



FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

JOSEFA ELIZIANA BANDEIRA CRISPIM

**PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM À MULHER LÉSBICA E
BISSEXUAL NA ATENÇÃO BÁSICA**

João Pessoa-PB
2017

JOSEFA ELIZIANA BANDEIRA CRISPIM

**PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM À MULHER LÉSBICA E
BISSEXUAL NA ATENÇÃO BÁSICA**

Dissertação apresentada no Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Nível Profissional.

Área de concentração: Gestão e Tecnologias do Cuidado em Saúde da Família

Linha de pesquisa: Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde

Orientadora: Prof.^a. Dr.^a Sandra Aparecida Almeida

João Pessoa-PB
2017

C949p

Crispim, Josefa Eliziana Bandeira

Protocolo de atendimento de enfermagem à mulher lésbica e bissexual na atenção básica / Josefa Eliziana Bandeira Crispim. – João Pessoa, 2017.
77f.;il.

Orientadora: Prof. Dr. Sandra Aparecida Almeida
Trabalho de Conclusão de Curso (Mestrado em Saúde da Família) – Faculdade Nova Esperança - FACENE

1. Homossexualidade Feminina. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Protocolos. 4. Enfermagem. 5. Cuidados de Enfermagem. Título.

CDU: 614:613.885

JOSEFA ELIZIANA BANDEIRA CRISPIM

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM À MULHER LÉSBICA E
BISSEXUAL NA ATENÇÃO BÁSICA

APROVADO EM: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Dr.^a Sandra Aparecida Almeida
(Orientadora)

Prof.^a Dr.^a Ana Claudia Torres de Medeiros
UFCG – Membro Externo

Prof.^a Dr.^a Débora Raquel Soares Guedes Trigueiro
FACENE – Membro Interno

Prof.^a Dr.^a Luana Rodrigues de Almeida
UFPB – Suplente Externo

Prof. Dr. Edson Peixoto de Vasconcelos Neto
FACENE – Suplente Interno

Esta vai para minha avó, Dona Catarina Dias (in memoriam), minha mainha, que em vida sempre se fez tão presente nas minhas lutas, fracassos, conquistas...que mesmo já tendo se passado mais de cinco anos da sua ausência física nesse plano, sempre a senti perto a me estimular na busca de mais uma vitória.

Agradecimentos

A Deus pela permissão da minha existência e por me manter de pé até mesmo quando achei que não conseguiria.

*Aos meus pais, **Seu Sival** e **Dona Mundinha**, por tudo que hoje eu sou! Essenciais em todos os momentos da minha vida!*

A minha irmã, irmãos, cunhado e cunhadas pelo apoio e presença sempre positiva!

*A **Andrey**, **Arthur** e **Davi**, meus sobrinhos, alegrias do meu viver!*

*A minha orientadora, **Prof.^a Dr.^a Sandra Almeida**, que no percurso dessa jornada tornou-se amiga. Muito obrigada por ter acreditado em mim, pela disposição, paciência, condução... não tenho dúvida, sem você nada disso teria sido possível.*

*A **Maria** e **Vânia**, duas amigas do coração que me suportaram nos momentos de frustração, desgaste... e nunca deixaram de me incentivar, de me fazer acreditar que eu seria capaz!!!!*

*A **Viviane** (ex-coordenadora da Clínica Cirúrgica do **FULW**), **Gisele** (atual coordenadora da Clínica Cirúrgica do **FULW**) e **Maisa** (coordenadora da Infectologia Feminina do **CHCF**) pela colaboração em todos os instantes em que precisei, serei sempre grata!!!*

*A **Elissandra** e **Anne Jaqueline** pela parceria iniciada na graduação e que graças a Deus perdura até hoje. Responsáveis diretamente pelo primeiro passo dessa caminhada.*

Aos meus amigos de trabalho da Clínica Cirúrgica do FULW e da Infectologia Feminina do CHCF (Betinho), pessoas com quem divido parte do meu viver. Cada um de sua maneira se faz especial.

À Prof.^a Dr.^a Ana Claudia pelas incontáveis vezes que precisei de ajuda e você sempre disponível. Também sou grata por você fazer parte no meu exame de qualificação do projeto com orientações que vieram a colaborar por demais na elaboração deste trabalho.

À Prof.^a Dr.^a Débora Raquel pela disponibilidade em participar da Banca, bem como pela valorosa contribuição durante o exame de qualificação do projeto, sem esquecer do suporte psicológico, obrigada!

A Ivoneide Lucena Pereira pela parceria constante, sempre com direcionamentos importantes, essenciais desde o início.

A Geane Oliveira, conterrânea e parceira nessa jornada, pelo apoio, estímulo e cumplicidade, muito obrigada.

A Elissandra, mais uma vez, pela confirmação da amizade, Adelson, Glaydes, Salmana, Carla, Valéria, Ilana e Mikaela por terem se tornado amigos, pelos momentos de alegria, angústia, ansiedade, confiança, enfim, por tudo o que vivenciamos durante esses dois anos.

A todos os docentes do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança pela contribuição na aquisição de novos conhecimentos.

A Evelyne em nome de todos aqueles que prestaram apoio técnico.

*Por fim, a todos que de uma maneira ou de outra prestaram sua contribuição para tornar possível a concretização deste trabalho. **Muito obrigada!!!***

RESUMO

CRISPIM, Josefa Eliziana Bandeira. Protocolo de Atendimento de Enfermagem à Mulher Lésbica e Bissexual na Atenção básica. 2017. 77 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família). Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, João Pessoa.

Introdução: as mulheres lésbicas e bissexuais permanecem em condição de marginalização imposta por uma sociedade heteronormativa repleta de normas e regras. Na saúde, suas especificidades ainda não são observadas, tornando-as invisíveis dentro do sistema e, assim, mais vulneráveis a fatores de risco a sua saúde quando comparadas a outras mulheres. **Objetivo:** elaborar um protocolo de atendimento de enfermagem às mulheres lésbicas e bissexuais na Atenção Básica. **Percorso metodológico:** trata-se de uma pesquisa metodológica, que foi desenvolvida em duas etapas: realização de uma Revisão Integrativa da Literatura e estruturação do protocolo de atendimento. **Resultados e discussão:** foi construído um protocolo de atendimento de enfermagem direcionado às mulheres lésbicas e bissexuais dentro da Atenção Básica, baseado no problema da invisibilidade dessas mulheres dentro do sistema de saúde. Enfatizou-se temas como a realização do exame colpocitológico, prevenção de câncer de mama, planejamento familiar e prevenção de IST/Aids e hepatites virais. As atividades foram elaboradas no sentido de ocasionar a visualização das especificidades das mulheres lésbicas e bissexuais nos serviços de saúde da Atenção Básica. O direcionamento deste trabalho foi exatamente promover o acolhimento e a escuta qualificada para que essas mulheres busquem informações e assistência sem restrições em falar sobre sua orientação sexual e tenham acesso sem dificuldades às ações de promoção à saúde. **Considerações finais:** espera-se que a construção do Protocolo de Atendimento de Enfermagem à Mulher Lésbica e Bissexual na Atenção Básica possa contribuir para a melhoria da qualidade de vida dessas mulheres, que elas possam de fato existir e usufruir de todos os seus direitos enquanto cidadã.

Palavras-chave: Homossexualidade Feminina. Atenção Primária à Saúde. Protocolos. Enfermagem. Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

CRISPIM, Josefa Eliziana Bandeira. Protocolo de Atendimento de Enfermagem à Mulher Lésbica e Bissexual na Atenção básica. 2017. 77 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família). Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, João Pessoa.

Introduction: lesbian and bisexual women remain in a condition of marginalization imposed by a heteronormative society filled with standards and rules. In the health field, their particularities are not yet noted, making them invisible within the system and, consequently, more vulnerable to risk factors to their health in comparison with other women. **Objective:** to draw up a nursing care protocol for lesbian and bisexual women in Primary Care. **Methodological trajectory:** this is a methodological research, which was developed in two stages: accomplishment of an Integrative Literature Review and arrangement of the care protocol. **Results and discussion:** a nursing care protocol was constructed for lesbian and bisexual women within Primary Care, based on the problem of the invisibility of these women within the health system. We emphasized issues such as colpocytological examination, prevention of breast cancer, family planning and prevention of STI/AIDS and viral hepatitis. The activities were prepared with the aim to enable the visualization of particularities of lesbian and bisexual women in the health services of Primary Care. The purpose of this work was precisely to foster the welcoming and the skilled listening in such a way as to allow these women to seek information and health care without restrictions to talk about their sexual orientation, in addition to having access without difficulties to the actions related to health promotion. **Final considerations:** we hope that the construction of the Nursing Care Protocol for Lesbian and Bisexual Women in Primary Care can contribute to the improvement of the quality of life of these women, and also that they can actually exist and take advantage of all their rights as citizens.

Keywords: Homosexuality, Female. Primary Health Care. Protocols. Nursing. Nursing Care.

RESUMEN

CRISPIM, Josefa Eliziana Bandeira. Protocolo de Atendimento de Enfermagem à Mulher Lésbica e Bissexual na Atenção básica. 2017. 77 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família). Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, João Pessoa.

Introducción: las mujeres lesbianas y bisexuales quedan en una condición de marginación impuesta por una sociedad heteronormativa llena de estándares y reglas. En el campo de la salud, sus particularidades todavía no son notadas, haciéndolas invisibles dentro del sistema y, por consiguiente, más vulnerables a factores de riesgo para su salud en comparación con otras mujeres. **Objetivo:** preparar un protocolo de atención de enfermería para mujeres lesbianas y bisexuales en la Atención Primaria. **Trayectoria metodológica:** se trata de una investigación metodológica, que fue desarrollada en dos etapas: realización de una Revisión Integradora de la Literatura y estructuración del protocolo de atención. **Resultados y discusión:** se ha construido un protocolo de atención de enfermería dirigido a mujeres lesbianas y bisexuales en el ámbito de la Atención Primaria, basándose en el problema de la invisibilidad de estas mujeres dentro del sistema de salud. Subrayamos temas tales como la realización del examen colpocitológico, la prevención del cáncer de mama, la planificación familiar y la prevención de ITS/SIDA y hepatitis virales. Las actividades fueron preparadas con el fin de posibilitar la visualización de las particularidades de las mujeres lesbianas y bisexuales en los servicios de salud de la Atención Primaria. La intención de este trabajo fue precisamente fomentar la acogida y la escucha calificada a fin de permitir que estas mujeres puedan buscar información y asistencia sin restricciones para hablar de su orientación sexual y tengan acceso sin dificultades a las acciones de promoción de salud. **Consideraciones finales:** esperamos que la construcción del Protocolo de Atención de Enfermería para Mujeres Lesbianas y Bisexuales en la Atención Primaria pueda contribuir a mejorar la calidad de vida de estas mujeres, y que ellas puedan existir y disfrutar de todos sus derechos como ciudadanas.

Palabras clave: Homosexualidad Femenina. Atención Primaria de Salud. Protocolos. Enfermería. Atención de Enfermería.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Estudos conforme identificação da base de dados, ano de publicação, título do artigo, formação do autor principal, país, idioma e área do periódico. João Pessoa, 2016.	29
Quadro 2	Síntese da metodologia, objetivos, resultados e conclusões. João Pessoa, 2016.	30
Quadro 3	Representação gráfica de protocolo de organização de serviço baseado em problema: invisibilidade da mulher lésbica e bissexual dentro do sistema de saúde, especificamente na AB. João Pessoa, 2016.	48
Quadro 4	Representação gráfica de protocolo de organização de serviço baseado em problema: invisibilidade da mulher lésbica e bissexual dentro do sistema de saúde, especificamente na AB, com detalhamento de ações preventivas, clínicas e educativas. João Pessoa, 2016.	49

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Mapa conceitual referente ao desenvolvimento da RIL sobre a saúde da mulher lésbica e bissexual.	37
Figura 2	Mapa conceitual referente às atividades do protocolo de cuidados.	56

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
BDENF	Base de Dados em Enfermagem
CDC	<i>Center of Diseases Control</i>
CIPD	Conferência Internacional Sobre População e Desenvolvimento
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
Decs	Descritores em Ciências da Saúde
DST	Doença Sexualmente Transmissível
GLT	<i>Gays, Lésbicas e Travestis</i>
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HPV	<i>Human Papiloma Vírus</i>
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
LGBT	Lésbicas, <i>Gays</i> , Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MGL	Movimento de <i>Gays</i> e Lésbicas
MHB	Movimento Homossexual Brasileiro
MS	Ministério da Saúde
MSM	Mulheres que Fazem Sexo com Mulheres
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PBE	Prática Baseada em Evidências
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNSILGBT	Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, <i>Gays</i> , Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros
RIL	Revisão Integrativa da Literatura
SciELO	<i>Scientific Eletronic Library Online</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	15
1 INTRODUÇÃO	17
1.1 Contextualizando a problemática	17
1.2 Objetivo	23
2 REVISÃO DE LITERATURA	25
2.1 Contextualizando a sexualidade/homossexualidade feminina	25
2.2 A Saúde da mulher lésbica e bissexual: estado da arte	28
2.3 Acolhimento/ambiência	38
2.4 Protocolo assistencial	39
3 PERCURSO METODOLÓGICO	43
3.1 Tipo de estudo	43
3.2 Etapas do estudo	43
3.2.1 Revisão integrativa da literatura	44
3.2.2 Estruturação do protocolo de atendimento	44
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	48
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
REFERÊNCIAS	61
ANEXOS	65
Anexo A - Trabalho apresentado no XII CONAGES	66
Anexo B - Certificado de apresentação de trabalho no XII CONAGES	72
Anexo C - Ebook a ser lançado no segundo semestre de 2017 com os trabalhos selecionados no XII CONAGES.	73
Anexo D - Participação em outras atividades/artigos/trabalhos	74
Anexo E - Protocolo de atendimento de Enfermagem à mulher lésbica e bissexual na Atenção Básica	77



Conheça As Duas Fridas, de Frida.Kahlo

https://www.google.com.br/imgres?imgurl=http%3A%2F%2Fgaleriade fotos.universia.com.br%2Fuploads%2F2012_10_30_12_29_291.jpg&imgrefurl=http%3A%2F%2Fnoticias.universia.com.br%2Ftag%2Fpinturas-famosas%2F&docid=y06RAuqEb9Tf3M&tbid=75pryYY4NgM1aM%3A&vet=1&w=1026&h=986&bih=589&biw=1366&q=PINTURA%20FAMOSA%20DE%20MULHERES&ved=0ahUKewjH5pe--vPRAhVKziYKHSG-C1w4ZBAzCAsoCTAJ&iact=mr&uact=8#h=986&imgcr=75pryYY4NgM1aM:&vet=1&w=1026

APRESENTAÇÃO

O interesse deste estudo está relacionado à inquietação de saber que as mulheres lésbicas e bissexuais permanecem em condição de marginalização imposta por uma sociedade repleta de normas e regras. Na saúde, suas especificidades ainda não são observadas, tornando-as invisíveis dentro do sistema e, assim, mais vulneráveis a fatores de risco a sua saúde quando comparadas a outras mulheres.

Por ocasião do mestrado houve minha inserção no projeto de pesquisa do Grupo “Saúde, Sexualidade, Gênero: tecnologia da comunicação” do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança-FACENE. No segundo semestre do ano de 2015, durante reunião realizada com participantes desse grupo de pesquisa e com a gerente operacional das DST/Aids/Hepatites virais da Paraíba representando a Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba e o Comitê de Lésbicas, *Gays*, Bissexuais, Travestis e Transexuais da Paraíba (LGBT-PB), surgiu a proposta da elaboração de um material que viesse a contribuir para a promoção da visibilidade dessas mulheres dentro do sistema de saúde, especificamente no nível da Atenção Básica, oferecendo a esse grupo de mulheres a oportunidade de receber uma assistência digna e de qualidade. Dessa forma, surgiu este projeto com a proposta de elaboração de um protocolo de atendimento na Atenção Básica para mulheres lésbicas e bissexuais, destinado aos profissionais de enfermagem, por entendermos que esta seja a categoria com maior envolvimento nas ações voltadas para a assistência integral à saúde da mulher nesse nível de atenção.

Na tentativa de ofertar uma leitura simples e de fácil compreensão, o presente trabalho foi organizado em cinco capítulos, sendo eles: I- Introdução, na qual foi realizada uma contextualização da problemática; II-Revisão de literatura, que está subdividido em quatro tópicos, sexualidade/homossexualidade feminina; em seguida, o estado da arte sobre a saúde da mulher lésbica e bissexual, acolhimento/ambiência, finalizando com o tópico protocolo assistencial; III-Percurso Metodológico, faz-se uma exposição sobre o tipo de estudo utilizado como ferramenta para elaboração do produto final deste trabalho e as etapas do mesmo; IV- Resultados e discussão, trata-se do protocolo de atendimento de enfermagem às mulheres lésbicas e bissexuais na Atenção Básica como proposta de melhoria na qualidade da atenção prestada a essas mulheres; por fim, V-Considerações finais.



Les Demoiselles d'Avignon (1907). Picasso. <http://7dasartes.blogspot.com.br/2011/04/algumas-curiosidades-sobre-vida-de.html>

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualizando a Problemática

O direito à saúde no Brasil é resultado de uma grande mobilização política da sociedade, o Movimento pela Reforma Sanitária, o qual levou várias propostas para a 8ª Conferência Nacional de Saúde, culminando na criação do SUS (Sistema Único de Saúde) pela Constituição de 1988 (BRASIL, 2008; BRASIL, 2012).

Com o intuito de ofertar ao indivíduo assistência à saúde, entendendo-a de maneira ampliada, mais do que simples ausência de doenças, e não apenas como assistência médico-sanitária, o SUS surgiu embasado em três princípios doutrinários: a Universalidade, que assegura a todo cidadão brasileiro o direito aos serviços de saúde gratuitamente e sem discriminação; a Integralidade, que visa ofertar todas as modalidades de atendimento, incluindo promoção, proteção, cura e reabilitação das pessoas e comunidades, de acordo com suas necessidades; e a Equidade, que busca a igualdade no acesso às ações e serviços de saúde, justificando o motivo dessas ofertas a grupos socialmente mais vulneráveis, dentre estes a mulher (BRASIL, 2008).

