

Homossexualidade e Bissexualidade Femininas na Prática Ginecológica

Jéssica Angelina Gonçalves de Oliveira

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(mestrado integrado)

Orientador: Prof. Doutor José Alberto Fonseca Moutinho

maio de 2021

Dedicatória

Ao meu pai. Por ter despertado em mim este “bichinho” de querer saber sempre mais, da busca pelo conhecimento.

À minha mãe e aos meus irmãos. Por me terem apoiado e acompanhado sempre nessa busca.

Agradecimentos

Um agradecimento especial ao meu orientador, Prof. Doutor José Alberto Fonseca Moutinho pela disponibilidade e por todo o apoio ao longo da concretização desta dissertação. Agradeço sobretudo o seu interesse e curiosidade neste tema, tantas vezes banalizado.

Agradeço a todas as Associações LGBT, a todos ativistas e a todas as pessoas que lutam incansavelmente pela Igualdade de Direitos.

Agradeço à Universidade da Beira Interior e à Faculdade das Ciências da Saúde por estes seis anos de formação.

Agradeço à minha família, por todo o apoio que sempre me deu em tudo que faço. Em especial à minha mãe, a Zé.

Agradeço ao meu irmão Jaime, por ter acreditado sempre em mim. E nunca me ter deixado desistir de ingressar neste curso. Pelo apoio nessa conquista, por mais difícil e “tola” que esta pudesse parecer.

Agradeço aos meus amigos, em especial à minha Panelinha, a família que escolhi ou me escolheu para me acompanhar nesta jornada e em tantas outras que se avizinham.

Por fim, agradeço à Covilhã, cidade onde me descobri.

Prefácio

“Sempre chegamos ao sítio aonde nos esperam”

José Saramago

Resumo

Introdução: Nos últimos anos, a saúde das mulheres lésbicas e bissexuais tem sido objeto de estudo, principalmente na área de Ginecologia. Estas mulheres acedem com menor frequência aos serviços de saúde e enfrentam barreiras como discriminação e um ambiente de heteronormatividade. Por um lado, os ginecologistas raramente questionam a orientação sexual das utentes, e por outro lado, os profissionais de saúde e estudantes de medicina revelam-se pouco preparados nos cuidados em saúde específicos desta população.

Objetivos: O objetivo principal deste trabalho foi avaliar a evidência científica disponível sobre a abordagem que os profissionais de saúde devem tomar nos cuidados de saúde das mulheres lésbicas e bissexuais.

Além disso, propusemo-nos a explorar a literatura atual referente às barreiras sentidas por estas mulheres nos cuidados de saúde, assim como as suas necessidades específicas em saúde.

Metodologia: Foi feita uma pesquisa bibliográfica e revisão da literatura recorrendo principalmente às plataformas Pubmed e Cochrane.

Resultados: A literatura atual é consensual na metodologia de recolha da identificação da orientação sexual e identidade de género quer pelos profissionais de saúde, quer junto dos serviços administrativos nos registos clínicos dos utentes. A utilização de linguagem inclusiva pelos profissionais de saúde revela-se essencial. Estas mudanças exigem treinos dos profissionais de saúde, assim como inserção desta matéria na educação dos estudantes de medicina. Outra medida fundamental passa por a criação de um ambiente inclusivo e acolhedor nos serviços de saúde a esta minoria sexual de mulheres, como por exemplo, cartazes com políticas antidiscriminação nas salas de espera.

Conclusão: A revisão da evidência científica atual indica que as recomendações abordadas beneficiariam as mulheres lésbicas e bissexuais, contudo não existem ainda estudos que correlacionem o uso destas recomendações e os *outcomes* clínicos destas mulheres. Esta é uma área de investigação futura.

Em Portugal existem raras investigações sobre esta matéria. É imperativo que se criem *guidelines* nacionais para os cuidados específicos desta população de mulheres, sobretudo na área de Ginecologia.

Palavras-chave

Mulheres Lésbicas;Mulheres Bissexuais;Cuidados de saúde;Ginecologia;Disparidades em Saúde

Abstract

Introduction: In recent years, the health of lesbian and bisexual women has been an object of study, especially in the area of Gynecology. These women access to the health services less frequently and face barriers such as discrimination and a heteronormative environment. On the one hand, gynecologists do not do questions about sexual orientation of their patients, one the other hand, health professionals and medical students reveal themselves to be poorly prepared in the specific health care of this population.

Objectives: The main objective of this work was to evaluate available scientific evidence on the approach that healthcare professionals should take in our health care for lesbian and bisexual women. In addition, we set out to explore the current literature regarding the barriers experienced by these women in health care, as well as their specific health needs.

Methodology: A bibliographic search and literature review was carried out, mainly using the Pubmed and Cochrane platforms.

Results: The current literature is consensual in the methodology for collecting the identification of sexual orientation and gender identity, either by health professionals, or from administrative services in the clinical records of the patients.

The use of inclusive language by health professionals is essential. For these changes it is necessary the training of professionals as well as the insertion of this subject in the education of medical students. Another fundamental measure is the creation of an inclusive and welcoming environment in health services for this population of women, such as, posters with anti-discrimination policies in waiting rooms.

Conclusion: The review of current scientific evidence indicates that the recommendations addressed benefit lesbian and bisexual women. However, there are still no studies that correlate the use of the recommendations and the clinical outcomes of these women. This is an area of future research. In Portugal there are rare investigations on this matter, it is imperative that national guidelines are created for the specific care of this population of women.

Keywords

Lesbian women; Bisexual Women; Health care; Gynecology; Health Disparities.

Índice

Dedicatória	iii
Agradecimentos	v
Prefácio	vii
Resumo	ix
Abstract	xi
Lista de Tabelas	xv
Lista de Acrónimos	xvii
1. Introdução	1
1.1. Terminologia e conceitos essenciais	1
1.1.1 LGBT	1
1.1.2 Orientação Sexual	1
1.1.3 Sexo	1
1.1.4 Intersexo	1
1.1.5 Género	2
1.1.6 Identidade de género	2
1.1.7 Expressão de género	2
1.1.8 Transgénero	2
1.1.9 Transsexual	2
1.2. As mulheres lésbicas e bissexuais e a prática ginecológica.....	3
2. Objetivos	5
3. Metodologia	7
4. Resultados	9
4.1. A saúde das mulheres lésbicas e bissexuais	9
4.1.1. Fatores de risco	9
4.1.2. Cancro da mama.....	9
4.1.3. Cancro cervical	10
4.1.4. Cancro do endométrio.....	11
4.1.5. Cancro do ovário	11
4.1.6. Saúde Sexual- Contraceção	11
4.1.7. Saúde Sexual- Infecções Sexualmente Transmissíveis	13
4.1.8. Dor pélvica crónica	14
4.1.9. Síndrome do Ovário Poliquístico (SOPC)	15
4.1.10. Saúde Mental	16
4.1.11. Violência pelo parceiro íntimo	16

