



Artigo

Cuidado com a saúde sexual e reprodutiva: um olhar a partir da percepção de mulheres que fazem sexo com mulheres

Sexual and Reproductive Health Care: a look from the perspective of women who have sex with women

El cuidado de la salud sexual y reproductiva: una mirada desde la perspectiva de las mujeres que tienen sexo con mujeres

Beatriz Felix Ferreira¹

Escola Superior de Ciências da Saúde, Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, Brasília, DF, Brasil

 <https://orcid.org/0000-0003-3321-127X>

 beatriz.97.felix@gmail.com

Silvia Badim Marques²

Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil

 <http://orcid.org/0000-0003-1331-719X>

 sbadim@unb.br

Juliane Andrade³

Universidade Estadual Paulista, Botucatu, SP, Brasil

 <https://orcid.org/0000-0002-4321-0118>

 juliane.andrade@unesp.br

Carla Targino da Silva Bruno⁴

Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil

 <http://orcid.org/0000-0003-1331-719X>

 carlatargino@unb.br

Submissão em: 24/05/23

Revisão em: 20/02/24

Aprovação em: 21/02/24

Resumo

Objetivo: O presente estudo se destina a compreender a percepção das mulheres que fazem sexo com mulheres, referente ao cuidado que recebem nos serviços de saúde, no âmbito de sua saúde sexual e reprodutiva, a fim de verificar se o atendimento ofertado atende a integralidade de seu direito à saúde e, também, evidenciar o papel dos profissionais de saúde na garantia desses direitos. **Metodologia:** Foi realizada revisão de literatura nacional para elaboração do instrumento de coleta de dados e pesquisa qualitativa através de formulário e entrevista individual via internet. **Resultados:** Foram obtidas 287 respostas, as falas revelaram as seguintes categorias: A- Violência física sofrida em serviços de saúde, B- Negligência e falta de acolhimento em consultas ginecológicas e em serviços de saúde, C-

¹ Graduada em Enfermagem pela Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil. Residente em Enfermagem de Centro Cirúrgico da Escola Superior de Ciências da Saúde/Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde.

² Doutora em Saúde Pública pela Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil. Professora Adjunta da Universidade de Brasília.

³ Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual Paulista, Botucatu, SP, Brasil. Professora Doutora do Magistério Superior da Universidade Estadual Paulista.

⁴ Doutora em Ciências da Saúde (Saúde Coletiva) pela Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil. Professora Adjunta da Universidade de Brasília.

Presunção da heterossexualidade nos serviços de saúde, D- Invisibilidade e violência moral e psicológica. **Conclusão:** Evidenciou-se que mulheres que fazem sexo com mulheres ainda sofrem uma série de discriminações e violências nos serviços de saúde, ao buscarem cuidados integrais, principalmente no que tange aos seus direitos sexuais e reprodutivos.

Palavras-chave

Saúde Reprodutiva. Minorias sexuais e de gênero. Assistência integral à saúde.

Abstract

Objective: This study is intended to understand the perception of women who have sex with women, regarding the care they receive in health services, within the scope of their sexual and reproductive health, in order to verify whether the care offered to them meets the integrality of their right to health and, also, highlight the role of health professionals in guaranteeing these rights. **Methodology:** A national literature review was carried out for the elaboration of the data collection instrument and qualitative and quantitative research through an individual form and individual interview via the internet. **Results:** 287 responses were obtained, the statements revealed the following categories: A- Physical violence suffered in health services, B- Negligence and lack of acceptance in gynecological consultations and health services, C- Presumption of heterosexuality in health services, D- Invisibility and, moral and psychological violence. **Conclusion:** It was evident that women who have sex with women still suffer a series of discrimination and violence in health services, when seeking comprehensive care, especially with regard to their sexual and reproductive rights.

Keywords

Reproductive Health. Sexual and Gender Minorities. Comprehensive Health Care.

Resumen

Objetivo: Este estudio tiene como finalidad conocer la percepción de las mujeres que tienen sexo con mujeres, respecto a la atención que reciben en los servicios de salud, en el ámbito de su salud sexual y reproductiva, con el fin de verificar si la atención que se les brinda cumple con la integralidad de su derecho a la salud y, además, destacar el papel de los profesionales de la salud en la garantía de estos derechos. **Metodología:** Se realizó una revisión de literatura nacional para la elaboración del instrumento de recolección de datos e investigación cualitativa y cuantitativa a través de formulario individual y entrevista individual vía internet. **Resultados:** se obtuvieron 287 respuestas, los enunciados revelaron las siguientes categorías: A- Violencia física sufrida en los servicios de salud, B- Negligencia y falta de aceptación en las consultas ginecológicas y servicios de salud, C- Presunción de heterossexualidad en los servicios de salud, D- Invisibilidad y violencia moral y psicológica. **Conclusión:** Se evidenció que las mujeres que tienen sexo con mujeres aún sufren una serie de discriminaciones y violencias en los servicios de salud, al momento de buscar atención integral, especialmente en lo que se refiere a sus derechos sexuales y reproductivos.