A temática sobre a mulher e sua inserção nas políticas públicas, em específico na área da saúde, vem permeada por distintos conceitos de atributos associados, como acessibilidade, acolhimento, integralidade e equidade. Em 1994, na cidade do Cairo, aconteceu a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), evento importante, onde se articulou saúde e direitos humanos, reconhecendo a desigualdade das mulheres em relação aos homens. Uma grande conquista para as mulheres, no entanto as discussões nesse evento em torno da saúde da mulher permaneciam associadas à saúde reprodutiva (RODRIGUES, 2011). Apesar do avanço quanto à inserção da mulher nas políticas públicas, o tema ainda se restringe à saúde reprodutiva, desconsiderando mulheres que por um ou outro motivo não desejam a reprodução (CIPD, 1994). O conceito de saúde permanece vinculado à ausência de doenças, todavia, ao se adotar uma postura ampliada, deve-se considerar aspectos sociais, históricos e culturais da vida e da saúde das pessoas e coletividades em seus determinantes (RODRIGUES, 2011).

Tradicional, cultural e historicamente, o cuidado à mulher tem se restringido ao campo da saúde reprodutiva, priorizando o pré-natal, parto, puerpério e planejamento reprodutivo (BRASIL, 2016). Nota-se que a vida reprodutiva da mulher se sobrepõe a sua vida sexual, é como se seu corpo estivesse destinado apenas à procriação. Essa invisibilidade da sexualidade

feminina implica em várias questões de saúde pública, dentre estas se destaca o não cumprimento de princípios doutrinários do SUS, a equidade e a integralidade (FACCHINI; BARBOSA, 2006).

No ano de 2012, a maior parcela da população brasileira era composta por mulheres, representando mais de 51% da população (BRASIL, 2016). Nesse sentido, vale apontar a necessidade de políticas específicas a esse contingente populacional, sobretudo quando a orientação sexual constitui um fator de desigualdades, ferindo os princípios constitucionais do SUS. Para tornar possível a consolidação dos direitos dessas usuárias dentro do sistema, faz-se necessário o respeito às suas especificidades de saúde. Segundo Facchini e Barbosa (2006), a elaboração de saberes ou de políticas sempre deve observar a diversidade de estilos de vida, geração, pertencimentos raciais/étnicos ou de classe, entre outros existentes na população. Tanto a atenção integral à saúde da mulher como a promoção dos direitos sexuais e reprodutivos são pontos-chave para o cumprimento dos direitos humanos das mulheres brasileiras (BRASIL, 2015).

Muitos foram os avanços na tentativa de inserir as mulheres e suas especificidades nas políticas públicas. No ano de 1983, com a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) pelo Ministério da Saúde (MS), como resposta à mobilização dos movimentos feministas, a assistência à mulher, pela primeira vez, foi embasada nos princípios da integralidade do corpo, da mente e da sexualidade de cada uma, levando, posteriormente, em 2004, ao lançamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). Tal medida considera o gênero, a integralidade e a promoção da saúde como pontos de vista privilegiados, também ressalta os avanços na área dos direitos sexuais e reprodutivos sob orientação das distintas dimensões dos direitos humanos e pontos ligados à cidadania (BRASIL, 2013; BRASIL, 2016). Reconhece que a atenção às mulheres solicita um olhar e direcionamento de ações que envolvam a diversidade, resguardando-se as diferentes faixas etárias, distintos grupos sociais, como mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias e também lésbicas e bissexuais.

Através da Portaria nº 2836, de 1º de dezembro de 2011, surge a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBT), a qual objetiva promover a saúde integral dessa população, contribuindo para o enfrentamento da discriminação e do preconceito, assim como a eliminação das iniquidades e desigualdades em saúde desse grupo populacional, com a intenção e a proposta de consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo, livre de qualquer preconceito, sobretudo no que tange às sexualidades (BRASIL, 2015).

Adentrando no universo da sexualidade feminina, percebe-se que, historicamente, a população de mulheres possui em seu contexto uma extensa caminhada de lutas e desafios na busca por seus direitos. De 1930, quando as políticas públicas de saúde no Brasil reduziam o olhar à saúde da mulher aos cuidados durante a gravidez e o parto, enfatizando a mulher em seu papel de procriadora (CARVALHO, 2013), até a instituição da PNSILGBT através da Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, que valorizou a saúde sexual de mulheres lésbicas e bissexuais, considerada um grande avanço na área de saúde dessas mulheres, muitas foram as pedras deixadas para trás pelo meio do caminho.

Na década de 1980 com o surgimento da epidemia da aids, as políticas ligadas ao tema enfatizaram a homossexualidade masculina. Acreditava-se em uma invulnerabilidade das mulheres lésbicas e bissexuais à transmissão da aids (BENTO, 2012; BRASIL, 2014). Fato este que reforçou ainda mais a invisibilidade desse grupo dentro das políticas públicas de saúde.

Apesar de notórios avanços, essa invisibilidade não ficou para trás, ela permanece nos dias atuais, quer seja dentro da família, na escola, local de trabalho, enfim, contribuindo para um alto grau de estresse e desconforto devido à falta de acolhimento de suas demandas específicas de saúde, bem como à baixa adesão a tratamentos (VALADÃO, 2011). Mesmo já tendo se passado três décadas desde a criação do PAISM, alguns autores como Bento (2012), Barbosa e Facchini (2009) afirmam que parte das dificuldades de acesso à saúde ainda deve ser debatida no campo das fragilidades das políticas públicas de saúde no Brasil e quando os sujeitos são as mulheres permanecem, mesmo que sublimarmente, resquícios de uma assistência voltada às dimensões puramente reprodutivas.

Observa-se, então, os efeitos da invisibilidade dessa população às políticas de saúde. De acordo com Facchini e Barbosa (2006), a invisibilidade individual favoreceria as vulnerabilidades individual e social, dificultando, assim, o atendimento de suas necessidades por parte dos programas e políticas públicas.

Essa invisibilidade somada à ausência de políticas públicas apropriadas propicia uma restrição de conhecimento acerca das mulheres lésbicas e bissexuais, levando a um atendimento desqualificado por parte dos profissionais e serviços de saúde, que terminam atuando embasados em um suposto padrão de heteronormatividade moralmente imposto pela sociedade. Em decorrência dessa falta de preparo por parte dos profissionais, essa população procura com menor frequência os serviços de saúde por receio do preconceito e da discriminação, e quando o fazem, em sua grande maioria, não conseguem se sentir à vontade para revelar sua sexualidade, promovendo uma negligência bilateral de informações. Quando

o preconceito e a discriminação fazem parte da relação entre os profissionais e usuários dos serviços de saúde, a mulher tem sua saúde física prejudicada e acontece uma violação dos direitos humanos (ÁVILA, 2003; VALADÃO, 2011).

A rotina ginecológica de uma mulher lésbica ou bissexual em nada difere da rotina de uma heterossexual. A exposição a patologias, como cânceres de mama, de colo de útero, assim como as IST e aids, permanece na mesma relação, independente de sua orientação sexual. No entanto, em face da invisibilidade dessa população, considera-se necessário repensar a organização dos serviços de saúde, bem como a formação dos profissionais, visando garantir uma escuta qualificada, respeito e acolhimento adequado a todas as usuárias da rede SUS, de maneira tal que venha a promover a universalidade do acesso e a integralidade do atendimento. Tem-se que buscar soluções para a resolução desse problema. Dentre as sugestões extraídas do Relatório da Oficina “Atenção à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais”, realizada em Brasília, no ano de 2014, está a elaboração de normas e protocolos de atenção à saúde de lésbicas e bissexuais (BRASIL, 2014).

Para tanto, após investigação recente em protocolos que enfocam a saúde da mulher, como o Protocolo do Enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família do Estado da Paraíba, lançado no ano de 2014, como um guia norteador para as ações do(a) enfermeiro(a) atuante na assistência da Estratégia Saúde da Família-Atenção Básica, aborda-se várias temáticas organizadas em capítulos, como saúde do trabalhador, saúde da criança, saúde do idoso, saúde do homem, saúde da mulher, entre outros. Esse último engloba o pré-natal, puerpério, citológico, mamas e climatério; estando o planejamento familiar e as IST/Aids dispostos em capítulos separados. Observou-se nesse instrumento total ausência de uma abordagem específica para população de mulheres lésbicas e bissexuais. A invisibilidade para com esse grupo fica evidente quando, no item citológico, destaca-se mulheres em situações especiais para a realização desse procedimento, como mulheres virgens, que foram submetidas à histerectomia, com transtorno mental, menor de idade e com alguma IST, e mais uma vez não fazem menção alguma à mulher lésbica e bissexual (COREN, 2014).

Outro protocolo avaliado foi lançado recentemente em 2016, trata-se do Protocolo da Atenção Básica: Saúde das Mulheres do Ministério da Saúde, este direcionado a todos os profissionais de saúde atuantes na Atenção Básica; busca ofertar subsídios para que estes possam desenvolver suas ações de maneira qualificada. Neste, como o próprio título sugere, são abordados exclusivamente temas referidos à saúde da mulher. Novamente, mantém-se o cenário de invisibilidade. O enfoque ao tema é dado apenas na introdução do protocolo e dos

capítulos temáticos, no conteúdo do instrumento em si nenhuma abordagem é realizada (BRASIL, 2016).

Na ânsia de apresentar resolutividade a essa situação, a Secretaria do Estado da Saúde da Paraíba, representada pela gerente operacional das DST/Aids/Hepatites Virais da Paraíba juntamente com o comitê de Lésbicas, *Gays*, Bissexuais, Travestis e Transexuais da Paraíba (LGBT-PB), promoveu o II Seminário de Saúde da Mulher Lésbica e Bissexual, realizado no mês de abril/2016, no município de João Pessoa, na Paraíba. O mesmo contou com a participação de profissionais de saúde, ativistas, pesquisadores e gestores representando as várias regiões do estado. Foram debatidos tópicos voltados para a melhoria da assistência à saúde da mulher lésbica e bissexual, como acolhimento, integralidade, equidade e, também, a proposta de criação de um protocolo voltado às especificidades desse grupo de mulheres dentro da Atenção Básica.

As ações de serviço de saúde são direcionadas para a mulher adulta, heterossexual e mãe. A partir do momento em que a mulher não se enquadra nesse perfil, torna-se invisível dentro do sistema e muitas vezes são submetidas a serviços e ações inadequadas para suas demandas específicas. A invisibilidade da mulher lésbica e bissexual na saúde ainda é algo que persiste com muita veemência no contexto atual. Essa situação pode conduzir a mulher a uma situação de vulnerabilidade geral, ocasionada pelo não reconhecimento de sua existência (preconceito/estigma), provocando uma exposição maior desta a situações de risco para várias morbidades, como IST/HIV, câncer de colo de útero, câncer de mama, sofrimento psíquico, entre tantas outras (BRASIL, 2014).

Acredita-se, de forma equivocada, que mulheres, por se relacionarem sexualmente com outras mulheres, estariam menos expostas às IST/HIV, câncer de colo de útero e de mama. Não é preciso que haja a penetração vaginal, o próprio contato com a pele e fluidos corporais pode ocasionar a transmissão de IST/HIV. Recentemente, em 2014, o CDC (*Center of Diseases Control*) dos Estados Unidos informou a constatação de um caso de transmissão de HIV por via sexual entre mulheres, além de contaminação por HPV (papilomavírus humano) que está diretamente relacionado com o câncer do colo de útero (BRASIL, 2013; BRASIL, 2014).

A nível mundial, o câncer de colo de útero é o terceiro tipo de câncer mais comum entre as mulheres, anualmente cerca de 530 mil novos casos são registrados, sendo responsável por 274 mil óbitos por ano (WHO, 2008). No Brasil é o quarto, a exceção do câncer de pele, esse tipo de neoplasia é o que apresenta maior possibilidade de prevenção e cura, quando diagnosticado precocemente (BRASIL, 2016).

O câncer de mama é o que mais acomete mulheres em todo o mundo, com cerca de 1,4 milhão de novos casos registrados no ano de 2008, sendo a quinta causa de morte por câncer em geral naquele ano (458 mil óbitos) e também a causa mais frequente de morte por câncer em mulheres. No Brasil, é o segundo tipo de maior incidência na população feminina, ficando atrás apenas dos tumores de pele não melanoma. No ano de 2011 houve uma estimativa de 49.240 novos casos, o que representou uma taxa de incidência de 49 casos para cada 100 mil mulheres (BRASIL, 2013; BRASIL, 2016).

Esses são dados preocupantes que sinalizam a necessidade de uma assistência à saúde que seja universal, integral e equânime para todas as mulheres em seu universo infinito de diversidade, seja ela com deficiência, lésbica, bissexual, transexual, negra, indígena, cigana, mulher do campo, floresta e águas, em situação de rua, profissionais do sexo e mulheres privadas de liberdade.

Outro ponto que requer uma especial atenção é o planejamento reprodutivo para a população de mulheres lésbicas e bissexuais, estas têm direito ao planejamento da vida sexual e reprodutiva, às tecnologias de reprodução, ao aborto legalizado, como também à assistência humanizada durante a gravidez, o parto e o puerpério. No entanto, muitas que possuem o desejo de maternidade não conseguem realizá-lo por não serem conhecedoras de seus direitos e outras vezes por não encontrarem nos serviços de saúde profissionais capacitados para esse tipo de atendimento (BRASIL, 2013; BRASIL, 2016).

Com isso, justifica-se o presente estudo diante da magnitude da situação, tendo em vista a deficiência na acessibilidade e acolhimento de mulheres lésbicas e bissexuais nos serviços de saúde, despreparo profissional, além da busca da gestão estadual de saúde do estado da Paraíba em intervir nessa questão. O direcionamento do produto final dessa dissertação volta-se aos(as) enfermeiros(as), considerando ser esta a categoria profissional com maior envolvimento nas ações destinadas à assistência integral da saúde da mulher dentro da AB, participando diretamente na realização de procedimentos, como planejamento familiar, citológico, pré-natal e prevenção de câncer de colo uterino e de mama. Como base principal, foi utilizado o Protocolo de Atenção Básica: saúde das mulheres (BRASIL, 2016), enfatizando temas como câncer de colo de útero e de mama, IST/HIV e planejamento familiar.

1.2 Objetivo

Elaborar um protocolo de atendimento de enfermagem às mulheres lésbicas e bissexuais na Atenção Básica.



Cupido e Psique, François Gérard, 1798. <http://crespusculodopecado.blogspot.com.br/2010/04/cupido-eros-e-psiue.html>

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Contextualizando a sexualidade/homossexualidade feminina

A Lenda de Métis diz: Métis, a Prudência era a reflexão personificada, a sabedoria. Foi a primeira esposa de Zeus. Ela ofertou a Cronos a bebida que o forçou a vomitar os jovens deuses que o mesmo havia engolido. Quando grávida, disse a Zeus que primeiramente teria uma filha, em seguida um filho que viria a ser o senhor dos céus. O rei de todos os deuses assustado com a predição do futuro, fez com que ela ficasse bem pequena e a engoliu. Junto com Métis foi engolida também a sabedoria e os valores da maternidade pelo patriarcado (BOLEEN *apud* TEIXEIRA, 2005). Essa lenda marca um triste destino de submissão das mulheres aos homens, da vivência em um papel secundário em toda a sua história.

Segundo Beauvoir (1967), a menina será esposa, mãe, avó; cuidará da casa, da mesma forma como fez sua mãe, sua história já está traçada. Quanto mais a criança cresce, mais se afirma a superioridade masculina. Desde muito pequena, a mulher é educada para assumir tal postura; cabendo apenas a ela a busca por outras oportunidades. Firestone (1976) afirma que as origens da subordinação feminina estão claramente localizadas no processo reprodutivo, uma vez que, por ser a mulher o único ser humano com capacidade de engravidar e amamentar seu filho, além da dependência física prolongada da criança, esta torna-se prisioneira da biologia, sendo dessa maneira empurrada forçosamente à dependência do homem.

Mantém-se ainda uma composição de sociedade patriarcal cuja organização social é embasada no poder da figura do pai, e, mesmo com as diversas conquistas alcançadas pela comunidade feminina, a dominação masculina ainda persiste de maneira universal desde os mais remotos períodos históricos. Um exemplo dessa situação é o fato de que até hoje, mesmo sem obrigação judicial, as mulheres usam o sobrenome do marido ao invés do seu, não percebendo que dessa forma se postam como propriedades do homem (TEIXEIRA, 2005).

Segundo Scott (1995), está claro que a sociedade exige que os pais trabalhem e que as mães sejam responsáveis por cuidar da maior parte das atribuições da criação dos filhos, estruturação da organização familiar. A mulher já nasce predestinada a viver com o peso dessa opressão/dominação masculina, a ter de, constantemente, superar desafios e comprovar a sua competência.

Piscitelli (2002) relata que as feministas radicais defenderam que a dominação masculina teria excluído as mulheres da história, da política, da teoria; de fato, ao procurarmos investigar acerca da história da mulher, comparando-se ao homem, poucos

nomes aparecem, como Joana d’Arc, Cleópatra, Margaret Thatcher, entre outras que representam um número irrisório diante da importância da mulher na história da humanidade.

Essa situação torna-se ainda mais difícil quando esta foge ao padrão de comportamento imposto por uma sociedade heteronormativa de ser mãe-esposa-dona-de-casa. Ser mulher e ter uma orientação sexual distinta do que essa sociedade designa aumenta ainda mais a carga que ela vem carregando por toda uma vida.

O código de Hamurabi (1770 a.C.), que representa o conjunto de leis escritas, tido como o primeiro código conhecido da história, menciona a homossexualidade feminina; nele aparece a palavra *salzikrum* que significa a filha-macho, uma figura que caracteriza uma mulher-homem, que poderia ter uma ou várias esposas (BERENICE, 2010).

Conforme Oliveira (2015), as dificuldades de reconstituição da história da homossexualidade feminina destacam-se devido à pouca existência da produção de documentos, sobretudo em períodos mais distintos, como nos séculos XVI, XVII e XVIII, demonstrando a falta de interesse pelas mulheres lésbicas, o que representa a prática do silenciamento e condição de invisibilidade ainda maior do que a conferida às mulheres em geral.