4.2. A colheita da orientação sexual e da identidade de género na prática ginecológica	17
4.2.1. Heterossexismo nos serviços de saúde	17
4.2.2. Discriminação sentida pelas pessoas LGBT no meio clínico como entrave à divulgação da orientação sexual	19
4.2.3. A visão dos profissionais de saúde, estudantes de medicina e dos utentes acerca da importância da recolha de SO/GI	21
4.2.4. Recomendações na recolha de SO/GI	23
4.3 Treino dos profissionais de saúde e dos estudantes de medicina	28
4.3.1 O conhecimento dos estudantes de medicina sobre os assuntos em saúde das pessoas LGBT	28
4.3.2 A influência do treino dos profissionais em matéria LGBT na sua prática clínica.....	29
4.3.3 <i>Guidelines</i> ao treino formal	31
5. Discussão	33
6. Conclusão e Perspetivas Futuras	35
7. Referencias Bibliográficas	37

Lista de Tabelas

Tabela 1.1 - Colheita de dados relativos à orientação sexual (Parte I)	26
Tabela 1.2 - Colheita de dados relativos à orientação sexual (Parte II)	26
Tabela 2.1 - Colheita de dados relativos ao comportamento sexual: género do(s) parceiro(s) sexual(ais) passados (Parte I)	26
Tabela 2.2 - Colheita de dados relativos ao comportamento sexual: género do(s) parceiro(s) sexual(ais) passados (Parte II)	27
Tabela 3.1 - Colheita de dados relativos ao sexo à nascença e identidade de género (Parte I)	27
Tabela 3.2 - Colheita de dados relativos ao sexo à nascença e identidade de género (Parte II)	27

Lista de Acrónimos

LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgéneros
ACOG	American College of Obstetricians and Gynecologists
HPV	Vírus do Papiloma Humano
SPOC	Síndrome do Ovário Poliquístico
IPV	Violência pelo Parceiro Íntimo
IST	Infeções Sexualmente Transmissíveis
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
ILGA	Intervenção Lésbica, Gay, Bissexual, Trans e Intersexo
SO/IG	Orientação Sexual/ Identidade de Género

1.Introdução

1.1 Terminologia e conceitos essenciais

O conhecimento dos termos que se seguem é fundamental à compreensão de todo o trabalho.

1.1.1 LGBT

O acrónimo LGBT, significa Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgéneros. É um termo que geralmente se refere a grupo de pessoas que são diversas na sua identidade de género e orientação sexual. Por vezes esta sigla é descrita como LGBTQ, de forma a incluir os indivíduos que podem questionar a sua orientação sexual (queer). Algumas organizações utilizam a sigla LGBTQIA, para incluir as pessoas intersexo (I) e pessoas aliadas não LGBT (A), respetivamente (1).

1.1.2 Orientação Sexual

Este termo é usado para referir a atração física e/ou emocional dos indivíduos em relação a pessoas do mesmo género ou de género oposto. A orientação sexual permite que os indivíduos se localizem num espetro de atração. Alguém que sinta uma atração significativa por ambos os sexos diz-se bissexual. Um homem que se sente exclusivamente atraído por outro homem diz-se gay. Uma mulher que sente exclusivamente atraída por outra mulher diz-se lésbica. Heterossexual é uma pessoa que sente atraída por uma pessoa de género oposto ao seu. É importante notar que a orientação sexual, que descreve a atração sentida pelos indivíduos, é diferente de identidade de género ou expressão de género (1).

1.1.3 Sexo

Refere o estado biológico de uma pessoa, é normalmente classificado como masculino, feminino ou intersexo. Tem por base as características genéticas, hormonais, anatómicas e psicológicas dos homens ou mulheres (1).

1.1.4 Intersexo

É um termo geralmente utilizado para as condições em que uma pessoa nasce com anatomia reprodutiva e sexual que parece não encaixar nas definições típicas de sexo feminino ou sexo masculino (1).

1.1.5 Género

Refere-se às atitudes, sentimentos e comportamentos que uma determinada cultura associa ao sexo biológico de uma pessoa (1).

1.1.6 Identidade de género

É a sensação básica de um indivíduo sentir-se como homem, mulher ou outro género (como por exemplo transgénero). Pode ou não ser congruente com o sexo atribuído ao nascimento baseado na aparência da genitália externa (1).

1.1.7 Expressão de género

Características em aparência, personalidade e comportamentos culturalmente definidos como masculinos ou femininos. A expressão de género pode ou não ser congruente com o sexo atribuído à nascença com base na aparência da genitália externa (1).

1.1.8 Transgénero

Pessoas cuja identidade de género ou expressão de género difere do sexo ao nascimento ou das ideias predominantes de masculinidade e feminilidade. É também frequentemente utilizado para referir pessoas transexuais, ou seja, pessoas que vivem com o sexo não associado ao seu sexo de nascimento, depois de um processo conhecido como transição. Muitas pessoas transexuais descrevem-se como trans (1).

1.1.9 Transsexual

É um termo médico que se refere a indivíduos que procuram tratamento médico (por exemplo tratamento hormonal) ou tratamento cirúrgico, de forma a modificar os seus corpos para que possam viver em tempo integral como pessoas de sexo diferente do sexo atribuído ao nascimento (1).

1.2 As mulheres lésbicas e bissexuais e a prática ginecológica

Até 1980 existia pouca informação sobre a saúde das pessoas LGBT. Nos últimos anos, esta área de estudo tem emergido, com especial atenção nas mulheres lésbicas e bissexuais. A literatura atual é unânime na confirmação de existência de particularidades na saúde destas mulheres (2,3). Isto é, não existem diferenças fisiológicas entre as mulheres lésbicas e as mulheres heterossexuais, contudo existem comportamentos em saúde ou fatores de risco que são mais comuns nas mulheres lésbicas e bissexuais, em relação às mulheres heterossexuais, estes fatores de risco tem consequências ao nível da saúde (3). Assim, atualmente existem pesquisas e estudos em relação à saúde desta minoria de mulheres que permitem o desenvolvimento de recomendações específicas baseadas em evidência sólida (4).

