

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL  
CÂMPUS DE TRÊS LAGOAS  
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**BEATRIZ FERREIRA XAVIER  
MARIA EDUARDA FRANCÉ**

**CUIDADO À SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DE MULHERES CIS  
LÉSBICAS: INVISIBILIDADE, INIQUIDADE E BARREIRAS NO  
ACESSO À SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem, sob orientação da Profa. Dra. Hellen Pollyanna Mantelo Cecilio.

**TRÊS LAGOAS - MS**

**2023**

## RESUMO

Ao se falar em promoção de saúde integral de lésbicas, bissexuais e todas as mulheres cis que perpassam suas práticas sexuais pelo homoerotismo, é perceptível que os preceitos de integralidade e equidade na promoção de saúde não estão presentes na maioria dos atendimentos destes usuários. Para essa pesquisa foi traçado como objetivo geral apreender as experiências de mulheres cis que fazem sexo com mulheres cis (McSMc) sobre os atendimentos à saúde sexual e reprodutiva em serviços de Atenção Primária à Saúde e como objetivos específicos desvelar as fragilidades do atendimento ginecológico sob ótica das McSMc; apreender quais aspectos da saúde sexual e reprodutiva da população LGBTQIA+ se tornam invisibilizados e conhecer as especificidades experienciadas por esse grupo socialmente marginalizado. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo exploratória e a composição da amostra de participantes se deu por meio da técnica “bola de neve”, em que uma pessoa “semente” indica o contato de outras pessoas pertencentes à população de estudo e assim sucessivamente, uma vez que como critério de inclusão tem-se ser mulher cis lésbica ou cis bissexual, que fazem sexo com outras mulheres. Para a coleta de dados foi utilizado um formulário online e obtidas 52 respostas na primeira parte. A partir delas, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas pela plataforma virtual Google Meet® com 12 mulheres cis que fazem sexo com mulheres cis (McSMc). Os resultados apontam que os profissionais de saúde não estão abertos ao diálogo e pressupõem uma heterossexualidade compulsória, invisibilizando as necessidades de grupo que cada vez mais se afasta dos serviços de saúde e tem sua saúde negligenciada.

**PALAVRAS-CHAVE:** Enfermagem; Minorias Sexuais e de Gênero; Acesso aos Serviços de Saúde; Homossexualidade Feminina; Normas de Gênero; Assistência Integral à Saúde.

## INTRODUÇÃO

As orientações sexuais não-heterossexuais e a vivência lésbica, em geral, são uma temática permeada por inúmeros preconceitos e discriminações. Neste sentido, grande parte dos profissionais de saúde costumam pressupor a heterossexualidade dos usuários.

Assim, as necessidades individuais desses grupos na grande maioria das vezes são ignoradas pelos profissionais de saúde, o que tem como consequência o afastamento desses grupos das instituições de saúde, por medo do preconceito encontrado durante os atendimentos e dessa forma essa população fica cada vez mais distante de uma plena atenção à saúde.

Os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), evidenciados pelas diretrizes no art. 198 da Constituição Federal, estão fundamentados essencialmente em: universalidade, integralidade e equidade, tornando-se dever do Estado garantir a cada pessoa direito à saúde em sua totalidade (Brasil, 1990).

Nesta lógica, é necessário que seja garantido um cuidado individualizado e centrado nas especificidades de cada grupo, oferecendo assim, atendimento relacionado às demandas específicas considerando a compreensão dos diferentes determinantes sociais em saúde envolvidos a este grupo. No entanto, o cotidiano dessas pessoas é marcado pelo oposto disso.

Com o afastamento de mulheres cis lésbicas do sistema de saúde, suas necessidades não são atendidas, o que gera falsas informações sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), diagnóstico tardio de doenças como o câncer de mama e o câncer do colo do útero. Tudo isso devido a uma visão heteronormativa que ainda é presente nos serviços de saúde e faz com que as relações entre mulheres ainda não serem vistas como relações de cunho sexual (Almeida, 2009; Fébole, 2017).

Além disso, ainda hoje existe a ideia de que os homens são os responsáveis pela transmissão de ISTs, isso reforça a visão de que sexo entre mulheres é um fator de proteção e coloca a mulher como um agente passivo dentro da sexualidade. Consequentemente, esse grupo não recebe orientações adequadas de como prevenir essas doenças e também não realiza os testes rápidos de rotina que são importantes para a detecção precoce e tratamento adequado (Rodrigues, 2013; Fébole, 2017).