A palavra lésbica utilizada para identificar mulheres que se identificam como mulheres e se relacionam sexual e afetivamente com outras mulheres vem do latim *lesbius* e inicialmente se referia apenas aos moradores da ilha de Lesbos na Grécia antiga. Essa ilha foi um importante centro cultural onde viveu entre os séculos VI e VII a.C. a célebre poetisa Safo, bastante admirada por seus poemas sobre o amor sexual, emocional e platônico, entre ela e outras mulheres, e a sua divulgação através dos séculos fez com que o relacionamento sexual entre mulheres passasse a ser conhecido como lesbianismo ou safismo (BRASIL, 2013; TEIXEIRA, 2005).

No Brasil colonial, a homossexualidade era considerada crime, denominado sodomia, que acarretava em punições severas que iam desde o açoitamento em público até ao exílio em outros países. No período de 1591 a 1595, época da visita do Santo Ofício, foram abertos 130 processos contra o crime de sodomia, destes, 101 cometidos por homens e 29 por mulheres (VAINFAS, 2010). Para que ocorresse o ato sodomítico, os teólogos da época julgavam necessário que existisse a penetração do pênis seguido da ejaculação, sendo assim as mulheres não teriam como ser julgadas sodomitas. Buscando resolver esse problema, a igreja designou a relação entre homens de sodomia perfeita, e para as mulheres, sodomia imperfeita; assim sendo, estas eram julgadas, porém seu crime era considerado de menor agravo em relação àqueles cometidos pelos homens (OLIVEIRA, 2015).

Em meados do século XIX e início do século XX, a homossexualidade sai do cenário de pecado ou crime e passa a ser denominada como doença. Mas, mesmo que as teses médicas brasileiras publicadas nesse período tivessem o foco unicamente científico, racional e supostamente neutro, constatou-se que estas estavam repletas de julgamento de valor e condenação moral. As mulheres que vivenciavam práticas sexuais com outras mulheres eram denominadas de forma pejorativa por muitos médicos como monstros ou bestas-feras (NAPOLITANO, 2004).

Na década de 1980, com o advento da aids, temas relacionados à saúde da população de lésbicas, *gays*, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT) começaram a ter visibilidade perante o MS. Apesar do foco principal das campanhas lançadas na época ter sido a homossexualidade masculina, o movimento de mulheres lésbicas no Brasil começa a tomar corpo a partir de então com a criação dos primeiros grupos exclusivamente lésbicos (BRASIL, 2012; FACCHINI; BARBOSA, 2006).

A homossexualidade deixa de ser considerada uma doença apenas em 17 de maio de 1990, quando a Assembleia Mundial da Saúde aprova a retirada do código 302.0 da Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde (MARTINS, 2010).

A terminologia lésbica foi incluída no movimento homossexual brasileiro (MHB), em 1993, com o VII Encontro de Lésbicas, passando a se chamar MGL (Movimento de *Gays* e Lésbicas); dois anos depois, 1995, surge como GLT (*Gays*, Lésbicas e Travestis); no ano de 2008, durante a I Conferência Nacional de Lésbicas, *Gays*, Bissexuais, Travestis e Transexuais, a sigla passa ser LGBT, colocando o termo lésbica no início, buscando promover visibilidade a essa população (FACCHINI; BARBOSA, 2009).

No Brasil, duas políticas públicas se destacam nas ações voltadas para a diversidade sexual, “Brasil sem Homofobia”, que é um programa de combate à violência e à discriminação contra a população LGBT, como também de promoção da cidadania homossexual; a outra política, instituída pelo MS em 1º de dezembro de 2011, é a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, *Gays*, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBT), resultado de muita luta do movimento, que possui como objetivo garantir a promoção de saúde integral da população LGBT, haja vista que a garantia ao atendimento à saúde é um direito de todo cidadão e cidadã brasileiros, independentemente de suas especificidades de gênero, raça/etnia, geração, orientação e práticas afetivas e sexuais, ajudando, assim, para diminuição de desigualdades, como também firmar o SUS como sistema universal, integral e equitativo (BRASIL, 2012; BRASIL, 2013).

2.2 A saúde da mulher lésbica e bissexual: estado da arte

Com a finalidade de conhecer o estado da arte sobre a saúde da mulher lésbica e bissexual, foi realizada uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL), a qual propicia, a partir de seu rigor metodológico, que se busque em bases de dados a produção do conhecimento sobre determinada temática em um corte de tempo específico (SOUZA, 2010; FREIRE, 2014).

Essa metodologia solicita que se cumpram seis etapas, tais quais a formulação da hipótese ou a pergunta a ser respondida; a busca da literatura em base dados; a seleção da amostra; categorização dos estudos; análise do material selecionado; a interpretação, síntese e apresentação do estado da arte (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010; FREIRE, 2014).

Obedecendo ao rigor da RIL, elaborou-se a seguinte questão norteadora: o que vem sendo produzido nos últimos cinco anos (2010 a 2014) na literatura nacional e internacional sobre a saúde da mulher lésbica e bissexual?

Realizou-se uma busca na internet no período de setembro a dezembro de 2015, nas seguintes bases de dados: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados em Enfermagem (BDENF) e na biblioteca virtual *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO). Nesta pesquisa foram utilizados parâmetros de registro de dados indexados nos Descritores em Ciências da Saúde (Decs), sendo Homossexualidade Feminina (no Decs, o termo lésbica é sinônimo de Homossexualidade Feminina, não havendo descritor para tal), Saúde da Mulher e Promoção da Saúde e suas respectivas traduções em inglês e espanhol.

Os critérios de inclusão foram artigos publicados em português, inglês e espanhol no período de 2010 a 2014, na íntegra, que descrevessem a temática referente à saúde da mulher lésbica e bissexual. Como critérios de exclusão: artigos sem os resumos disponíveis para análise nas bases de dados e biblioteca; resumos, teses, dissertações, monografias, trabalhos duplicados, trabalhos que não estavam disponíveis na íntegra, artigos repetidos e aqueles que após a leitura e análise criteriosa não faziam menção de forma específica à temática aqui abordada.

A partir do descritor homossexualidade feminina *and* saúde da mulher, foram encontrados 56 artigos: MEDLINE (47); LILACS (06); SCIELO (01) e BDENF (02). Ao associar homossexualidade feminina *and* promoção da saúde, obteve-se um total de 75 artigos, sendo MEDLINE (67), LILACS (07) e SCIELO (01). Da totalidade de 131 artigos, após exaustivas leituras, desconsiderou-se 125 produções que não atendiam aos critérios de

inclusão. O *corpus* foi constituído, portanto, por seis artigos, os quais foram organizados de acordo com os temas correspondentes.

Para a análise dos artigos, foi adaptado um instrumento previamente validado (URSI, 2006) com os seguintes pontos de interesse: título, título do periódico; autores; formação do autor principal; país de origem; idioma; ano de publicação; objetivos; delineamento e metodologia do estudo; resultados e conclusão.

O processo de análise envolveu a tradução em caso das publicações estrangeiras, leitura e releitura dos artigos selecionados e o preenchimento do formulário com os dados de interesse. A análise foi realizada por meio de categorização dos conteúdos de acordo com o objetivo desta revisão integrativa. Para elucidar, os artigos selecionados foram identificados como A1, A2,... A6 e a partir de agora serão assim denominados.

Após a caracterização dos estudos, foram sintetizadas algumas informações, nos Quadros 01 e 02, que são relevantes para maior elucidação e compreensão deste estudo.

Quadro 1 - Estudos conforme identificação da base de dados, ano de publicação, título do artigo, formação do autor principal, país, idioma e área do periódico. João Pessoa (2016)

Nº	Base de Dados	Ano	Título	Formaçã o do autor principa l	País	Idioma	Periódico
01	LILACS	2011	A homossexualidade feminina no campo da saúde: da invisibilidade à violência	Serviço Social	Brasil	Português	Saúde Coletiva
02	MEDLINE	2014	Promoção da saúde da mulher lésbica: cuidados de enfermagem	Enfermagem	Brasil	Português	Enfermagem
03	SciELO	2014	Atención ginecológica de lesbianas y bisexuales: notas sobre el estado de situación em Argentina	Sociologia	Argentina	Espanhol	Interdisciplinar
04	BDENF	2013	Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis por mulheres homossexuais e bissexuais: estudo descritivo	Enfermagem	Brasil	Português	Enfermagem
05	SciELO	2013	Homoerotismo feminino, juventude e	Psicologia	Brasil/Colôm	Português	Interdisciplinar

			vulnerabilidade às DST/Aids		bia		
06	BDENF	2010	Conhecimento de mulheres que fazem sexo com mulheres sobre o papilomavírus humano	Enfermagem	Brasil	Português	Enfermagem

Em relação ao ano de publicação dos artigos que compuseram o estudo, observou-se que foi publicado um artigo em 2010 e outro em 2011; nos anos de 2013 e 2014, foram publicados dois artigos/ano.

Acerca da formação acadêmica do autor principal dos artigos avaliados, três são enfermeiros, um assistente social, um sociólogo e um psicólogo. Esses resultados demonstram que, em se tratando da temática saúde de mulheres lésbicas e bissexuais, há um predomínio de publicações por profissionais de enfermagem, seguidos por profissionais na área de humanas, ressaltando a escassez de estudos por demais profissionais da saúde. Quanto à área do periódico, localizaram-se três na área da enfermagem (A2, A4, A6), dois da área interdisciplinar (A3, A5) e um da área de saúde coletiva (A1). No que diz respeito ao idioma, cinco publicações foram em português e uma em espanhol; acerca dos países onde as investigações foram realizadas, cinco foram desenvolvidas no Brasil e uma na Argentina. Observa-se uma totalidade de estudos na América do Sul, com destaque para a predominância do Brasil.

Evidencia-se que ainda há pouco interesse em desenvolver pesquisas sobre a saúde da mulher lésbica e bissexual, o que acaba resultando em uma lenta evolução no que concerne à promoção e prevenção da saúde para esse público-alvo.

Mediante apresentação do Quadro 02, pode-se observar o resumo do delineamento dos estudos selecionados, bem como os resultados encontrados, as contribuições e conclusões dos seus respectivos autores.

Quadro 2 - Síntese da metodologia, objetivos, resultados e conclusões. João Pessoa (2016)

Nº	Metodologia	Objetivos	Resultados	Conclusão
01	Desenho de ensaio	Analisar os modelos que podem explicar a invisibilidade de lésbicas e mulheres bissexuais na área da assistência integral à saúde da mulher.	Mulheres lésbicas e bissexuais não recebem atendimento adequado, produzindo exclusão e violência simbólica, apesar de os programas governamentais preconizarem o contrário.	Lésbicas e mulheres bissexuais não têm apoio por parte dos profissionais de saúde para verbalizar suas orientações sexuais quando buscam assistência.

02	RIL	Analisar a produção científica nacional e internacional sobre a assistência de enfermagem à mulher lésbica.	Relevância da assistência de enfermagem à mulher lésbica parece não estar sendo investigada nas pesquisas científicas.	Evidência da escassez de estudos brasileiros e internacionais.
03	Estudo qualitativo	Identificar e analisar as percepções de obstáculos e facilitadores do acesso aos serviços de saúde.	Homossexualidade como principal obstáculo para o acesso específico aos serviços de saúde sexual e reprodutiva entre mulheres homossexuais, derivados de uma lógica da invisibilidade.	Mais produtivo se concentrar no conjunto das possíveis práticas sexuais, independentemente da identidade sexual das pessoas, para evitar exclusões ou discriminações desnecessárias.
04	Estudo Exploratório, descritivo e qualitativo	Identificar a percepção das mulheres homossexuais e bissexuais sobre a assistência nos serviços de saúde e as formas de prevenir as DST.	Estas mulheres reconhecem a busca por assistência e cuidados com a saúde como fundamental. Tem conhecimento sobre as DST, desconhecem doenças relacionadas às relações homossexuais e utilizam métodos inadequados e improvisados de prevenção das DST.	Os profissionais de saúde têm dificuldade em escutar e acolher de forma adequada estas mulheres.
05	Análise histórico-filosófica	Discutir os descompassos entre as identidades (sexuais e de gênero), os desejos e as práticas sexuais, bem como as relações entre identidades sexuais e percepções de risco às DST/AIDS, de jovens autotransclassificadas como lésbicas ou bissexuais.	Os achados revelam que a autodefinição das categorias identitárias das jovens varia em função dos relacionamentos afetivo-sexuais com parcerias de ambos os sexos e das redes de sociabilidade, em distintos momentos de suas vidas, indicando um sentido de fluidez na expressão de sexualidade.	Considera-se que pesquisas interpretativas acerca das distintas compreensões das identidades sexuais e das lógicas de proteção das mulheres com práticas homoeróticas podem contribuir na análise do seu papel na dinâmica atual das DST/AIDS.
06	Estudo Descritivo e quantitativo	Verificar o conhecimento de MSM sobre as formas de transmissão, prevenção e fatores de risco relacionados ao papilomavírus humano (HPV).	68% das mulheres não sabiam o significado do HPV, 58% acreditavam que a camisinha protege totalmente e 45% responderam que o Papanicolau deve ser realizado duas vezes ao ano.	Há vulnerabilidade para a contaminação por HPV devido à exposição dos fatores de risco e falta de conhecimento.

Ao analisar as características metodológicas, foram observados um desenho de ensaio (A1), uma revisão integrativa (A2), um qualitativo (A3), um exploratório-descritivo e qualitativo (A4), uma análise histórico-filosófica (A5) e um descritivo e quantitativo (A6).

Quanto aos objetivos dos estudos avaliados, constatou-se vários fatores relacionados à saúde sexual e reprodutiva da mulher lésbica e bissexual. Em nenhum desses estudos houve um aprofundamento acerca da vulnerabilidade desse grupo de mulheres a situações de depressão e consumo exacerbado de drogas lícitas e ilícitas, tendo sido feitas apenas breves citações nesse contexto.

Nas conclusões dos artigos foram mencionadas questões que apontam os entraves encontrados pela população-alvo deste estudo na busca da assistência à saúde, como a falta do encorajamento dos profissionais da saúde para essas usuárias relatarem a sua verdadeira orientação sexual, suas práticas sexuais; a assistência é ofertada de forma abrangente e não específica mediante a sua identidade de gênero e orientação sexual, falta ou dificuldade de acolher e realizar uma escuta qualificada e, por fim, a junção entre os estudos escassos nessa área e o pouco conhecimento dos profissionais de saúde sobre a temática em questão.

A partir da leitura dos estudos selecionados, foi possível elaborar duas categorias de acordo com os conteúdos apresentados: Promoção à Saúde e Invisibilidade à Assistência à Saúde da Mulher Lésbica e Bissexual.

Promoção à Saúde

Apesar da notória escassez de pesquisas sobre a temática, observa-se nesta revisão que há um direcionamento maior para a promoção à saúde de mulheres lésbicas e bissexuais. Ao mencionar promoção à saúde nesse grupo específico de mulheres, não se pode deixar de lado a homofobia e a exclusão social nos serviços de saúde, que terminam influenciando diretamente no acesso dessas mulheres a esses serviços, na prevenção apropriada de câncer de colo de útero e de mama, na prevenção de IST e aids, como também no acesso às tecnologias reprodutivas (BRASIL, 2014).

A discriminação, o preconceito e o despreparo por parte dos profissionais de saúde em atuar com esse grupo específico de mulheres fazem com que estas procurem menos os serviços de saúde e quando o fazem, raramente revelam sua homo ou bissexualidade aos profissionais de saúde. Segundo Almeida (2009), a acessibilidade de mulheres lésbicas aos serviços de saúde é um problema complexo que possui importante magnitude, pois associa-se diretamente a revelar ou não sua orientação sexual. A situação fica ainda mais preocupante quando mesmo em atendimentos dirigidos às necessidades específicas de mulheres lésbicas e

bissexuais, nem sempre as mesmas sentem-se confortáveis, apresentando receio quanto à postura dos profissionais de saúde.

Essa situação foi mencionada no A1, no qual as mulheres lésbicas e bissexuais não possuem apoio por parte dos profissionais de saúde para verbalizar suas orientações sexuais quando buscam assistência; no A4, foi visto que os profissionais de saúde têm dificuldade em escutar e acolher de forma adequada essas mulheres. Nota-se que o profissional de saúde é visto não como um facilitador, mas, sim, como um obstáculo para essas mulheres no quesito acesso aos serviços de saúde. De acordo com o A3, para evitar exclusão ou discriminação desnecessárias, seria melhor concentrar no conjunto das possíveis práticas sexuais, independente da identidade sexual das pessoas.

O receio em não ser compreendida pelos profissionais de saúde, de ser estigmatizada ou discriminada, afasta as mulheres homossexuais ou bissexuais dos serviços de saúde, contribuindo para o desconhecimento do seu corpo, para a baixa adesão às práticas de autocuidado, pontos importantes na prevenção de IST e neoplasias (VALADÃO, 2011).

Segundo Carvalho (2013), reconhecer o exercício e o direito da sexualidade de lésbicas e bissexuais exige mudanças, o que não é fácil diante de uma sociedade em que o padrão heterossexual é hegemônico, influenciando diretamente a conduta profissional para uma prática que pode gerar preconceito - e em algumas situações discriminação.

Fica clara a necessidade de mudanças desde a formação acadêmica até o cotidiano desses profissionais de saúde, sensibilizando-os para a diversidade sexual e, dessa forma, alcançar o objetivo geral da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) de promover a saúde integral dessa parcela da população eliminando a discriminação e o preconceito institucional, bem como contribuindo para a redução das desigualdades e a consolidação do SUS como universal, integral e equitativo (BRASIL, 2012).

Um dos artigos (A6) citou a vulnerabilidade dessas mulheres para a contaminação por *Human Papiloma Virus* (HPV) devido à exposição dos fatores de risco e falta de conhecimento. O A4 afirma que estas desconhecem as doenças relacionadas às relações homossexuais e utilizam métodos inadequados e improvisados de prevenção às IST. Ainda permanece a crença tanto entre mulheres que fazem sexo com mulheres (MSM) como entre profissionais de saúde de que estas não possuem risco para desenvolver câncer de colo de útero e mama ou adquirir IST, são blindadas. Todavia, sabe-se que há sim uma prevalência aumentada de algumas IST entre MSM, como também mulheres que nunca tiveram relação sexual com homens podem ter incidência de HPV e câncer de colo de útero (BRASIL, 2014).