Apesar da possibilidade de variação das estatísticas, aproximadamente 3,5% dos americanos adultos identifica-se como lésbica, gay ou bissexual e cerca de 0,3% como transgénero (1). Dados do *National Survey of Family Growth* sugerem que 1,1% e 3,5% das mulheres americanas identifica-se como lésbica ou bissexual, respetivamente (3). É importante notar, que as mulheres lésbicas e bissexuais constituem uma população diversa, representando diferentes grupos sociais, raças e etnias (3).

Não existem dados referentes à população portuguesa, contudo a realização dos Censos em 2021 previa questões relacionadas com a orientação sexual de carácter voluntário (5). No entanto, dados muito recentes sugerem que não existem questões relativas quer à orientação sexual, quer à identidade de género no questionário individual dos Censos 2021 de Portugal. Assim, é perdida uma oportunidade de aceder a informação útil sobre a percentagem de pessoas LGBT em Portugal, ficando uma vez mais esta informação ignorada (6,7).

As mulheres que se identificam como lésbicas ou bissexuais encontram barreiras nos cuidados de saúde, nomeadamente atitudes de discriminação, preocupações com confidencialidade da sua orientação sexual e profissionais de saúde pouco preparados para as suas necessidades específicas de saúde (1,3). Estas iniquidades podem ser mais pronunciadas nas mulheres lésbicas e bissexuais que pertencem a minorias étnicas ou raciais, ou ser influenciadas ainda por outras características como nível de educação, crenças culturais ou localização geográfica (1).

As experiências discriminatórias, que vão desde falta de contato nos olhos por parte dos clínicos, falta de conforto em falar de relações sobre o mesmo sexo e comentários homofóbicos, que criam um ambiente de constrangimento acerca da sexualidade. A falta de uma linguagem mais inclusiva, leva a que estas mulheres se sintam isoladas e são uma barreira à comunicação (8). Esta minoria sexual de mulheres têm menor probabilidade de utilizar os cuidados de saúde na área Reprodutiva e Sexual (incluindo citologias, rastreio de doenças sexualmente transmissíveis e o uso de contraceptivos) em comparação com casais heterossexuais (8). Isto deve-se aos episódios de discriminação referidos anteriormente(2) mas também pode possivelmente estar associado a menor percepção dos riscos por parte destas mulheres (8). Além disso, vários estudos evidenciam que os ginecologistas tendem adotar um *follow up* diferente com as mulheres lésbicas e bissexuais em relação às mulheres heterossexuais (8,9).

2. Objetivos

O objetivo primário desta dissertação foi investigar junto da evidência científica atual, qual a melhor abordagem médica que o ginecologista deve ter, de forma a reduzir disparidades nos cuidados de saúde experienciadas pelas mulheres lésbicas e bissexuais.

Como objetivos secundários foram definidos os seguintes, de acordo com a literatura atual:

- Conhecer as necessidades específicas em saúde das mulheres lésbicas e bissexuais.
- Conhecer as principais razões que levam à ocultação da orientação sexual das utentes.
- Aprofundar as barreiras que as mulheres lésbicas e bissexuais encontram nos serviços de saúde, sobretudo na área de Ginecologia.
- Procurar perceber qual é o conhecimento dos estudantes de medicina nesta matéria.
- Compreender a necessidade do treino dos profissionais sobre a saúde das pessoas LGBT e a necessidade inclusão destes assuntos na educação médica.

3. Metodologia

Foi feita uma revisão da literatura científica e de artigos de revisão, entre os meses de abril de 2020 e janeiro de 2021, utilizando as plataformas Cochrane e Pubmed. Além disso, a esta amostra bibliográfica foram adicionadas normas de orientação da Direção Geral de Saúde e artigos selecionados nas plataformas anteriormente referidas, dada a sua relevância.

As palavras utilizadas durante esta pesquisa foram: mulheres lésbicas, mulheres bissexuais, cuidados de saúde, ginecologia e disparidades em saúde.

A seleção dos artigos foi feita pela pertinência do seu conteúdo e relevância atual, tendo sido selecionados os artigos mais recentes, dos últimos 5 anos e escritos em inglês. Excepcionalmente, dada a escassez de literatura atual sobre tópicos considerados pertinentes, foram analisados artigos mais antigos.

No decorrer do final deste trabalho, foi feita uma nova pesquisa de atualização, tendo sido encontrados estudos mais recentes, que dada a sua importância foram também incluídos nesta dissertação.

4. Resultados

4.1 A saúde das mulheres lésbicas e bissexuais

4.1.1 Fatores de risco

McCune e Imborek (2) reviram vários estudos que apontam que as mulheres que fazem sexo com outras mulheres têm altas taxas de doenças crônicas devido aos seus comportamentos de risco. Comparando com a mulheres heterossexuais, estas mulheres têm maior probabilidade de serem fumadoras, ter excesso de peso e ter consumo de álcool excessivo (2,3). Dados de 2013 a 2015 do *National Health Interview Survey* mostram que as mulheres lésbicas e bissexuais têm maior probabilidade de sofrer de hipertensão arterial e cancro (2).

Quando comparadas com os pares heterossexuais, as mulheres lésbicas e bissexuais são mais propensas a uma saúde geral mais pobre e alto número de condições crônicas como sistema imunitário fragilizado, artrite, asma, história de enfarte cardíaco ou derrame cardíaco (2).

4.1.2 Cancro da mama

A literatura atual revela que as mulheres lésbicas e bissexuais têm incidência aumentada de cancro da mama e um aumento de risco de cancro da mama fatal. Tal pode possivelmente resultar das altas taxas de nuliparidade, menor uso dos contraceptivos, maiores taxas de tabagismo e excesso de peso (2).

Contudo, as mulheres lésbicas e bissexuais americanas têm menor probabilidade de realizar uma mamografia, apesar da ACOG prever o rastreio por mamografia em todas as mulheres (2). Semelhante a ACOG, em Portugal a abordagem imagiológica da mama feminina é dirigida a todas as mulheres segundo as normas da Direção Geral de Saúde (10).

4.1.3 Cancro cervical

Uma metanálise de estudos internacionais revista por *McCune e Imburek* (2) demonstrou que as mulheres bissexuais sofrem mais de cancro cervical que as mulheres heterossexuais. Num outro estudo revisto (2) foi detetado o vírus papiloma humano (HPV DNA) em cerca de 30% das mulheres que faziam sexo com outras mulheres. Mesmo nas mulheres que não tiveram relações sexuais com homens, HPV DNA foi detetado em 19% e lesões Intra epiteliais escamosas em 14%.

Em conformidade, numa outra investigação analisada (2) 12,5% das mulheres testaram positivo para HPV DNA. Apesar das mulheres que fazem sexo com outras mulheres sem história de relação sexual com parceiro masculino terem menor probabilidade de ser HPV positivas, mais de 6% destas mulheres tinham HPV detetado.