Palabras clave

Salud Reprodutiva. Minorías Sexuales y de Género. Atención Integral de Salud.

Introdução

Sendo os estudos de gênero importante provedor de debates sobre sexualidade e direitos sexuais e reprodutivos, a fim de garanti-los de acordo com as normativas constitucionais, entende-se necessário o questionamento e a produção de conhecimentos no sentido de se ultrapassar os padrões sociais e o controle dos corpos, principalmente femininos, desassociando sexualidade à reprodução (1).

Se durante a Idade Média e as políticas repressoras pós-guerras mundiais, cerceavam a sexualidade ao objetivo de reprodução, depois dos anos 1970 veio o renascer de movimentos sociais

que buscavam liberdades de forma de ser e existir, muitas vezes, deslegitimadas e invisibilizadas, como é o caso de mulheres que fazem sexo com mulheres (MSM) (2).

Uma das principais consequências desse período histórico de apagamento e violência, é a heterossexualidade compulsória e a heteronormatividade. A heterossexualidade compulsória foi um termo cunhado em 1980 e nomeia a naturalização de uma conduta sociocultural da sexualidade enquanto heterossexual, estabelecida como normal, comum e universal, e qualquer coisa, por consequência, que variasse disto seria tido como anormal, duvidoso, doente e problemático (3).

Apesar de muitas vezes sexo e gênero ser considerado a mesma coisa, binária entre homem e mulher, não o são. Butler (4:24) já pontua que “mesmo que os sexos pareçam não problematicamente binários em sua morfologia e sua constituição (ao que será questionado), não há razão para supor que os gêneros também devam permanecer em número de dois”. Atualmente, percebe-se que nem o sexo - considerado algo estritamente genético, do ramo da natureza - seja binário de fato (5). Com possibilidades de múltiplas características tidas como “intersexo”, que distanciam a diferenciação sexual do binarismo entre masculino e feminino.

Não obstante, o gênero é “uma categoria sociológica que se refere à construção social e cultural dos papéis que homens e mulheres desempenham na vida diária” (6:154). Assim sendo, cada vez mais o tema é discutido de forma a superar os conceitos binários e biológicos impostos anteriormente.

Se a cisheteronormatividade impõe uma cultura onde o mundo é heterossexual e que tudo que difere disso é insalubre (7), é importante perceber que crenças fortemente arraigadas podem prejudicar o atendimento em saúde, que se torna discriminatório.

Apesar de enorme nocividade para a construção da compreensão que os seres humanos são diversos, o estudo acerca do impacto da cisheteronormatividade nos campos de saúde no Brasil ainda são escassos, principalmente quando se trata de saúde de mulheres que fazem sexo com mulheres (MSM).

Considerando o direito à saúde como direito fundamental e garantido por lei, a Portaria do Ministério da Saúde nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, que institui a Política Integral de Saúde LGBTQIA+, e definição de direitos sexuais (8) como o direito de viver e expressar livremente a sexualidade sem violência, discriminações e com direito a serviços de saúde que garantam privacidade, sigilo e atendimento de qualidade e sem discriminação, incluindo o direito à informações adequadas e à educação sexual e reprodutiva.

Frente a lacuna apresentada, o presente artigo visa compreender a percepção das MSM referente ao cuidado que recebem nos serviços de saúde, no âmbito de sua saúde sexual e reprodutiva, a fim de verificar se o cuidado de saúde lhes é ofertado de forma condizente com sua orientação sexual e, conseqüentemente, se consegue garantir a integralidade de seu direito à saúde. Destina-se, também, a evidenciar a importância dos profissionais de saúde na garantia desses direitos, e a necessidade de uma formação desses profissionais de forma mais adequada para atender a saúde da população LGBTQIA+.

