

## O efeito dos marcadores de raça e sexualidade na plenitude no serviço de saúde das mulheres

*The effect of race and sexuality markers on the completeness of the women's health service*

**Jane Baptista Quitete**

Doutora em Saúde e Enfermagem pela UERJ. Professora da UFF

**Hilmara Ferreira da Silva**

Doutora em Enfermagem e Biociências pela UNIRIO. Enfermeira da UFF

**Juliet Ribeiro de Souza Lacerda**

Especialista em Estomaterapia pela FACUMINAS. Enfermeira da UFF

**Beatriz Cristina de Oliveira da Rocha**

Estudante de Enfermagem na UFF

**Belisa Maria dos Santos da Silva**

Estudante de Enfermagem na UFF

**Brenda Freitas Pontes**

Estudante de Enfermagem na UFF

**Thayná Oliveira Paixão**

Estudante de Enfermagem na UFF

**Resumo:** Assim como as desigualdades econômicas e sociais, o gênero e a raça também influenciam na saúde de um determinado grupo. O artigo apresenta o perfil de mulheres atendidas em um Consultório de Enfermagem considerando raça e sexualidade. A metodologia é um estudo descritivo, documental, retrospectivo, do tipo quantitativo que utilizou como base, os dados secundários contidos nos prontuários das mulheres atendidas no Consultório de Enfermagem, entre os anos de 2017 a 2022. Participaram do estudo 342 mulheres, destas houve maior proporção de mulheres: pretas/pardas 39,2% e heterossexuais 60,6%. Contudo, entre as lésbicas e bissexuais, 60% se autodeclararam pretas e pardas. Os resultados apontam para a importância do papel do enfermeiro nas práticas educativas em saúde e a atuação nos Consultórios de Enfermagem, levando-se em conta a diversidade dos gêneros e racial como determinantes sociais de saúde, na garantia de um cuidado em saúde integral.

**Palavras-chave:** Minorias sexuais e de gênero. Saúde da mulher. Direitos sexuais e reprodutivos.

**Abstract:** As well as economic and social inequalities, gender and race also influence the health of a given group. To present the profile of women assisted in a Nursing Office considering race and sexuality. The work descriptives, documentary, retrospective, quantitative study that used as a basis the secondary data contained in the medical records of women attended at the Nursing Office, between the years 2017 to 2022. 342 women participated in the study, of these there was a higher proportion of women: black/brown 39.2% and heterosexual 60.6%. However, among lesbians and bisexuals, 60% self-declared black and brown. The results point to the importance of the role of nurses in educational practices in health and their work in Nursing Offices, taking into account the diversity of genders and racial as social determinants of health, in guaranteeing comprehensive health care.

**Keywords:** Sexual and gender minorities. Women's health. Sexual and reproductive rights.



## 1 Introdução

Durante a década de 1970, com o advento dos movimentos feministas e a participação das mulheres no cenário político, criou-se uma maior reivindicação pelos direitos e a melhoria de condições de vida, saúde ou de trabalho, questionando assim as relações de poder não apenas a partir do conceito de classe, mas também de gênero. Como resultado dessa articulação e da mobilização social dessa população por políticas públicas e democratização do Estado, houve a elaboração da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). Segundo a PNAISM, há indicadores que interseccionam as questões de gênero/classe, em que o número de mulheres em situação de pobreza é superior a homens e isto diminui o acesso aos serviços de saúde, sendo assim esta política pública realça que o gênero é um elemento dos determinantes sociais que precisa estar presente na elaboração de estratégias e planejamento em saúde (Souto, 2021).

Noves anos se passaram e, na década de 2013, foi lançada a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transsexuais, nesta aponta-se que cerca de 40% das mulheres lésbicas não revelaram sua orientação sexual durante os atendimentos de saúde. Contudo a política também aponta desigualdades ao que tange o rastreamento de câncer de colo de útero por meio do exame citopatológico (papanicolau), onde mulheres lésbicas (66,7%) realizam menos este procedimento quando comparadas com mulheres heterossexuais (89,7%). Novamente, foi reforçado como um objetivo a eliminação do preconceito institucional, bem como a diminuição das desigualdades por meio da consolidação dos SUS (Brasil, 2013).

Os dados liberados pelo governo federal, em 2019, por meio da Pesquisa Nacional de Saúde apontam que havia 159,2 milhões de pessoas de 18 anos ou mais de idade no país, 1,7% das mulheres declaram-se lésbicas (0,9%) ou bissexuais (0,8%), isto é, equivale à 2.706.400 milhões de pessoas. A mesma pesquisa declara que há limitações no estudo, sendo um deles o estigma social existente a respeito das pessoas que não se encaixam no padrão heteronormativo, tal fato nos desperta a

dificuldade de acessar esta população e por consequência entender suas necessidades e individualidades (Brasil, 2022).

Estudos apontam que, este grupo de mulheres enfrenta dificuldades de acesso aos serviços de saúde, sendo observado os múltiplos fatores que corroboram para esta realidade, não a intersecção entre raça, sexualidade e classe quando discutimos acerca da saúde sexual e reprodutiva (Brasil, 2013), ou seja, há poucas produções referentes que abordem de forma interligando determinantes sociais, com isso a saúde desta população continua exposta a riscos imensuráveis, fortalecidos pela invisibilidade e preconceito (Silva, 2022).

