



Promoção e Proteção da Saúde da Mulher ATM 2024/2

Jaqueline Neves Lubianca
Edison Capp
organizadores

Alunos

Aline Santiago Luiz
Ana Paula Nascimento
Anthony de Freitas de Sousa
Ashiley Lacerda Ribeiro
Bárbara Polli
Brhayan Decosta da Silva
Bruno Eduardo Lara da Silva
Camila Barcellos
Carolina Bonatto do Amarante
Carolina Zanfir Ferreira
Caroline dos Passos
Christofer Adiel Bernstein
Daniela Vargas de Souza
Danielle Mattos Pereira
Débora Milene Ferreira Alves
Diéssy dos Santos Borniger
Eduardo Rockenbach Cidade
Eduardo Stürmer da Silva
Eric do Nascimento Sutil
Felipe Brittes Rott
Felipe Jung Spielmann
Felipe Schütz
Fernanda Engel Gandolfi
Gabriel Schuch Schulz
Guilherme Fernandes Gonçalves
Guilherme Gonzaga Vaz
Gustavo Guimarães
Gustavo Hauenstein
Haniel Bispo de Souza Maranhão
Hellen Dittrich de Assis
Hilter Martin Silva Peña
Igor Ongaratto Scherer

Isabel Meneghetti Coimbra
Isabela Abreu Brinckmann
Isabela Lazzarotto
Ismael Roque Pereira
Jeovana Ceresa
Jéssica Limana
Joanna Thayná C. Lopes Gonçalves
Josué Faustini Centenaro
Juliana Barros Rodrigues
Julio Cesar F. Bertoloto
Kandara Caroline Borges Souto
Laércio Araújo
Laís Santos Dias Gomes
Larissa Horos Bueno
Laura Chuang
Laura Ferrarese Brum
Laura Fontana Steinmetz
Lia Grub Becker
Lucas França Viana
Lucas Uglione da Ros
Marcelo Garroni
Marcelo Henrique Machado
Maria Isabel Schreiber
Mayra Angélica de Souza Antunes
Milena Nunes Pinto
Nicole Mastella
Paola Andressa Ribas
Patrícia Gabriela Riedel
Pedro Henrique Vargas Jesus
Pedro Roberto Bandeira Garcia
Rafael Lopes da Rosa
Renata Fogaça Borges
Ricardo Horn Oliveira

Rodrigo Martins Teixeira
Rosa Maria Moreno Barbosa
Stefon Kareem de Coteau
Thiago Bastos Vasconcelos
Victor Matheus O. Marques
Vinícius Lovison
Vitória Fedrizzi Sakai
Monitores PPSM 2021/2
Ariadne Garcia Leite
Arthur Becker Simões
Giovanna Sandi Maroso
Juliana da Silva Uhlmann
Júlia Stüker
Laura Motta Bellan
Leticia Zanotelli Fernandes
Professores
Adriani Oliveira Galão
Ana Selma Bertelli Picoloto
Alberto Mantovani Abeche
Daniela Vanessa Vettori
Eduardo Pandolfi Passos
Helena von Eye Corleta
Janete Vettorazzi
Jaqueline Neves Lubianca
João Sabino da Cunha Filho
José A. de Azevedo Magalhães
José Geraldo Lopes Ramos
Márcia Appel Binda
Maria Celeste Osório Wender
Maria Lúcia Oppermann
Ricardo Francalacci Savaris
Sérgio H. de Almeida Martins Costa
Solange Garcia Accetta

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Faculdade de Medicina
Departamento de Ginecologia e Obstetrícia

Promoção e Proteção da Saúde da Mulher ATM 2024/2

Porto Alegre 2022
UFRGS

Saúde da mulher cisgênero homossexual e bissexual: abordagem ginecológica

*Carolina Bonatto do Amarante
Guilherme Fernandes Gonçalves
Laura Ferrarese Brum
Rodrigo Martins Teixeira
Giovanna Sandi Maroso
Ana Selma Bertelli Picoloto*

O direito à saúde pertence a todos os cidadãos e deve ser garantido pelo Estado (Constituição Federal, 1988). Nesse contexto, tem-se a universalidade de acesso e a igualdade de assistência, sem privilégios ou preconceitos, entre os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Contudo, tanto na esfera pública quanto na privada, existem desigualdades entre os mais diversos grupos sociais no que tange a uma assistência em saúde de qualidade. Um grupo significativamente vulnerável nesse assunto é a população LGBTQIA+ (sigla que define a comunidade Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transsexuais/Transgênero, Queers, Interssexo, Assexual e todas as demais formas de orientação sexual e identidade de gênero existentes) que tem muitas vezes as suas demandas não atendidas, em decorrência, principalmente, do despreparo profissional ainda existente.

