivocados deste público. Assim como presente em Facchini e Barbosa, no Dossiê da Saúde da Mulher Lésbica (2006, p. 30):

Em que pese ao envolvimento histórico do PNDST/Aids com o desenvolvimento de ações para lésbicas, no site do Programa Nacional de DST/Aids estão disponíveis _ além das pesquisas citadas e de notas de divulgação de eventos _ apenas dois documentos que fazem referência específica à palavra "lésbicas": um manual sobre GLBT elaborado em 2002 e o Programa Brasil sem Homofobia. Não há informações educativas nem material que dêem subsídios, por exemplo, a profissionais de serviço especializado na assistência, a pessoas vivendo com o HIV/Aids que precisem aconselhar casais sorodiscordantes formados por duas mulheres, no que diz respeito à prevenção.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos dias atuais, em consequência da chamada “revolução sexual”, vive-se uma época de liberação onde muitas normas, mitos e tabus em relação à sexualidade vêm sendo superados e/ou desconstruídos. Porém, apesar das mudanças proporcionadas por tais movimentos e da importância que adquiriu a sexualidade humana no mundo moderno, há que se considerar a presença de uma gama de fragilidades voltadas às vivências das mulheres.

No que concerne à saúde feminina, também nota-se poucas mudanças do século passado para o atual, ainda predominando a visão reducionista da mulher como componente reprodutivo. De maneira que as mulheres lésbicas e bissexuais permanecem em condição mais crítica, sofrendo com a marginalização imposta por uma sociedade heteronormativa repleta de normas e regras. A situação é agravada quando os poucos avanços das Políticas e Diretrizes que, em teoria, norteiam este cuidado não são aplicadas nas práticas como deveria, mostrando que há um entrave entre o que as políticas trazem e o que é efetivado nas práticas o que ainda aponta para a passividade das gestões governantes, em todas as suas instancias, ao não reivindicar uma postura adequada dos profissionais atuantes, permitindo a ocorrência de condutas incertas ou desajustadas.

Também não se pode falar em produção de saúde e em saúde integral sem mencionar a homofobia e a exclusão social nos serviços de saúde, que interferem no acesso, na prevenção adequada de câncer de colo uterino, prevenção de IST e Aids e no acesso às tecnologias reprodutivas. De forma que o profissional de saúde, crucialmente o de enfermagem, ao prestar os cuidados deve deixar seus credos e crenças externos ao momento da consulta, sempre visando o melhor atendimento ao paciente, independente de sexo, cor, raça, orientação sexual, estrato social e religião.

É importante também os investimentos por parte do governo em atualizações, capacitações, treinamentos em saúde que façam menção a essa temática para sempre reciclar e despertar novos saberes desses profissionais, que devem estar cientes e sensibilizados para a diversidade sexual, conhecer e respeitar as vivências sexuais e individualidades de cada mulher, sabendo que parte da população assistida pode ser composta por pessoas não heterossexuais, sendo crucial não conduzir as consultas com perguntas fechadas que imponham um pré-julgamento, mas estimular sempre a verbalização da paciente e considerar suas subjetividades.

Pode-se sugerir ainda a incorporação da análise de gênero e orientação sexual no decorrer das consultas, para assim estimular as pacientes a verbalizar suas vivências, sentir-se

mais acolhidas e confiantes na postura do profissional diante da temática, além de que é fundamental para a construção de saberes.

Como um grande obstáculo para a realização deste estudo observou-se a escassa produção científica e a não adaptação das pesquisas ao termo atualizado IST, o que se correlaciona ao desinteresse dos estudiosos em torno da temática. Assim, evidenciando outro elemento indispensável que seria o estímulo à produção de conhecimentos para que se qualifique a promoção de saúde e o cuidado, além da formação de novos profissionais e a atualização dos atuantes.