Conforme o atual Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (Brasil, 2022) detalha como deve-se conduzir uma consulta, visando uma abordagem respeitosa e eficaz para a população, recomenda-se uma linguagem inclusiva, que não se pressuponha qual gênero e sexualidade do paciente, visto que é necessário a verbalização da orientação sexual e do gênero pelos usuários. Ao que tange no mesmo documento sobre "perguntas específicas", deve-se abordar independente da sexualidade exposta pela paciente/cliente sua saúde sexual, identificação, parcerias, práticas sexuais, histórico de IST, proteção e planejamento reprodutivo.

Apesar do avanço obtido a partir da Política Nacional de Atenção Integral à Mulher, fez-se necessário reconhecer as lacunas em relação a produção de estudo à saúde da população que se reconhece como Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, *Queer*, Intersexuais e Assexuais (LGBTQIA+), tendo em vista que as mulheres dentro desta população não tem suas necessidades e demandas de saúde supridas, sendo agora a sexualidade e a identidade de gênero reconhecidos com determinantes sociais. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transsexuais (Brasil, 2013), reafirma seu compromisso com a busca pela integralidade do cuidado, tendo como um de seus objetivos: "A manutenção e o fortalecimento de ações da prevenção das IST/aids", porém a falta de ferramentas adequadas impossibilita que este objetivo seja alcançado.

Quanto à adesão ao uso de algum método de barreira, é influenciado por inúmeros fatores e para isso existem diversas estratégias de incentivo ou uso, quando nos referimos a mulheres lésbicas e/ou bissexuais o que é ofertado dentro dos consultórios são estratégias que não contemplam adequadamente e dignamente a saúde dessa população, pois são métodos improvisados, baixo nível de adesão e que desestimulam o autocuidado. (Ferreira, 2021; Mazzoli *et al*, 2022).

Diante desse cenário, em relação a mulheres lésbicas e bissexuais, não existem estatísticas e números precisos sobre a democratização do acesso ou igualdade dos direitos. E as consequências dessa invisibilidade, resulta no desconhecimento do perfil dessa população, suas demandas e dificuldades ao acessar o sistema e serviços de saúde. Contribuindo para a perpetuação e aumento da vulnerabilidade dessas mulheres. Logo, torna-se evidente que, mesmo com os movimentos acerca dos direitos sexuais e reprodutivos, ainda há o despreparo dos profissionais com as especificidades e riscos sofridos por elas (Araújo, 2019).

No que se refere às mulheres negras, pode-se observar que diante da hierarquia a qual a sociedade é pautada, é reservado a elas o espaço de menor poder. Logo, no mercado de trabalho, na educação, no acesso à saúde e em diversos outros âmbitos sociais, as mulheres negras estão sujeitas à discriminações e opressões por não fazerem parte do gênero nem ao grupo étnico e racial dominante na sociedade, vivenciando a desigualdade sociais advindas das relações étnico/raciais e de uma situação socioeconômica, na maioria das vezes menos privilegiada. Vivendo à margem da vulnerabilidade social, no que tange às questões ligadas ao exercício da cidadania e dos seus direitos (Cobo, 2021).

Diante desse cenário, fica evidente que há dificuldade no acesso das mulheres lésbicas e/ou bissexuais aos serviços de saúde. Essas questões foram percebidas durante os atendimentos realizados no Consultório de Enfermagem, fato que motivou a realização deste estudo. Sendo assim, o objetivo deste manuscrito é apresentar o perfil de mulheres atendidas em um Consultório de Enfermagem considerando raça e sexualidade.

O investimento nas pesquisas dedicadas a saúde sexual da população LGBTQIA+ evolui na década de 1980, isto por que a pandemia do HIV/Aids estava estabelecida, sendo assim políticas públicas e estratégias de cuidado foram cobradas por movimentos sociais, que resultou no fortalecimento à garantia de direitos sexuais e reprodutivos para a população LGBTQIA+ como um todo, mas principalmente à homens gays (Lúcio *et al.*, 2019).

A saúde sexual de mulheres lésbicas/bissexuais segue marginalizada, tendo suas necessidades e reivindicações tratadas com fragilidade. O presente estudo justifica-se pela necessidade de verificar o quanto a sexualidade implica na ação do cuidado ginecológico e quais são as lacunas a serem observadas para que esta população obtenha a integralidade do cuidado, tendo sua sexualidade respeitada.

## 2 Metodologia

Estudo descritivo, documental, retrospectivo, do tipo quantitativo que utilizou como base os dados secundários contidos nos prontuários das mulheres atendidas no Consultório de Enfermagem em um campus universitário no Estado do Rio de Janeiro, entre os anos de 2017 a 2022, o recorte temporal delimitado corresponde aos primeiros cinco anos de funcionamento do Consultório de Enfermagem. O instrumento de coleta de dados, foi uma planilha, do tipo *checklist*, preenchida pelas pesquisadoras, tendo como variáveis: idade, vínculo na universidade (discente, docente, técnico administrativo, terceirizado ou público externo), naturalidade, nacionalidade, estado civil, identidade de gênero, orientação sexual, cor autodeclarada, escolaridade, profissão, renda, religião, menarca, sexarca, menopausa, GESTA/PARA/ABORTO, amamentação, método de proteção, uso de anticoncepcional, número de parcerias sexuais nos últimos seis meses, histórico de IST, último exame papanicolaou, último exame clínico das mamas, última mamografia, uso de drogas lícitas e ilícitas, dentre outras.

Para esta publicação foram utilizadas as variáveis: total de usuáries atendidas, sexo, idade, religião, orientação sexual, cor autodeclarada e

vínculo com a universidade; total de mulheres lésbicas e bissexuais atendidas e, cor autodeclarada destas.