Somente entre o final do século XX e início do século XXI, começaram a surgir discussões e políticas públicas relacionadas à saúde da população LGBTQIA+. No entanto, ainda são escassos os programas de ensino médico que tratam sobre a diversidade sexual e a saúde sexual e reprodutiva dessa população (1).

Nesse contexto, a saúde ginecológica e sexual de mulheres lésbicas e bissexuais é de extrema relevância, pois é um tópico pouco discutido e abordado em cuidados em Saúde. Isso porque a visão de uma grande parcela dos profissionais da saúde ainda se restringe

a estereótipos de gênero e orientação sexual heteronormativos, o que faz com que a orientação sexual e as práticas sexuais da mulher muitas vezes não sejam questionadas no ambiente de consultório. Mesmo que já tenham sido executadas ações governamentais, instruções normativas e até cartilhas que promovam a saúde e o acolhimento e atendimento dessas mulheres de maneira integral e humanizada no SUS, a prática não é concretizada. Assim, a mulher que tem relações com outras mulheres é muitas vezes invisibilizada, não tendo - além de outros aspectos em múltiplos cenários de vivência - as suas questões de saúde reconhecidas (2).

É importante salientar que, no presente trabalho, a abordagem da saúde de mulheres lésbicas e bissexuais se restringe a mulheres cisgênero, desse modo mulheres transexuais não são incluídas, por apresentarem outras especificidades. Nessa circunstância, vale ressaltar que orientação sexual difere de identidade de gênero. Enquanto orientação sexual consiste na atração sexual e/ou afetiva que uma pessoa sente ou não por outras, identidade de gênero compreende o gênero com que a pessoa se identifica (homem, mulher, etc.) - independentemente do seu sexo biológico, determinado especificamente pelas genitálias, e/ou perfis cromossômicos, femininas ou masculinas.

Nesse cenário em que o cuidado em saúde de mulheres que se relacionam sexualmente com mulheres continua pouco abordado e discutido, inevitavelmente também há falhas na prevenção de doenças, particularmente as ISTs (Infecções Sexualmente Transmissíveis). Tanto por desconhecimento, quanto por pré-concepções errôneas, prevalece a percepção entre profissionais da saúde de que o sexo entre mulheres está associado com menor chance de contrair esse tipo de doença (3). Outro mito é o de que no sexo entre lésbicas e bissexuais não há necessidade de uso de preservativos, em grande parte, por associá-los apenas à contracepção, o que é evidenciado pela ausência de opções voltadas especificamente a esse público no mercado brasileiro. Não obstante, essas são convicções extremamente perigosas, uma vez que o sexo entre mulheres pode sim transmitir ISTs, em função de envolver uma relação corporal com possível contato com secreções, entre órgãos sexuais e até com sangue (4). Em um estudo transversal realizado com 150 mulheres homo ou bissexuais,

o diagnóstico de alguma IST foi constatado em aproximadamente metade (47,3%), ao passo grande parcela delas não se percebia em risco de contaminação (56,7%) e não fazia uso consistente de preservativo (82%) (5).

Esse despreparo dos profissionais na consulta ginecológica, acompanhado ou não de hostilidade e preconceito na relação médico-paciente, resulta na não recomendação de exames essenciais para a saúde da mulher e na carência de orientação médica sobre sexo seguro para essas mulheres (4). Sendo assim, considerando a importância da consulta ginecológica e do(a) médico(a) - tanto o ginecologista quanto o geral - na saúde da mulher, é necessária a formação de profissionais que entendam as especificidades de mulheres que fazem sexo com mulheres, sejam elas lésbicas ou bissexuais, e saibam como atender as suas demandas da melhor maneira possível.