Segundo Ciasca, Hercowitz e Lopes Junior (2021), a abordagem da homossexualidade feminina no cuidado integral à saúde encontra muitos obstáculos ao ser abordada por profissionais de saúde.

Neste trabalho, com o objetivo de desconstruir preconceitos e dar visibilidade, será utilizado o termo “cis lésbicas” em alusão às homossexualidades femininas e mulheres cis.

Melo (2010) destaca que a representação de mulher é construída por normas de gênero, conjugalidade e orientação sexual: heterossexual, destinada à reprodução e à maternidade. Logo, as lésbicas se tornam invisíveis, já que são tidas a *priori* como heterossexuais, com exceção daquelas que em sua aparência apresentam características atribuídas ao masculino. Esse padrão foi construído mediante a heterossexualidade compulsória, que trata-se da naturalização de uma sexualidade heterossexual, sendo ela intrínseca e o considerado normal para qualquer sexualidade e para qualquer modelo de sociedade (Wittig, 1980). Desta forma, a suposta masculinidade de mulheres homossexuais reflete no modo como a atenção lhes será destinada, e o que se observa são suas demandas sendo minimizadas, assim como o desconhecimento sobre seu perfil, suas necessidades e dificuldades de acesso aos serviços de saúde (Almeida, 2009).

Nesse sentido, como publicado por Facchini e Barbosa (2009) em uma pesquisa direcionada para avaliação do acesso aos cuidados de saúde de mulheres que fazem sexo com mulheres, identificou que a frequência de idas ao ginecologista é menor para mulheres em que a trajetória sexual é caracterizada por pouco ou nenhum contato com o sexo oposto. Entre aquelas em que a frequência ao ginecologista é inexistente ou esporádica é comum a compreensão da ausência de necessidade em decorrência do pouco ou da ausência de contato com homens, suposto transmissor de Imunodeficiência Humana (HIV) e outras doenças ligadas à sexualidade.

Em um estudo brasileiro realizado por Andrade *et al.* (2020) com 150 mulheres cis que fazem sexo com mulheres cis (McSMc), relatou-se a prevalência de papiloma vírus humano (45,3%), *Chlamydia tachomatis* (2%), HIV (0,7%), *Trichomonas vaginalis* (1,3%), sífilis (1,3%) e *Neisseria gonorrhoeae* (0,7%).

Ainda sobre ISTs, conforme Ciasca, Hercowitz e Lopes Junior (2021), os principais fatores de risco identificados entre cis lésbicas são múltiplas parceiras, sexo sem métodos de barreira e falta de higienização de objetos sexuais compartilhados.

Ademais, o número de evidências e estudos que definem com segurança quais são os exames de rastreamento que deveriam ser indicados para mulheres cis lésbicas ainda são escassos. Ainda assim, há rastreamentos que devem ser feitos, de acordo com os protocolos da atenção primária, definidos pelo Ministério da Saúde.

O câncer de colo uterino é o quarto tipo de câncer mais comum entre as mulheres, porém o rastreamento não costuma ser oferecido para cis lésbicas, colocando esse grupo em situação de maior vulnerabilidade, como alertado por Rodrigues (2013), que chama atenção para a forte incidência de câncer de colo uterino e de mama em mulheres que fazem sexo com

mulheres, e, para além disso, geralmente a detecção ocorre em estágio avançado, em consequência da menor frequência de procura por atendimento e de exames ginecológicos.

Habitualmente, em consultas ginecológicas, os profissionais de saúde seguem protocolos que, na maior parte dos casos, são baseados na conjectura de vida sexual heterossexual. Em consequência disso, as relações com a equipe de saúde podem acarretar a impossibilidade de compreender essas pessoas como múltiplas e em constante processo de transformação, invisibilizando cuidados e formas de exigência que fogem aos estereótipos de gênero e sexualidade (Fébole, 2017).

Os estudantes da área da saúde são treinados para coletar a história sexual dos pacientes, mas não estão capacitados para exercer a escuta ativa e promover a saúde sexual de forma integral e igualitária. Há estudos que afirmam que a formação profissional deficiente em sexualidade afeta a qualidade da assistência ofertada (Pedrosa; Spink, 2011). Dessa forma, mesmo com a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transsexuais, ainda é necessário que ela seja abordada e integre de forma efetiva a estrutura curricular dos cursos da área da saúde e as ações de educação permanente para os profissionais já formados.