A população de estudo foi composta pelas usuárias atendidas no Consultório de Enfermagem/UFF/REN. Os critérios de inclusão foram: prontuários de usuárias do sexo feminino, que se autodeclararam lésbicas ou bissexuais, sendo feito um recorte social daquelas que se declararam negras/pardas, também foram considerados os prontuários devidamente preenchidos e com dados legíveis. Foram excluídos os prontuários de usuários do sexo masculino, prontuários ilegíveis/incompletos ou aqueles que não fornecerem as variáveis necessárias ao estudo.

A análise dos dados envolveu estatística descritiva, por meio da plataforma *Google Forms*. Os dados foram disponibilizados em tabelas para melhor visualização e compreensão dos dados e, em seguida, analisados com literatura pertinente ao tema, comparados aos dados produzidos por outras instituições de ensino nacionais e internacionais, à luz das recomendações da Organização Mundial de Saúde.

Em observância às determinações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (Brasil, 2012), órgão que regulamenta as diretrizes e normas da pesquisa envolvendo seres humanos, este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), tendo sido autorizado, sob parecer nº 2.887.801.

Este estudo está inserido na linha de pesquisa intitulada “Cuidado, integralidade, e cidadania das mulheres durante seu ciclo vital”, do Grupo de Pesquisa, Laboratório de Estudos sobre Mulheres e Enfermagem/LEME, do Departamento de Enfermagem do Instituto de Humanidades e Saúde (IHS) da Universidade Federal Fluminense em Rio das Ostras.

### 3 Resultados

Este estudo contou com a análise de 410 prontuários, destes 342 (84%) referentes à mulheres e 65 (16%) à homens. Evidências apontam que as mulheres por possuírem uma atenção à saúde desde a década de 1930, através de diversos programas, recorrem mais ao sistema de saúde.

Enquanto homens passaram a ter suas demandas de saúde através da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), somente após a década de 2009. (GUTMANNNG et al., 2022).

A faixa etária de 20 a 39 anos prevaleceu (167; 49,4%). A maior proporção foi de mulheres: pretas/pardas (134; 39,2%); cisgênero (245, 71%); heterossexual (209; 60,6%), cristã (141; 43,8%), e pertencentes a comunidade externa (148; 43,4%). Dentre as 33 (9,5%) mulheres lésbicas e bissexuais, 60% se autodeclaram pretas/pardas.

## 4 Discussão

A discussão dos resultados é apresentada nesta seção.

### 4.1 Mulheres e o acesso aos serviços de saúde

Uma vez que questões de gênero atravessam diversas atividades sociais, não é diferente quanto ao cuidado à saúde. Às mulheres, historicamente foi atribuído o papel de "responsável pela saúde e bem-estar da família". A busca pelo atendimento no Consultório de Enfermagem foi em sua grande maioria por mulheres, o que ratifica os dados da PNS 2019 onde se explicita que mulheres buscam mais consultas preventivas e de *check up* na atenção primária em saúde (Brasil, 2020; Cobo, 2021).

Evidências apontam que, as mulheres por possuírem políticas públicas na atenção à saúde desde 1930, tais como, planejamento reprodutivo, pré-natal, puerpério e prevenção ao câncer de mama e do colo de útero, recorrem mais ao sistema de saúde. Enquanto os homens passaram a ter suas demandas de saúde através da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), somente após a década de 2009 (Gutmannng, 2022).

### 4.2 Conceitos de saúde

A saúde é definida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades segundo a Organização Mundial de Saúde. A discussão sobre saúde das

mulheres em especial de mulheres que se encontram em grupos invisibilizados ou marginalizados é de extrema relevância, neste sentido, para a saúde sexual e reprodutiva as abordagens transformadoras de gênero são aquelas que visam desmantelar a relação entre sexualidade, reprodução e normas de gênero e, sendo assim, transformar as assimetrias de poder construídas em sua base. O objetivo é garantir que todo indivíduo tenha uma agência necessária para determinar suas decisões reprodutivas e sexualidade, independentemente das normas de gênero e da discriminação baseada em gênero. Políticas, serviços e produtos de SRH constituem recursos, em vez de fins em si mesmos. Agência sobre recursos pode ser entendido como tomada de decisão informada por mulheres, meninas e indivíduos diversos de gênero para determinar, projetar e acessar essas políticas, serviços e produtos e, em última análise, alcançar a autonomia corporal (Hart *et al.*, 2022).

Ocorrer mudança e desmascaramento de poder é de suma relevância. Para transformar o poder, as políticas, serviços e programas de saúde sexual e reprodutiva precisam ser projetados de tal forma que contribuam significativamente para a agência de todas as mulheres, meninas e indivíduos com diversidade de gênero para acessar não apenas recursos adequados, mas também apropriados e empoderadores. As intervenções devem postular explicitamente a autonomia corporal como seu objetivo em vez de apenas a prestação de serviços e resultados específicos de saúde. Para alcançar esse objetivo, eles devem procurar interromper a relação social e culturalmente imposta e construída entre sexualidade e reprodução, por um lado, e, por outro, normas e relações restritivas de gênero. A saúde sexual e reprodutiva é um elemento imprescindível para a saúde global e para qualidade de vida das pessoas (Hart *et al.*, 2022).

O acesso universal à saúde sexual e reprodutiva é um direito humano indeclinável reconhecido em documentos internacionais e nacionais. A saúde sexual e reprodutiva é um estado integral de bem-estar físico, mental e social, abrangendo todos os aspectos relacionados ao sistema reprodutivo e as suas funções e processos, e não apenas ausência de doença. Requisita uma abordagem positiva e

respeitosa da sexualidade e das relações sexuais, objetiva que mulheres e homens possam desfrutar e expressar sua sexualidade, de forma agradável e segura sem riscos de doenças sexualmente transmissíveis, gestações não desejadas, coerção, violência e discriminação. Abrange a informação e acesso a métodos eficientes, seguros, permissíveis e aceitáveis de planejamento familiar e outros métodos de regulação da fecundidade, o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que assegurem à mulher condições de passar, com segurança, a gestação e o parto (Pontes *et al.*, 2023).