Objetivo

Em um contexto de invisibilidade e carência de assistência médica integral, este estudo objetiva promover informações sobre saúde - principalmente no âmbito da ginecologia - da mulher cis lésbica ou bissexual. Assim, espera-se orientar os profissionais de saúde, bem como as mulheres que se relacionam com mulheres, sobre aspectos relevantes da consulta ginecológica, fomentando, também, discussões nos âmbitos de cuidado em saúde.

Ademais, o estudo objetiva trazer informações acerca de ISTs, formas de prevenção e de abordagem do tema no cuidado em saúde de mulheres que se relacionam com mulheres.

Métodos

Para realizar o estudo, buscas com os termos *bisexuality*, *bisexualit*, *female*, *women*, *woman*, *homosexuality*, *lesbianism*, *sexually transmitted diseases*, *STDs*, *sexually transmitted infections*, *STIs* e *venereal diseases* foram feitas a partir de bancos de dados, como Pubmed, excluindo livros e trabalhos com mais de cinco anos de publicação. Outras referências foram utilizadas,

como monografias e cartilhas disponíveis na internet e constadas, ao final do trabalho, nas referências.

A fim de atingir os objetivos, discussões entre o grupo abordaram os aspectos importantes da consulta ginecológica e das medidas necessárias de prevenção de infecções sexualmente transmissíveis baseados nas especificidades dessas pacientes.

Consulta ginecológica

A consulta ginecológica frequentemente é a primeira, e por vezes a única, via de contato com o cuidado em saúde para muitas mulheres (6). No entanto, em um estudo qualitativo sobre educação médica, todos os profissionais entrevistados declararam que não tiveram - durante a graduação - conteúdos curriculares voltados para a saúde LGBT, bem como - depois de formados - não realizaram capacitações ou cursos sobre as especificidades do cuidado em saúde de mulheres lésbicas e bissexuais (7).

O acolhimento é primordial para a preservação e manutenção da relação médico-paciente, seja qual for o âmbito de atendimento. É importante que a escuta ativa e acolhedora seja parte de toda a consulta, especialmente na anamnese, quando se busca informações através do relato da paciente. Outro ponto fundamental é a empatia - justamente um dos pilares que se alteram já mesmo na graduação (8) - , sendo a peça para entender as necessidades dessa população e transformá-las em demandas dentro do sistema de saúde.

Ademais, essas mulheres necessitam de suporte em relação a quaisquer experiências de abuso e exclusão, incluindo possíveis traumas importantes no atendimento em saúde. Isso porque experiências prévias de homofobia e heterossexismo podem afetar diretamente a procura de cuidados de saúde, fazendo com que evitem exames de rotina e a procura de aconselhamento médico no futuro (9). Por isso, é relevante atentar-se à construção de um ambiente de prática médica sensível à realidade das mulheres lésbicas e bissexuais, no intuito de deixá-las mais seguras e confortáveis (10).

Assim, pode-se estabelecer, se possível, medidas como: treinar recepcionistas para uso de linguagem inclusiva e informá-los que a diversidade em orientação sexual e identidade de gênero deve ser respeitada e bem-vinda, adicionar perguntas específicas sobre orientação sexual no formulário de admissão do serviço de saúde, adicionar sinais de inclusividade na decoração do espaço (como obras de arte retratando famílias do mesmo sexo ou um pequeno sinal de arco íris - símbolo do movimento LGBTQIA+) (6,10).

Ainda nesse contexto de tornar o ambiente mais acolhedor para que a paciente consiga se expressar abertamente sobre assuntos diversos - incluindo saúde sexual - , é importante garantir a confidencialidade das informações durante a consulta, além de utilizar uma linguagem inclusiva, isto é, que aborde de maneira natural e focalizada os aspectos a serem perguntados e que não assuma a orientação sexual e práticas sexuais das mulheres antes de questioná-las (6).

Anamnese

O profissional de saúde deve questionar sobre aspectos como gênero - cis ou transgênero - e orientação sexual - pacientes homossexuais, bissexuais, panssexuais e demissexuais possuem necessidades diferentes e, portanto, também demandas diferentes. Cabe salientar que a orientação sexual não prediz o comportamento sexual de risco, portanto é essencial questionar também sobre a atividade sexual da paciente - quais práticas, com quem as pratica e se faz uso de objetos. Esse questionamento é relevante para avaliar o risco de ISTs, determinar modalidades de triagem necessárias e orientar o aconselhamento apropriado sobre práticas sexuais mais seguras (6).