Metodologia

Após submissão e aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), sob CAAE: 51061621.3.0000.8093 e Número do Parecer: 5.360.056, a pesquisa se desenvolveu em 3 etapas: revisão de literatura; coleta de dados através de formulário individual via internet; e entrevista individual por reunião online. Durante a 1ª etapa houve revisão sistemática da literatura disponível com foco na saúde sexual e reprodutiva de mulheres que fazem sexo com mulheres, principalmente na literatura nacional. Os descritores utilizados foram: Minorias sexuais e de gênero; Mulheres que fazem

sexo com mulheres; Assistência integral à saúde. A pesquisa foi realizada nas plataformas LILACS, PUBMED e BVS, totalizando 46 arquivos relevantes, sendo 28 submetidos a análise, por apresentarem maior abrangência do tema, além de títulos clássicos não inclusos no critério de data de publicação. A coleta de dados foi realizada no período de abril a junho de 2022, período planejado para desenvolvimento, segundo o cronograma do projeto de pesquisa

Para a 2ª etapa, referente à coleta de dados através de formulário online, buscou-se coletar as primeiras informações sobre as MSM, seu acesso à saúde afetiva-sexual e o delineamento dos serviços de saúde, e foi realizada no período de 10 de junho de 2022 a 28 de junho de 2022, prazo estipulado para coleta de dados no cronograma de pesquisa.

Já na 3ª etapa, houve realização de entrevista individual agendada via aplicativo Whatsapp e realizada em ambiente virtual confortável e privativo na plataforma de reunião “Google Meet”, sem gravação ou armazenamento de dados. A entrevista levou, em média, 30 minutos, sendo guiada por um roteiro semiestruturado que objetivou alcançar maior humanização e conexão com as mulheres entrevistadas e suas experiências pessoais, realizada no período de 11 de julho de 2022 até dia 26 de julho de 2022.

É importante destacar que nenhuma entrevista foi gravada, com objetivo de tornar o ambiente mais acolhedor e menos constrangedor possível, portanto, os dados foram descritos através de um diário de pesquisa, feito durante o desenvolvimento desta. As mulheres, para serem inseridas no presente estudo, deveriam realizar sexo com outra ou outras mulheres, podendo ser cisgêneras ou transgêneras. E como critérios de exclusão, mulheres abaixo de 18 anos e/ou mulheres que nunca tiveram acesso a serviços de saúde que atendessem sua saúde sexual e reprodutiva.

Compreende-se que a amostra da pesquisa ainda é pequena (n=287) em comparação com a população nacional de MSM, no entanto, a falta de pesquisas e investimentos na área faz com que os a pesquisa se mostre relevante para discutir o cuidado em saúde dessas mulheres.

O instrumento de pesquisa foi o formulário eletrônico elaborado, e os parâmetros de respostas (para categorização da resposta como adequada ou não) tiveram base na literatura e também foram submetidos à análise de profissionais especialistas na área, quanto a sua clareza e conteúdo, e testado previamente.

Para averiguar a percepção dessas mulheres, foi utilizada a metodologia qualiquantitativa do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), além da técnica de coleta de amostragem “Bola de Neve” - onde cada participante envia o formulário inicial de resposta para duas ou mais pessoas que se adequem ao público-alvo da pesquisa. Dessa forma, a amostra é autogerada, contando com a colaboração voluntária das MSM contactadas inicialmente e as subsequentes (9). Destaca-se que a amostra foi disseminada a partir de público feminino, jovem, na região de Brasília. A partir da metodologia “Bola de Neve” entende-se que a amostragem se torna menos diversificada dentre os padrões socio-culturais, no entanto com o advento da internet, as respostas puderam extrapolar a esfera social a qual foi inicialmente lançada, alcançando mulheres de faixa etária variada (18 a 51 anos), que utilizam tanto o sistema público quanto privado de saúde e com amostras em todas as regiões do Brasil.

A análise do discurso foi feita através da metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), onde foram identificadas as ideias centrais dessas mulheres. Como salientam Lefèvre e Lefèvre (10), quando se busca, através de uma pesquisa social, resgatar o pensamento de uma coletividade sobre um dado tema, é preciso “considerar que o pensamento ou a opinião dos indivíduos que compõem essa coletividade só podem ser vistos, legitimamente, como um depoimento discursivo, entendendo-se como tal a manifestação linguística de um posicionamento diante de um dado tema” (10).

Resultados e discussão

Os dados foram analisados de forma quali-quantitativa. Iniciaremos a partir dos dados quantitativos obtidos por meio dos formulários.

Dentre as 287 respostas analisadas, a orientação sexual predominante foi “lésbica”, com 50,9% das respostas, seguido de “bissexual” com 43,6%. Pansexuais e “não definidos” somam 5,2% das respostas. Em relação à identidade de gênero, 96,9% das mulheres se identificaram como do gênero feminino e apenas 3,1% enquanto não-binárias. Sendo que 97,9% das respostas são de mulheres que se autodeclararam cisgêneras, com apenas 2,1% (6 respostas) advindas de mulheres transexuais.