Faz-se necessária a criação de políticas públicas específicas, efetivas e espalhadas em todos os níveis de assistência à saúde, elaboração de normas e protocolos de atenção à saúde de mulheres lésbicas e bissexuais, mudança na formação acadêmica dos profissionais da área de saúde, com implantação nos currículos de discussões acerca desta temática, assim como a educação em serviço, tanto para profissionais como para gestores, buscando anular situações de discriminação nesses serviços (CARVALHO, 2013; BRASIL, 2014).

Invisibilidade à Assistência à Saúde da Mulher Lésbica e Bissexual

Desde a década de 1980, quando o MS criou estratégias para o enfrentamento da epidemia HIV/Aids em parceria com os movimentos sociais ligados à defesa dos direitos de grupos *gays*, as questões de saúde da população LGBT vêm ganhando cada vez mais visibilidade (BRASIL, 2012). É perceptível o avanço na área das políticas de saúde, que buscam não apenas assegurar os direitos da lesbiandade e da bissexualidade feminina em se mostrar no contexto das relações afetivo-sexuais, mas também garantir o atendimento às demandas de saúde provenientes das distintas orientações sexuais (VALADÃO, 2011). Entretanto, ainda são muitos os obstáculos a serem enfrentados e um deles seria o preconceito e a discriminação, que ainda persistem com intensidade na temática da lesbiandade e homossexualidades em geral.

Usualmente, as ações dos serviços de saúde são direcionadas para um modelo de mulher adulta, mãe e heterossexual. As questões reprodutivas e a maternidade funcionam como uma espécie de ingresso nos serviços de saúde. Quando esta não se encaixa nesse perfil, torna-se invisível ou é submetida a condutas e serviços inapropriados para suas demandas específicas (BRASIL, 2014). O A1 buscou avaliar os modelos que poderiam explicar essa invisibilidade de lésbicas e mulheres bissexuais na área da assistência integral à saúde da mulher, identificando a falta de preparo por parte dos profissionais como favorecedor dessa invisibilidade.

Segundo Almeida (2009), a falta de ambiente adequado à especificidade lésbica na assistência pode fazer com que o atendimento seja camuflado e as informações sejam negligenciadas por ambas as partes, uma vez que as usuárias do serviço não se sentiam à vontade para informar sua sexualidade e falarem sobre suas vivências. Isso pode, além de favorecer as vulnerabilidades, fazer com que os profissionais de saúde não prestem uma assistência qualificada a essas mulheres (VALADÃO, 2011).

No A3, a homossexualidade é tida como principal obstáculo pelas mulheres para o acesso específico aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, derivados de uma lógica da

invisibilidade. É necessário repensar a organização dos serviços de saúde, como também a formação dos profissionais, buscando ofertar uma escuta qualificada, respeito e acolhimento adequado a todas as usuárias do SUS, independente de sua raça, cor, grupo social e orientação sexual, de forma que venha a garantir a universalidade do acesso e a integralidade do atendimento (BRASIL, 2014).

Outro ponto que ressalta a invisibilidade da mulher lésbica e bissexual diz respeito ao lado científico, representado pela incipiência de artigos produzidos com essa temática. O A2 evidencia a escassez de estudos brasileiros e internacionais na área. Segundo Rodrigues (2011), algumas questões sobre a lesbiandade e bissexualidade feminina permanecem obscuras e pouco abordadas. Em virtude dessa invisibilidade, as mulheres são expostas a um alto grau de estresse e desconforto devido ao não acolhimento das especificidades de suas demandas de saúde e baixa efetividade em tratamentos (VALADÃO, 2011).

A fim de sintetizar o que vem sendo produzido nos últimos cinco anos (2010-2014) na literatura nacional e internacional sobre a saúde da mulher lésbica e bissexual, observou-se que apesar das conquistas alcançadas no campo das políticas públicas de saúde, as mulheres lésbicas e bissexuais ainda têm muitas barreiras a serem superadas para conquistar o direito de viverem suas relações afetivo-amorosas, livres de preconceito e discriminação, como também receberem uma assistência adequada a sua saúde, de acordo com suas especificidades.

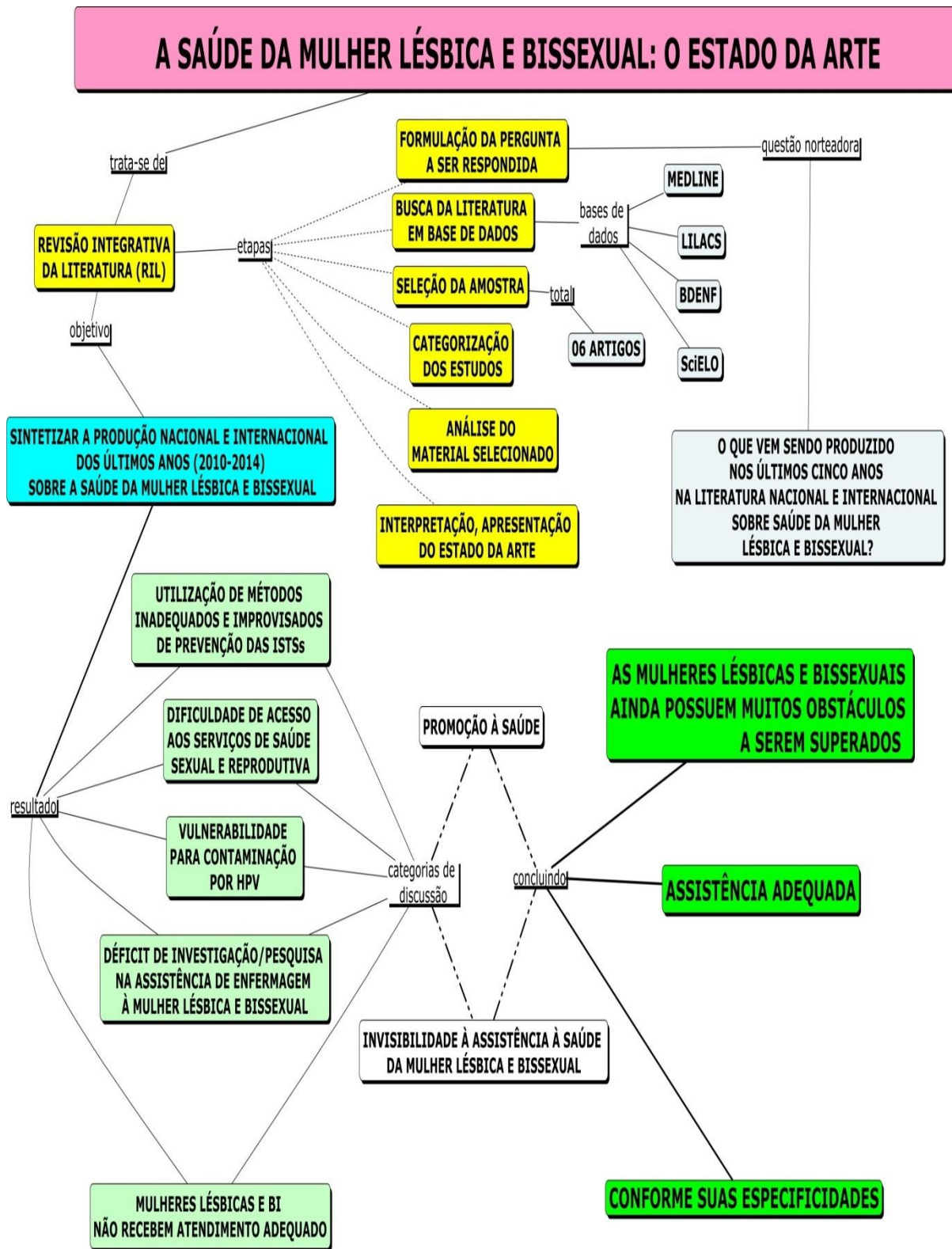
A análise dos estudos que compuseram esta revisão integrativa revelou um *deficit* acentuado de conhecimento sobre cuidados com a saúde, tanto entre MSM quanto entre profissionais da rede de saúde que atendem essas mulheres. A falta de preparo desses profissionais, o preconceito e a discriminação terminam invisibilizando essa mulher, tornando-a vulnerável a morbidades como IST, câncer de colo de útero e mama.

Constatou-se que apesar da dificuldade em localizar artigos com essa temática, em razão da escassez de estudos com essa abordagem, o número de pesquisas acerca de situações que envolvem esse grupo específico de mulheres vem aumentando. Ainda são muitas as lacunas a serem preenchidas nesse contexto, várias questões sobre a homossexualidade feminina permanecem obscuras. Temas como adolescência, climatério/menopausa, planejamento familiar (anticoncepção/reprodução), aborto, violência doméstica e sexual e saúde mental, apesar da relevância que possuem quando se fala em saúde da mulher, não recebem a visualização necessária nas pesquisas voltadas a esse grupo.

Dessa forma, parece ser um ponto profícuo incentivar o aumento de pesquisas nessa temática, no intuito de gerar subsídios para que se qualifique a promoção, a atenção e o cuidado a essas mulheres. Ademais, pode-se ofertar a chance de serem vistas como mulheres

em toda a sua plenitude, suas fragilidades, carências, qualidades, opções, enfim, independente de sua raça, cor, credo, identidade e orientação sexual, poderem apoderar-se de seus direitos enquanto cidadã, livres de preconceitos e discriminação.

Figura 1- Mapa conceitual referente ao desenvolvimento da RIL sobre a saúde da mulher lésbica e bissexual



*Trabalho apresentado no XII Colóquio Nacional Representações de Gênero e sexualidades- XII CONAGES. Campina grande, no período de 08 a 10 de junho de 2016 (ALMEIDA et al., 2016).

2.3 Acolhimento/Ambiência

Em seus quase trinta anos de existência, o SUS, apesar de suas fragilidades, ainda é um dos maiores exemplos de política pública do país. Enraizado nos princípios da integralidade, universalidade e equidade, tem o acolhimento como uma ferramenta poderosa para satisfazer a esses princípios, uma vez que esta promove a acessibilidade, oportuniza o vínculo entre a equipe e a população, sendo assim o ponto de partida para a implantação de uma assistência humanizada na AB (BRASIL, 2013).

Machado et al. (2010) afirmam que humanizar é ofertar uma assistência de qualidade a partir da articulação das tecnologias avançadas com o acolhimento. Na área da saúde, as tecnologias são categorizadas da seguinte forma: tecnologia dura (equipamentos e máquinas), tecnologia leve-dura (conhecimentos estruturados) e tecnologia leve (processo da produção da comunicação, relacionais) (NIETSCHE et al, 2012). Inserido na categoria tecnologia leve, o acolhimento direciona para a instituição de estratégias de atendimento, a qual engloba trabalhadores, gestores e usuários.

Conforme o dicionário Aurélio, acolhimento é o ato ou efeito de acolher; recepção; atenção; consideração; abrigo (FERREIRA, 2001). Não apenas nos dicionários, mas também em setores como a saúde, a palavra acolhimento pode ter vários significados. Segundo Hennington (2005), o acolhimento é um dispositivo que vai muito além de uma mera recepção do usuário em uma unidade de saúde, levando em conta toda a atenção desde a sua entrada no sistema. As várias conceituações expõem os diversos sentidos e significados destinados a essa palavra como pretensões de verdade (BRASIL, 2013).

Segundo Soares (2011), o acolhimento valoriza cada colaborador em sua individualidade, uma vez que pode e deve ser feito por todos para que a meta esperada seja atingida. Assim, os profissionais da AB poderão visualizar o usuário a partir da sua realidade, contexto social, familiar e comunitário no qual este está inserido e ter condições de ofertar uma assistência resolutiva baseada nas reais exigências de saúde (MACHADO et al., 2010; COELHO; JORGE, 2009).

O acolhimento possui como principal proposta a reorganização do serviço, no sentido de garantir o acesso universal, resolutividade e atendimento humanizado, posicionando-se como peça-chave no fortalecimento de uma das principais portas de entrada do nosso sistema de saúde, a AB. Para o fortalecimento dessa proposta, ressaltamos a ambiência na saúde, humanização das áreas de encontros do SUS, que aborda o tratamento voltado para o espaço físico compreendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais, cuja meta é ofertar uma atenção acolhedora, resolutiva e humana (BRASIL, 2008). De acordo com

Bestetti (2014), ambiência não é apenas espaço físico, mas também o encontro entre os sujeitos, ocasionado pela adequação das condições físicas do lugar e pelo ato da humanização.

Falar em ambiência remete o pensamento à humanização por meio do equilíbrio de elementos que formam os espaços, levando em consideração os fatores que possibilitem o protagonismo e a participação. Deduz-se que o espaço seja o cenário onde se realizam relações sociais, políticas e econômicas de determinados grupos da sociedade, sendo esta uma situação construída de maneira coletiva e com a inclusão das diferentes culturas e valores (BESTETTI, 2014).

Respeitando sempre a individualidade de cada um, entendendo que cada usuário é diferente do outro, veio de um cotidiano e espaço social específico, busca-se construir ambiências acolhedoras e harmônicas, espaços agradáveis que permitam ao usuário a preservação de sua identidade, aliada à sensação de bem-estar, contribuindo, assim, para a desconstrução do mito de frieza e hostilidade nos espaços que abrigam os serviços de saúde (BESTETTI, 2014; BRASIL, 2008).

A criação do espaço deve respeitar a capacidade de ação e reflexão dos sujeitos envolvidos nos processos de trabalho, garantindo a construção de ações a partir da integralidade e da inclusão, na perspectiva da equidade (BRASIL, 2008). Sentir-se acolhido é sentir-se incluído.

O espaço das Unidades Básicas de Saúde deve ser planejado de uma maneira que possa promover conforto e privacidade, tanto para usuários quanto para os profissionais que os atendem. É válido aqui também ressaltar a importância de equipamentos que permitam a informação do usuário em espera (BRASIL, 2008).

Para que seja possível um acolhimento mais efetivo a todas as pessoas independente de sua raça, faixa etária, sexualidade, identidade de gênero, enfim, independente das inúmeras diversidades vivenciadas pela raça humana, faz-se necessário repensar o termo ambiência nos espaços de saúde com a devida relevância que este possui.

2.4 Protocolo Assistencial

O protocolo é um instrumento que explica o processo de intervenção técnica e social, que norteia os profissionais de saúde no desempenho de suas atribuições, e possui como fundamento conhecimentos científicos e práticos do dia a dia em saúde, baseado na realidade de cada local. É considerado um instrumento importante para o enfrentamento de vários problemas na assistência e na gestão dos serviços, útil na organização do processo de trabalho

e na resolubilidade das ações de saúde no contexto das unidades de saúde (SILVA; VIEIRA, 2012; WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

Segundo Werneck, Faria e Campos (2009), os protocolos estão agrupados de acordo com sua natureza, em protocolos clínicos e/ou protocolos de organização dos serviços. Os protocolos clínicos são instrumentos norteadores do cuidado à saúde dos usuários, apresentando características voltadas para a clínica, ações preventivas, promocionais e educativas. Diz respeito ao enfrentamento de determinados problemas de saúde, através da utilização de conhecimentos e tecnologias eficientes, embasados nas evidências científicas. São úteis, necessários e importantes na elaboração e implantação de rotinas, que irão estruturar a assistência e poderão também ajudar na organização do processo de trabalho nas unidades de saúde. Possuem como metas estabelecer os critérios de diagnóstico de cada doença, o tratamento indicado, os passos terapêuticos apropriados, a utilização de fármacos disponíveis nas doses certas, os mecanismos de controle, o acompanhamento e a observação dos resultados (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

Quanto aos protocolos de organização dos serviços, estes são instrumentos a serviço da gestão, abarcando a organização do trabalho em uma unidade e no território, os fluxos administrativos que estão dentro da proposta dos serviços em rede, os processos de avaliação e a formação do sistema de informação, estabelecendo os meios de comunicação entre as diversas unidades, entre os níveis de atenção e com outras instituições sociais. Referem-se principalmente à organização do processo de trabalho e requerem a definição do que fazer e de quem fazer (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

O protocolo assistencial seja ele clínico, de organização de serviços ou misto é sinônimo de uma proposta de enfrentamento de uma situação que se deseja mudar (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

Na AB, os protocolos assistenciais buscam ofertar um aporte necessário para que a tomada de decisão por parte dos profissionais de saúde seja qualificada, de acordo com aspectos essenciais para a produção do cuidado (BRASIL, 2015). Como instrumento facilitador, o protocolo tem de ser flexível e moldado conforme a situação da população/ realidade de cada localidade, contribuindo, desse modo, com a consolidação dos princípios do SUS. Segundo Werneck, Faria e Campos (2009, p. 68), “um protocolo é um instrumento que tem validade transitória, devendo ser avaliado permanentemente e modificado segundo as circunstâncias envolvidas, capacidade operacional e perfil epidemiológico”.

Atingir a integralidade na área da saúde da mulher requer uma superação do cuidado restrito apenas às ações programáticas, faz-se necessário desenvolver ações de saúde fundamentadas nas necessidades individuais de cada usuária (BRASIL, 2015).