### 4.3 A interseccionalidade entre raça, classe e religião

Ao que tange ao recorte racial, o número de mulheres pretas e pardas atendidas supera o número de mulheres que se autodeclaram brancas. Neste item há um contraponto com demais pesquisas, que apontam que mulheres brancas acessam mais os serviços de saúde. Vale ressaltar que, a questão racial atravessa as questões de classe, e o acesso à saúde fica comprometido a este grupo em maior vulnerabilidade social. Visto que grande parte dos usuários da Atenção Básica do SUS se autodeclaram negras, dados esses que salientam o perfil da população que utiliza os serviços de saúde pública (Guibu *et al.*, 2017).

No Brasil, é a população negra, a mais frequentemente exposta a contextos de vulnerabilidades relacionadas ao adoecimento. Este fato demonstra a privação dos direitos humanos em geral, e, relacionado à saúde das mulheres negras, comprova a ineficiência da implantação integral dos programas de saúde na garantia do cuidado integral à saúde, sem contar com o histórico racismo e sexismo já instalado institucionalmente.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) adota uma classificação específica para o grupo de negros, dividindo-os em duas categorias: pretos e pardos. De acordo com o critério adotado pelo IBGE, as pessoas pardas são aquelas caracterizadas por uma mistura de características raciais, como negras, brancas e indígenas, Essa diferenciação entre pretos e pardos é relevante para a análise e compreensão das desigualdades raciais no país, uma vez que permite

identificar e quantificar a população negra de forma mais precisa (IBGE, 2020).

Ademais, esta divergência entre resultados pode ter sido comprometida quando contextualizamos algumas questões: O primeiro diz respeito a cidade onde a pesquisa foi realizada, sendo, o Rio de Janeiro o segundo estado (14,2%) em quantitativo de pessoas que autodeclaram-se pretas ou pardas, já o segundo ponto é a localização periférica da universidade e seu atendimento ser gratuito, novamente explicado pela interseccionalidade entre raça e classe (Cobo, 2021).

A terceira questão a ser analisada é o acesso à universidade pelo sistema de cotas, visto que a consolidação das cotas aconteceu principalmente com a lei nº 12.711, de agosto de 2012, conhecida também como Lei de Cotas. E que viabilizou e incrementou o acesso de discentes pretos e pardos ao ensino superior (Souto, 2021).

Considerando-se o recorte de sexo e étnico-raciais entre pessoas pretas/pardas e pessoas brancas com relação à IST's, há maior proporção entre a população negra do que pela população branca, com um diferencial que faz notar na escala entre mulheres com relação à homens, ao coeficiente de mortalidade e risco de adoecimento é muito maior entre mulheres pretas em conformidade às brancas do que entre homens pretos e brancos (Santos, 2016).

Ademais, o percentual de prontuários que não tiveram este dado preenchido pelo enfermeiro pode ser considerado preocupante (110; 32,2%), tendo em vista que o racismo e a homofobia são de ordens estruturais na sociedade brasileira e ao desconsiderar a relevância desses aspectos sociais fortalecemos ainda mais essa cultura prejudicial. Reverberando no acesso e na qualidade do serviço apresentado a estas populações (Carvalho, 2020).

A discriminação racial opera não apenas de forma evidente, mas também por meio de mecanismos subliminares, resultando em efeitos acumulados e duradouros. O racismo estrutural, enraizado e internalizado na cultura de uma sociedade, marginaliza uma parte da população, negando-lhes acesso à educação, emprego, informações e oportunidades de mobilidade social. Sendo assim, para garantir o acesso

à assistência de qualidade é imprescindível que a discussão sobre o impacto dos determinantes sociais na saúde seja incorporada nas discussões e práticas durante a formação profissional. Apesar dos avanços científicos na compreensão das desigualdades em saúde, ainda há uma subestimação das experiências de racismo, é necessário alinhar o impacto da intersecção entre raça, classe e sexualidade durante os atendimentos para garantir a integralidade do cuidado (Galvão *et al.*, 2021).

Nota-se que grande parte das usuárias do serviço declararam-se cristãs (evangélicas, católicas e espíritas). Ainda assim, possui um número considerável de pessoas que não declararam sua religião. Grande parte dos prontuários anteriores ao ano 2021 continham esta variável, mas não houve a devida importância em preenchê-lo, o que deixou lacunas e também interferiu na análise deste estudo.

Dentro do comportamento humano e de suas subjetividades a religião é um aspecto a ser considerado, já que as crenças religiosas moldam a conduta que seus seguidores devem ter ao longo da vida. Durante o atendimento a conexão entre as pessoas que está sendo atendida com a realidade social/religiosa auxilia o profissional de saúde a compreender o contexto que a usuária apresenta e assim construir um espaço de confiança e diálogo. Sabe-se que há variação explícita no comportamento de indivíduos de diferentes religiões, em relação ao cuidado com a saúde e hábitos de vida (Silva Filho *et al.*, 2021).

A fim de ter um atendimento mais igualitário, muitas não declaram sua religião para que seja evitado qualquer tipo de violência por parte do profissional, para que a religião seguida não interfira. Assim faz com que perpetue o conceito de igualdade, onde o usuário deve seguir um padrão que se encaixe no modelo de saúde “bem” oferecido (Fernandez *et al.*, 2018).