Assim, visando dar voz as mulheres cis lésbicas este estudo propõe-se a compreender as experiências nos serviços de saúde de mulheres cis que fazem sexo com mulheres cis e propor melhorias nos serviços oferecidos com adequações que atendam as necessidades das mulheres.

Para isso, foi traçado como objetivo geral apreender as experiências de mulheres cis que fazem sexo com mulheres cis (McSMc) sobre os atendimentos à saúde sexual e reprodutiva em serviços de Atenção Primária à Saúde e como objetivos específicos desvelar as fragilidades do atendimento ginecológico sob ótica das McSMc; apreender quais aspectos da saúde sexual e reprodutiva da população LGBTQIA+ se tornam invisibilizados e conhecer as especificidades experienciadas por esse grupo socialmente marginalizado.

## METODOLOGIA

Esta pesquisa delinea-se como de natureza qualitativa, do tipo exploratória, proveniente de um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) de Graduação em Enfermagem.

A amostra se deu por meio da técnica “bola de neve”, que consiste em uma forma de amostra não probabilística aplicada em pesquisas sociais nas quais os participantes iniciais de uma pesquisa indicam novos participantes que por sua vez indicam novos participantes e assim sucessivamente, até que seja alcançado o objetivo proposto, também chamado de “ponto de saturação” (Vinuto, 2014; Minayo, 2017)

A execução da amostragem em bola de neve se construiu da seguinte maneira: como pessoa “semente” tivemos uma militante, gestora LGBTQIA+ e participante da Associação Três Lagoense de Gays, Lésbicas e Travestis (ATGLT). Essa escolha se deu devido a grande influência que essa personalidade exerce na cidade, bem como também por ser uma figura de liderança na militância devido a sua grande contribuição na fundação da ATGLT. Além disso, foram contatadas outras pessoas sementes dentro da universidade, a fim de englobar mulheres lésbicas de todas as idades e com realidades diversas.

A pessoa “semente” indicou o contato de outras pessoas pertencentes à população de estudo e assim sucessivamente, culminando no efeito de “bola de neve”. Como dito por Bernard (2005), esta técnica é um método de amostragem de rede útil para estudar populações difíceis de serem acessadas ou estudadas (*Hard-to-find or hard-to-study populations*), tal como aquelas em que não há precisão sobre sua quantidade.

A pesquisa foi realizada através de um formulário online em que o link foi postado por meio das redes sociais das autoras. A partir do formulário foram coletadas informações de contato de 52 participantes. Na segunda etapa do formulário havia um campo para que as participantes deixassem o contato, caso quisessem contribuir com mais respostas. Neste campo 30 participantes aceitaram responder mais perguntas de forma online através da plataforma Google Meet, desse número, conseguimos entrevistar 12 mulheres cis de diferentes idades e estados brasileiros de forma online.

Como critérios de inclusão, foram selecionadas mulheres cis lésbicas e cis bissexuais, maiores de 18 anos, que fazem sexo com mulheres. Como critérios de exclusão, participantes que não se identificaram enquanto mulheres cis gênero lésbicas ou bissexuais; participantes que ainda não iniciaram a vida sexual; participantes que se autodeclararam panssexual.

Após assentimento de participação por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), as pesquisadoras previamente treinadas, procederam à entrevista. Para a coleta de dados, foi utilizada entrevista semi-estruturada, que abordou identificação, práticas

sexuais, hábitos ginecológicos e experiências na consulta ginecológica. Foi realizada por meio de um roteiro-guia elaborado pelas pesquisadoras. Devido à necessidade de segurança sanitária causada pela pandemia da Covid-19, as entrevistas aconteceram em ambiente virtual, através da plataforma Google Meet®. Do ponto de vista dos procedimentos técnicos, as entrevistas foram gravadas e transcritas posteriormente.

Para análise de dados foi utilizada a metodologia de análise de conteúdo proposta por Bardin (2011), que consiste em três etapas básicas: pré-análise, descrição analítica e tratamentos dos dados, inferência e interpretação. As entrevistas foram transcritas na íntegra e submetidas à análise de conteúdo e modalidade temática, o que permite fazer inferências a partir do exposto pelas entrevistadas.