Vários estudos revistos por *McCune e Imborek* (2) mostram disparidades no rastreio ao cancro do colo útero entre as mulheres lésbicas e mulheres bissexuais e as mulheres heterossexuais apesar das primeiras se encontrarem mais frequentemente associadas a altas taxas tabagismo, fator de risco ao cancro cervical.

Dados da *National Survey of Family Growth* indicam que mulheres com parceira sexual feminina têm menor probabilidade de realizar uma citologia em relação às mulheres heterossexuais. Apesar das baixas taxas de rastreio, as mulheres lésbicas e bissexuais têm um risco significativo de cancro cervical (2). Por um lado, muitos profissionais de saúde incorretamente concluem que as mulheres lésbicas não necessitam de rastreio ao cancro do colo do útero pois acreditam que estas têm baixo risco. Esta ideia assenta na presunção de que as mulheres lésbicas não têm relações sexuais com homens, o que nem sempre é verdade (3). Por outro lado, um estudo de *Charlton et al* (8) mostrou que crenças na saúde explicam 19% das disparidades na intenção de realização de citologias entres mulheres lésbicas e mulheres heterossexuais. As mulheres lésbicas não acreditam que são suscetíveis ao cancro cervical como as mulheres heterossexuais. Esta perceção de risco de saúde sexual foi encontrada noutros estudos.

Assim, fica claro que independentemente da orientação sexual da mulher, o as *guidelines* de rastreio e prevenção de cancro cervical devem ser dirigidas a todas as mulheres.

4.1.4 Cancro do endométrio

Como referido anteriormente, as mulheres lésbicas e bissexuais têm altas taxas de obesidade, tabagismo, nuliparidade e hipertensão, fatores de risco chave para o desenvolvimento de cancro endometrial (2). Os resultados entre as diferenças entre o cancro do endométrio nas mulheres lésbicas e bissexuais e as mulheres heterossexuais não é consensual. Numa meta-análise e revisão sistemática (2), mulheres lésbicas e bissexuais tinham taxas de cancro uterino mais baixas em relação a mulheres heterossexuais, sem diferença encontrada nas mulheres bissexuais. Estes dados são surpreendentes tendo em conta as altas taxas de fatores de risco para cancro do endométrio.

O diagnóstico do cancro do endométrio deve ser realizado em mulheres pós-menopausa com sangramento ou em qualquer mulher com sangramento uterino anormal independentemente da sua orientação sexual (2).

4.1.5 Cancro do ovário

Os fatores de risco para o cancro do ovário são semelhantes ao cancro do endométrio e cancro da mama, nomeadamente menor uso de contraceptivos e nuliparidade. Como mencionado previamente, as mulheres lésbicas e bissexuais podem estar em risco aumentado de cancro do ovário dado as taxas mais elevadas destes fatores de risco. Tal como o cancro do endométrio não existem *guidelines* para o rastreio do cancro do ovário pela ACOG (2).

4.1.6 Saúde Sexual- Contraceção

A literatura atual sugere que mulheres que fazem sexo com outras mulheres tem mais frequentemente gravidezes indesejadas que mulheres sem relações sexuais com outras mulheres (3,9). Isto salienta a importância de uma avaliação pessoal e individual das necessidades contraceptivas (9).

Alguns estudos alertam para o facto de a orientação sexual não prever práticas sexuais (2,8). Isto é, é importante termos presente que uma mulher que se identifique como lésbica pode ter ou já ter tido relações sexuais com pessoas do sexo masculino. De facto, um estudo (2) mostrou que 74% das mulheres lésbicas e 90% das mulheres bissexuais reportaram história sexual com parceiros femininos e masculinos. De acordo com o

referido anteriormente, um estudo do *National Survey for family Growth* (2) indicou que cerca de 47,8% das mulheres que se identificam como lésbicas e 72,4% das adolescentes que se identificam como bissexuais tiveram relações sexuais com um membro do sexo oposto.

Em consonância, num estudo de *Xu et al*, mencionado por *Everett et al* (8) 10% das mulheres lésbicas reportaram relação sexual com parceiro masculino no último ano e 84% reporta relação sexual com parceiro masculino em toda a vida.

Em relação aos métodos de contraceção, as mulheres lésbicas e bissexuais parecem ter mais comportamentos de risco como não usar barreiras na relação sexual anal ou vaginal. Num estudo realizado em mulheres universitárias revisto por *McCune e Imborek* (2), demonstrou-se que 60% das mulheres heterossexuais reportaram o uso de contraceptivo nas relações sexuais penianovaginais, comparando com 50% e 16% das mulheres bissexuais e lésbicas respetivamente. Contudo neste estudo, as mulheres bissexuais tinham significativamente maior probabilidade que as mulheres lésbicas e heterossexuais de usar preservativo durante o sexo penianoanais (2). De ressaltar ainda, que este estudo descobriu que 90% das mulheres não usa qualquer proteção na relação sexual oral. Esta disparidade pode dever-se às lacunas no conhecimento acerca dos riscos de transmissão de IST dentro desta população (2).

Um outro estudo qualitativo (2) realizado em raparigas de 14 a 18 anos mostrou que que as participantes muitas vezes não usam métodos barreira devido a perceção reduzida de risco nas relações entre pessoas do mesmo sexo, falta de conhecimento dos riscos e práticas sexuais seguras.

Relativamente ao *follow up*, um estudo (8) utilizou dados do *National Survey of Family Growth* de 2006-2015 para investigar as disparidades nos serviços de Contraceção e Reprodução, assim como o tipo de cuidados providenciados nestes locais. Foram exploradas as interações entre identidade sexual e recente sexo com homens, de forma a determinar se relações com homens influenciam o uso dos serviços de saúde Reprodutiva e Sexual por parte das mulheres que fazem sexo com outras mulheres, assim como a informação por elas recebida. Cerca de 17% das mulheres identificadas como lésbicas reportaram um parceiro masculino no último ano, assim como 88% das mulheres heterossexuais e 83% das mulheres bissexuais (8).

Neste estudo (8) verificou-se que as taxas de citologias e as taxas de prescrições de pílulas contraceptivas eram significativamente menores nas mulheres lésbicas em relação às mulheres heterossexuais. Quando comparadas às mulheres heterossexuais,

as mulheres bissexuais tinham prevalência semelhante em prescrições de pílulas contraceptivas, no entanto apresentavam taxas mais altas de rastreios de IST (8).