#### **4.4. Atendimento à mulheres lésbicas e bissexuais nos serviços de saúde**

É inegável que mulheres lésbicas e bissexuais enfrentam diversas barreiras na busca pelo acesso ao sistema de saúde, sendo inviabilizadas pela sexualidade feminina até o preconceito. Dessa maneira, nota-se no

que se refere à prática sexual, direitos sexuais e orientações, acreditou-se por muito tempo que elas estavam fora do grupo de pessoas vulneráveis e expostas à infecções sexualmente transmissíveis, principalmente as lésbicas, devido ao fato de que a prática sexual escolhida não incluir a penetração peniana (Cabral *et al*, 2019).

Contudo, diante do número de mulheres atendidas no presente estudo, foi evidenciado que a menor parcela de mulheres que buscaram pela consulta de enfermagem, são mulheres que se declararam lésbicas e bissexuais. O percentual de mulheres que se autodeclararam em relações homoafetivas (33;9,5%) reafirma o que demais pesquisas apontam: O número de mulheres lésbicas e bissexuais que se encontram fora dos serviços de saúde mantém-se alto, isto pode ser analisado a partir da hipótese de que os serviços são organizados a partir de uma presunção da heterossexualidade das usuárias, o que favorece o estabelecimento de um contexto discriminatório e de práticas preconceituosas dos profissionais (Rodrigues, 2021).

Os dados realçam a problemática no cuidado à saúde da população trans, sendo a falta de atendimento em saúde um dos fatores que eleva a taxa de mortalidade deste grupo. Inclusive, ao longo da pesquisa percebemos que alguns docentes que atuam no Consultório de Enfermagem, não utilizavam em seus prontuários a variável de gênero (100;29%) e orientação sexual, 103(29,9%) sequer foi preenchida pelo profissional de saúde. Este foi um fator determinante para reestruturar o prontuário único e incluindo dados da identificação e anamneses que atendesse também as pessoas transexuais, com vistas a qualificar o atendimento. Assim como a identificação da orientação sexual, em que o simples ato de revelar sua sexualidade durante a anamnese já é uma barreira, pois em muitos serviços a lógica de atendimento parte do pressuposto que todas as mulheres são heterossexuais.

Logo, é inegável que essa negligência, tanto pela heteronormatividade imposta pela sociedade ou pela falta de capacitação/atualização profissional em não compreender as diversidades e especificidades, propiciam que o acesso destas mulheres aos serviços de saúde seja comprometido. Considerando que, algumas

mulheres podem não ter declarado sua sexualidade por não se sentirem acolhidas durante a consulta de enfermagem, este dado pode ser considerado subestimado (Cabral *et al*, 2019).

Vale ressaltar que, o corpo destas mulheres é idêntico ao das mulheres heterossexuais, deste modo, os profissionais de saúde devem atender às peculiaridades deste grupo, primando por uma anamnese capaz de coletar as informações necessárias, proporcionando um *feedback* positivo, ou seja, orientando as mulheres que vivem relações homoafetivas de acordo com as suas necessidades próprias. As práticas sexuais entre mulheres lésbicas e bissexuais pode incluir atrito entre vulvas, compartilhamento de acessórios sexuais com ou sem penetração vaginal/anal sem que ocorra antes uma higienização adequada ou troca de preservativos, além do sexo oral, ou seja, práticas que podem deixar as mulheres vulneráveis às IST's (Mazzoli *et al*, 2022).

Vale ressaltar que, a principal causa de câncer do colo do útero é o HPV, portanto este grupo populacional deve ser incentivado a realizar exame de rastreamento de acordo com as recomendações das políticas públicas (Rodrigues, 2021).

Existem dois fatores que merecem atenção quando tratamos de rastreamento e diagnóstico de IST/Aids em mulheres que vivem relações sexuais homoafetivas, são eles: o estigma que permeia essas relações, consideradas por muitos profissionais, e usuárias do serviço, com menor risco de infecção durante o ato sexual por não haver penetração peniana, o que resulta em não oferta de testes rápidos para IST's durante atendimentos ginecológicos. Ao negligenciar a importância da realização do rastreamento evidencia-se a falta de informação sobre a saúde sexual deste grupo populacional, caracterizando uma vulnerabilidade social e programática nos atendimentos de saúde. Diante da falta de orientação e informação sobre seus direitos sexuais e reprodutivos, essa população está sujeita a maior vulnerabilidade durante as práticas sexuais comparada a mulheres heterossexuais e homossexuais do sexo masculino (Mazzoli *et al*, 2022).

Nesse contexto, além do desconhecimento, há também a falta de preservativos que atendam às peculiaridades deste grupo, levando em

consideração que a maioria dos meios de prevenção atuais são adaptações de métodos já existentes ou adaptações de itens que são utilizados para outras finalidades, como plástico filme de PVC, luvas cirúrgicas ou barreira de látex odontológico (*dental dam*). Assim, perpetuando a invisibilidade dessa população e negligenciando sua saúde (Lima, 2020).

Outro dado alarmante diz respeito à baixa adesão de mulheres em relações homoafetivas às ações de prevenção e detecção precoce do câncer de colo de útero. Destarte a urgência nas práticas de promoção da saúde de forma holística e integral, e que dialogue com a população feminina como um todo, incluindo a informação de qualidade (Carmo *et al*, 2020).