Portanto, este estudo atingiu o objetivo estabelecido identificando através das pesquisas disponíveis os fatores dificultantes para o rastreio e a prevenção das IST's em mulheres lésbicas e bissexuais. Sendo também de grande relevância para que temas como este não se mantenham adormecidos, proporcionando assim o conhecimento da complexidade da temática, pelo qual se infere que não se trata de propor soluções unilaterais, ou seja, que abordem apenas os profissionais ou apenas as pacientes. Um fator de fragilidade interliga outro, evidenciando a necessidade de uma mobilização conjunta de governo, profissionais e pacientes para melhoria do serviço que resulte numa assistência adequada e efetiva para este público.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, G. Argumentos em torno da possibilidade de infecção por DST e Aids entre mulheres que se autodefinem como lésbicas. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, 2009;
- ALVES, C. M. R.; GONÇALVES, M. A. M. O papel da enfermagem no rompimento dos preconceitos LGBT nos serviços de saúde. **In: 16º congresso nacional de iniciação científica**; São Paulo, Brasil. 2016;
- ANDRADE, J.; IGNÁCIO, M. A. O.; FREITAS, A. P. F.; PARADA, C.M.G.L.; DUARTE, M.T.C. Vulnerabilidade de mulheres que fazem sexo com mulheres às infecções sexualmente transmissíveis. **Ciência & Saúde Coletiva** [periódico online], 2019;
- ARRUDA, S. CAVASIN, S. Gênero e Prevenção das DST/Aids. **Boletim N°3**, 1999;
- ASSIS, B. F.; ARAÚJO, J. C.; GALDINO, L. P.; PIMENTEL, M. S. L.; MARTINS, M. C. V. Homossexualidade feminina e a consulta ginecológica: uma revisão integrativa. **Congresso Internacional de Enfermagem (CIE)**, 2017;
- BARBOSA, B. R. S. N. NASCIMENTO, E. T. CARVALHO, I. A. F. CAVALCANTE, J. C. D. Invisibilidade lésbica e a interseccionalidade de opressões. **18º Encontro da REDOR – Projeto Mulher Ciência**, 2014;
- BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 8.901, de 11 de novembro de 2016. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. Seção I, páginas 03 a 17;
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Políticas e diretrizes de prevenção das DST/Aids entre mulheres/Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids**. Brasília – DF, 2003;
- BRASIL, Ministério Da Saúde, Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, **Secretaria de Atenção à Saúde**. Brasília – DF, 2009;
- BRASIL, Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, Educação Permanente. **Caderno N° 3**. Saúde da família. Neto, M. M. da. C. Brasília, 2000;
- BRASIL, Ministério Da Saúde, todos os direitos reservados. 2013/2019;
- BENTO, A. P. A saúde das mulheres lésbicas: uma pesquisa bibliográfica. **Rev. UFGRS Lume repositório digital**. Porto Alegre, 2012.
- BERTOLIN, D.C. *et al.*, Conhecimento de mulheres que fazem sexo com mulheres sobre o papiloma vírus humano. **Rev. Cogitare Enfermagem**, 2010;
- CARVALHO, C. S.; CALDERARO, F.; E SOUZA, S. J. O dispositivo “saúde de mulheres lésbicas”: (in)visibilidade e direitos. **Associação Brasileira De Psicologia Política. Psicologia Política**. Vol. 13. N° 26. Jan. – Abr. 2013;

CARVALHO, P. M. G. DE; NÓBREGA, B. S. M.; RODRIGUES, J. L.; ALMEIDA, R. O.; ABDALLA, F. T. DE M.; NICHIAITA, L. Y. I. Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis por mulheres homossexuais e bissexuais: estudo descritivo. **OBJN**, ;

COSTA, A. M.; AQUINO, E. Saúde da mulher na reforma sanitária brasileira. **Saúde, equidade e gênero: um desafio para as políticas públicas**. Brasília: UnB; 2000;

FACCHINI, R.; BARBOSA, R. M. Dossiê saúde das mulheres lésbicas: promoção da equidade e da integralidade. Belo Horizonte; **Rede Feminista de Saúde**. 2006;

FACCHINI, R. Mulheres, Diversidade Sexual, Saúde e Visibilidade Social. **Por dentro do armário**. 2004;

FRY, P.; MacRAE, E. O que é homossexualidade. **Coleção Primeiros Passos**. São Paulo: Brasiliense, 1987;

GARCIA, O. R. Z.; LISBOA, L. C.S. Consulta de enfermagem em sexualidade: um instrumento para assistência de enfermagem à saúde da mulher, em nível de atenção primária. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 2012;

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª Ed. São Paulo: Adas, 2002;

KNAUTH, D. R., MEINERZ, N. E. Mulheres e masculinidades: etnografia sobre afinidades de gênero no contexto de parcerias homoeróticas entre mulheres de grupos populares em Porto Alegre, **LUME – Repositório Digital UFRGS**, 2010;

LOURO, G. L. **O corpo educado: pedagogias da sexualidade**. 2.ed. Tradução dos artigos: Tomaz Tadeu da Silva. Belo Horizonte: Autêntica, 2000;

MANN, J. Como avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e AIDS. In: PARKER, R., GALVÃO, J.; PEDROSA, J. S. (orgs.). A AIDS no Mundo. Rio de Janeiro, **Relume-Dumará**, 1993;

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVAO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 17, n. 4, Dec. 2008;

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, out/dez, 2008;

MORAIS, F. R. C.; PENNA, L. H. G.; PROGIANTI, J. M. A construção do conceito da sexualidade no contexto da enfermagem. **Rev. Pesq. Cuid. Fundam**. 2010;

QUERINO, M. S.; ALMEIDA, S. S.; OLIVEIRA, S. C. S.; MORAES-FILHO, I. M. Ações da equipe de enfermagem na implementação da política de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais- revisão de literatura. **Rev. Cient. Sena Aires**. 2017;

ROHDEN, F. **A arte de enganar a natureza: contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

RHODEN, F. Ginecologia, gênero e sexualidade na ciência do século XIX. **Horiz. Antropol.** vol.8 no.17. Porto Alegre, 2002;

SANTOS, L.V.; RIBEIRO, A.O.; CAMPOS, M.P.A. Habilidade do acadêmico de enfermagem para lidar com a sexualidade do cliente. **Rev. Min. Enfermagem** [online]. 2007;

SILVA, E. F da. Metodologia feminista e direitos reprodutivos no Centro de Saúde Santa Rosa, Niterói (RJ). **Saúde debate** vol.39 nº.106. Rio de Janeiro July/Sept. 2015;