Na pré-análise foi utilizado o método de leitura flutuante que é o primeiro contato com as entrevistas transcritas. A partir disso, foi realizada a separação das falas mais marcantes, utilizando como critério, a regra da exaustividade, representatividade e pertinência (Bardin, 2011).

Após a análise e separação dos dados, foi feita a categorização, ou seja, a transformação dos dados brutos obtidos em dados organizados. Foram feitos grupos de dados que correspondem com o objetivo do estudo, que se tornaram categorias (Bardin, 2011). Por último, foram realizadas a interpretação dos resultados e as inferências acerca do assunto.

Este estudo foi fundamentado nos preceitos éticos determinados pelas Resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde sob o parecer 5.914.883 e CAAE 65044522.0.0000.0021. Além disso, foi garantido às entrevistadas confidencialidade, uma vez que as mesmas serão identificadas somente pelo seguinte código: letra M (de mulher) acompanhada de números sequenciais (M1, M2, M3...), sob o qual integraram o banco de dados.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A coleta de dados ocorreu de fevereiro a maio e foram coletadas 52 respostas na primeira parte do formulário e a partir disso, foram realizadas entrevistas com 12 mulheres que concordaram em continuar com a pesquisa. Dentre as 52 respostas, tivemos mulheres de vários estados brasileiros entre 18 e 46 anos, sendo a maioria entre 19 e 25 anos, com ensino superior incompleto, que utilizam o sistema público de saúde, se identificam como bissexuais, fazem sexo apenas com mulheres cis, sendo o sexo oral e a penetração vaginal com dedos os tipos de sexo mais prevalentes.

Além disso, a grande maioria respondeu que não utiliza métodos de prevenção de doenças e tem como justificativa a confiança na parceira. Entretanto, as entrevistadas responderam que sabem que o risco de adquirir uma IST é o mesmo tanto em relações com mulheres, como em homens.

Em relação às consultas ginecológicas, grande parte das participantes respondeu que foi ao ginecologista pelo menos uma vez nos últimos dois anos e prefere ser atendida por mulheres, por se sentirem mais confortáveis, seguras e confiantes. Elas também relataram que os profissionais perguntam sobre a prática sexual, mas sem se atentar à orientação sexual.

A partir dos depoimentos obtidos emergiram três categorias temáticas: “violência, desconforto e heterossexualidade compulsória”; “diferença no acolhimento e falta de diálogo” e “capacitação e inclusão do assunto na graduação”, as quais serão descritas a seguir.

### VIOLÊNCIA, DESCONFORTO E HETEROSSEXUALIDADE COMPULSÓRIA

Durante as entrevistas foi possível observar o desconforto sofrido em consultas, como relatado por algumas mulheres:

*M1: “É tanto médico daqui de [...] quanto da minha cidade porque eu só moro aqui para fazer faculdade. Não pede licença. E é isso!”*

*Pedir licença porque é uma coisa que muita gente ainda não faz.”*

*M2: “Eu nunca me senti confortável com ginecologista.”*

A Política Nacional de Humanização (Brasil, 2013), tem como uma de suas bases a valorização da dimensão subjetiva e coletiva em todas as práticas e gestão no SUS, sendo assim, deve haver um compromisso com os direitos relacionados à cidadania, onde se destacam as necessidades específicas de gênero, étnico-racial, orientação/expressão sexual e de segmentos específicos (população negra, do campo, extrativista, povos indígenas, quilombolas, ciganos, ribeirinhos, assentados, população de rua, etc.). Dessa maneira, garantir

um espaço seguro e confortável durante os procedimentos realizados é fundamental para a construção do espaço de cuidado.