Em conformidade com o referido anteriormente, num estudo transversal de observação, descritivo quantitativo realizado em Franca (9), acerca de 338 Clínicos Gerais, das quais 165 responderam anonimamente a um questionário, demonstrou que desses 89,7% tinham um *follow up* diferente quando o utente se tratava de mulheres com relações sexuais com outras mulheres. Apenas 7,2% dos profissionais referidos mantinham o mesmo *follow up* independentemente de as mulheres terem ou não relações sexuais com outras mulheres. Em exceção das questões relativas à citologia no rastreio do cancro cervical, todas as outras questões nomeadamente contraceção, rastreios, prevenção de IST conduziam a diferenças quando paciente se tratava de uma mulher com relação sexual com outra mulher comparadas com as situações em que o profissional assumia uma relação heterossexual. Além disto, os riscos de IST e de gravidez não desejada foram desvalorizados pelos profissionais quando se tratava de mulheres com relações sexuais (9).

4.1.7 Saúde Sexual- Infecções Sexualmente Transmissíveis

Apesar da pouca pesquisa conduzida sobre as infeções sexualmente transmitidas nas mulheres lésbicas e bissexuais, estas mulheres podem participar em relações sexuais com homens e mulheres, o que as coloca em risco de adquirir IST (3). Infeções, incluindo vaginose bacteriana, candidíase, herpes e infeções pelo vírus papiloma podem ser contraídas por mulheres lésbicas (3).

Alguns estudos analisados por *McCune e Imborek* (2) reportam que mulheres lésbicas têm menor incidência de IST. Um dos estudos analisados indicou que cerca de 18% das mulheres lésbicas reportaram IST enquanto as 43 % das mulheres bissexuais e 42 % das mulheres heterossexuais reportaram IST (2). Contudo, num outro estudo (2) as mulheres bissexuais tinham cerca de 60% maior probabilidade de ter uma IST que os pares heterossexuais.

Um estudo de revisão realizado por *Takemoto MLS et al* (11) verificou que a vaginose bacteriana é a infeção mais prevalente nas mulheres lésbicas. A alta prevalência de vaginose bacteriana nestas mulheres em relação às mulheres heterossexuais em associação à falta de *guidelines* de rastreios, impõe um risco acrescido para estas mulheres, já que a vaginose bacteriana é fator de risco para a aquisição de IST, incluindo o HIV (11).

Nos cuidados ginecológicos, é importante que os profissionais de saúde rastreiam IST e forneçam aconselhamento de prevenção das mesmas, os profissionais devem ter consciência de que as mulheres lésbicas podem ter tido no passado relações sexuais com homens e da existência de algumas IST que podem ser transmitidas exclusivamente por atividade sexual por mulheres lésbicas (3).

Assim, os profissionais de saúde devem, independentemente da orientação sexual, encorajar práticas seguras de forma a reduzir o risco de transmissão das IST (3). Práticas de sexo seguro nas mulheres lésbicas e bissexuais inclui o uso de preservativos nos brinquedos sexuais, luvas, proteção dentária, *finger cots* e *cling films*, assim como evitar a partilha de dildos e brinquedos sexuais (3). Estas medidas preventivas não são ainda bem conhecidas quer pela maioria dos profissionais, incluindo os ginecologistas, quer pelas mulheres que fazem sexo com outras mulheres (9).

4.1.8 Dor pélvica crónica

Um estudo de revisão de *Robinson et al* (12) demonstrou que as mulheres bissexuais têm taxas elevadas de dor pélvica crónica, o que possivelmente estará relacionado com comportamentos de risco referidos anteriormente. Além disso, esta minoria sexual está mais sujeita a violência do parceiro íntimo e abuso infantil, o que pode predispor a esta dor funcional.

A dor crónica pélvica é muitas vezes associada a endometriose, este estudo (12) não encontrou diferenças entre as taxas de endometriose entre as mulheres lésbicas e as mulheres heterossexuais.

4.1.9 Síndrome do Ovário Poliquístico

A literatura relativa à prevalência da síndrome do ovário poliquístico nas mulheres lésbicas é escassa e pouco consensual. Um estudo prospetivo observacional (13) observou cerca de 680 mulheres que consultaram uma clínica de fertilidade em Londres. Destas mulheres, 254 identificavam-se como lésbicas e 364 como mulheres heterossexuais. *Agrawal et al* (13) demonstraram que as mulheres lésbicas tem maior taxa desta síndrome quando comparadas às mulheres heterossexuais (38% versus 14% respetivamente).

Além disso, neste estudo (13) as mulheres lésbicas tinham significativamente maiores taxas de determinantes desta síndrome, como ovários poliquísticos, hirsutismo, oligomenorreia e amenorreia quando comparadas às mulheres heterossexuais.

Da mesma forma, *DeSutter et al* (14) compararam as taxas de SOPC entre as mulheres lésbicas e heterossexuais que acederam a uma clínica de fertilidade na Bélgica. Este estudo (14) demonstrou que a orientação sexual das mulheres não tinha influência nas taxas de prevalência de SPOC ou nos fatores relacionados com esta síndrome.

Embora estes estudos forneçam informação relevante sobre a prevalência da síndrome do ovário poliquístico nas mulheres lésbicas, estes estudos apresentam limitações importantes, como o facto de amostra de mulheres analisada apenas incluir as mulheres que acederam a clínicas de fertilidade, assim como os critérios de diagnóstico escolhidos de SPOC (13,14).

Mais recentemente um estudo transversal (15) avaliou 211 mulheres que participaram num projeto de Pittsburgh sobre riscos em saúde, cerca de 114 das mulheres eram lésbicas e 97 heterossexuais. *H.A Smith et al* (15) não encontraram diferenças significativas nas taxas de SPOC entre as mulheres lésbicas e heterossexuais. Da mesma maneira, não foi encontrada diferença significativa nos fatores relacionados com SPOC, como o hirsutismo, oligomenorreia, acne, concentrações de testosterona e androstenediona nas mulheres lésbicas em comparação com as mulheres heterossexuais.

Em conformidade com referido anteriormente, em uma revisão sistemática e meta-análise de *Robison et al* (12) não foram encontradas diferenças estatísticas na prevalência de SPOC de acordo com a orientação sexual.

Assim é necessária maior investigação sobre este assunto, sendo crucial que nos futuros estudos se incluam as mulheres bissexuais.

4.1.10 Saúde Mental

McCune e Imborek analisaram vários estudos (2) que demonstraram que esta minoria sexual de mulheres têm maior probabilidade de sofrer de depressão, ansiedade e sofrimento psicológico em comparação com as mulheres heterossexuais. As mulheres lésbicas reportam stress causado por isolamento, estigmatização, falta de suporte familiar e falta de acesso a cuidados de saúde mental (3). Além disso, as mulheres lésbicas e bissexuais têm maior probabilidade de abuso de substâncias (3) e desordens alimentares (2). É importante que os ginecologistas estejam confortáveis em rastrear os utentes nestas situações e o façam regularmente conforme a indicação clínica (2).