Uma indicação para desenvolver a habilidade de avaliar o histórico de saúde sexual de rotina de maneira facilitada é a utilização do guia publicado pelo National LGBTQIA+ Health Education Center. De acordo com esse guia, devem ser feitas três perguntas de triagem para todas as pacientes: (1) Você foi sexualmente ativa no último ano?; (2) Você faz sexo com alguém com um pênis e/ou com uma vagina?; (3) Com quantas pessoas você fez sexo no ano passado? Desse modo, as respostas a essas

perguntas podem conduzir à avaliação de risco e à discussão sobre cuidados apropriados (11).

Outro ponto importante para questionar durante a anamnese é sobre planejamento reprodutivo - se há desejo de gravidez, necessidade de reprodução assistida, necessidade de métodos contraceptivos, se houve gravidez indesejada e se houve aborto. Demandas sobre a questão reprodutiva podem ser consideradas um reflexo da pauta de união e casamento entre mulheres e exigem considerações únicas (2). Ajudar as pacientes a planejar e conseguir a concepção é uma parte importante do atendimento do médico obstetra/ginecologista. Nesse sentido, deve-se ter em mente que as necessidades específicas de planejamento familiar das mulheres lésbicas e bissexuais variam de acordo com seus recursos financeiros e com desejos pessoais. Dessa maneira, os profissionais de saúde devem ser capazes de aconselhar e fornecer serviços ou providenciar encaminhamento para serviços especializados para quaisquer opções de fertilidade ou para adoção (11).

Também é essencial questionar sobre aspectos de saúde mental - apesar de ser um tema importante para todos os pacientes, a população feminina é marcada por diversos estressores, depressores e ansiogênicos, dentre eles: a violência doméstica, a não divisão de afazeres domésticos, abusos sexuais e morais, discriminação, dependência financeira e até mesmo uso de substâncias, e esses são pontos que devem perpassar a anamnese. Estudos demonstraram que mulheres lésbicas e bissexuais apresentam maiores taxas de abuso de álcool e outras drogas e de distúrbios alimentares, o que ocasiona impactos negativos na sua saúde física e mental (2,6).

Para além dessas questões também deve-se abordar sobre o aparelho reprodutor per se, como, por exemplo, presença de secreções, odores, ferimentos, manchas, sangramento anormal (seja no período menstrual ou não), condilomas e outras alterações. As perguntas sobre menarca, menstruação e menopausa também representam uma oportunidade de avaliar as preocupações e atitudes da paciente em relação a seu próprio corpo. Ademais, deve-se perguntar sobre uso de medicamentos - pacientes femininas podem usar reposição de hormônio, contraceptivos orais, além dos medicamentos gerais.

Por fim, manter um tom neutro e sem julgamentos ajudará as pacientes a se sentirem seguras e a confiarem suas preocupações. É importante entender que muitas pacientes têm fortes crenças sobre comportamento sexual relacionadas à sua formação, fé, etnia, nível de instrução e experiências anteriores, logo é relevante tranquilizar, abordando que o sexo, em uma relação consensual madura, é saudável e um aspecto presente.

Exames físico e complementares

Algumas mulheres passam por experiências dolorosas e constrangedoras durante exames pélvicos anteriores, enquanto que para outras é o primeiro exame ginecológico realizado. Logo, mais do que a acurácia técnica, é necessária uma abordagem igualmente acolhedora e consentida na realização de todo o exame físico. Pedir à paciente permissão para realizar o exame demonstra cortesia, respeito e expectativa de que o exame será colaborativo, assim como cabe explicar as etapas que serão realizadas a cada momento.

O exame físico ginecológico é uma parte dentro de todo o exame físico, optando-se preferencialmente por separá-lo a fim de criar um ambiente mais confortável à paciente. O exame da mama se baseará na inspeção estática e dinâmica das mamas e palpação, quando se avaliará a presença de secreção espontânea ou sob estímulo, feridas, sangramentos, nódulos, linfonodos aumentados e demais alterações.