Ao que tange à qualidade do atendimento do profissional, mulheres lésbicas e bissexuais experienciam negativamente os atendimentos de saúde. O preconceito é marcado pela invisibilidade, o que muitas vezes resulta em mulheres que têm medo de revelar sua sexualidade durante o atendimento, pois já passaram diversas vezes por constrangimentos. Outro resultado do preconceito, agora de forma estrutural, é a falta de ferramentas que o profissional de saúde tem para realizar o aconselhamento acerca da saúde sexual e reprodutiva dessas mulheres, muitos se veem se instrumentos a serem apresentados como possibilidade de presença, a uma mulher heterossexual é possível ofertar preservativos por exemplo, já a uma mulher homoafetiva qual método é de fato eficiente para a prevenção de IST/Aids? Cabe não só responsabilizar o profissional pela ausência de mulheres homoafetivas nos consultórios, mas também auxiliá-los com métodos e práticas que subsidiem a melhora na qualidade de seus atendimentos (Rodrigues; Falcão, 2021).

Sendo assim o presente estudo realça a importância dos atendimentos feitos no Consultório de Enfermagem/UFF/REN, impactando a população acadêmica e também a comunidade externa. Visto que nem todas as mulheres estão tendo suas necessidades atendidas pelo Sistema Único de Saúde, e as variáveis apresentadas demonstram que a interseccionalidade entre raça, classe, sexualidade e

religião são fatores que interferem na qualidade dos serviços e até mesmo em sua existência. Pesquisas como esta são cruciais para novos estudos e para elaboração de políticas públicas voltadas para a população LGBTQIA +, negra e pobre. Visando alcançar a integralidade do cuidado, a melhoria na qualidade do serviço profissional e a forma que pensamos saúde em nossa sociedade.

O enfermeiro, por vezes, é o profissional de saúde mais próximo da população, e deve incluir na consulta de enfermagem uma anamnese que vislumbre a integralidade dos usuários, respeitando suas particularidades (Belém *et al.*, 2018). Todavia, a falta de preparo profissional pode levar ao descaso, fato que pode ser evidenciado pela falta de compreensão da diversidade de gênero e sexualidade nos cursos de graduação em saúde, onde muitos não possuem conteúdo programático voltado para a promoção da saúde de mulheres lésbicas e bissexuais (Jucá *et al.*, 2021).

Faz-se necessário que enfermeiros educadores repensem saberes e práticas que estejam reforçando determinismos biológicos presentes nos padrões de gênero que aprisionam homens e mulheres em comportamentos para cada sexo e estão na base constitutiva das desigualdades de gênero. Além da discussão dos determinismos biológicos, cabe a reflexão sobre o conjunto de símbolos e práticas que cada sociedade constrói sobre o que é apropriado para cada sexo. A população LGBTQIA+, comparada aos indivíduos heterossexuais, enfrenta entraves estruturais, culturais e organizacionais ao deparar-se com barreiras simbólicas, morais e estéticas articuladas a marcadores sociais da diferença, lógicas de exclusão e/ou não aceitação social (Belém *et al.*, 2018; Nietzsche *et al.*, 2018).

A educação tem um papel político-pedagógico pela sua capacidade de fornecer elementos para que possamos nos reconhecer como sujeitos na busca por uma liberdade substantiva e, portanto, na eliminação das opressões e explorações (Nietzsche *et al.*, 2018). Uma educação que garanta o respeito à diversidade humana, isto é, que não seja sexista, racista, homofóbica e que valorize a livre expressão da orientação sexual e da identidade de gênero de todos os usuários dos serviços de saúde (Jucá *et al.*, 2021).

Uma educação que se coloca a serviço da emancipação humana, em meio às lutas sociais, amplia as referências de formação dos sujeitos dessas lutas. Logo, a discussão de conceitos como gênero e questões pertinentes às pessoas LGBTQIA+ na universidade é uma das ferramentas para que as orientações sexuais e identidades de gênero não fiquem apenas vinculadas às discussões de natureza cultural, mas sejam entendidas como o que são: dimensões da essência humana que se edificam por meio de construções sociais (Jucá *et al.*, 2021; Ramalho *et al.*, 2021).

## 5 Considerações finais

A realização deste estudo possibilitou conhecer o perfil de saúde das mulheres lésbicas e bissexuais, os impactos dos marcadores sociais na construção da integralidade do cuidado e a identificação de necessidades e fatores relacionados à vulnerabilidades sociais de mulheres lésbicas e bissexuais e pretas/pardas no que diz respeito a raça e sexualidade.

A questão racial caminha intrinsecamente com as questões de classe, o acesso à saúde se faz de forma mais frágil às pessoas em maior vulnerabilidade social e nota-se a falta de acolhimento nos serviços de saúde, negligência pela heteronormatividade imposta pela sociedade ou pela falta de capacitação profissional em não compreender as diversidades e especificidades. Estas questões dificultam ou mesmo impedem o acesso destas mulheres aos serviços de saúde.

Os resultados apontam para a importância do papel do enfermeiro nas práticas clínicas e educativas em saúde e em especial na atuação nos Consultórios de Enfermagem, levando-se em conta a diversidade dos gêneros e racial como determinantes sociais de saúde, na garantia de um cuidado em saúde integral.

## Referências

ARAÚJO, Luciane Marques de; PENNA, Lucia Helena Garcia; CARINHANHA Joana Iabrudi; COSTA, Cristiane Maria Amorim. O cuidado às mulheres lésbicas no campo da saúde sexual e reprodutiva. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 27. 2019.

BELÉM, Jameson Moreira; ALVES, Maria Juscinaide Henrique.; PEREIRA, Emanuely Vieira.; MOREIRA, Felice Teles Lira dos Santos.; QUIRINO, Glauberto da Silva; ALBUQUERQUE, Grayce Alencar. Atenção à saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais na estratégia de saúde da família. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 32, 2018.