4.1.11 Violência pelo parceiro íntimo

The National Intimate Partner Violence and Violence Survey demonstrou que as mulheres lésbicas e bissexuais têm ao longo da vida prevalências de violação, violência física ou perseguição por um parceiro íntimo, de cerca 43,8% e 61,1% respetivamente. Por outro lado, as mulheres heterossexuais têm uma prevalência de 35%, um número significativamente mais baixo (2).

Apesar destes números, os profissionais de saúde parecem ter menor probabilidade de identificar uma mulher com relações sexuais com pessoas do mesmo sexo como vítima de violência (2). Em adição a esta situação, uma revisão pelo *Williams Institute* (2) mostrou que os utentes LGBTQ têm pouca confiança nas capacidades dos profissionais de saúde em ajudar nestas situações.

Assim, os ginecologistas têm um papel importante no rastreio de IPV, devendo fornecer informações úteis sobre estas situações aos seus utentes (2,3).

4.2 A colheita da orientação sexual e da identidade de gênero na prática ginecológica

A prestação de cuidados de saúde é um processo multidisciplinar complexo. De forma a conhecer as necessidades individuais de cada doente, a organização de saúde deve nas suas atividades incorporar os conceitos de comunicação efetiva, competência cultural e cuidados médicos centrados nos utentes (1).

Como referido anteriormente, a orientação sexual e a identidade de gênero têm impacto na perceção da qualidade de vida e na saúde das pessoas LGBT. O conhecimento destes dados permite aos profissionais de saúde proporcionar cuidados de saúde adequados através da identificação de fatores de risco comuns nesta população e conseqüentemente provisão de aconselhamento e rastreios dirigidos (1).

4.2.1 Heterossexismo nos serviços de saúde

O heterossexismo, presunção de que todas as pessoas são heterossexuais, é uma atitude espalhada nos Serviços de Saúde (9,16–19). Com o objetivo de perceber o processo de divulgação da orientação sexual e a atitude do médico perante essa divulgação, um estudo realizado no Brasil (16) analisou entrevistas de 34 mulheres que tinham relações sexuais com outras mulheres. A maioria das mulheres que tinham relações sexuais com outras mulheres reportava ansiedade em revelar a sua orientação sexual ao ginecologista e apenas uma minoria dos ginecologistas questionava se as mulheres tinham relações sexuais com homens, mulheres ou ambos. Interessantemente, as mulheres que integravam grupos LGBT na comunidade, tinham maior probabilidade de divulgar a sua orientação sexual (16). Após a revelação da orientação sexual por parte das participantes, a maioria dos médicos reagiu com silêncio, julgamento, falta de conhecimento e discriminação. Mesmo após esta divulgação, a maioria dos médicos mantinha uma atitude heteronormativa. Uma exceção de profissionais de saúde teve atitudes recetivas e revelou conhecimento das necessidades específicas de saúde desta população de mulheres (16).

De forma concordante, um estudo realizado por *Soinio et al* (17) demonstrou que as mulheres bissexuais e lésbicas sentem a heteronormatividade um fator dominante nos cuidados de saúde, referindo que os profissionais de saúde muitas vezes utilizam expressões como “Tem namorado ou marido?” durante a realização da história clínica. Além disso, os médicos muitas vezes referiam a pílula contraceptiva, e quando as participantes referiram não a utilizar, os médicos explicavam a sua necessidade.

Relativamente ao panorama nacional, a associação ILGA de Portugal desenvolveu um projeto de investigação designado por “Saúde em Igualdade” (18) com o objetivo de conhecer as principais barreiras que as pessoas LGBT encontram nos cuidados de saúde em Portugal. Foi utilizado um questionário dirigido a pessoas LGB e a pessoas que independentemente de como se identificavam tinham comportamentos sexuais com pessoas do mesmo sexo. Este questionário incluía cerca de 70 questões relativas às experiências das pessoas LGB nas diversas áreas da Saúde, a maioria das questões eram de escolha múltipla. Foram analisadas várias áreas da Saúde incluindo Ginecologia. O questionário foi preenchido por cerca de 600 participantes dos quais 40% identificava-se como gay, 30% como lésbica, 26% como bissexual e 4% como heterossexual (18). À semelhança dos outros estudos referidos, este projeto mostrou que a invisibilidade face à orientação sexual é uma atitude enraizada nos serviços de saúde. De facto, dos 548 participantes que responderam à questão “Já alguma vez um profissional de saúde lhe perguntou diretamente sobre a sua orientação sexual e/ou comportamentos sexuais durante o atendimento, não pressupondo à partida que você seria heterossexual ou tem comportamentos sexuais exclusivamente com pessoas de sexo diferente?”, cerca de 83% respondeu que não (18).

A maioria dos participantes já tinha consultado um profissional de saúde que pressupôs que o participante era heterossexual ou que tinha comportamentos sexuais exclusivamente com pessoas de sexo diferente. Isto é, ao questionar as relações amorosas/sexuais o profissional de saúde não formulou as perguntas de modo a incluir a possibilidade de o utente poder ser gay, lésbica ou bissexual (18). As participantes referiram que os ginecologistas muitas vezes questionavam por métodos contraceptivos utilizados, pressupondo que estas tinham relações sexuais com homens. Importante ressaltar que neste estudo apenas 17% dos profissionais de saúde perguntava de forma e direta e clara aos utentes a sua orientação sexual e comportamento sexual (18).

Dado este pouco interesse por parte dos médicos em relação à orientação sexual dos utentes, cabe às próprias pessoas LGB revelar a mesma durante os cuidados médicos. No entanto, nesta investigação (18) cerca de 29% dos participantes nunca falou sobre a sua orientação sexual (ou comportamentos sexuais com pessoas do mesmo sexo) com nenhum profissional de saúde, independentemente da importância da informação para o tratamento do seu problema médico e 18% dos utentes divulga a sua orientação consoante o “grau de abertura” que sente da parte do profissional de Saúde. Cerca de 31% dos participantes já mentiram sobre a sua orientação sexual ou comportamentos sexuais numa consulta de saúde (18).

As presunções de heterossexualidade por parte dos profissionais de saúde conduzem possivelmente a tratamento inadequado destes utentes (17), além disso interferem no desenvolvimento de uma comunicação efetiva entre médico-doente e consequentemente no desenvolvimento de uma relação de confiança entre ambos. (1,8,17).