Sobre o exame pélvico, avalia-se a genitália externa - monte do púbis, lábios do pudendo e o períneo -, a vagina per se e o colo do útero, além de avaliar o útero e os anexos bilateralmente. Observa-se a presença de escoriações, máculas ou pápulas vermelhas, prolapso uretral, aumento do clitóris, sinais flogísticos, tumefação, inflamação, ulceração e corrimento no exame externo. Na segunda parte, o exame interno, será o momento de observar a mucosa vaginal, presença de nodularidade, de hipersensibilidade ao toque e de dor à palpação, sendo também o momento de maior desconforto para as pacientes.

O Papanicolau, exame de rotina que se baseia na análise citológica das células do colo do útero para rastreio de câncer cervical, deve ser realizado em mulheres assintomáticas acima de 25 anos de idade que já tiveram relação sexual - se já houve penetração vaginal, seja com pênis, dedos ou acessórios. Após dois exames anuais consecutivos normais, o rastreamento pode ser realizado a cada três anos, até a mulher atingir os 64 anos de idade, caso tenha pelo menos dois exames consecutivos negativos nos últimos cinco anos (4,19).

Há estudos que evidenciam que mulheres que fazem sexo com mulheres podem apresentar incidência aumentada de câncer de mama, embora haja também evidências de que essas mulheres tendem a ser submetidas em menor frequência à mamografia. Segundo as recomendações da American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) deve ser feita bianualmente uma avaliação de risco de câncer de mama para todas as mulheres, já avaliações clínicas de mama devem ser recomendadas anualmente para mulheres com risco médio entre 25 e 39 anos e para todas com mais de 40 anos de idade. A Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM) recomenda que seja realizada a mamografia de rastreamento anual para mulheres entre 40 e 74 anos de idade - quando em risco habitual de desenvolver a neoplasia - e por volta dos 30 anos de idade para mulheres de alto risco, por exemplo alguma mutação conhecida em genes relacionados com a doença, como BRCA1 ou BRCA2, na paciente ou em familiar de primeiro grau. Já o Instituto Nacional do Câncer (INCA) recomenda mamografia uma vez a cada dois anos para mulheres entre 50 e 69 anos e anual a partir dos 35 anos para mulheres de alto risco (6,12,13).

Dentre os fatores de risco para câncer endometrial, mulheres lésbicas e bissexuais apresentam maiores taxas de hipertensão, nuliparidade e obesidade, entretanto, os dados encontrados na literatura a respeito desse tipo de neoplasia nessa população são conflitantes. Uma metanálise e revisão sistemática chegou, inclusive, a encontrar uma taxa menor de câncer uterino em mulheres homossexuais em relação a heterossexuais e nenhuma diferença entre bissexuais e heterossexuais (6,9).

Infecções sexualmente transmissíveis (ISTs)

Prevalência de infecções sexualmente transmissíveis

A fim de elaborar planos adequados de prevenção e de oferecer uma consulta ginecológica centrada nas individualidades dessas pacientes, seria útil entendermos a prevalência de ISTs nessa população. Contudo, a literatura é bastante escassa e os poucos estudos são de baixa qualidade metodológica. Uma revisão sistemática (14) que analisou a prevalência e os fatores de risco de IST e vaginose bacteriana (VB) entre mulheres lésbicas cisgênero apontou que a vaginose bacteriana é a condição mais investigada e que ela apresenta uma prevalência significativamente maior entre as afecções analisadas, variando de 25,7% (15) até 42,8% (17). Vale ressaltar que a condição mais investigada (VB) sequer é considerada uma infecção sexualmente transmissível, mas é um fator de risco importante para a aquisição de ISTs. Por outro lado, os dados de prevalência das ISTs nos estudos selecionados para a revisão foram poucos, além de bastante heterogêneos e a análise estatística não foi capaz de derivar estimativas robustas de prevalência. Em relação à análise dos fatores de risco, a revisão aponta que um número maior de parceiras sexuais femininas aumenta o risco de VB, enquanto ter parceiros sexuais masculinos (recentes ou não) está associado com o histórico de qualquer IST.