Esse desconforto, já relatado em outros trabalhos dessa temática, infelizmente é comum para muitas mulheres, e, muitas vezes, não é apenas desconforto e sim, uma violência:

*M3: "Só uma pergunta... A relação sexual de vocês tem penetração ou só fica esfregando?"*

*M5: "Eu fui na minha ginecologista e fui fazer exames de rotina mesmo. Era a primeira vez que eu ia numa ginecologista aqui nesta cidade e aí ela fez o toque em mim e ela falou "ah, o hímen não está rompido", então eu fiquei "ah, tá joia né", e aí ela prosseguiu ao fazer um exame especular e um exame transvaginal e eu senti dor durante o exame inteiro e foi absurdamente horrível. Eu falei para ela que estava sentindo dor e ela falava "não, mas é assim mesmo. É tranquilo. Você tem que relaxar o bumbum" e eu falava "Senhora, eu já estou relaxada. Tá doendo muito"*

*M7: "Dessa primeira médica né porque doeu muito o toque dela, ela não tava se importando, eu falei que tava doendo e ela ainda tava enfiando o dedo e eu não gostei nem um pouco, mas tipo assim ela me avisou estou fazendo um toque e aí eu não fazia ideia do que ia ser achei que sei lá, ela ia mexer lá, ia verificar e tal. Ela meteu o dedo lá dentro e eu falei assim santo pai."*

Para Andrade *et al.* (2020), a cisheteronormatividade na assistência às mulheres cis lésbicas age de diversas formas, sendo alguns exemplos quando a/o profissional desconhece práticas sexuais da mulher cis usando um espécuro inadequado para realizar exame, ou mesmo quando pula questões relacionadas às ISTs em seu atendimento.

Esses trechos, em consonância com estudos realizados por Fébole (2017), reforçam que muitas mulheres passam por situações de violência, independentemente de serem instituições de saúde públicas ou privadas. Os profissionais ignoram a sexualidade das pacientes, negligenciando suas práticas sem penetração e principalmente, desprezando o fato de que as relações sexuais não precisam ser necessariamente com homens, e mesmo quando é entre duas mulheres, pode não ocorrer a penetração.

A invisibilização é uma questão importante que precisa de atenção, uma vez que, ela já se constitui enquanto uma violência. A ausência de informações que considerem suas práticas sexuais para a prevenção de ISTs, a falta de conversa a respeito do que lhe é confortável para a realização do exame Papanicolau, todas essas situações são exemplos de violência que contribuem para traumas psicológicos e emocionais, tendo como consequência

o aumento da vulnerabilidade em saúde, ocasionado pelo não acompanhamento adequado de sua saúde sexual e reprodutiva (Andrade *et. al*, 2020).

Segundo a ativista Adrienne Rich (1986), a heterossexualidade compulsória é quando há uma naturalização da sexualidade heterossexual, pensada como intrínseca, normal e universal.

*M2: “Porque é entendido que o sexo é o homem e a mulher e é isso, sabe? Não tem mais nada além disso. [...] É querer impor mesmo uma norma, sabe? É... Um poder hegemônico, tem que ser assim e pronto né? As pessoas não podem viver sua sexualidade.”*

*M3: “Um sistema de saúde que não está preparado para lidar com pessoas é... Que não são hetero né. Para lidar com pessoas que são homossexuais. Então acho que é o padrão mesmo...”*

*M10: “Orientações que a gente recebe de maneira geral é sempre pensando num relacionamento hetero. [...] Então como eu já tive infecção de urina, as pessoas sempre abordam, ó tem que tomar esse aqui, o parceiro tem que tomar, mas nem se preocupa se você tem uma parceira, então eu acho que seria interessante abordar a pessoa perguntando primeiro com quem ela se relaciona para poder dar as orientações de maneira mais correta, é isso.”*

Consolidando estes achados há outros estudos que afirmam que a prática sexual entre mulheres cis é desconsiderada, ignoradas enquanto atividade sexual, considerando apenas como sexo legítimo o ato sexual que ocorre com penetração de pênis (Barbosa, Facchini, 2009; Knauth, Meinerz, 2009).

Como citado por Araújo *et al.* (2019), a compreensão acerca da identidade sexual e, especialmente, sobre as práticas sexuais da mulher é essencial para que o profissional de saúde possa conduzir a consulta, adequando as orientações às singularidades dessas clientes, principalmente, no que tange às suas práticas sexuais, e, ainda, atentando para as vulnerabilidades relacionadas à saúde.

## DIFERENÇA NO ACOLHIMENTO E FALTA DE DIÁLOGO

Outro aspecto apontado nos resultados do presente estudo foi a falta de acolhimento e de troca de informações entre os profissionais de saúde e usuárias lésbicas e bissexuais sobre suas sexualidades no ambiente de cuidado à saúde. Como consequência, ocorre a negligência de necessidades em saúde, uma vez que as usuárias não se sentem seguras para declarar sua sexualidade e falar sobre suas experiências (Almeida, 2009; Coelho, 2001; Fébole, 2017).