Dentre os objetivos de um protocolo assistencial, citados por Silva e Vieira (2012, p. 2-3), destacamos:

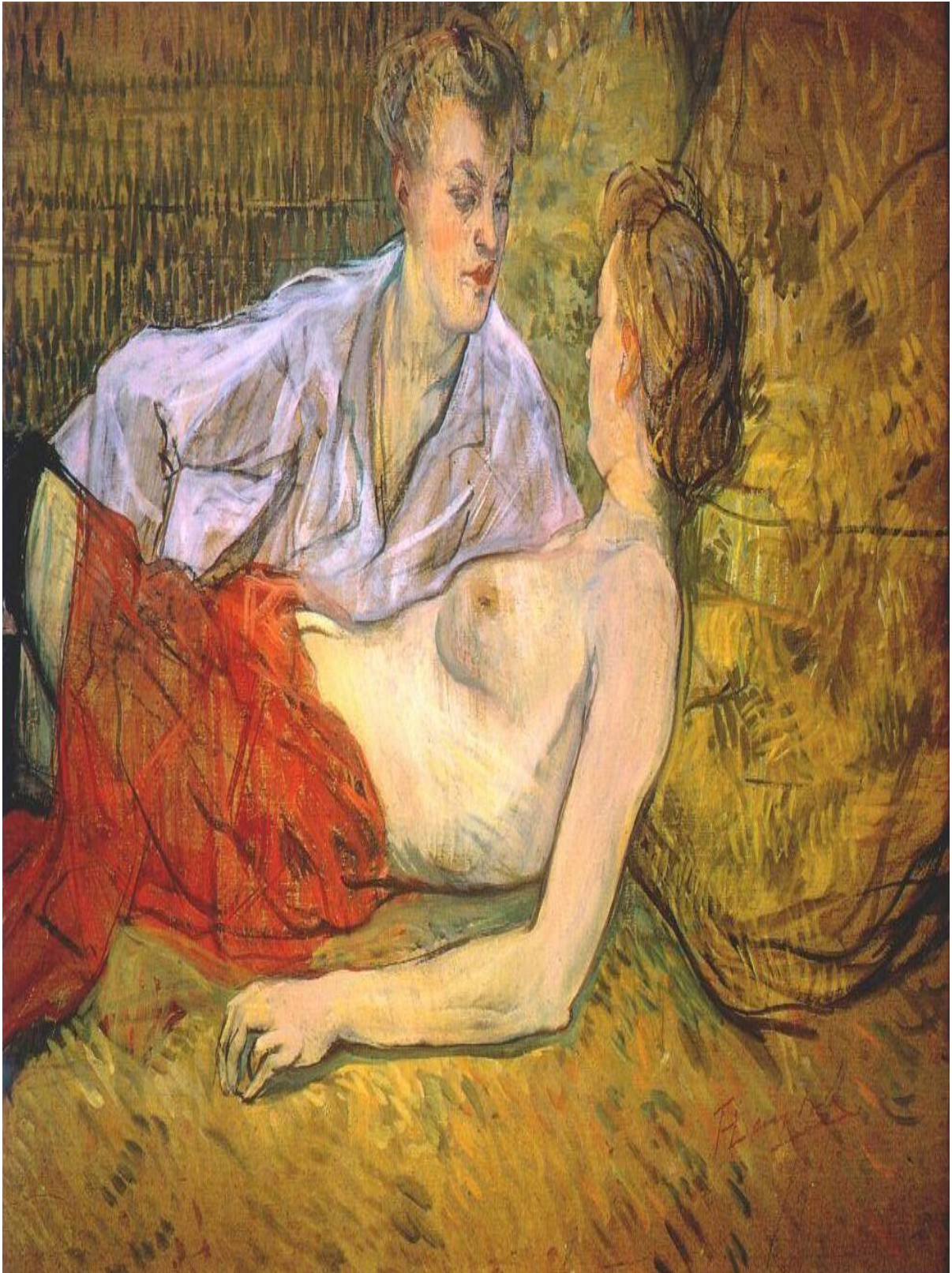
“Uniformizar e padronizar as ações referentes às atividades dos profissionais para uma assistência adequada e integral aos usuários;

Organizar os serviços da rede pública de saúde, estabelecendo fluxos, para agilizar e qualificar a assistência;

Conferir a direcionalidade, atualidade e adequação às ações cotidianas, sejam elas de caráter clínico ou de estruturação de cuidado.”

De maneira generalizada, o protocolo pode ser definido como um guia que oferece praticidade ao cotidiano dos profissionais de saúde, possibilitando que aconteça uma melhoria na qualidade da atenção à saúde. Trata-se de uma das maneiras de usar a pesquisa na prática assistencial, pode ser considerado como um dos tipos de tecnologia existente na área de saúde. É definido como tecnologia leve-dura por utilizar modelos de cuidado que incluem os saberes estruturados e estão concretizados na forma impressa e/ou digital. Destaca-se como um instrumento importante para a implementação de boas práticas, devendo servir como material de consulta diária dos profissionais de saúde (BESSA, 2012; SILVA; VIEIRA, 2012; SPRINGHOUSE, 2010).

Uma vez definido o problema, partiu-se para a justificativa, na qual foram utilizados aspectos propostos por Werneck, Faria e Campos (2009) para a elaboração de um protocolo de cuidado à saúde, sendo: I- Magnitude, diz respeito às taxas de morbidade e mortalidade de um problema, mostra o quanto um problema apresenta capacidade de ser mortal para uma população; II- Transcendência, está relacionado ao grau de conhecimento e de importância atribuída pela população a um determinado problema de saúde, a gravidade do problema para a população; III- Vulnerabilidade, mostra o quanto um problema é sensível à tecnologia existente e disponível em um serviço de saúde, o quanto é efetivo o tratamento; IV- Determinantes, referem-se à qualidade de vida das pessoas e às consequências dessa situação sobre sua saúde; V- Objetivos, o que se pretende com a realização das ações propostas.



As duas amigas. Toulouse lautrec (1894). <https://www.google.com.br/imgres?imgurl=http%3A%2F%2F4.bp.blogspot.com>

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de Estudo

Pesquisa Metodológica

Todo pesquisador busca encontrar respostas aos seus questionamentos, para tanto, cabe a ele identificar o melhor meio para o alcance desse objetivo. Não divergindo dessa afirmação, na procura pelo melhor instrumento para o desenvolvimento deste trabalho, optou-se pela pesquisa metodológica por entender ser este o melhor método para tal.

A pesquisa metodológica, de acordo com Polit e Hungler (1995, p. 126), refere-se às investigações dos métodos de obtenção, organização e análise dos dados, tratando da elaboração, validação e avaliação dos instrumentos e técnicas de pesquisa. A meta é a elaboração de um instrumento que seja confiável, preciso e utilizável para que possa ser empregado por outros pesquisadores, além de avaliar seu sucesso no alcance do objetivo. Busca-se elaborar instrumentos na tentativa de operacionalizar a informação no campo da sua área de atuação com a ciência da informação. Dessa forma, tenta-se tornar um constructo impalpável em palpável ou em protocolos de observação (POLIT; BECK, 2011).

Distintos pontos de vista são utilizados para a realização da coleta, análise e interpretação de dados. Estão associados a caminhos, formas e procedimentos para que se possa alcançar determinado fim, nesse caso, o produto tecnológico (DEMO, 1994; KERLINGER, 1986).

Neste estudo foram utilizados os princípios da investigação metodológica, uma vez que buscou a construção de um protocolo de assistência de enfermagem voltado para mulheres lésbicas e bissexuais, objetivando intervir na situação de invisibilidade destas dentro de um dos níveis de atenção do sistema de saúde, a AB, e assim melhorar a qualidade da assistência à saúde prestada a essas mulheres.

3.2 Etapas do Estudo

Para o alcance do objetivo, o desenvolvimento desta pesquisa foi realizado em duas etapas: a primeira refere-se à realização de uma RIL e a segunda detalha os passos utilizados para a elaboração do protocolo de atendimento.

3.2.1 Revisão Integrativa da Literatura

Nesta etapa, realizou-se uma revisão integrativa, a qual é definida por Mendes, Silveira e Galvão (2008) como uma estratégia que tem por finalidade reunir e sintetizar os resultados de pesquisas sobre determinada temática ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema estudado. A coleta foi desenvolvida no período compreendido entre setembro e dezembro de 2015, nas seguintes bases de dados: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados em Enfermagem (BDENF) e na biblioteca virtual Scientific Electronic Library Online (SciELO). Foram utilizados Descritores em Ciências da Saúde (Decs), sendo Homossexualidade Feminina (no Decs, o termo lésbica é sinônimo de Homossexualidade Feminina, não havendo descritor para tal), Saúde da Mulher e Promoção da Saúde, além de suas respectivas traduções em inglês e espanhol.

Os critérios de inclusão utilizados foram artigos publicados em português, inglês e espanhol no período de 2010 a 2014, na íntegra, que descrevessem a temática referente à saúde da mulher lésbica e bissexual. Como critérios de exclusão: artigos sem os resumos disponíveis para análise nas bases de dados e biblioteca; resumos, teses, dissertações, monografias, trabalhos duplicados, trabalhos que não estavam disponíveis na íntegra, artigos repetidos e aqueles que após a leitura e análise criteriosa não faziam menção de forma específica à temática aqui abordada.

Essa etapa foi norteadada pela questão: o que vem sendo produzido nos últimos cinco anos (2010 – 2014) na literatura nacional e internacional sobre a saúde da mulher lésbica e bissexual?

Com a crescente importância da Prática Baseada em Evidências (PBE), a elaboração desse instrumento foi possível a partir da realização da RIL, em que se evidenciou a invisibilidade da mulher lésbica e bissexual dentro dos sistemas de saúde, situação geradora de agravantes e prejuízos à saúde dessas mulheres.

3.2.2 Estruturação do Protocolo de Atendimento

Para o cumprimento desta fase do trabalho, seguiram-se as orientações de Werneck, Faria e Campos (2009) para a elaboração de um protocolo de cuidados.

Inicialmente, realizou-se a identificação do diagnóstico do problema, a invisibilidade da mulher lésbica e bissexual dentro do sistema de saúde, especificamente no nível da AB, através de participação em reuniões e seminários que contaram com a presença de gestores, profissionais de saúde e ativistas, oportunidades em que se discutiu a temática. Problema este que foi respaldado pela RIL realizada posteriormente sobre a saúde da mulher lésbica e bissexual.

Os altos índices de contaminação por IST/Aids e o elevado número de casos de câncer de colo de útero e de mama despertaram o olhar para a relevância desse problema, uma vez que as mulheres com orientação sexual distinta do padrão heteronormativo também estão expostas a tais morbidades. É fato que a condição de invisibilidade termina dificultando o acesso dessas mulheres aos serviços de saúde, expondo-as ainda mais a situações de risco.

Em seguida, foram definidos os objetivos e as metas a serem alcançadas com a utilização do protocolo de atendimento. Todo o processo foi acompanhado de perto pela gestão estadual de saúde do Estado da Paraíba, que sempre apoiou a realização deste estudo, tendo em vista a necessidade urgente de intervir nesse problema. Finalizando esse primeiro instante, foram traçados os caminhos/estratégias a serem seguidos.

Em um segundo momento, partiu-se para a organização do processo de estruturação do protocolo, que teve como base a gravidade do problema da invisibilidade da mulher lésbica e bissexual dentro do sistema de saúde. Traçaram-se objetivos e metas com vistas à superação da situação-problema. Como apoio referencial foi utilizado o Protocolo da Atenção Básica: Saúde das Mulheres do MS lançado recentemente (BRASIL, 2016). Em seguida, foram elencadas as várias atividades possíveis para o enfrentamento do problema com foco nas metas estabelecidas.

O presente instrumento destinar-se-á aos(as) enfermeiros(as) por entendermos ser estes os profissionais com maior envolvimento nas ações destinadas à assistência integral à saúde da mulher no nível da AB.

Por fim, foi realizada a construção do protocolo a ser utilizado pelo(a) enfermeiro(a) no contexto da AB com as atividades a serem desenvolvidas, além da criação de um mapa conceitual como proposta de ser um instrumento prático e de fácil utilização. O mesmo foi baseado no problema, evidenciado através da RIL, da invisibilidade da mulher lésbica e bissexual dentro do sistema de saúde, especificamente na AB, com detalhamento de ações preventivas, clínicas e educativas, enfatizando atividades de acolhimento, avaliação global, realização de exame colpocitológico, prevenção de câncer de mama, planejamento reprodutivo, prevenção de IST/Aids e hepatites virais e climatério.

A criação desse instrumento classificado como uma tecnologia leve-dura e caracterizado como de organização dos serviços/estruturação do cuidado tem como proposta direcionar as ações dos(as) enfermeiros(as) da AB (considerada uma das principais portas de acesso ao SUS e que tem como atribuição promover o cuidado integral e conduzir ações de promoção à saúde) para as mulheres lésbicas e bissexuais, buscando promover a estruturação do cuidado e uma maior resolubilidade das ações destinadas a essas mulheres, focando sempre em uma maior visibilidade destas dentro do sistema (BRASIL, 2013; BRASIL, 2016).



Mulheres correndo na praia. Picasso (1922).

<https://www.google.com.br/imgres?imgurl=https%3A%2F%2Fwww.escritoriodearte.com%2Fimagens%2Fbiografia%2Fimagens%2>

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Quadro 3 detalha questões de relevante importância para a elaboração de um protocolo de cuidado com pretensão de intervenção em um determinado problema, tais como magnitude, transcendência, vulnerabilidade, determinantes e objetivos.

Quadro 3- Representação gráfica de protocolo de organização de serviço baseado em problema: invisibilidade da mulher lésbica e bissexual dentro do sistema de saúde, especificamente na AB (continua no quadro 4). João Pessoa (2016)

Protocolo baseado em problemas

Caracterização do problema	Plano de intervenção
<p>Magnitude: A mulher lésbica e bissexual não é visualizada dentro do sistema de saúde. Não há registros quantitativos/dados estatísticos acerca de mulheres lésbicas e bissexuais, apesar de: Em 2012, a população brasileira era composta por 51% de mulheres (BRASIL, 2016); Mundialmente, o câncer de colo uterino provoca 274 mil óbitos por ano (WHO, 2008), no Brasil é o 4º tipo de câncer mais comum entre as mulheres; O câncer de mama é o que mais acomete mulheres em todo o mundo, causa mais frequente de morte por câncer em mulheres (BRASIL, 2013; BRASIL, 2016); A OMS estima que mais de 1 milhão de pessoas adquirem uma IST diariamente, 530 milhões estão infectadas com o vírus do herpes genital, mais de 290 milhões de mulheres estejam infectadas pelo HPV (BRASIL, 2015); Estima-se que 850 mil mulheres realizem aborto no Brasil por ano, este é a 5ª causa de morte materna no Brasil (PRAGMATISMO POLÍTICO, 2016).</p> <p>Transcendência: O(a) enfermeiro(a) da atenção básica enfrenta dificuldades em prestar assistência à mulher lésbica e bissexual mediante a invisibilidade.</p> <p>Vulnerabilidade: O sistema de saúde oferece algumas</p>	<p>Determinantes: Mulher vista apenas como hétero, adulta e mãe; Marginalização de mulheres lésbicas e bissexuais; Preconceito e discriminação; Despreparo profissional; Falta de acolhimento às demandas específicas; Baixa adesão a tratamentos; Ausência de abordagem em instrumentos voltados à saúde da mulher; Fragilidade das políticas públicas de saúde no Brasil.</p> <p>Objetivos: Promover visibilidade dessas mulheres dentro do sistema de saúde; Orientar a conduta especializada dos(as) enfermeiros(as) a essas mulheres; Conseguir a adesão dessas mulheres aos tratamentos ofertados pelo sistema de saúde; Ofertar uma assistência de qualidade direcionada às suas especificidades, de maneira que possa promover, prevenir, tratar agravos à saúde e reabilitar essas mulheres, evitando o agravamento de situações que possam desencadear a necessidade de internação, provocar complicações e óbitos.</p> <p>Elenco de atividades: Ver coluna “Atividades”.</p>

<p>tecnologias para dar maior visibilidade a essas mulheres dentro do sistema de saúde, promovendo, assim, a prevenção de novos casos de câncer de colo de útero, de mama, IST/HIV, infecção por HPV, como também ofertar métodos para planejamento de vida reprodutiva.</p> <p>Efeitos:</p> <p>Aumento da demanda dos serviços especializados de saúde, incluindo internações;</p> <p>Aumento de complicações (infecções, hemorragias, perda de órgãos internos e externos);</p> <p>Aumento de gastos;</p> <p>Aumento do número de morte em mulheres.</p>	
---	--

Considerando as peculiaridades desse instrumento, foi realizada uma adaptação do protocolo de organização de serviço proposto por Werneck, Faria e Campos (2009), sendo assim o Quadro 4 lista apenas as atividades a serem desenvolvidas pelos(as) enfermeiros(as) na AB com mulheres lésbicas e bissexuais, no que diz respeito às ações de prevenção de câncer de colo uterino e de mama, planejamento reprodutivo e prevenção de IST/Aids e hepatites virais.

Quadro 4- Representação gráfica de protocolo de organização de serviço baseado em problema: invisibilidade da mulher lésbica e bissexual dentro do sistema de saúde, especificamente na AB, com detalhamento de ações preventivas, clínicas e educativas. João Pessoa (2016)

Protocolo baseado em problemas

	Atividades 1 a 3: acolhimento
1	Ofertar um ambiente acolhedor, confortável/seguro/agradável (exposição dialogada com o uso de cartazes, distribuição de panfletos/ <i>folders</i> relacionados à temática).
2	Identificar motivos do contato (anamnese dirigida às especificidades das práticas sexuais).
3	Direcionar atendimento necessário/específico.
	Atividades 4 a 7: avaliação global
4	Perguntar: possui uma parceria sexual ou parcerias?
5	Perguntar: sua parceria é homem, mulher ou ambos?
6	Identificar as práticas sexuais (exclusivas com mulher, ou com mulher e homem, penetração com brinquedos sexuais, unidigital e/ou pênis).
7	Encorajar a verbalização de dúvidas relacionadas à atividade sexual.
	Atividades 8 a 10: exame colpocitológico
8	Observar o tamanho do espécuro a ser utilizado, o mesmo deve ser apropriado à prática sexual vivenciada pela mulher. Para mulheres que possuem prática sexual exclusiva

	com mulheres, com relato de penetração vaginal unidigital, pode ser necessário o espéculo de menor tamanho, o zero, também chamado virgoscópio.
9	Orientar individual e coletivamente as mulheres sobre o risco da mulher lésbica e bissexual adquirir lesões precursoras do câncer de colo uterino através de infecção por HPV.
10	Consultar o Protocolo da AB: Saúde das Mulheres (2016) sobre o rastreamento, condutas clínicas, atividades de vigilância em saúde e atividades educativas. As necessidades de saúde de uma mulher lésbica e bissexual são as mesmas de uma mulher heterossexual.
	Atividades 11 a 14: prevenção de câncer de mama
11	Observar queixas mamárias (mastalgia, nódulo mamário, assimetria da mama, retração da pele, entre outras).
12	Realizar exame clínico para averiguação, em caso de queixas.
13	Orientar/encaminhar para realização de exame de rastreamento (mamografia), quando indicado. Faixa etária indicada pelo MS é de 50 a 69 anos de idade.
14	Consultar o Protocolo da AB: Saúde das Mulheres (2016) sobre o rastreamento, condutas clínicas, atividades de vigilância em saúde e atividades educativas. As necessidades de saúde de uma mulher lésbica e bissexual são as mesmas de uma mulher heterossexual.
	Atividades 15 a 18: planejamento reprodutivo
15	Orientar e ofertar métodos anticoncepcionais (pílula, injetáveis, preservativo masculino e feminino, DIU, ligadura tubária, diafragma).
16	Orientar e encaminhar a mulher ao serviço especializado em infertilidade (verificar no município o local de referência).
17	Orientar e encaminhar para centro de referência em realização de aborto legalizado (gravidez como resultado de estupro).
18	Requisitar técnica de <i>feedback</i> das informações fornecidas.
	Atividades 19 a 24: prevenção de IST/Aids e hepatites virais
19	Ofertar e orientar sobre o uso de preservativo (prática sexual com homem e/ou com uso de brinquedos sexuais).
20	Orientar sobre manutenção de unhas aparadas.
21	Orientar sobre a suscetibilidade a infecções durante o período menstrual.
22	Incentivar a verbalização de dúvidas relacionadas a medidas de prevenção.
23	Garantir a realização de testes rápidos e o sigilo do resultado.
24	Orientar e encaminhar essa mulher para a vacinação de hepatite B, quando esta não estiver imunizada.
	Atividade 25: climatério
25	Consultar “Atenção às mulheres no climatério” no Protocolo da Atenção Básica: saúde das mulheres (2016).