Um dos estudos analisados na revisão comparou a prevalência de vaginose bacteriana entre mulheres heterossexuais e lésbicas e identificou que o segundo grupo apresentava uma probabilidade 2,5 vezes maior de VB (OR = 2,05; IC 95%: 1,16-3,64; $p = 0,011$)¹⁵. Os autores também analisaram que a flora vaginal de 33 parceiras lésbicas que participaram do estudo era concordante em 87% dos casos (ambas as parceiras com VB ou ambas sem VB). Em função disso, os autores levantaram a hipótese de que a similaridade entre a flora vaginal poderia corroborar a transmissão sexual da VB, mas afirmam que esse dado também poderia ser um reflexo de fatores de risco comuns compartilhados pelo casal.

Outro estudo constatou que a prevalência de ISTs em geral entre mulheres lésbicas é similar à de mulheres heterossexuais, já entre as mulheres bissexuais, a prevalência é possivelmente

maior.10 Um levantamento transversal realizado no Reino Unido avaliou a prevalência de ISTs entre 708 mulheres, sendo 92% auto-identificadas lésbicas e 7%, bissexuais, das quais 82% delas relataram histórico de relações sexuais com homens. Foram encontradas as seguintes prevalências: 1,6% verrugas genitais; 1,3% de tricomoníase; 1,1% de herpes genital; 0,6% de clamídia; 0,3% de gonorreia (18).

Embora mulheres que durante toda a vida nunca tiveram relações sexuais com homens, apenas com mulheres, apresentem uma menor prevalência de infecção por HPV que outras mulheres que fazem sexo com mulheres (MSM), o grupo como um todo apresenta prevalências de até 30% de infecção. Entretanto, em relação ao câncer de colo do útero, diferentes estudos apontam que MSM têm menor probabilidade de serem alvo de rastreamento para a condição. Além do risco atribuído à infecção pelo HPV, MSM apresentam uma maior incidência de outros fatores de risco, como o tabagismo, podendo apresentar inclusive um risco mais elevado de desenvolvimento de câncer de colo do útero. Portanto, o rastreio e prevenção desse câncer deve seguir os mesmos protocolos para todas as mulheres independente de sua orientação sexual (6).

Prevenção de infecções sexualmente transmissíveis

Em 2007, na 13ª Conferência Nacional de Saúde no Brasil, foi reconhecida oficialmente a necessidade de fortalecer ações de prevenção de infecções sexualmente transmissíveis direcionadas à população LGBT - com foco especial em lésbicas e travestis. Tal medida é imprescindível, visto que historicamente as individualidades das mulheres que fazem sexo com mulheres (MSM) foram ignoradas. Esse estigma é fruto da errônea crença, por parte de profissionais de saúde e das próprias MSM, de que as mulheres - em especial as lésbicas - eram um grupo protegido das ISTs por se envolverem em práticas sexuais consideradas de "baixo risco". Nesse cenário, uma pesquisa realizada com MSM acerca de práticas de sexo seguro apontou que apenas 2,1% utilizavam preservativos regularmente com parceiras sexuais femininas. Quando questionadas sobre a razão deste

comportamento, alegavam “não ver necessidade” (42,2%) ou até “desconhecimento que deveriam usá-lo” (16,5%). Por outro lado, a mesma pesquisa demonstrou que 38,6% das entrevistadas apresentavam histórico de ISTs. Vale ressaltar que esta análise pode estar subestimada, já que 17,9% das participantes nunca haviam feito um Papanicolau e 37,2% não haviam feito um teste anti-HIV (17). Tais dados explicitam a necessidade de rastrear essas mulheres e fazer campanhas de prevenção adequadas. Para isso, é necessário que os profissionais de saúde sejam capazes de compartilhar informações corretas sobre os riscos de ISTs e estratégias para redução das mesmas.