Referente ao perfil etário da população respondente, destaca-se a predominância jovem na faixa etária de 18-25 anos, com 64,1% das respostas, com variância de idade entre 18 e 51 anos. 51,2% das respondentes se autodenominam brancas, enquanto a população preta e parda, corresponde a 47% das respostas. No que tange à escolaridade, 90,2% apresentam ao menos nível superior, sendo a maioria nesta faixa com 62,4%. Não houve aprofundamento em relação a classe social das entrevistadas, visando uma visão global, mas estima-se uma pesquisa comparativa entre atendimentos variados nas classes sociais divergentes em projetos futuros.

Dentre as ocupações destacam-se os cargos de estudante e estagiária que somam 92 respostas (32%), enquanto outra grande parte apresenta ocupações de nível superior, fazendo correlação com o alto grau de escolaridade obtido nas respostas. Não houve maior aprofundamento quantitativo em relação ao uso de rede pública ou privada para atendimento à saúde, mas estimula-se pesquisas comparativas que possam desenvolver os resultados posteriormente.

Acerca de atendimentos de saúde, 12,2% das mulheres nunca receberam nenhum atendimento de saúde voltado para área sexual e reprodutiva. É importante destacar que entre os motivos para essa desvinculação de MSM ao ambiente de saúde, os principais são o medo de ser mal atendida ou violentada em ambientes de saúde, falta de informação correta acerca de cuidados que deve ter consigo mesma, que as leva a crer que não existe necessidade de consultas no campo de saúde sexual e reprodutiva por serem MSM.

Por ser critério de permanência no questionário, as mulheres que nunca procuraram ambientes de saúde, foram encaminhadas para o fim do formulário. Desta forma, os dados colhidos contemplaram 254 MSM.

Desta amostra, destaca-se que 85,4% das MSM afirmaram que nenhum profissional de saúde perguntou sua sexualidade, e que 38,6% afirmaram não ter informado sua sexualidade de forma espontânea. Um estudo de 2018 (1) comprovou que existe relação entre atendimentos mais rápidos ou deixar de ser examinada após revelar fazer sexo com mulheres. Tal dado é confirmado com a resposta das MSM no presente estudo, onde 68,1% das mulheres afirmam terem seus últimos atendimentos na faixa de entre ínfimos 10 a 30 minutos, correlato com 59,6% das mulheres, que estão sempre trocando de estabelecimento de saúde, buscando encontrar um atendimento digno, ou que mudariam se pudessem.

Ao qualificar o atendimento de saúde no quesito de humanização - se sentir ouvida, acolhida e respeitada - apenas 18,5% concordam plenamente, demonstrando que, de alguma forma, mais de 80% dos atendimentos de saúde destas mulheres foi constrangedor ou desrespeitoso. E apenas 13,4% concordam em ter suas dúvidas sanadas de forma satisfatória em ambientes de saúde. 40,9% das mulheres afirmam que nunca receberam informações relevantes sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) nos ambientes de saúde, apesar de 91,7% das respondentes considerarem informações específicas sobre saúde como “muito importantes”.

Apesar de 35% das MSM afirmarem que tiveram exames solicitados, o que se apresenta na análise qualitativa é imensa a segregação com exames essenciais para saúde das MSM, como colpocitopatológico e transvaginal, que foram negados após informarem serem MSM. O dado é confirmado com a resposta de 79,9% das mulheres, que afirmam que não houve nenhuma conduta dos profissionais de saúde capaz de acolher as suas necessidades como MSM, revelando o imenso descaso com a saúde desta população. Este descaso é confirmado quando 67,3% das mulheres afirmam que já se sentiram constrangidas em ambientes de saúde.

No entanto, 78,3% das mulheres afirmam não terem se sentido violentadas em ambientes de saúde. É interessante observar que o dado reitera que muitas pessoas não são capazes de reconhecer as violências sofridas. É sabido que a percepção de situações de violência é influenciada por vários fatores, como a violência institucional, que é menos percebida, por toda uma estrutura já estratificada, que teoricamente garante segurança. Além disso, sabe-se que os papéis de gênero tradicionais têm grande influência na percepção e reação em situações de violência (11). Quando se trata da percepção de lesbo, bi, pan ou transfobia, os dados são igualmente menores, com apenas 27,6% declarando terem se percebido enquanto vítimas dessas violências. Todavia, a pesquisa revela que apenas 34,7% das mulheres se declaram entre satisfeitas (29,2%) ou muito satisfeitas (5,5%) com ambientes de saúde.

De forma qualitativa, foram colhidos 99 relatos discursivos de situações violentas e/ou constrangedoras nos ambientes de saúde e podem apresentar mais de uma ideia central ao mesmo tempo. Considerando a quantidade total de mulheres que finalizaram o formulário (254), os 99 relatos revelam que 38,9% das mulheres se sentiram confortáveis em relatar, de forma breve, algum dos eventos constrangedores, mas reitera-se que, de forma objetiva, 80% das respondentes revelaram já terem se sentido constrangidas ou desrespeitadas em ambientes de saúde.