Analisando de maneira generalizada as atividades propostas nesse protocolo, temos a impressão de que estas já são realizadas rotineiramente pelos(as) enfermeiros(as) da AB e fazem parte do dia a dia dos serviços de saúde nesse nível de assistência.

Tal afirmação é verdadeira, ao considerar o(a) enfermeiro(a) enquanto profissional com maior envolvimento nas ações de promoção à saúde integral da mulher na AB, todavia essas atividades não englobam as especificidades das mulheres lésbicas e bissexuais,

dificultando o acesso destas às ações de promoção à saúde. Essas especificidades dizem respeito à orientação sexual não heteronormativa e às práticas sexuais advindas dela.

A homossexualidade feminina é um tema que claramente provoca grande desconforto aos profissionais de saúde. Essa situação pode estar associada a fatos como pensamento de que esse padrão de sexualidade coloca à prova modelos hegemônicos de conjugalidade e família; heterossexualidade tida como único modelo de sexualidade “normal” aceito socialmente; e despreparo por parte desses profissionais para lidar com mulheres lésbicas e bissexuais. Desse modo, faz-se necessário que os(as) enfermeiros(as) repensem sua postura profissional no que diz respeito à assistência a esse grupo específico de mulheres. Deixem de lado seus preconceitos e busquem conhecimentos através de atualizações, capacitações, treinamentos em saúde que façam menção a essa temática. É preciso estar aberto/sensibilizado para a diversidade sexual, conhecer e respeitar as vivências sexuais e individualidades de cada mulher, afinal de contas existe a possibilidade de que parte da população assistida por eles pode ser composta por pessoas não heterossexuais. Assim, esses(as) profissionais poderão ofertar uma assistência de qualidade embasada na escuta qualificada, respeito e acolhimento às mulheres lésbicas e bissexuais (MELO,2010; CARVALHO, 2013; SOUSA, 2014).

As atividades referentes ao acolhimento foram pensadas visando à integralidade e à inclusão com propósito de cumprir um dos princípios do SUS, a equidade. Na busca de promoção do acesso universal, resolutivo e humanizado, os trabalhadores das equipes de saúde precisam estar abertos para constatar as particularidades de cada situação. Os(as) usuários(as) são distintos(as), vieram de um cotidiano e espaço social específico, ninguém é igual a ninguém (BRASIL,2008; BRASIL, 2013). Sendo assim, no sentido de promover um ambiente acolhedor, confortável e seguro para esse grupo específico de mulheres, seria necessária a disponibilização de instrumentos que fizessem menção às distintas orientações sexuais, como a colocação de cartazes e distribuição de panfletos/*folders* que abordassem a temática. O foco dessa premissa seria o de minimizar um ambiente que visualize a mulher apenas enquanto hétero, mãe e adulta, em detrimento das demais mulheres.

Quanto à avaliação global, as atividades visam facilitar o diálogo entre os(as) profissionais de saúde e as usuárias, fazendo com que aconteça uma aproximação entre estes, e assim a mulher sentir-se-á à vontade, confortável e acolhida para expor suas parcerias e práticas sexuais. Barbosa e Facchini (2009) afirmam que o acesso aos cuidados ginecológicos pode estar fortemente ligado às convenções de gênero, uma vez que as primeiras vias de acesso estão associadas principalmente ao início da vida heterossexual e à maternidade.

Em um estudo feito por Carvalho (2013), as mulheres que foram entrevistadas demonstraram dificuldade em comentar acerca da sua sexualidade e avaliaram que existe despreparo por parte dos profissionais de saúde, que aparentam ter pouca ou nenhuma sensibilidade para atuar com as suas demandas específicas de saúde, principalmente no que diz respeito à sexualidade. Lionço (2008) pontua que os profissionais de saúde precisam ter em seus currículos disciplinas que abordem o enfrentamento do preconceito ligado à orientação sexual e à identidade de gênero, fazendo com que estes não cedam às naturalizações ou preconceitos. Considera-se importante que no processo de formação do(a) profissional enfermeiro(a) este(a) seja sensibilizado para a diversidade sexual/gênero, assim terá como lidar com mulheres cuja orientação sexual seja distinta do padrão heteronormativo, sem que isso lhe cause desconforto e/ou constrangimento, um dos motivos que podem afastar essa mulher dos serviços de saúde ou até mesmo a recusa em procurar tais serviços.

A infecção pelo HPV tem relação direta com o desenvolvimento do câncer do colo do útero. Cerca de 100 tipos de HPVs foram identificados, destes, 40 podem infectar o trato genital inferior e são considerados potenciais carcinógenos, todavia apenas dois tipos são considerados de alto risco oncogênico, responsáveis por cerca de 70% dos casos de câncer do colo do útero, são os vírus 16 e 18. É o quarto tipo de câncer mais comum no Brasil, apresenta grande possibilidade de prevenção (através da realização do exame preventivo, colpocitológico) e de cura na quase totalidade dos casos, quando diagnosticado precocemente (BRASIL, 2013; BRASIL, 2016). Devido a isso, ressalta-se a grande importância da realização desse exame por todas as mulheres a fim de prevenir esse tipo de câncer.

Embasados(as) na ideia de que por não existir penetração peniana, muitas MSM e até mesmo alguns profissionais de saúde acreditam de maneira equivocada na invulnerabilidade dessas mulheres à infecção pelo HPV. Há estudos que comprovam uma prevalência aumentada em MSM, mulheres que nunca tiveram relação sexual com homens, podendo ser infectadas pelo HPV e desenvolver câncer do colo do útero (CARVALHO, 2013; BRASIL, 2014).

A transmissão do HPV pode acontecer através do contato direto com a pele ou mucosa (vaginal, oral ou anal), independe da penetração peniana. Dessa forma, práticas sexuais como masturbação alternada, sexo oral, uso e compartilhamento de brinquedos sexuais sem a utilização ou troca do preservativo, além do contato direto da vagina com a vagina (conhecido como tribadismo), oferecem risco para infecção por HPV (BERTOLIN, 2010; CARVALHO, 2013; BRASIL, 2014).

Referente às atividades voltadas à prevenção do câncer de mama, é necessário destacar que estudos epidemiológicos indicam um risco aumentado para esse tipo de câncer em mulheres nulíparas, que tiveram seu primeiro filho com idade avançada ou que nunca amamentaram, fatores comuns nessa população de mulheres. Dessa maneira, estas fazem parte do grupo de risco para desenvolvimento dessa morbidade. Além disso, essas mulheres (lésbicas ou bissexuais) realizam menos rastreamento, têm menor acesso às consultas e exames (mamografias, USG) quando comparadas às mulheres heterossexuais, o que diminui a oportunidade de detectar precocemente a doença (PORTO ALEGRE, 2011; BRASIL, 2014).

O rastreamento para o câncer de mama deve ser realizado com todas as mulheres, independente de sua orientação sexual. O atendimento destinado às mulheres lésbicas e bissexuais deve ser o mesmo que é para as mulheres em geral. O(a) profissional de saúde precisa entender que não é a orientação sexual que deve ser enfatizada, mas, sim, as práticas sexuais, as necessidades dessa mulher “diferente”.

Quanto ao planejamento reprodutivo, o Protocolo de Atenção Básica: saúde das mulheres (BRASIL, 2016) afirma que mulheres lésbicas e bissexuais possuem direito ao planejamento da vida sexual e reprodutiva, às tecnologias de reprodução, ao aborto legalizado e à assistência humanizada no período da gravidez, do parto e do puerpério.

Algumas mulheres lésbicas, principalmente as mais jovens, devido à pressão social ou até mesmo para sentirem-se incluídas terminam tendo relações sexuais com homens, como também mulheres lésbicas masculinizadas podem eventualmente ter uma relação hétero. Nesse contexto, é importante que sejam orientadas sobre o risco de uma gravidez indesejada e os métodos contraceptivos disponíveis (PORTO ALEGRE, 2011).

O desejo de ser mãe por parte de uma mulher lésbica e bissexual assemelha-se ao das mulheres heterossexuais, no entanto ela enfrenta maiores dificuldades para realizá-lo. Para mulheres que querem engravidar sem que para isso seja necessário manter relação sexual com um homem, o SUS garante o acesso às tecnologias de reprodução, como a inseminação artificial e a fertilização *in vitro*, a todas as mulheres com dificuldade em engravidar, independente de sua orientação sexual (BRASIL, 2013; BRASIL, 2016).

Outro item que merece atenção dentro do planejamento reprodutivo é a realização do aborto legalizado. Em virtude da homofobia, muitas mulheres com orientação sexual distinta do padrão heteronormativo sofrem violência física e psíquica na família, no trabalho e em lugares públicos. Um exemplo dessa violência é a prática do estupro corretivo, ainda existente nos dias atuais, que acontece principalmente no seio familiar, podendo resultar em uma gravidez não planejada. Essa situação pode ser agravada não somente pela gravidez não

planejada, mas também com aspectos emocionais que podem ter consequências para o resto da vida delas.

No tocante à prevenção de IST/Aids e hepatites virais, ainda pesa de maneira negativa o fato da crença de que MSM estão protegidas, são invulneráveis para a transmissão dessas infecções. Pesquisas comprovam o contrário, a prevalência das IST é similar entre mulheres homossexuais e heterossexuais. Em março de 2014, o CDC dos Estados Unidos confirmou a transmissão do HIV por via sexual exclusiva entre mulheres em condições bem definidas. Essa negação do risco por parte dessas mulheres e também por alguns profissionais de saúde influencia diretamente na menor procura dos serviços de saúde (BERTOLIN, 2010; BRASIL, 2014).

Não existem grupos de risco, o que existe são práticas de risco que a pessoa possa ter. O fato de uma mulher ser lésbica não implica dizer que ela não possa ter práticas sexuais de risco. Sendo assim, faz-se necessário orientar sobre a manutenção de unhas limpas e aparadas devido ao risco de traumatismo, medida de higiene; e caso a mulher possua alguma lesão nos dedos, recomenda-se o uso de luvas, dedeiras ou até mesmo a camisinha nas mãos; utilização de barreiras de proteção que sejam de plástico (tipo *magipack*) ou de látex (camisinha), lembrando que não há medidas de proteção práticas e populares para uso no sexo entre mulheres, o que termina induzindo-as a improvisar utilizando plástico filme e outras opções; utilização de preservativo em brinquedos sexuais e troca do mesmo quando compartilhado; evitar contato com o sangue menstrual, uma vez que pode aumentar a probabilidade de transmissão de vírus da hepatite C e do HIV (BERTOLIN, 2010; RODRIGUES, 2011; CARVALHO, 2013).

Ressaltamos que essas mulheres não são invulneráveis às IST/Aids e hepatites virais. Diante dessa situação, deve-se ofertar esquema de vacinação para hepatite B e garantir a realização de testes rápidos, atentando para não associar comportamento sexual a positivities.

Como envelhecer é algo certo para todos os seres vivos, exceto para aqueles que morrem jovens, falo agora sobre o climatério, a fase biológica da vida de uma mulher, e não um processo patológico como muitos ainda tratam, recheada de mudanças psicossociais, de cunho afetivo, sexual, familiar e ocupacional, comum a todas as mulheres, não se tratando de uma exclusividade das heterossexuais (BRASIL, 2016).

Existem vários mitos que apoiam a ideia da assexualidade da mulher no climatério, por exemplo, identificação da função reprodutiva com a função sexual, associação do final da menstruação ao fim da sexualidade, sexo só é possível e bom na juventude, e por aí em diante.

Mitos como esses servem para aumentar o preconceito e os tabus existentes em torno da sexualidade da mulher nessa fase de sua vida. Alguns estudos nessa área vêm desmistificando uma gama de tabus e preconceitos (BRASIL, 2008).

A expectativa de vida das mulheres tem aumentado nos últimos anos, o que nos leva a pensar que estas viverão boa parte de suas vidas no climatério, com muito ainda a ser aproveitado de uma sexualidade plena (BRASIL, 2008).

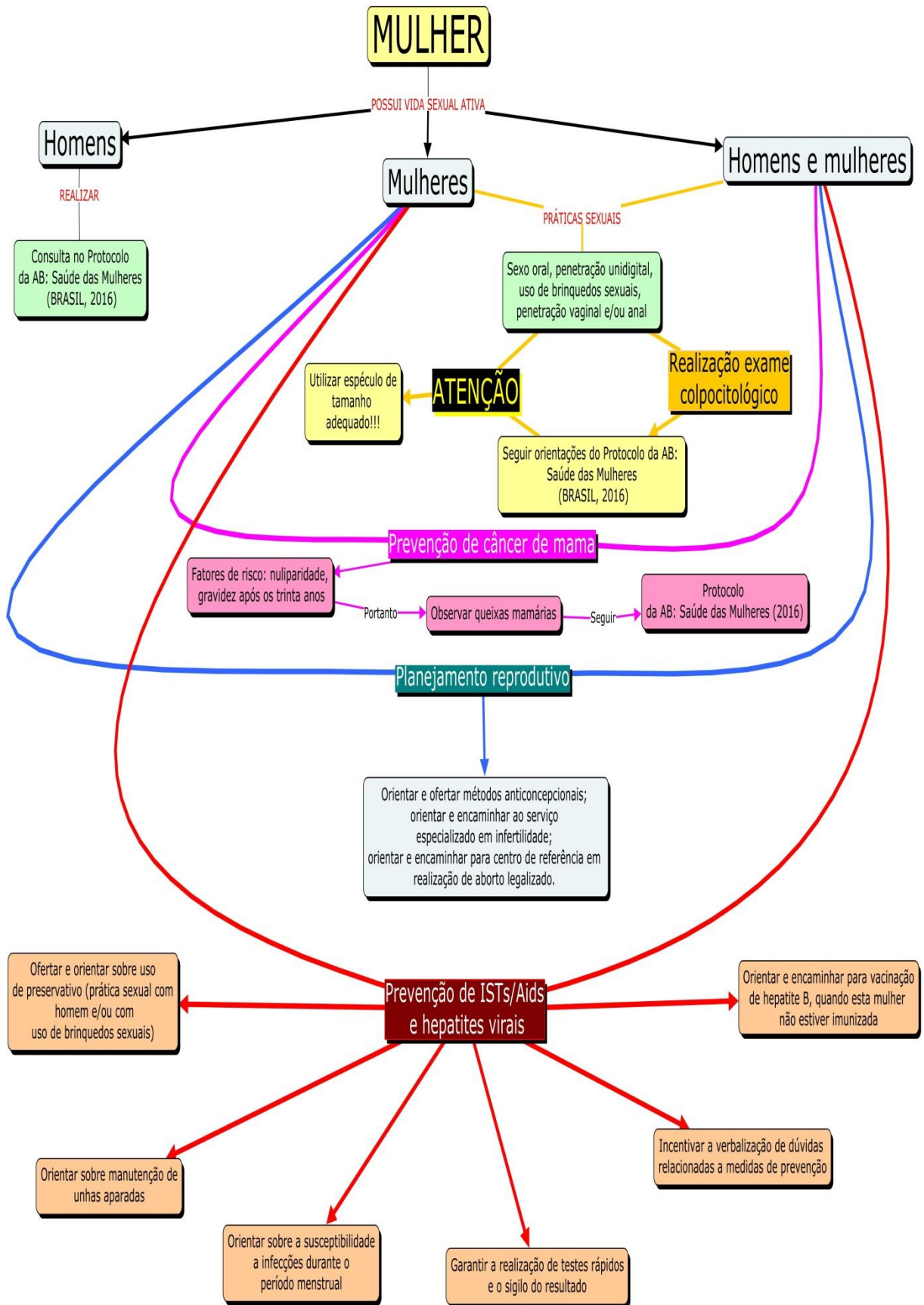
A mulher vive a sua sexualidade e tem direito a isso independente da sua idade. O desejo sexual não deixa de existir por conta da idade, o que acontece nessa fase de maior maturidade é uma mudança no conceito de satisfação, o que passa a influenciar mais é a qualidade das relações sexuais, e não a quantidade, outrora vivenciada na juventude. Em outras palavras, o desejo sexual passa a depender muito mais da qualidade do relacionamento do que das condições da idade (BRASIL, 2008).

A incidência de IST e aids tem se mostrado maior em pessoas jovens, em idade reprodutiva, contudo não se deve menosprezar o acometimento de mulheres com idade superior a 35 anos. Ainda existem mais casos de aids no Brasil entre os homens do que entre as mulheres, entretanto essa diferença está diminuindo ano a ano. Em 1989, a proporção era de 6 casos de aids em homens para cada 1 caso em mulheres. Já em 2011, chegou a 1,7 caso em homens para cada 1 em mulheres. A faixa etária em que o número de casos apresenta uma maior incidência em ambos os sexos é de 25 a 49 anos de idade (AIDS NO BRASIL, 2017; BRASIL, 2008).