Assim, um passo fundamental de forma a promover uma relação efetiva é a abstenção por parte do profissional destas presunções relativamente à orientação sexual e identidade de género. Os profissionais não devem confiar em aparências externas na determinação da orientação sexual, estas informações devem partir do paciente (1). É fundamental o uso de linguagem inclusiva em todos os contatos com o doente, o profissional deve utilizar um vocabulário *gender neutral* (1,3), por exemplo ao abordar as relações do doente, o médico deve utilizar expressões como: “Que pessoa é importante na sua vida?” (1). Os profissionais de saúde devem estar atentos à linguagem que as próprias pessoas LGBT utilizam quando descrevem a sua orientação sexual, identidade de género e relações (1). Caso o profissional de saúde esteja inseguro em relação à identidade de género do paciente e da forma como este deseja ser abordado, deve fazer questões como: “Como prefere ser tratado?” ou “Qual o nome que prefere que lhe chame”(1,3,20).

4.2.2 A discriminação sentida pelas pessoas LGBT no meio clínico como entrave à divulgação da orientação sexual

De facto, a possibilidade de discriminação ou de um tratamento menos adequado é uma condicionante importante para não divulgação da sua orientação sexual pelas pessoas LGB (1,18,21).

No estudo da ILGA (18) referido anteriormente cerca de 17% dos participantes já foi alvo de discriminação ou tratamento desadequado. Estes episódios de discriminação foram mais incidentes nas áreas de Medicina Geral e Familiar e Ginecologia e incluem comentários ou expressões corporais que revelaram desconforto da parte do profissional de saúde ou mesmo dificuldades de contato depois deste ter referido a sua orientação sexual (18). Cerca 66% dos participantes referiu que o facto de antecipar que poderá ser discriminado/a ou tratado/a de forma menos adequada interferia na sua disposição para mencionar a sua orientação sexual e/ou comportamentos em consultas médicas (18).

Esta investigação (18) mostrou que as pessoas LGB muitas vezes sentem necessidade de escolher o profissional de saúde de forma a minimizar o risco de discriminação. Efetivamente dos 485 participantes que responderam, 39% já tinha procurado informação prévia sobre os profissionais de saúde ou serviços de saúde (através de outras pessoas LGBT ou através de associações LGBT), de forma a escolher um serviço profissional de saúde ou serviço de saúde em que o risco de discriminação fosse menor. Cerca de 31% refere procurar serviços de saúde privados para que possa escolher o/a profissional que o /a atende, diminuindo o risco de ser discriminado (18).

O facto de os espaços nos locais de saúde não apresentarem cartazes ou brochuras contra discriminação de pessoas LGBT dificulta a divulgação por parte do utente da sua orientação sexual (18).

No estudo da ILGA realizado em Portugal (18), cerca de 79% dos participantes nunca encontrou sinais visíveis em serviços de saúde como cartazes ou brochuras contra a discriminação de pessoas LGBT, que lhe proporcionasse algum conforto e expectativa de que naquele contexto, não seria discriminado em função da sua orientação sexual ou comportamentos sexuais com pessoas do mesmo sexo.

Assim aliado a comunicação efetiva, é importante criar um ambiente acolhedor que seja inclusivo (1,3,16,22). Alguns estudos mostram que os pacientes LGBT e as suas famílias têm especial atenção ao ambiente que os rodeia, sendo este importante para que se sintam bem recebidos e aceites (1,22) Deste modo, uma forma de demonstrar comprometimento na prestação de cuidados equitativos aos utentes LGBT, os hospitais devem postar políticas de não discriminação nas salas de espera e nas áreas de registo (3,16,22).

Um exemplo passa por colocar cartazes nos locais de saúde que afirmam “Este consultório aprecia a diversidade e não existe discriminação com base na raça, idade, incapacidade, estado civil, orientação sexual ou identidade de género” (3). Nas áreas comuns e salas de espera devem ser disponibilizados panfletos e outros materiais de leitura que incluam tópicos relevantes para as pessoas LGBT. Revistas com temas dedicados a pessoas LGBT, posters e informação sobre comunidades locais LGBT também devem ser disponibilizadas (1). A decoração e imagens devem incluir casais do mesmo sexo e famílias LGBT. Símbolos “*LGBT-friendly*” como a bandeira arco-íris, o triângulo cor-de-rosa ou sinal de zona segura devem ser exibidos em cartazes e formulários e até nos crachás dos profissionais de saúde coadjuvando a demonstração de cultura de aceitação (1,22).

A existência de casas de banho *gender neutral*/unissexo é marcante para que os utentes que não se sintam confortáveis com os estereótipos de género se possam sentir mais seguros e confortáveis (1,22).

4.2.3 A visão dos profissionais de saúde, estudantes de medicina e dos utentes acerca da importância da recolha de SO/GI

Alguns estudos indicam que os profissionais de saúde e os utentes têm perspetivas diferentes em relação à colheita de dados acerca da orientação sexual (21,23).

Um estudo de *Maragh-Bass et al* (21) explorou a visão dos utentes na importância da recolha de SO/GI, a perspetiva dos riscos e benefícios da mesma e por fim a perspetiva de riscos e benefícios da recolha de rotina de SO/GI sob o ponto de vista dos profissionais de saúde. Este estudo (21) mostrou que relativamente à importância da recolha de SO/GI, os utentes tinham maior probabilidade de reconhecer a importância do conhecimento da sua orientação sexual e identidade de género por parte dos profissionais dos Cuidados de Saúde Primários em comparação com os profissionais de saúde do Departamento de Emergência (21). Estudos anteriores sugerem que as pessoas LGBT geralmente reconhecem a importância da recolha de SO/GI, independentemente do local de cuidados médicos. Neste estudo (21) os utentes reconheciam maior importância da colheita destes dados nos cuidados de saúde primários em relação aos serviços de urgência.

Por outro lado, relativamente aos benefícios da recolha de SO/GI cerca de 74% dos profissionais de Saúde concordava fortemente que a recolha de SO os iria ajudar a compreender o doente de uma forma mais holística, enquanto 49% dos utentes reforçaram este benefício (21). Além disso, os profissionais de saúde tinham maior probabilidade de reportar que a recolha da orientação sexual podia ajudar os profissionais de saúde a fornecer um melhor rastreio para doenças e condições médicas (21). Em outro ponto de vista distinto, a maioria dos utentes considerou que o maior benefício seria a possibilidade de cuidados individualizados, enquanto a maioria dos profissionais salienta melhores interações médico- doente (21).