O estudo de 2018 de Crispim et al. (12), demonstra que existe um déficit importante nos atendimentos às MSM, causando vulnerabilidades em saúde para esse grupo populacional. Segundo Crispim et al. (12) parte desse déficit pode ser sanado com maior estudo e compreensão dos profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento. Considerando que a opinião das MSM é fator essencial para melhor estruturar os atendimentos de saúde foi feita categorização dos relatos, onde destaca-se as seguintes ideias centrais: A- Violência física sofrida em serviços de saúde, B- Negligência e falta de acolhimento em consultas ginecológicas e em serviços de saúde, C- Presunção da heterossexualidade nos serviços de saúde, D- Invisibilidade e violência moral e psicológica.

A ideia central A - Violência física sofrida em serviços de saúde, evidencia práticas que levam a danos físicos nessas mulheres. A OMS destaca que violência é "uso intencional de força ou poder [...] que resulta ou tem grande probabilidade de resultar em ferimentos, morte, prejuízos psicológicos, problemas de desenvolvimento ou privação" (13). Foram 6 relatos, e a sua maioria foi feita de momentos de exames físicos mais invasivos, como o exame colpocitológico (papanicolau) ou ultrassom transvaginal. Os relatos variam entre exames extremamente desconfortáveis, com uso desnecessário de força, introdução de instrumentos sem aviso prévio, exames sem narração do profissional durante o procedimento, e até mesmo introdução de instrumentos em locais que não faziam parte do procedimento, como relata:

Houve introdução do dedo da profissional em meu ânus (entendi posteriormente que não era um procedimento necessário). (A1, 37 anos)

Me senti violentada quando fui fazer um exame, ultrassom transvaginal, a médica que estava fazendo o exame nem sequer conversou comigo, nem falou do exame, me senti invadida e violada. (A2, 22 anos)

A discussão sobre violência física em MSM durante procedimentos médicos relacionados à saúde sexual se torna ainda mais frequente conforme são adicionadas outras camadas de vulnerabilidade. Quando a MSM é uma mulher trans, ou não performa a feminilidade padrão, ou é uma mulher negra, os riscos de sofrer violência institucional crescem substancialmente, pois é preciso considerar a interseccionalidade presente nessas violências, no que tange a questão racial e cisnormativa.

Uma das entrevistadas declara que dentro da sua comunidade de lésbicas “caminhoneiras” (que não performam uma feminilidade padrão, assumindo traços tidos enquanto mais masculinos de forma mais evidente) existe um:

Trauma que é compartilhado, é um trauma coletivo. É uma coisa violenta que acontece com muita frequência, senão não teriam tantas mulheres falando sobre isso. (A3, 33 anos)

Na ideia central B- Negligência e falta de acolhimento em consultas ginecológicas e em serviços de saúde, agrupam relatos em que as mulheres entrevistadas não têm suas demandas meramente atendidas ou solicitações levadas a sério pelo fato de praticarem sexo com outra mulher, o que também caracteriza violência. Uma vez que existe uma constância e a alta distribuição dos episódios de violência, faz com que a negligência e a falta de acolhimento sejam caracterizadas como institucional, ou seja, existem elementos dentro da estruturação da relação entre o serviço e o usuário que encerram aí relações violentas (14). Nesta ideia central abarcamos mais de 38 relatos, com negligências graves, desde mulheres que nunca receberam solicitação de exames ou que não tiveram informações suficientes sobre como se proteger de ISTs e por isso evitam fazer sexo. Relato que demonstra que a falta da informação correta é uma negligência que interfere diretamente na construção de modos de vida das MSM.

A médica não quis fazer o exame preventivo porque eu só havia feito sexo com mulheres. (B1, 24 anos)

Negligência gravíssima que exemplifica porque o câncer de colo de útero, que tem curabilidade de 100% quando encaminhado para tratamento precoce, e em mulheres não heterossexuais tem uma letalidade aumentada em mais de 10% (1). Uma pesquisa feita com cerca de 40 profissionais de saúde em 2014, no Rio de Janeiro, visando saber dos profissionais de saúde como era o cuidado destinado às mulheres lésbicas, revelou um estigma central em relação ao exame colpocitológico e a performance de feminilidade (15).