Assim, os profissionais de saúde precisam compreender o exercício da sexualidade da mulher independente da sua idade e orientação sexual. Ações como estimular e orientar a prática do sexo seguro em todas as relações sexuais pode ajudar essas mulheres a exercerem sua sexualidade nesse período de suas vidas de maneira plena e satisfatória, atendendo, dessa forma, ao princípio da equidade em relação às inúmeras especificidades existentes entre as mulheres (BRASIL, 2008).

Vale ressaltar que o direcionamento deste trabalho é exatamente o de promover o acolhimento e a escuta qualificada para que essas mulheres busquem informações e assistência sem restrições em falar sobre sua orientação sexual.

Figura 2 – Mapa conceitual referente às atividades do protocolo de cuidados



5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A temática homossexualidade feminina, ainda bastante estigmatizada, é tratada por muitos com preconceito e discriminação, talvez em consequência disso permaneça pouco explorada por pesquisadores. E quando se trata de estudos na área de saúde relativos a essas mulheres, percebe-se que a escassez de estudos fica ainda mais evidente. A soma desses dois fatores se pôs para mim como um desafio, mesmo assim não hesitei em abraçar a ideia da construção deste trabalho.

Uma vez iniciada a pesquisa na literatura disponível, a inquietação e ânsia em continuar com o estudo só aumentava. Historicamente/culturalmente, a mulher vive em um papel de coadjuvante em relação ao homem. Está inserida em uma sociedade patriarcal onde a dominação da figura masculina ainda persiste.

Desde cedo a mulher enfrenta inúmeros desafios. Mudar esse destino previamente traçado por esse sistema de patriarcado é com certeza um dos maiores. Ser mulher por si só já requer muita atitude para que esta consiga se impor diante dessa situação. Agora, ser mulher e não se enquadrar no padrão hegemônico de heterossexualidade adotado por essa sociedade a obriga a ser verdadeiramente uma guerreira.

Há alguns séculos, a homossexualidade já foi considerada um crime, posteriormente uma doença. Hoje, nem um, nem outro, apesar de ainda existir nos dias atuais pessoas que se sentem juízes e outras curadoras desse “mal”.

Na área das políticas públicas voltadas às mulheres e suas especificidades, muito já se avançou, a criação de políticas como a PNAISM e da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT são exemplos disso. Todavia, ainda há muito a ser melhorado para que todas as mulheres, independentemente de suas diversidades, possam desfrutar de uma assistência íntegra e de qualidade. Comumente, os serviços de saúde direcionam suas ações para um modelo de mulher adulta, mãe e heterossexual, assim sendo a mulher lésbica e bissexual por não se enquadrar nesse molde, automaticamente torna-se invisível dentro do sistema e, portanto, mais vulnerável a fatores de risco à sua saúde quando comparadas a outras mulheres.

A invisibilidade da mulher lésbica e bissexual dentro do sistema de saúde, sem dúvida, é um problema com sérias consequências para essas mulheres. Diante dessa situação, a construção de um protocolo de atendimento de enfermagem destinado a essas mulheres na Atenção Básica veio como proposta de intervenção para esse problema, esperando que este possa contribuir de maneira eficaz e positiva para a mudança desse quadro. A utilização desse

instrumento pode promover a visualização das mulheres lésbicas e bissexuais dentro dos serviços de saúde da AB, fazendo assim com que estas busquem informações e assistência à saúde sem receio em relatar a sua orientação sexual e possam ter acesso sem dificuldades às ações de à saúde.

Um dos principais desafios para a construção deste trabalho foi, sem dúvida, a incipiência de material que abordasse essa temática. Poucas pesquisas são realizadas nessa área, talvez o estigma sobre o assunto ainda influencie negativamente no interesse dos estudiosos. No escasso material encontrado, observou-se que ainda existem muitos pontos que não são abordados, tais como adolescência, climatério, depressão, uso de drogas lícitas e ilícitas, apesar da importância que possuem quando se pensa na promoção à saúde integral da mulher. Nesse contexto, recomenda-se que sejam realizadas pesquisas que abordem temas ainda esquecidos nessa população específica de mulheres.

Deseja-se que o produto final desta dissertação, o protocolo de atendimento, possa contribuir para a melhoria da qualidade de vida dessas mulheres, que elas de fato possam existir e usufruir de todos os seus direitos enquanto cidadã. Para tanto, o presente trabalho será compartilhado com todas as regionais de saúde do Estado da Paraíba, Comitê LGBT da Paraíba e outros serviços que atendam esse público, como também será apresentado no VII Fórum de Mestrados Profissionais em Enfermagem.

CUIDAR BEM DA SAÚDE DE TODAS.
FAZ BEM PARA AS
MULHERES LÉSBICAS E BISSEXUAIS.
FAZ BEM PARA O BRASIL.



<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/entenda-o-sus/51565-dia-da-visibilidade-lesbica-chama-a-atencao-para-sexualidade-e-saude-integral-das-mulheres>

REFERÊNCIAS

- AIDS no Brasil. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/aids-no-brasil>> Acesso em: 09 mar. 2017.
- ALMEIDA, G. Argumentos em torno da possibilidade de infecção por DST e Aids entre mulheres que se auto definem como lésbicas. **Revista de Saúde Coletiva**. v. 19, n. 2, p. 301-331, 2009.
- ALMEIDA, S. A. et al. A Saúde da Mulher Lésbica e Bissexual: o estado da arte. Trabalho apresentado no XII Colóquio Nacional Representações de Gênero e Sexualidades, XII CONAGES. Campina Grande, 2016.
- ÁVILA, M. B. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. v 19, p. 465-69, 2003.
- BARBOSA, R. M.; FACCHINI, R. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 25, p. S291-S300, 2009.
- BEAUVOIR, S. **O Segundo Sexo**: a experiência vivida. Tradução de Sérgio Milliet. 2 ed. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1967.
- BENTO, A. P. **A saúde das mulheres lésbicas**: Uma pesquisa bibliográfica. 2012. 38f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Pública) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.
- BERENICE, G. O. C. **Bibliografía sobre homofobia y heterosexismo**. UNAM – Facultad de Filosofía y Letras, Colegio de Bibliotecología. Bibliotecología y Estudios de la Información, 2010.
- BERTOLIN, D. C. et al. Conhecimento de mulheres que fazem sexo com mulheres sobre o papilomavírus humano. **Cogitare enferm.**, p. 730-735, 2010.
- BESSA, M. E. P. **Elaboração e validação de conteúdo do protocolo de intervenções de enfermagem para idosos com risco de fragilidade**. 2012. 197f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.
- BESTETTI, M. L. T. Ambiência: espaço físico e comportamento. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, p. 601-610, 2014.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. 2. ed. Brasília, 2008.
- _____. Departamento de Apoio à Gestão Participativa, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Saúde da população de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais. **Rev Saúde Pública**, p. 570-573, 2008.
- _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa**. Brasília, 2008.
- _____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília, 2012.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle de cânceres do colo do útero e da mama**. 2. ed. Brasília, 2013

_____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Relatório do Seminário Nacional de Saúde LGBT, I**. Brasília, 2015.

_____. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Relatório da Oficina Atenção à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais realizada em Brasília de 23 a 25 de abril de 2014**. Brasília, 2014.

_____. Secretaria de vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília, 2015.

_____. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres/ Ministério da Saúde, Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa**. Brasília, 2016.

_____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Mulheres Lésbicas e Bissexuais: direitos, saúde e participação social**. Brasília, 2013.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília, 2013.

_____. Dados Internacionais de Catalogação da Publicação (CIP) Brasil. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Relatório Anual Socioeconômico da Mulher**. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, março de 2015. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/central-de-conteudos/publicacoes/2015/livro-raseam_completo.pdf> Acesso em: 20 jan. 2016.

BROWN, J. L. et al. Atención ginecológica de lesbianas y bissexuales: notas sobre el estado de situación em Argentina. **Interface**, v. 18, n. 51, p. 673-684, 2014.

CARVALHO, P. et al. Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis por mulheres homossexuais e bissexuais: estudo descritivo. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói (RJ), v. 12, n. 4, p. 931-941, 2013.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 14, supl. 1, Rio de Janeiro. Sept./Oct. 2009.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DA PARAÍBA. **Protocolo do Enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família do Estado da Paraíba/ COREN-PB- João Pessoa: COREN PB**, 2014.

DEMO, P. **Pesquisa e construção do conhecimento: metodologia científica no caminho de Habermas**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1994.

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

FERREIRA, A. B. H. **Miniaurélio Século XXI Escolar: o minidicionário da língua portuguesa**. 4. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.

FIRESTONE, S. **A dialética do sexo**. Rio de Janeiro: Labor, 1976.

FREIRE, M. E. M. et al. Qualidade De Vida Relacionada À Saúde De Pacientes Com Câncer Avançado: Uma Revisão Integrativa. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 357-367, Apr. 2014.

HENNINGTON, E. A. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. **Cad. Saúde Pública**, v. 21 n. 1 Rio de Janeiro. Jan./Feb. 2005.

KERLINGER, F. N. **Metodologia da pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Pedagógica e Universitária, 1979.

LIONÇO, T. Que direitos á saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. **Saúde e Sociedade**, v. 17, n. 2, p. 11-21, 2008.

MACHADO, E. P.; HADDAD, J. G. V.; ZOBOLI, E. L. C. P. A comunicação como tecnologia leve para humanizar a relação enfermeiro-usuário na Atenção Básica. **Revista Bioethikos**. Centro Universitário São Camilo, 2010.

MARTINS, F. et al (Orgs.). **Manual de Comunicação LGBT: lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais**. Disponível em: <http://www.abglt.org.br/docs/ManualdeComunicacaoLGBT.pdf>.> Acesso em: 20 jun. 2016.

MELO, A. P. L. de. **“Mulher Mulher” e “Outras Mulheres”**: gênero e homossexualidade(s) no Programa de Saúde da Família. 2010. 150f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão Integrativa: Método de Pesquisa para Incorporação de Evidências na Saúde e na Enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, p. 758-764, 2008.

MORA, C. M.; MONTEIRO, S. Homoerotismo feminino, juventude e vulnerabilidade às DST/Aids. **Rev. Estud. Fem.**, v. 21, p. 905-926, 2013.

NAPOLITANO, M. N. **A construção do lesbianismo na sociedade carioca oitocentista. XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais**, Associação Brasileira de Estudos Populacionais. Brasil, 2004.

NIETSCHE, E. A. et al. Tecnologias inovadoras do cuidado em enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFSM**, p. 182-189, 2012.

OLIVEIRA, C. F. A Homossexualidade Feminina na História do Brasil: Do Esforço de Construção de um Objeto Histórico ao Desdobramento na Construção da Cidadania. **LES Online**, v. 7, n.2, 2015.

PISCITELLI, A. Re-criando a (categoria) mulher? In: ALGRANTI, L. (Org.). **A prática feminista e o conceito de gênero: Textos Didáticos**, n. 48. Campinas: IFCH/Unicamp, 2002.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

PRAGMATISMO Político. Disponível em:

<<http://www.pragmatismopolitico.com.br/2014/09/850-mil-mulheres-realizam-aborto-brasil-por-ano.html>> Acesso em: 10 out. 2016.

Porto Alegre. Secretaria Municipal de Saúde. **Diretrizes para a assistência à saúde de lésbicas, mulheres bissexuais e que fazem sexo com outras mulheres.** Porto Alegre, 2011.

RELATÓRIO da Conferência Internacional Sobre População e Desenvolvimento. Plataforma do Cairo, 1994. 105 p. Disponível em: <<http://unfpa.org.br/Arquivos/relatório-cairo.pdf>> Acesso em: 29 set. 2015.

RODRIGUES, J. L. **Estereótipos de gênero e o cuidado em saúde sexual de mulheres lésbicas e bissexuais.** 2011. 256f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 2011.

SCOTT, J. W. Gênero: uma categoria útil para a análise histórica. **Educação e Realidade.** Porto Alegre, v. 20, n 2, p. 71-99, 1995.

SILVA, A. M.; VIEIRA, M. T. P. **Guia para Elaboração de Protocolo Assistencial de Enfermagem para a Atenção Básica.** Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2012.

SOARES, T, A. **Os Benefícios do Acolhimento na Atenção Básica de Saúde:** uma revisão da literatura. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

SOUSA, J. de C. et al . Promoção da saúde da mulher lésbica: cuidados de enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.,** Porto Alegre , v. 35, n. 4, p. 108-113, Dec. 2014

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão Integrativa: o que é e como fazer. **Einstein,** p. 102-106, 2010.

SPRINGHOUSE. **As melhores práticas de enfermagem:** procedimentos baseados em evidências. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

TEIXEIRA, J. **Homossexualidade Feminina:** O amor por meio da invisibilidade? Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) – Faculdade Pio X, Aracaju-SE, 2005.

URSI, E. S.; GALVÃO, C. M. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. **Rev Latino Am Enferm.,** v. 14, n. 1, p. 124-131, 2006.

VAINFAS, R. **Trópico dos Pecados :** moral, sexualidade e inquisição no Brasil. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.

VALADÃO, R. C.; GOMES, R. A Homossexualidade feminina no campo da saúde: da invisibilidade à violência. **Physis,** v. 21, n 4, p. 1451-1467, 2011.

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. **Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço.** Belo Horizonte: Nescon/UFMG; Coopmed, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). International agency for research on cancer: Globocan 2008. In: _____. **World Cancer Report.** Lyon: WHO, 2008.

ANEXOS

ANEXO A

Trabalho apresentado no XII Colóquio Nacional Representações de Gênero e Sexualidades XII CONAGES, publicado nos Anais do evento. Campina Grande, no período de 08 a 10 de junho de 2016.



XII CONAGES
XII COLÓQUIO NACIONAL REPRESENTAÇÕES
DE GÊNERO E SEXUALIDADES

A SAÚDE DA MULHER LÉSBICA E BISSEXUAL: O ESTADO DA ARTE

Sandra Aparecida de Almeida¹ Josefa Eliziana Bandeira Crispim²; Ivoneide Lucena Pereira³;
Jordana de Almeida Nogueira⁴.

¹ Universidade Federal da Paraíba - UFPB. Faculdade de Enfermagem nova Esperança – FACENE. João Pessoa/Brasil sandraalmeida124@gmail.com

² Mestranda do Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde da Família/Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE. João Pessoa/Brasil. elizianacrispim@yahoo.com.br

³ Gerencia Operacional das DST/AIDS/Hepatites Virais da Paraíba. João Pessoa/Brasil.

ivoneidelucenapereira@yahoo.com.br

⁴ Universidade Federal da Paraíba – UFPB. João Pessoa/Brasil. jalnogueira31@gmail.com

RESUMO: Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, que teve como objetivo sintetizar o que vem sendo produzido nos últimos cinco anos (2010-2014) na literatura nacional e internacional sobre a saúde da mulher lésbica e bissexual. O estudo foi realizado por meio de busca na internet no período de setembro a dezembro de 2015, nas bases MEDLINE, LILACS, BDNF e na biblioteca virtual SciELO, utilizando os descritores: homossexualidade feminina, saúde da mulher e promoção da saúde, e suas respectivas traduções em inglês e espanhol. Foram encontrados 131 artigos, após criteriosa análise dos estudos, e levando em consideração os critérios de inclusão e exclusão houve a seleção de seis artigos. A discussão foi realizada a partir da elaboração de duas categorias: Promoção à Saúde e Invisibilidade à Assistência à Saúde da Mulher Lésbica e Bissexual. Constatou-se que há um desconhecimento sobre cuidados com a saúde de mulheres lésbicas e bissexuais, que a falta de preparo de profissionais da saúde com essa população, o preconceito existente no atendimento e a discriminação termina invisibilizando a mulher, tornando-a vulnerável a diversas co-morbidades. Apesar do tema saúde da mulher lésbica e bissexual está despertando cada vez mais o interesse por parte de pesquisadores, ainda há uma grande dificuldade em encontrar estudos com esta abordagem.

Palavras-chaves: Homossexualidade Feminina, Saúde da Mulher, Promoção da Saúde, Enfermagem, Preconceito.

INTRODUÇÃO

Compondo a maior parte da população brasileira no ano de 2012, as mulheres representavam mais de 51% da população (BRASIL, 2015). Cabe nesse sentido, apontar a necessidade de políticas específicas a esse contingente populacional, sobretudo, quando a orientação sexual constitui um fator de desigualdades, ferindo os princípios constitucionais do Sistema Único de Saúde (SUS).

Vários foram os avanços na tentativa de inserir as mulheres e sua complexidade às Políticas Públicas, em 2003, surge o Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PAISM), no qual emergiram peculiaridades da saúde das mulheres lésbicas e bissexuais. Em 2004, é lançada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). Tal medida reconhece que a atenção às mulheres solicita um direcionamento de ações que envolvam as diversidades, seja de faixas



XII CONAGES

XII COLÓQUIO NACIONAL REPRESENTAÇÕES
DE GÊNERO E SEXUALIDADES

etárias, grupos sociais, presidiárias e também lésbicas e bissexuais.

Por meio da Portaria nº 2836/2011 emerge a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, *Gays*, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), objetivando promover a saúde integral dessa população, contribuindo para enfrentar a discriminação e o preconceito (OLIVEIRA, FIGUEIREDO, 2015).

Ressalta-se aqui essa mulher (lésbica e bissexual), como sujeita merecedora de uma assistência embasada nas suas especificidades. No entanto, observa-se que parte das dificuldades de acesso à saúde, ainda deve ser debatida no campo das fragilidades das políticas públicas de saúde no Brasil, com a especificidade das políticas de saúde às mulheres, voltadas ao campo reprodutivo. Dentre as recomendações para se visibilizar as mulheres lésbicas e bissexuais, está a ampliação do conhecimento científico sobre a temática (CARVALHO, 2013; BRASIL, 2014). Buscando aprofundamento na temática, este estudo tem como objetivo, sintetizar o que vem sendo produzido nos últimos cinco anos (2010-2014) na literatura nacional e internacional sobre a saúde da mulher lésbica e bissexual, dessa forma colaborar com o conhecimento científico sobre o assunto, para que se qualifique a promoção, a atenção e o cuidado.