*M1: “Não é um ambiente que me dá muita vontade de ficar falando.”*

*M2: “Não tem espaço para diálogo. [...] Tanto homens, quanto mulheres, sempre foram muito hostis, não tinha espaço para conversar, sobre sexualidade, por exemplo. [...] É raríssimo encontrar um médico que escute.”*

*M5: “Eu acho que talvez se propor mais a tirar dúvidas, ou explicar um pouco mais sobre as questões.”*

A orientação a respeito dos cuidados ginecológicos, sejam eles relacionados à saúde sexual ou reprodutiva, de acordo com as respostas das mulheres entrevistadas, são pautadas na cisheteronormatividade. Pressupõe-se que essa situação ocorra devido à falta de informação acerca da orientação sexual durante as consultas ginecológicas (Andrade et al., 2020).

Além dessas percepções, em alguns recortes foi possível identificar a satisfação das participantes com o atendimento de profissionais de enfermagem. Isso se dá devido aos cuidados de enfermagem que envolvem o acolhimento, a escuta ativa e a humanização da assistência, que são pilares essenciais na prática profissional.

*M2: “Os estagiários, a equipe de enfermagem, sempre me trata muito melhor do que os próprios médicos.”*

*M5: “Normalmente as enfermeiras tendem a ser um pouquinho mais, eu não diria íntimas, mas talvez mais palpáveis. No sentido de proximidade, de estar ali.”*

*M11: “[...] o enfermeiro não, ele pergunta tudo, pergunta geralmente tudo, se você tá tendo relação, tudo sabe, as suas reclamações, suas queixas, é bem mais abrangente e mais acolhedora eu acho.”*

Na contramão dessas experiências das mulheres entrevistadas, diversos autores reforçam o quanto os profissionais de saúde e os órgãos competentes da saúde, ainda insistem em não reconhecer as necessidades de saúde dessas mulheres como legítimas, reforçando diariamente a invisibilidade e as deixando à margem dos direitos à saúde (Araújo et al., 2019; Andrade et al., 2021; Andrade, 2021; Fébole, 2017).

A Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2017), em umas de suas diretrizes pressupõe que haja a responsabilização entre os profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente e consistente, acompanhando as intervenções em saúde e os outros elementos presentes na vida das pessoas. O que ocorre é uma postura profissional de omissão e transferência de responsabilidade, diante de uma necessidade de cuidado em saúde, onde em muitas situações, a falta de conhecimento ou capacitação é apenas um disfarce para a discriminação e violência.

FORMAÇÃO E INCLUSÃO DO ASSUNTO NA GRADUAÇÃO

Acerca do desconhecimento profissional sobre as práticas sexuais da população lésbica e bissexual, nas entrevistas foi apontada a necessidade de inclusão da temática nos cursos de graduação da área da saúde e a busca por atualização de protocolos que incluem as necessidades específicas dessas pacientes (Araújo *et al.* 2020).

*M2: "Isso tem que estar na formação, sabe?"*

*M3: "Eu acho que precisa de formação né... Formação... [...] Os cursos de enfermagem eu acho que hoje eles deveriam ter em suas grades uma abordagem específica e um ensinamento a respeito de como lidar com essa população. Então eu penso que precisa mudar a estrutura do pensamento formativo e no sistema de saúde né... Uma formação continuada de que sempre devem estar levando ao debate."*

Diante disso, é possível reconhecer que é fundamental que nos projetos políticos pedagógicos, não apenas dos cursos de enfermagem, mas de todos os cursos da área da saúde, abordem questões de gênero e sexualidade, para que possa formar profissionais capazes de quebrar o ciclo de repetição de posturas que criam e sustentam estereótipos, discriminações, iniquidades e violência, para que seja possível construir uma diálogo entre profissional e usuário pautado na postura profissional ética, respeitosa, empática e humanizada (Araújo *et al.*, 2020).