O preconceito clínico se mostrou muito presente na fala dos profissionais que fizeram distinção entre lésbicas “femininas e masculinas” e uma construção de uma imagem onde as lésbicas menos “femininas” não teriam problema com o espécuro, enquanto as outras, “mais masculinas” “não gostavam de homem, por isso não queriam o espécuro”. Araújo et al. (15) destaca que os fatores de expressão de gênero determinam diretamente a qualidade do cuidado, onde mulheres que menos se

adequarem a padrões de feminilidades eram as únicas consideradas lésbicas, mas ainda assim, como revela o presente estudo, apenas 14,6% das MSM são perguntadas sobre orientação sexual, sendo a informação então presumida. E quando a sexualidade e a raça se entrelaçam, os relatos de violência e invisibilidade aumentam ainda mais para as mulheres lésbicas e bissexuais negras (1).

Tal evidência já nos conduz a ideia central seguinte, C - Presunção da heterossexualidade nos serviços de saúde, tratar toda mulher que se apresenta nos consultórios como uma mulher hétero e se negar a perguntar sua sexualidade é declarar que a única sexualidade possível é a hétero, o que caracteriza sumariamente a heterossexualidade compulsória. Cada uma das 217 MSM que nunca foram perguntadas sobre a sua sexualidade nos ambientes de saúde revela uma parcela da heterossexualidade compulsória que impera. E apresenta forte relação com o constrangimento sentido por 67,3% das MSM nos ambientes de saúde. Existe um roteiro de consulta que é comum às MSM,

É sempre assim né, ‘ah você faz sexo? sim. Usa qual método contraceptivo? Faço sexo com mulheres’ e aí sempre senti o ambiente pesado. (C1 de 25 anos)

Tive que tomar Roacutan e a médica insistindo para eu fazer exame de Beta HCG. Eu fiquei sem jeito e fiz. Até que eu disse que ‘namorava uma menina’ e o silêncio reinou. Como se a hipótese nem fosse cogitável. (C2, 21 anos)

Outra dificuldade apresentada é a pouca importância que é dada à essa demanda nas instituições de ensino, responsáveis por formar esses profissionais. Se enquanto as pautas gays são sempre carregadas de preconceito e do estigma da pandemia de HIV/AIDS, as pautas lésbicas não são faladas em momento algum de muitas graduações, tornando-as invisíveis (15).

Muito relacionado ao tópico acima, a ideia central D - Invisibilidade e violência moral e psicológica. Foram mais de 20 relatos, onde profissionais, por preconceitos próprios, tornaram a pauta de saúde sexual e reprodutiva invisível e invalidada.

Quando perguntada se tinha uma vida sexual ativa eu informei que sim, pois estava em um relacionamento homoafetivo há 4 anos. O médico, então, disse que eu não mantinha relações sexuais porque eu só me ‘masturbava’ pois mulher com mulher não faz sexo. (D1 de 25 anos)

Eu nunca tive coragem de abordar o assunto com a minha ginecologista e minto que sou virgem para não precisar dar mais explicações. (D2, 24 anos)

O que parece ser apenas uma forma de evitar constrangimento, esconde e invisibiliza toda uma trajetória e escolhas de vida. Mulheres bissexuais são igualmente vítimas de tal invisibilização, como revela:

Como mulher bissexual percebo uma preocupação maior dos profissionais de saúde quando tenho um parceiro do sexo masculino, quando me relaciono com uma mulher meio que ‘passa batido’, como se não houvesse formas de prevenção ou preocupações específicas. (D3, 24 anos)

Em relação à ISTs e formas de proteção, as MSM demonstram que os profissionais falham em exemplificar, para sua realidade, formas de proteção eficazes que não comprometam o seu prazer (15).

No contexto de violência moral se destacam desde ginecologistas fazendo encaminhamentos para psiquiatra por ser lésbica, ou para igreja:

[...] porque fomos feitas para engravidar, foi para isso que deus nos fez. (D4, 25 anos)

Uma psicóloga me disse que eu era lésbica por ter sofrido abuso sexual por homem. (D5, 24 anos)

São relatos comuns os constrangimentos perante a doação de sangue, apesar de, atualmente, ser garantido por lei o direito de doar sangue, livre de qualquer preconceito perante sua orientação sexual (16).

A estrutura que alicerça os ambientes de saúde, ainda extremamente hierarquizados, onde os médicos e outros profissionais de saúde são os detentores de todo saber, de forma decrescente até chegar ao paciente, que, a depender do seu nível de vulnerabilidade, passa a não ter qualquer informação e direito de consentimento sobre o seu próprio corpo. O que estabelece na relação entre equipe de saúde e pacientes uma estrutura de poder vertical, ou biopoder, como destaca Foucault (17), onde o profissional de saúde se apropria das peculiaridades desta relação dos corpos dos indivíduos com os seus processos vitais e torna as mulheres coadjuvantes da própria vida (17,18). À parte desta estrutura rígida de poder dentro do consultório, a conexão entre profissional-paciente é frágil. Já é sabido que a construção de vínculo fortalecido entre cuidador e paciente aumenta a viabilidade de um cuidado longínquo e efetivo.