BRASIL. **Catálogo de Produtos DATASUS**. 2020.

BRASIL. IBGE. Coordenação de Pesquisas por Amostra de Domicílios. (org.). **Orientação Sexual Autoidentificada da População Adulta**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução N. 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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: Ministério da Saúde, 2013.

CABRAL, Kalline Trajano Feitoza; PEREIRA, Ivoneide Lucena; Almeida Luana Rodrigues de; NOGUEIRA, Waléria Bastos de Andrade Gomes; SILVA, Francisca Vilena da; COSTA, lorena de Farias Pimentel; JALES, Renata Dantas; ALMEIDA, Sandra Aparecida de. Assistência de enfermagem às mulheres lésbicas e bissexuais. **Revista de Enfermagem UFPE Online**, v. 13, n. 1, p. 79-85, 2019.

CARMO, Bianca Alessandra Gomes do; QUADROS, Nayla Rayssa Pereira; SANTOS, Marcus Matheus Quadros; MACENA, Jennifer Karen Ferreira; OLIVEIRA, Marília de Fátima Vieira de; POLARO, Sandra Helena Isse; BOTELHO, Eliã Pinheiro Botelho. Educação em saúde sobre infecções sexualmente transmissíveis para universitários de Enfermagem. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 23, 2020.

CARVALHO, Angelita Alves de; PAULA, Daniela Polessa de; VIEIRA, Gabriella de Freitas. Raça/cor e indicadores de saúde sexual e reprodutiva: identificando possíveis diferenças de comportamento das mulheres no Brasil em 2006. **Revista Faz Ciência**, v. 22, n. 36, p. 74, 2020.

COBO Barbara; CRUZ, Claudia; DICK, Paulo C. Desigualdades de gênero e raciais no acesso e uso dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2021, v. 26, n. 09, p. 4021-4032, 2021.

FERREIRA, Breno de Oliveira, Bonan Claudia. Cadê as populações LGBT na Estratégia Saúde da Família? Narrativas de profissionais de saúde em Teresina, Piauí, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 5, 2021.

FERNANDEZ, Juan Carlos Aneiros; SILVA, Rafael Afonso da; SACARDO, Daniele Pompei. Religião e saúde: para transformar ausências em presenças. **Saúde e Sociedade**, v. 27, n. 4, pp. 1058-1070, 2018.

GALVÃO, Anna Larice Meneses *et al.* Determinantes estruturais da saúde, raça, gênero e classe social: uma revisão de escopo. **Saúde e Sociedade**, v. 30, n. 2, p. 1-14, jun. 2021.

GUIBU, Ione Aquemi; MORAES, José Cássio de; GUERRA JÚNIOR, Augusto Afonso; COSTA, Ediná Alves; ACURCIO, Francisco de Assis; COSTA, Karen Sarmento; KARNIKOWSKI, Margô Gomes de Oliveira; SOEIRO, Orlando Mario; LEITE, Orlando

Mário; ÁLVARES, Juliana. Principais características dos usuários dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. suppl. 2, p. 17, 2017.

GUTMANN, Victoria Leslyê Rocha; SANTOS, Daniela dos; SILVA, Camila Daiane; VALLEJOS, Carolina Coutinho Costa; ACOSTA, Daniele Ferreira; MOTA, Marina Soares. Motivos que levam mulheres e homens a buscar as unidades básicas de saúde. **Journal of Nursing and Health**, v. 12, n. 2, 2022.

HART, Jamie; CREAM-PERRY, Joia; STERN, Lisa. US sexual and reproductive health policy: which frameworks are needed now, and next steps forward. **American Journal Of Public Health**, v. 112, n. S5, S518–S522, 2022.

JUCÁ, Thaylana Maria Reis; SOUSA, Danielle Busquet de; SILVA, Belisa Maria Santos da; GOULART, Maithê de Carvalho e Lemos; REGAZZI, Isabel Cristina Ribeiro; KNUPP, Virgínia Maria de Azevedo Oliveira; QUITETE, Jane Baptista. Direitos sexuais no ensino superior: contribuições para a formação profissional de enfermeiros. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, v. 06, n. 09, p. 69-80, fev. 2021.

LIMA, Michael Augusto Souza de; SALDANHA, Ana Alayde Werba. (In)visibilidade lésbica na saúde: análise de fatores de vulnerabilidade no cuidado em saúde sexual de lésbicas. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 40 2020, v. 40.

LÚCIO, Firley Poliana da Silva; ZERBINATI, João Paulo; BRUNS, Maria Alves Toledo; SOUZA-LEITE, Célia Regina Vieira de. Saúde sexual da mulher lésbica e/ou bissexual: especificidades para o cuidado à saúde e educação sexual. **Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação**, v. 14, n. 2, p. 1465-1479, 2019.

MAZZOLI, Ana Carolina Rabello da Silva; CERVASIO, Ana Rachel Bucar; GIOVAGNINI, Antônio Melo; MARTINS, Bárbara de Souza; SIMIONATO, Dhyogo Pereira; FREITAS, Emily dos Santos Galante; CASTRO, Inês Nicoloso de; CALISTO JR, José; GOROMAR, Mariana de Miranda; MARTINS, Marina Gomes; REIS, Giane Gonçalves dos; PAULA, Gláucio de Moraes. Desafios da atenção integral à saúde da mulher lésbica no Brasil. **Diversitate**, vol. 14, N.1. p 1–15, 2022.