As ISTs são transmitidas pelo contato sexual (oral, vaginal, anal), independente de penetração com a genitália masculina, visto que secreções e sangue contaminados podem ser transmitidos por outros meios, como dedos e brinquedos sexuais (4). Considerando as formas de transmissão das ISTs, preconiza-se a adoção das seguintes práticas preventivas: usar proteção de barreira (luvas durante o sexo digital-genital, preservativos em brinquedos sexuais insertivos, barreiras de látex ou plástico para sexo oral), evitar o compartilhamento de brinquedos sexuais, limpar brinquedos sexuais antes de compartilhar e evitar o contato com sangue menstrual ou lesões genitais. No que tange aos métodos de barreira, as luvas devem ser utilizadas a fim de impedir o contato de secreções e de sangue entre os dedos e a vulva e também podem ser substituídas por preservativos convencionais. Importante ressaltar que as mulheres devem ser orientadas a manter as unhas bem cortadas para evitar perfuração do preservativo e lacerações vaginais. No caso do sexo oral, o dental dam (lençol de borracha odontológico) pode ser utilizado, mas também pode ser substituído por plástico filme ou por um preservativo convencional cortado (1,4,6). Somado a isso, algumas recomendações gerais de higienização das peças íntimas sempre devem ser reforçadas.

É vital ressaltar que a melhor forma de prevenir IST é a combinação das barreiras protetoras com a testagem periódica (sífilis, HIV, hepatites), as vacinas (HPV e hepatite B). Além da consulta regular - que deve incluir o exame Papanicolau - com ginecologistas devidamente preparados para orientar corretamente essas pacientes.

Imunizações

Os diferentes calendários vacinais propostos por organizações de saúde em geral levam em conta fatores como faixa etária e status vacinal dos pacientes, fatores epidemiológicos das populações em questão e características dos imunizantes, como duração da proteção oferecida. Para mulheres, independente de orientação sexual, a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) recomenda que também sejam considerados gestação, puerpério e lactação (20).

Especificamente, a vacinação contra o HPV foi integrada ao Programa Nacional de Imunizações brasileiro em março de 2014. Nele é preconizada a vacinação de meninas de 9 a 14 anos de idade em duas doses com intervalo de seis meses. Além disso, mulheres imunossuprimidas entre 9 e 45 anos devem ser vacinadas com três doses em intervalos de dois e seis meses. Tal imunização é particularmente importante para a população do sexo feminino por ser altamente eficaz em prevenir o câncer de colo de útero associado ao HPV. Vale ressaltar que o PNI selecionou a vacina quadrivalente, que protege contra os subtipos virais HPV-6, 11, 16 e 18. Devido à alta prevalência do HPV na população em geral, é importante que a vacinação seja realizada antes do início da vida sexual, precedendo a exposição ao vírus (20).

Conclusões

Com o exposto, pode-se concluir que, de forma técnica, a abordagem ginecológica de mulheres cisgêneros homossexual e bissexual não difere da abordagem em mulheres cisgêneros heterossexuais. O ponto-chave é a escuta ativa das necessidades da mulher em questão, sem julgamentos, preconceitos e atitudes intimidadoras. O acolhimento, o respeito e o profissionalismo ético devem permear toda a abordagem, propiciando ambiente confortável para a paciente expor seus desejos, queixas e vulnerabilidades. Nesse sentido, é vital que os profissionais de saúde sejam adequadamente instruídos a lidar com as demandas específicas dessas mulheres, para que se sintam mais capazes e, conseqüentemente, mais seguros para acolhê-las apropriadamente.

A ausência de bibliografia sobre rastreamento de doenças no Brasil indica a necessidade de maior incentivo aos pesquisadores para o desenvolvimento desse tema; além disso, reflete a marginalização, seja por desconhecimento, seja por preconceito sobre a pauta de diversidade sexual e seu impacto na saúde.

Acerca de ISTs, observa-se que as orientações dadas às pacientes homossexuais e bissexuais são escassas e, muitas vezes, incompletas, provavelmente pelo fato de que os profissionais de saúde desconhecem/negligenciam que o risco de contágio existe sim nessa população. Torna-se de grande importância, portanto, o desenvolvimento de campanhas e de atualização dos profissionais de saúde, para que possam abordar de forma adequada a saúde sexual dessas mulheres.