Sousa et al., (7) demonstram que existe um maior abandono de acompanhamento em saúde das mulheres lésbicas americanas, bem como uma chance de 10% a mais quando comparadas às mulheres heterossexuais, para desenvolvimento de doenças crônicas, o que demonstra que essas mulheres não héteros não se sentem confortáveis em procurar atendimento e muito menos têm uma continuidade no sistema de saúde. E a presente pesquisa demonstra que a situação das MSM brasileiras não é diferente.

Saber mais sobre a vivência das mulheres que fazem sexo com mulheres pode ser um fator importante para promover, com maior acolhimento e menos preconceito, atendimentos em saúde de qualidade para essa população (7).

Para as MSM os atendimentos seriam mais dignos e acolhedores com ações simples, como diálogo aberto com as mulheres, principalmente durante os procedimentos mais invasivos.

Os ambientes são adaptados para tudo hoje em dia, para as crianças na pediatria, para os idosos na geriatria, mas quando se trata da saúde de MSM não existe nenhuma conduta que seja capaz de nos acolher. (D6, 33 anos)

São procedimentos simples, como perguntar a orientação sexual, oferecer a possibilidade de alteração no tamanho do espécuro, informações específicas à MSM e que rompam com a cisheteronormatividade, e que fazem toda a diferença nos atendimentos de saúde.

Conclusão

Mostra-se evidente que MSM ainda sofrem uma série de discriminações e violências nos serviços de saúde ao buscarem cuidados integrais, principalmente no que tange aos seus direitos sexuais e reprodutivos. Mesmo após mais de 10 anos do lançamento da Política Nacional de Saúde LGBT, a mesma ainda está longe de ser implantada e praticada nos ambientes de saúde, e ainda mais quando se trata de saúde de MSM. Nenhuma política pública é, de fato, eficaz e estudos são pouco abrangentes nesta área.

A saúde de MSM deve ser discutida de forma mais ampla, para abarcar fatores que se estendam à proteção contra ISTs e exames invasivos de prevenção dos cânceres de mama e colo uterino. Com o conceito ampliado de saúde adotado pela OMS, onde saúde é mais que apenas a ausência de doença, e sim “resultante das condições de alimentação habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade”, o preconceito dentro das consultas é um importante determinante social de saúde, pois influencia diretamente no bem-estar do público LGBT e a forma como se irá construir suas vidas saudáveis.

Este estudo infere que outros fatores devem ser contemplados em pesquisas, como, por exemplo, o fato do prazer feminino ser ainda tabu, mesmo que dentro da academia. Homens, mesmo que dentro do mundo LGBTQIA+, são recorrentemente contemplados com perguntas sobre prazer nas relações, orgasmos, ejaculação precoce e outros fatores dissociados de sua fertilidade, enquanto na saúde de mulheres o foco principal é sempre ela.

O presente estudo almeja que essas informações sejam cada vez mais discutidas. Quanto mais MSM estiverem conscientes de suas vulnerabilidades, mais serão capazes de requisitar um atendimento digno e direcionado para suas condições de saúde. Assim, poderão cobrar políticas públicas direcionadas e profissionais de saúde capacitados para maior humanização do atendimento.

Em vanguarda, escutando diretamente as experiências das MSM, e quais são suas prioridades nos atendimentos de saúde, estudos subsequentes podem ser feitos com objetivo de capacitar profissionais de saúde e reestruturar as culturas de atendimento, visando cada vez mais, uma criação de vínculo efetivo e proveitoso nos ambientes de saúde, sejam eles de âmbito público ou privado.

Financiamento

Bolsa de Iniciação Científica – Recurso da Fundação Universidade de Brasília

Conflito de interesses

As autoras declaram que não há conflito de interesses.

Contribuição dos autores

Ferreira BF contribuiu para a concepção/desenho do artigo, análise e interpretação de dados, redação do artigo, revisão crítica de seu conteúdo e aprovação da versão final. Badim Marques SB contribuiu para a concepção/desenho do artigo, análise e interpretação de dados, redação do artigo, revisão crítica de seu conteúdo e aprovação da versão final. Andrade J contribuiu para a concepção/desenho do artigo, análise e interpretação de dados, redação do artigo, revisão crítica de seu conteúdo e aprovação da versão final. Bruno CTS contribuiu para a revisão crítica de seu conteúdo e aprovação da versão final.