Durante a consulta é necessário que o profissional procure em conjunto com o sujeito o significado que ele atribui a sua sexualidade, suas queixas e necessidades, e finalmente, que estas sejam acolhidas com empatia e respeito (Ressel e Gualda, 2005). No entanto, para que isso aconteça é necessário que sejam realizadas pesquisas acerca do que ainda é desconhecido por muitos profissionais; respeito e empatia com as especificidades e singularidades do sujeito e um atendimento ético e livre de crenças e valores que podem influenciar de forma negativa no atendimento.

## CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo evidenciaram que os princípios do SUS não estão sendo cumpridos, uma vez que as pacientes entrevistadas não são acolhidas de forma equitativa, ou seja, levando em conta as suas necessidades específicas de saúde; e nem de forma integral, já que, devido à essa falta de acolhimento, elas se afastam do sistema de saúde, e, por isso, não tem ações voltadas a sua prevenção, promoção e reabilitação de saúde.

Considera-se que os objetivos do presente estudo foram alcançados, já que apreendemos as experiências de mulheres cis que fazem sexo com mulheres cis sobre os atendimentos à saúde sexual e reprodutiva em serviços de Atenção Primária; desvelamos as fragilidades presentes nos atendimentos relatados, com isso, percebeu-se as especificidades deste grupo, assim como os aspectos invisibilizados.

É necessário ressaltar que o presente estudo explicita experiências de uma população que é ocultada diariamente e historicamente pelos estigmas que ainda permeiam a sociedade, que ainda insiste em impor a heteronormatividade e pressupor a heterossexualidade compulsória. Ademais, ainda existe a necessidade de ampliação das pesquisas acerca de fenômenos existentes dentro dos serviços de saúde, que aumentam a situação de vulnerabilidade das mulheres cis lésbicas, visto que a produção científica que versa sobre essa temática de saúde e homossexualidade feminina no Brasil ainda é muito escassa.

Além disso, a inexistência de políticas de saúde consistentes para o enfrentamento das dificuldades e necessidades desta população, e a quantidade reduzida de cursos da área de saúde que abordam este tema de maneira adequada e eficaz a fim de prevenir a assistência ineficiente, corroboram para uma má assistência e conseqüente afastamento dessa população dos serviços de saúde.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, G. (2009). Argumentos em torno da possibilidade de infecção por DST e Aids entre mulheres que se autodefinem como lésbicas. *Revista de Saúde Coletiva*, p. 301-331. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/mBkpk7KWgk4XCswH5tXmHkq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 mar. 2023.
- AMORIM, A. P. A.; MELO, J. M. Cuidados Ginecológicos. In: CIASCA, Saulo Vito; HERCOWITZ, Andrea; Lopes Junior, Ademir. *Saúde LGBTQIA+: práticas de cuidado transdisciplinar*. Santana de Parnaíba, Manole, 2021, p.357-364.
- ANDRADE, Juliane *et al.* Vulnerabilidade de mulheres que fazem sexo com mulheres às infecções sexualmente transmissíveis. *Ciência & Saúde Coletiva* [online], v. 25, n. 10, p. 3809-3819, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.03522019>. Acesso em: 25 jul. 2022.
- BARBOSA, Regina Maria; FACCHINI, Regina. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, [S.L.], v. 25, suppl. 2, p. 291-300, 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2009001400011>.
- BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Almedina, 2011.
- BERNARD, Harvey Russel. *Research methods in anthropology: qualitative and quantitative approaches*. Lanham: AltaMira Press, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. 2. ed. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2010a. 32 p. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ambiencia\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ambiencia_2ed.pdf)>. Acesso em: 03 out. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_documento\\_gestores\\_trabalhadores\\_sus.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf)>. Acesso em: 03 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização - PNH**. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2013c. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_2004.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf)>. Acesso em: 03 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. v. I. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html) . Acesso em: 07 jun. 2023.

COELHO, L. M. (2001). A Representação Social da Homossexualidade Feminina nos Ginecologistas do Ponto de Vista das Mulheres Lésbicas e Bissexuais. *Revista Tesseract*, 4.

FÉBOLE, Daniele da Silva. A produção de violências na relação de cuidado em saúde da população LGBT no SUS. 2017. 231 f. Dissertação (mestrado em Psicologia)--Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Dep. de Psicologia, 2017, Maringá, PR.

JESUS, Jaqueline Gomes de. **Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos**. 2. ed. Brasília, 2012. 42 p. Disponível em: <http://www.diversidadessexual.com.br/wp-content/uploads/2013/04/G%C3%8ANERO-CONCEITOS-E-TERMOS.pdf>. Acesso em: 23 set. 2020.