Referências

1. Newton. REVISTA FEMINA - 2021 | VOL 49 | No 06 [Internet]. [citado 2 de setembro de 2021]. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/femina/item/1286-revista-femina-2021-vol-49-n-06>
2. Fernandes M, Soler LD, Leite MCBP. Saúde das mulheres lésbicas e atenção à saúde: nem integralidade, nem equidade diante das invisibilidades. *BIS Bol Inst Saúde Impr.* 2018;37–46.
3. Saúde BM da. Atenção integral à saúde de mulheres lésbicas e bissexuais. Atenção integral à saúde de mulheres lésbicas e bissexuais: relatório da oficina “Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais” realizada em Brasília de 23 a 25 de abril de 2014 [Internet]. 2014 [citado 2 de setembro de 2021]; Disponível em: <https://bibliotecadigital.mdh.gov.br/jspui/handle/192/637>
4. Sartor NC. Velcro Seguro: o guia de saúde sexual para mulheres lésbicas e bissexuais com vulva. Velcro Seguro: the sexual health guide for lesbian and bisexual women with a vulva [Internet]. dezembro de 2019 [citado 2 de setembro de 2021]; Disponível em: <http://repositorio.ufsm.br/handle/1/20194>
5. Andrade J, Ignácio MAO, Freitas APF de, Parada CMG de L, Duarte MTC. Vulnerabilidade de mulheres que fazem sexo com mulheres às infecções sexualmente transmissíveis. *Ciênc Saúde Coletiva.* 28 de setembro de 2020;25:3809–19.
6. McCUNE KC, Imborek KL. Clinical Care of Lesbian and Bisexual Women for the Obstetrician Gynecologist. *Clin Obstet Gynecol.* dezembro de 2018;61(4):663–73.

7. Negreiros F, Ferreira B, Freitas D, Pedrosa J, Nascimento E. Health of Lesbians, Gays, Bisexuals, Transvestites and Transsexuals: from Medical Training to Professional Activities. *Rev Bras Educ Médica*. 1o de março de 2019;43:23–31.
8. Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, Brainard G, Herrine SK, Isenberg GA, Veloski J, Gonnella JS. The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Acad Med*. 2009 Sep;84(9):1182-91.
9. Robinson K, Galloway KY, Bewley S, Meads C. Lesbian and bisexual women's gynaecological conditions: a systematic review and exploratory meta-analysis. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2017;124(3):381–92.
10. McNair R. Lesbian and Bisexual Women's Sexual Health. *Aust Fam Physician*. 38(6):388–93.
11. Stoffel C, Carpenter E, Everett B, Higgins J, Haider S. Family Planning for Sexual Minority Women. *Semin Reprod Med*. 2017;35(5):460–8.
12. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Rastreamento e propeidêutica do câncer de mama. São Paulo: FEBRASGO; 2021
13. A mulher e o câncer de mama no Brasil [Internet]. INCA - Instituto Nacional de Câncer. 2018 [citado 23 de setembro de 2021]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/exposicoes/mulher-e-o-cancer-de-mama-no-brasil>.
14. Takemoto MLS, Menezes M de O, Polido CBA, Santos D de S, Leonello VM, Magalhães CG, et al. Prevalence of sexually transmitted infections and bacterial vaginosis among lesbian women: systematic review and recommendations to improve care. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 25 de março de 2019 [citado 26 de setembro de 2021];35. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csp/a/KZBgnntNQdR4Fp8xk9QqkSJ/?lang=en>
15. Evans AL, Scally AJ, Wellard SJ, Wilson JD. Prevalence of bacterial vaginosis in lesbians and heterosexual women in a community setting. *Sex Transm Infect*. 1o de outubro de 2007;83(6):470.
16. Muzny CA, Sunesara IR, Austin EL, Mena LA, Schwebke JR. Bacterial vaginosis among African American women who have sex with women. *Sex Transm Dis*. 1o de setembro de 2013;40(9):751–5.
17. Pinto VM, Tancredi MV, Tancredi Neto A, Buchalla CM. Sexually transmitted disease/HIV risk behaviour among women who have sex with women. *AIDS*. outubro de 2005;19 Suppl 4:S64-69.
18. Bailey J V., Farquhar C, Owen C, Mangtani P. Sexually transmitted infections in women who have sex with women. *Sex Transm Infect*. 2004;80(3):244–6.
19. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Colpocitologia oncológica no rastreamento do câncer de colo uterino. São Paulo: Febrasgo; 2021.
20. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Programa Vacinal para Mulheres. 2a ed. São Paulo: Febrasgo; 2021.