NIETSCHE, Elisabeta Albertina; TASSINARI, Taís Tasqueto; RAMOS, Tierle Kosloski; BELTRAME, Giana; SALBEGO, Cleton; CASSENOTE, Liege Gonçalves. Formação do enfermeiro para o cuidado à população homossexual e bissexual: percepção do discente. **Revista Baiana de Enfermagem**, n. 32, e25174, 2018.

PONTES, Brenda; QUITETE, Jana Baptista; CASTRO, Rosana de Carvalho; FERNANDES, Gisele Cordeiro; JESUS, Laelma de; TEIXEIRA, Raquel Cardoso. Fatores relacionados a gravidez na adolescência: perfil reprodutivo de um grupo de gestantes. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 15, p. e–11972, 2023.

RAMALHO, Matheus Almeida; SILVA, Joyce Fracelino; MIRANDA, Jaqueline Ferreira de; SOUSA, Lázara Bianca Oliveira; ASSIS, Keila Pereira de, STHAL, Hellen Cristina; LEITE, Giulena Rosa. Educational practice in the women's health area: experience report. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 11, p. e276101119428, 2021.

RODRIGUES, Julliana Luiz; FALCÃO, Marcia Thereza Couto. Vivências de atendimentos ginecológicos por mulheres lésbicas e bissexuais: (in)visibilidades e barreiras para o exercício do direito à saúde. **Saúde e Sociedade**. v. 30, n.1, p. e181062, 2021.

SANTOS, Naila Janilde Seabra. Mulher e negra: dupla vulnerabilidade às DST/HIV/AIDS. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 3, p. 602-618, 2016.

SILVA, Belisa Maria Santos da *et al.* promoção da saúde como estratégia para o enfrentamento dos determinantes sociais e das desigualdades em saúde de mulheres lésbicas e bissexuais. **Ciências da Saúde: Revista PIBIC** 2022, p. 17-19, 2022.

SILVA FILHO, José Adelmo da *et al.* Religiosidade e espiritualidade em saúde mental: formação, saberes e práticas de enfermeiras. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 7, p. 1-8, 26 nov. 2021.

SOUTO, Katia; MOREIRA, Marcelo Rasga. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: protagonismo do movimento de mulheres. **Saúde debate online**. 2021.

## Sobre as autoras

### Jane Baptista Quitete

Graduada, mestra e doutora em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Especialista em Enfermagem da Mulher e Obstetrícia Social pela UERJ. Professora do Instituto de Humanidades e Saúde (IHS) da Universidade Federal Fluminense (UFF) em Rio das Ostras, onde é Líder Laboratório de Estudos sobre Mulheres e Enfermagem (LEME).

Email: [janequitete@gmail.com](mailto:janequitete@gmail.com)

### Hilmara Ferreira da Silva

Graduada e mestra em Enfermagem pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Especialista em Enfermagem do Trabalho pela Universidade Iguazu (UNIG). Especialista em Enfermagem em Saúde Pública e doutora em Enfermagem e Biociências pela UNIRIO. Enfermeira no Instituto de Humanidades e Saúde (IHS) da Universidade Federal Fluminense (UFF) em Rio das Ostras.

Email: [silvahilmara@id.uff.br](mailto:silvahilmara@id.uff.br)

### Juliet Ribeiro de Souza Lacerda

Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário de Caratinga (UNEC). Especialista em Estomaterapia pela Faculdade de Minas (FACUMINAS). Enfermeira no Instituto de Humanidades e Saúde (IHS) da Universidade Federal Fluminense (UFF) em Rio das Ostras, onde é pesquisadora do Laboratório de Estudos sobre Mulheres e Enfermagem (LEME) e responsável técnica do Consultório de Enfermagem Érick Igor dos Santos.

Email: [julietribeiro@id.uff.br](mailto:julietribeiro@id.uff.br)

### Beatriz Cristina de Oliveira da Rocha

Estudante de Enfermagem no Instituto de Humanidades e Saúde (IHS) na Universidade Federal Fluminense (UFF) em Rio das Ostras. Bolsista do Programa de Educação Tutorial (PET) na UFF Rio das Ostras.

Email: [rochabeatriz@id.uff.br](mailto:rochabeatriz@id.uff.br)

### **Belisa Maria dos Santos da Silva**

Estudante de Enfermagem no Instituto de Humanidades e Saúde (IHS) na Universidade Federal Fluminense (UFF) em Rio das Ostras. Bolsista de iniciação científica do CNPq no Laboratório de Estudos sobre Mulheres e Enfermagem (LEME) da UFF Rio das Ostras.

Email: [belisam.santos@gmail.com](mailto:belisam.santos@gmail.com)

### **Brenda Freitas Pontes**

Estudante de Enfermagem no Instituto de Humanidades e Saúde (IHS) na Universidade Federal Fluminense (UFF) em Rio das Ostras. Bolsista de iniciação científica da FAPERJ no Laboratório de Estudos sobre Mulheres e Enfermagem (LEME) da UFF Rio das Ostras.

Email: [brendafreitaspontes@id.uff.br](mailto:brendafreitaspontes@id.uff.br)

### **Thayná Oliveira Paixão**

Estudante de Enfermagem no Instituto de Humanidades e Saúde (IHS) na Universidade Federal Fluminense (UFF) em Rio das Ostras. Bolsista de iniciação científica da FAPERJ no Laboratório de Estudos sobre Mulheres e Enfermagem (LEME) da UFF Rio das Ostras.

Email: [thaynapaixao@id.uff.br](mailto:thaynapaixao@id.uff.br)

## **Histórico**

Recebido em: 06/06/2023. Aprovado em: 13/09/2023. Publicado em: 10/05/2024.