KNAUTH, Daniela Riva; MEINERZ, Nádia Elisa. As faces da homofobia no campo da saúde: Relatório Técnico Final. Porto Alegre: Fundação Médica do Rio Grande do Sul. 2009.

MELO, Ana Paula Lopes. (2010). “Mulher Mulher” e “Outras Mulheres”: gênero e homossexualidade(s) no Programa de Saúde da Família. (Dissertação de Mestrado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Pós-graduação em Saúde Coletiva, Rio de Janeiro.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública*, [S.L.], v. 10, n. 1, p. 7-18, 1994. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x1994000500002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/dgQ85GcNMfTCPByHzZTK6CM/?lang=pt>. Acesso em: 22 jul. 2022.

PEDROSA, Claudia Mara; SPINK, Mary Jane Paris. A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. **Saúde e Sociedade**, [S.L.], v. 20, n. 1, p. 124-135, mar. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902011000100015>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/HH7V7gvC4kY9b4gmFBnPrmr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 ago. 2023.

RESSEL, Lúcia Beatriz; GUALDA, Dulce Maria Rosa. A sexualidade na assistência de enfermagem: reflexões numa perspectiva cultural. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 25, n. 3, p. 323-333, dez. 2004.

RESSEL, Lúcia Beatriz; GUALDA, Dulce Maria Rosa. Reflexões sobre a sexualidade velada na imagem da enfermeira. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, [s. l], v. 26, n. 3, p. 414-424, dez. 2005.

RICH, Adrienne. Compulsory Heterosexuality and Lesbian Existence. (1986) In: **Bagoas: revista de estudos gays**. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. - V. 1, n. jul./dez. 2007). Natal: EDUFRN, 2007. Tradução de Carlos Guilherme do Valle (Heterossexualidade compulsória e existência lésbica).

RODRIGUES, A. R. S. (2013). (Homo) sexualidades femininas e a ginecologia: um estudo sobre corpo, gênero e saúde. (Monografia). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Porto Alegre.

SCANAVINO, M. T.; MACEDO, L. N. Panorama de Pesquisa LGBTQIA+. In: CIASCA, Saulo Vito; HERCOWITZ, Andrea; Lopes Junior, Ademir. Saúde LGBTQIA+: práticas de cuidado transdisciplinar. Santana de Parnaíba, Manole, 2021, p.507-512.

SILVA, Livia Karoline Moraes da; SILVA, Ana Luzia Medeiros Araújo da; COELHO, Ardigleusa Alves; MARTINIANO, Claudia Santos. Uso do nome social no Sistema Único de Saúde: elementos para o debate sobre a assistência prestada a travestis e transexuais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 27, n. 3, p. 835-846, jul. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312017000300023>.

SOUSA, Valmi D. Como escrever o resumo de um artigo para publicação. **Acta Paul Enferm**, v. 19, n. 3, p. V-VIII, set. 2006. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002006000300001> Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/rCZ5yZ8gwJrJD3cGKFq3SLx/#>. Acesso em: 10 out. 2023.

VIEIRA, R. C.; BORRET, R. H. Mulheres Cis Lésbicas. In: CIASCA, Saulo Vito; HERCOWITZ, Andrea; Lopes Junior, Ademir. Saúde LGBTQIA+: práticas de cuidado transdisciplinar. Santana de Parnaíba, Manole, 2021, p.207-214.

VINUTO, Juliana. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas*, Campinas, v. 22, n. 44, p. 203-220, 2014. Disponível em: [https://www.academia.edu/16320788/A\\_Amostragem\\_em\\_Bola\\_de\\_Neve\\_na\\_pesquisa\\_qualitativa\\_um\\_debate\\_em\\_aberto](https://www.academia.edu/16320788/A_Amostragem_em_Bola_de_Neve_na_pesquisa_qualitativa_um_debate_em_aberto). Acesso em: 06 jul. 2022.

WITTIG, M. (1980). O pensamento hétero. Disponível em:  
[https://we.riseup.net/assets/134062/Wittig,+Monique+O+pensamento+Hetero\\_pdf.pdf](https://we.riseup.net/assets/134062/Wittig,+Monique+O+pensamento+Hetero_pdf.pdf)