Equipe editorial

Editora científica: Alves SMC

Editor assistente: Cunha JRA

Editores associados: Lamy M, Ramos E

Editor executivo: Teles G

Assistente editorial: Rocha DSS

Referências

1. Fernandes M, Soler LD, Leite MCB. Saúde das mulheres lésbicas e atenção à saúde: nem integralidade, nem equidade diante das invisibilidades. BIS. Boletim do Instituto de Saúde (Online) [Internet]. 2018 [6 fev. 2023];19(2):37-46. Disponível em: <https://doi.org/10.52753/bis.2018.v19.34590>
2. Negreiros FRN, Ferreira BO, Freitas DN, Pedrosa JIS, Nascimento EF. Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais: da Formação Médica à Atuação Profissional. Revista Brasileira de Educação Médica [Internet]. 2019 [6 fev. 2023];43(1): 23-31. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n1RB20180075>
3. Rich A. Heterossexualidade compulsória e existência lésbica. Bagoas [Internet]. 2010 [6 fev. 2023];4(5):17-44. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/bagoas/article/view/2309>
4. Butler JP. Problemas de gênero: feminismo e subversão de identidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2003.
5. Oka M, Laurenti C. Entre sexo e gênero: um estudo bibliográfico-exploratório das ciências da saúde. Saúde e Sociedade [Internet]. 2018 [6 fev. 2023];27(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170524>
6. Gondim SMG, Sobrinho JBA, Santana VS, Santos VM, Saveia JM. Gênero, autoconceito e trabalho na perspectiva de brasileiros e angolanos. Cadernos de Psicologia Social do Trabalho [Internet]. 2013 [6 fev. 2023];16(2):153-165. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cpst/v16n2/a02v16n2.pdf>
7. Sousa JC, Mallmann DG, Galindo Neto NM, Freitas NO, Vasconcelos EMR, Araújo ED. Promoção da saúde da mulher lésbica: cuidados de enfermagem. Revista Gaúcha de Enfermagem [Internet]. 2014 [6 fev. 2023];35(4):108-113. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2014.04.45308>
8. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais - LGBT. Brasília: MS; 2011. [19 fev. 2024]. Disponível em: <http://bibliotecadigital.economia.gov.br/handle/123456789/387>
9. Handcock MS, Gile KJ. On the concept of snowball sampling. Sociological Methodology [Internet]. 2011 [6 fev. 2023];41(1):367-371. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1467-9531.2011.01243.x>
10. Lefèvre F, Lefèvre AMC. O Discurso do Sujeito Coletivo - um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul: EDUCS; 2003.
11. Santi LN, Nakano AMS, Lettiere A. Percepção de mulheres em situação de violência sobre o suporte e apoio recebido em seu contexto social. Texto & Contexto – Enfermagem [Internet]. 2010 [6 fev. 2023];19(3). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072010000300002>
12. Crispim JE, Barreto EF, Nogueira WB, Almeida SA. Assistência de enfermagem à mulher lésbica e bissexual na atenção básica: protocolo de atendimento. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online [Internet]. 2018 [citado em 23 mar. 2022];10(spe):34-39. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/7599>
13. World Health Organization (WHO). Multi-country study on women's health and domestic violence against women. Geneva: World Health Organization; 2005.
14. Azeredo YN, Schraiber LB. Violência institucional e humanização em saúde: apontamentos para o debate. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2017 [6 fev. 2023];22(9). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.13712017>
15. Araújo L, Penna L, Carinhonha J, Costa C. O cuidado às mulheres lésbicas no campo da saúde sexual e reprodutiva. Revista Enfermagem Uerj [Internet]. 2019 [6 fev. 2023];27:e34262. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2019.34262>
16. Supremo Tribunal Federal (BR). Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 5543/2016. Prestação de informações solicitadas pelo relator. Brasília, DF: STF, 2020 [6 fev. 2023]. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=753608126>
17. Foucault M. Microfísica do Poder. 13ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 1998.
18. Moscheta MS, Fébole DS, Anzolin B. Visibilidade seletiva: a influência da heterossexualidade compulsória nos cuidados em saúde de homens gays e mulheres lésbicas e bissexuais. Saúde & Transformação Social [Internet]. 2016 [6 fev. 2023];7(3):71-83. Disponível em: <https://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/4318>

Como citar

Ferreira BF, Marques SB, Andrade J, Bruno CTS. Cuidado com a saúde sexual e reprodutiva: um olhar a partir da percepção de mulheres que fazem sexo com mulheres. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*. 2024 jan./mar.;13(1):119-130

<https://doi.org/10.17566/ciads.v13i1.1033>

Copyright

(c) 2024 Beatriz Felix Ferreira, Silvia Badim Marques, Juliane Andrade, Carla Targino da Silva Bruno.