METODOLOGIA

Para o alcance do objetivo, optou-se pela Revisão Integrativa da Literatura (RIL) a qual propicia que se busque em bases de dados, a produção do conhecimento sobre determinada temática em um corte de tempo específico (SOUZA, 2010; FREIRE, 2014). Obedecendo ao rigor da RIL, elaborou-se a seguinte questão norteadora: o que vem sendo produzido nos últimos cinco anos (2010 a 2014) na literatura nacional e internacional sobre a saúde da mulher lésbica e bissexual? Realizou-se uma busca na internet no período de setembro a dezembro de 2015, nas seguintes bases de dados: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados em Enfermagem (BDENF) e na biblioteca virtual *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO). Nesta pesquisa foram utilizados parâmetros de registro de dados indexados nos Descritores em Ciências da Saúde (Decs), sendo Homossexualidade Feminina (no Decs, o termo lésbica é sinônimo de Homossexualidade Feminina), Saúde da Mulher e Promoção da Saúde e suas respectivas traduções em inglês e espanhol.

Os critérios de inclusão foram: artigos publicados em português, inglês e espanhol no período de 2010 a 2014, na íntegra que descrevessem a temática referente à saúde da mulher lésbica e bissexual. Como critérios de



XII CONAGES

XII COLÓQUIO NACIONAL REPRESENTAÇÕES
DE GÊNERO E SEXUALIDADES

exclusão: artigos sem os resumos disponíveis; resumos, teses, dissertações, monografias, trabalhos duplicados, trabalhos que não estavam disponíveis na íntegra, artigos repetidos e aqueles que não faziam menção de forma específica a temática aqui abordada.

Da totalidade de 131 artigos, após exaustivas leituras, desconsiderou-se 125 produções que não se encaixavam nos critérios de inclusão. O *corpus* foi constituído, portanto, por seis artigos os quais foram organizados de acordo com os temas correspondentes. O processo de análise envolveu a tradução em caso das publicações estrangeiras, leitura e releitura dos artigos selecionados e a categorização dos conteúdos. Para elucidar, os artigos selecionados foram identificados como A1, A2,... A6 e a partir de agora serão assim denominados.

RESULTADOS

Caracterização dos estudos

Dos seis artigos que compuseram a presente RIL, cinco foram no idioma português e um em espanhol; três foram da área da enfermagem, um da sociologia, um da psicologia e um do serviço social. A área de enfermagem publicou seus estudos em periódicos de sua área de atuação e as demais áreas em periódicos interdisciplinar e em saúde coletiva. Em relação aos anos das publicações, um no ano de 2010, um em 2011, dois em 2013 e dois em 2014. Quanto

aos objetivos, observaram-se vários fatores relacionados à saúde sexual e reprodutiva da mulher lésbica e bissexual. Ao analisar as características metodológicas, foram observados: um desenho de ensaio (A1), uma revisão integrativa (A2), um qualitativo (A3), um exploratório descritivo e qualitativo (A4), um análise histórico-filosófica (A5) e um descritivo e quantitativo (A6). Nas conclusões dos artigos foram evidenciados os entraves encontrados pelas mulheres lésbicas e bissexuais.

Discussão

A partir da leitura dos estudos elaborou-se duas categorias: Promoção à Saúde e Invisibilidade da Assistência à Saúde da Mulher Lésbica e Bissexual.

Promoção à Saúde

Ao mencionar promoção à saúde neste grupo específico de mulheres, não se pode deixar de lado a homofobia e a exclusão social nos serviços de saúde, situações que podem influenciar diretamente o acesso destas mulheres aos serviços, na prevenção de câncer de colo de útero e de mama, de DST/Aids e no acesso às tecnologias reprodutivas (BRASIL, 2014).

A discriminação, o preconceito e o despreparo por parte dos profissionais de saúde em atuar com este grupo específico de mulheres, e quando o fazem, raramente



XII CONAGES

XII COLÓQUIO NACIONAL REPRESENTAÇÕES
DE GÊNERO E SEXUALIDADES

revelam sua orientação sexual (ALMEIDA, 2009). Essa situação foi mencionada no A1, no qual as lésbicas e bissexuais não possuem apoio por parte dos profissionais de saúde para verbalizar suas orientações sexuais; no A4, os profissionais de saúde têm dificuldade em escutar e acolher de forma adequada estas mulheres. Nota-se que o profissional de saúde é visto como um obstáculo para estas mulheres no acesso aos serviços de saúde. De acordo com o A3, para evitar exclusão ou discriminação, seria melhor concentrar no conjunto das possíveis práticas sexuais, independente da identidade sexual das pessoas. Evidencia-se, portanto, a necessidade de mudanças desde a formação acadêmica até o cotidiano desses profissionais de saúde, sensibilizando-os para a diversidade sexual, e eliminando a discriminação e o preconceito institucional.

O artigo 6 (A6) citou a vulnerabilidade destas mulheres para a contaminação por *Human Papiloma Virus* (HPV) devido a exposição dos fatores de risco e falta de conhecimento. O A4 afirma que estas desconhecem as doenças relacionadas às relações sexuais e utilizam métodos inadequados e improvisados de prevenção às DST's. Ainda permanece a crença tanto entre as lésbicas e bissexuais como entre profissionais de saúde, de que estas não possuem risco para desenvolver câncer de

colo de útero e mama, ou adquirir DST's (BRASIL, 2014). Faz-se necessário a criação de normas e protocolos de atenção à saúde desse contingente populacional, assim como mudança na formação acadêmica dos profissionais da área de saúde, com implantação nos currículos acerca desta temática, assim como a educação em serviço (CARVALHO, 2013; BRASIL, 2014).

Invisibilidade à Assistência à Saúde da Mulher Lésbica e Bissexual

Usualmente, as ações dos serviços de saúde são direcionadas para um modelo de mulher adulta, mãe e heterossexual. Quando a mulher não se encaixa dentro desse perfil, torna-se invisível ou é submetida a condutas e serviços inapropriados para suas demandas específicas (BRASIL, 2014). O A1 identificou a falta de preparo por parte dos profissionais como favorecedor dessa invisibilidade. No A3, a orientação sexual é tida como principal obstáculo pelas mulheres para o acesso específico aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, derivados de uma lógica da invisibilidade. É necessário repensar a organização dos serviços de saúde, buscando ofertar uma escuta qualificada, respeito e acolhimento adequado a todas as usuárias do SUS, independentemente de suas diversidades, mas atendendo as singularidades (BRASIL, 2014). A invisibilidade dessas mulheres, está presente também no campo



XII CONAGES

XII COLÓQUIO NACIONAL REPRESENTAÇÕES
DE GÊNERO E SEXUALIDADES

científico, representado pela incipiência de artigos produzidos com esta temática, evidenciado pelo (A2). Segundo Rodrigues (2011), algumas questões sobre a lesbiandade e bissexualidade feminina permanecem obscuras e pouco abordadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o objetivo de sintetizar o que vem sendo produzido nos últimos cinco anos (2010-2014) na literatura nacional e internacional sobre a saúde da mulher lésbica e bissexual, observou-se que apesar das conquistas alcançadas no campo das políticas públicas de saúde, no acesso aos serviços de saúde ainda é incipiente. Há um *déficit* acentuado de conhecimento sobre cuidados com a saúde tanto entre lésbicas e bissexuais, quanto entre profissionais de saúde. Sugere-se incentivar o aumento de pesquisas nesta temática, no intuito de gerar subsídios para que se qualifique a promoção, a atenção e o cuidado a estas mulheres.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, G. Argumentos em torno da possibilidade de infecção por DST e Aids entre mulheres que se auto definem como lésbicas. *Revista de Saúde Coletiva*. V. 19, n. 2, p. 301-31, 2009.

BENTO, A.P. **A saúde das mulheres lésbicas: Uma pesquisa bibliográfica**. 2012. 38f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Pública) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

BERTOLIN, D.C. et al. Conhecimento de mulheres que fazem sexo com mulheres sobre o papilomavírus humano. *Cogitare enferm*; 15(4): 730-735, out.-dez. 2010. tab

BRASIL. Dados Internacionais de Catalogação da Publicação (CIP) Brasil. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Relatório Anual Socioeconômico da Mulher**. 1ª Impressão. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, março de 2015. 181p. Disponível em: http://www.spm.gov.br/central-de-conteudos/publicacoes/2015/livro-raseam_completo.pdf. Acesso em 20 jan 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Relatório do Seminário Nacional de Saúde LGBT, I** – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 200 p.: il

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Relatório da Oficina Atenção à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais realizada em Brasília de 23 a 25 de abril de 2014** – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 124 p.

BROWN, J.L. et al. Atención ginecológica de lesbianas y bissexuales: notas sobre el estado de situación em Argentina. *Interface*, Dic 2014, vol. 18, nº 51, p. 673-684. ISSN 1414-3283

CARVALHO, P et al. Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis por mulheres homossexuais e bissexuais: estudo descritivo. *Online Brazilian Journal of Nursing*, Niterói (RJ), v. 12, n.4, p. 931-41, Dec 2013.

FREIRE, M.E.M. et al. Qualidade De Vida Relacionada À Saúde De Pacientes Com Câncer Avançado: Uma Revisão



XII CONAGES
XII COLÓQUIO NACIONAL REPRESENTAÇÕES
DE GÊNERO E SEXUALIDADES

Integrativa. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 357-367, Apr. 2014

MORA, C.M.; MONTEIRO, S. Homoerotismo feminino, juventude e vulnerabilidade às DSTs/Aids. **Rev. Estud. Fem.**, Dez 2013, vol 21, Nº 3, p. 905-926. ISSN 0104-026X

SOUSA, J.de C. et al . Promoção da saúde da mulher lésbica: cuidados de enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 35, n. 4, p. 108-113, Dec. 2014

ANEXO C

Ebook a ser lançado no segundo semestre de 2017 com os trabalhos seleccionados no XII CONAGES.

The screenshot shows a web browser window displaying the Yahoo! Mail interface. The address bar shows a secure connection to a Yahoo! Mail URL. The navigation bar includes links for Inicio, Mail, Notícias, Esportes, Finanças, Celebidades, Vida e Estilo, Cinema, Respostas, Flickr, and Mais. The search bar contains the text "Todas Eliziana, pesquise sua caixa de correio".

The email list shows a message titled "Lançamento ebook (2)" from "Eliziana Crispim" received on Jan 9 at 9:28 PM. The email content is as follows:

mariocaetano@furg.br Jan 10 em 9:07 AM

Para: Eliziana Crispim

Eliziana, bom dia!
Isso somente ocorrerá no segundo semestre, estamos trabalhando muito para garantir a qualidade necessária exigida pela Capes.
Marcio Caetano

Em 09-01-2017 22:28, Eliziana Crispim escreveu:

Boa noite Prof. Márcio,
gostaria de saber se existe alguma previsão para a data de lançamento do ebook com os trabalhos seleccionados durante o XII CONAGES.

Obrigada pela atenção.

Eliziana Crispim

At the bottom of the email, there are options: Responder, Responder a todos, Encaminhar, and Mais.


On the right side of the page, there is a vertical advertisement for "passarela.com" featuring a yellow background with the text "#VEM QUE TEM" and images of a black high-heeled shoe and a white sneaker. Below each shoe image is a red button with the text "CONFIRA".

The Windows taskbar at the bottom shows the system tray with the date 26/01/2017 and time 17:49.

ANEXO D

Participação em outras atividades/artigos/trabalhos.

Certificado de co-autoria do trabalho “Transexualidade: Esse Corpo Não é Meu”



9 - 11 NOVEMBRO 2016
 Universidade de São Paulo
 Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

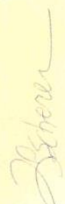
Certificado


Certificamos que


Sandra Aparecida de Almeida

apresentou o trabalho intitulado **“TRANSEXUALIDADE: ESSE CORPO NÃO É MEU!”**
 Autores: “Sandra Aparecida de Almeida; Ivoneide Lucena Pereira; Josefa Eliziana Bandeira Crispim; Waléria Bastos de A. G. Nogueira; Geane Silva Oliveira; Luana Rodrigues de Almeida; Anna Luiza Castro Gomes; Jordana de Almeida Nogueira.”

na Sessão de Pôsteres do **XIV Encontro Internacional de Pesquisadores em Saúde Mental e Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica**, promovido pelo Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, no período 09 a 11 novembro de 2016.


 Prof. Dra. Zeyne Alves Pires Scherer
 Presidente do Evento


 Prof. Dra. Jacqueline de Souza
 Vice-Presidente do Evento



Participação como co-autora no artigo “Looking to Lgbt’s Health: a Literature’s Integrative Review”

International
Medical Society
<http://imedicalsociety.org>

INTERNATIONAL ARCHIVES OF MEDICINE
SECTION: GLOBAL HEALTH & HEALTH POLICY
ISSN: 1755-7682

2016

Vol. 9 No. 171
doi: 10.3823/2042

Looking to Lgbt’s Health: a Literature’s Integrative Review

REVIEW

Geane Silva Oliveira¹,
Josefa Eliziana B. Crispim²,
Ivoneide Lucena Pereira³,
Jordana de Almeida
Nogueira⁴,
Valéria Peixoto Bezerra⁵,
Francisca Vilena da Silva⁶,
Sandra Aparecida de
Almeida⁷

Abstract

Introduction: Approach the questions about sex, sexuality, sexual orientation, gender identity and the free expression of them, opens a range of many possibilities that may guide us through different paths. In this study, will be approached the questions related to the scientific publications after the National Integral Health Policy on Lesbians, Gays, Bisexuals, Transgender and Transsexuals (NIHP-LGBT).

Objective: to analyze the publications about the LGBT population’s health after the implantation of their National Policy in 2011, and verify which aspects are being approached about the health assistance to this population.

Methodology: it is a Literature’s Integrative Review, which bibliographic set happened between September and December 2015, through HVL (Health Virtual Library on the MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval) data basis, LACSSH (Latin American and Caribbean Social Sciences and Health); SCIELO (Scientific Electronic Library Online); the quest happened through the following descriptors at Health Science (HSD): health, sexuality and LGBT population with the following combination: health and LGBT population and sexuality and LGBT population. Were found 40 published articles between 2012 and 2015, then was done the abstracts and texts’ read integrally, thereby, were deleted the studies with no mention to the LGBT public, the repeated and those which data collection had happened before foundation of the National Integral Health Policy on LGBT people. From those, six articles fit the following inclusion criteria: articles, theses, dissertations and monographs with integral publication and in Portuguese. The obtained material results regarding the theme occurred through the material analysis and the frames-summaries construction. The results were described in two thematic categories: barriers to the LGBT health assistance and the fight for the LGBT people rights.

- 1 Nurse. College Teacher Santa Maria. Master of the Graduate Program in Nursing at the Federal University of Paraíba, PPGENF/UFPB. Member of the Nucleus of Studies on HIV/Aids, Health and Sexuality, NEHAS/UFPB.
- 2 Nurse of the Hospital Universitário Lauro Wanderley. Master Graduate Program Professional Master’s in Family Health/Nursing School Nova Esperança, SURESH.
- 3 Psychologist. Operational Manager of the STD/AIDS/Viral Hepatitis of Paraíba. Master of the Graduate Program in Nursing at the Federal University of Paraíba, PPGENF/UFPB.
- 4 Nurse. Doctor in Nursing. Faculty of the Graduate Program in Nursing at the Federal University of Paraíba-PPGENF/UFPB. Leader of the Nucleus of Studies on HIV/Aids, Health and Sexuality-NEHAS/UFPB. João Pessoa/Brazil.
- 5 Nurse. PhD in Health Sciences. Faculty of the Graduate Program in Nursing at the Federal University of Paraíba-PPGENF/UFPB.
- 6 Student in Nursing by the Federal University of Paraíba, UFPB.
- 7 Nurse. PhD in Nursing by the Federal University of Paraíba, UFPB. Group Leader of Health Studies, Sexuality, Gender: communication technology, SURESH.

Contact information:

Geane Silva Oliveira.

 geane1.silva@hotmail.com

ANEXO E

Protocolo de atendimento de Enfermagem à mulher lésbica e bissexual na Atenção Básica.

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM À MULHER LÉSBICA E BISSEXUAL NA ATENÇÃO BÁSICA

O rastreamento para o câncer de colo uterino deve ser realizado com todas as mulheres, independente de sua orientação sexual. Não é a orientação sexual que deve ser enfatizada, mas sim as práticas sexuais, as necessidades dessa mulher "diferente".
O tamanho do espéculo a ser utilizado deve ser apropriado à prática sexual vivenciada pela mulher.
A transmissão do HPV pode acontecer através do contato direto com a pele ou mucosa (vaginal, oral ou anal), independente da penetração peniana.
O rastreamento para o câncer de mama deve ser realizado com todas as mulheres, independente de sua orientação sexual. O atendimento destinado às mulheres lésbicas e bissexuais deve ser o mesmo que é para as mulheres em geral.
Estudos epidemiológicos indicam um risco aumentado para o câncer de mama em mulheres nuíparas, que tiveram seu primeiro filho com idade avançada ou que nunca amamentaram.
Mulheres lésbicas e bissexuais possuem direito ao planejamento da vida sexual e reprodutiva, às tecnologias de reprodução, ao aborto legalizado e à assistência humanizada no período da gravidez, do parto e do puerpério.
Importante orientar sobre o risco de uma gravidez indesejada, e os métodos contraceptivos disponíveis.
O SUS garante o acesso às tecnologias de reprodução, como a inseminação artificial e a fertilização <i>in vitro</i> , a todas as mulheres com dificuldade em engravidar, independente de sua orientação sexual.
A prática do estupro corretivo, violência ainda existente nos dias atuais, pode resultar em uma gravidez não planejada. Nessa situação, essas mulheres possuem direito à realização do aborto legalizado.
Pesquisas comprovam que a prevalência das ISTs é similar entre mulheres homossexuais e heterossexuais.
Não existem grupos de risco, o que existe são práticas de risco que a pessoa possa ter. O fato de uma mulher ser lésbica não implica dizer que ela não possa ter práticas sexuais de risco.
Mulheres lésbicas e bissexuais não são invulneráveis às ISTs/Aids e hepatites virais, diante dessa situação, ofertar esquema de vacinação para hepatite B e garantir a realização de testes rápidos.