Este estudo (21) mostrou uma marcante diferença na perceção dos profissionais e dos utentes em relação aos riscos da colheita de SO/GI. Cerca de 80% dos profissionais de saúde consideraram que a colheita dos dados relativos à orientação sexual podia ofender os utentes, enquanto apenas 11% dos utentes concordava que poderia ser

ofensivo. E ainda, de forma semelhante 78% dos profissionais de saúde considerava que os doentes se iriam recusar a revelar a orientação sexual, comparado com 10% dos doentes. A maioria dos profissionais citava como risco da colheita de SO/GI a possibilidade de desconforto/ofensa por parte do utente. Em contraste, a maioria dos utentes comentava como *bias*/discriminação como risco mais frequente (21).

Um estudo de *Haider et al* com método misto (23), comparou a visão dos utentes e dos médicos sobre a colheita de rotina da orientação sexual através de entrevistas clínicas qualitativas, realizadas a 53 utentes e 25 profissionais de Saúde e a disposição dos utentes e dos profissionais em fornecer/obter informação relativa à orientação sexual através de questionários realizados em 1516 utentes (244 lésbicas, 289 gays, 179 bissexuais e 804 heterossexuais e 429 profissionais de saúde do Departamento de Emergência (23).

De forma concordante com *Maragh-Bass et al*, este estudo (23) demonstrou que os profissionais de Saúde e os utentes têm visões discordantes. As entrevistas clínicas sugerem que os utentes tinham menor probabilidade de recusar fornecer a orientação sexual ao contrário do que os profissionais de saúde esperavam. No resultado do questionário 154 utentes (10,3%) recusaram fornecer a sua orientação sexual, enquanto 333 (77,8%) pensavam que os utentes se recusariam a fornecer dados sobre a orientação sexual. Tanto os profissionais de saúde como os utentes identificaram o método não verbal auto reportado como preferido para a divulgação da orientação sexual (23).

Os dados deste estudo revelam que os indivíduos bissexuais têm maior probabilidade de recusar reportar a sua orientação sexual em relação aos indivíduos heterossexuais e que as mulheres lésbicas têm menor probabilidade de recusar fornecer dados sobre a sua orientação sexual em comparação com os homens gays (23).

Assim, estes estudos sugerem que o medo dos profissionais em ofender o utente não assenta nas preocupações/ visão do doente, sendo necessário implementar programas de educação médica e treino que abordam estes assuntos de forma a evitar discrepâncias (21,23).

Com objetivo de perceber a perceção dos estudantes de medicina sobre as barreiras que as pessoas LGBT enfrentam nos cuidados de saúde e a importância do conhecimento da orientação sexual e identidade de género, um estudo qualitativo (24) avaliou a opinião de estudantes em 5 anos de escolaridades diferentes em relação a vários pontos,

nomeadamente a importância de que os médicos conheçam SO/GI, interações das pessoas LGBT com os cuidados de saúde, métodos para recolha de SO/GI.

A maioria dos participantes considerava que o uso incorreto de pronomes e a discriminação seriam as principais causas para que a maioria dos pacientes LGBT não revelasse a sua orientação sexual. Assim muitos consideraram que um ambiente de heteronormatividade é uma barreira frequente nos cuidados de saúde de pessoas LGBT. Curiosamente, muitos dos participantes consideravam que o conhecimento da identidade de género é mais importante que a orientação sexual. Os alunos indicavam que a orientação sexual e identidade de género deviam ser questionadas apenas quando tivessem interesse médico. Contudo os estudantes consideravam que perante este conhecimento, o médico tem capacidade de um cuidado holístico adequado (24).

4.2.4 Recomendações na recolha de SO/GI

Em 2011, *The Joint Commission* reforçou a importância da inclusão de questões relativas à orientação sexual e identidade de género na colheita de dados, afirmando a necessidade de informação precisa (21,25). De facto, o reconhecimento de diferentes aspetos da comunidade LGBT como status de relacionamento, comportamentos sexuais, sexo e identidade de género permite aos médicos um melhor entendimento do background, experiências e necessidades específicas de saúde das pessoas LGBT (1). Neste sentido, esta comissão desenvolveu um guia para os cuidados de saúde em pessoas LGBT designado *LGBT Guide*. Neste guia encoraja os hospitais a adotar diversas estratégias e práticas, de forma a criar políticas e programas que respondam às necessidades específicas desta população (1).

The Joint Commission considera que existem numerosas oportunidades de colheita destes dados durante os encontros com os profissionais de saúde (1). A maioria da informação acerca da orientação sexual é fornecida durante a realização da história clínica, não obstante a pertinência dos dados, deve ser assegurado que a divulgação da orientação sexual e identidade de género é voluntária (1,25) No entanto, reforça também que é necessário que se determinem mecanismos de forma a que estas informações fiquem inscritas nos registos clínicos. Assim, no processo de colheita de dados, os processos de registo devem permitir a designação do status de relacionamento (como identificação de um parceiro do mesmo sexo) e a identidade de género (1,16) Além destes dados, a informação relativa aos pronomes preferidos e pronomes de género também deve ser incluída(1,16,25).

Em maio 2012, face às barreiras aos cuidados de saúde sentidas pelas mulheres lésbicas e bissexuais, a ACOG recomendou várias mudanças no atendimento hospitalar dirigidas aos ginecologistas e obstetras (3). Nas quais incluíram a modificação de registos de saúde e questionários, que passam a incluir a identificação do estado da sua relação e comportamento sexual. Exemplos incluem: “É solteiro, casado, viúva ou divorciado ou vive em união de facto?”, “Tem sido sexualmente ativo com alguém, homem, mulher ou ambos?”, “Sente-se atraído sexualmente por homens, mulheres ou ambos?” “O formulário deve permitir que a resposta a estas questões seja opcional. Caso o doente não responda pode ser questionado em pessoa (3).

Em outubro de 2015 *U.S Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS)* e *The Office of the National Coordinator for Health Information Technology (ONC)* anunciaram que iriam requerer que todos os registos eletrónicos de saúde tivessem a capacidade de colher a orientação sexual e identidade de género dos pacientes sob Programa de Incentivo Meaningful Use(21,25). A inclusão de SO/GI nos critérios demográficos pelo Programa de Incentivo Meaningful Use é um dos importantes passos que o governo dos Estados Unidos tomou de forma a promover um melhor entendimento sobre as disparidades na saúde LGBT e de forma a reduzir as mesmas (25).

Em junho de 2015, numa convenção promovida por estas entidades, foram identificados os passos essenciais para tornar a colheita de SO/GI uma realidade nos meios hospitalares. Nestes inclui-se o treino dos profissionais e oferta assistência técnica sobre a forma como devem questionar e colher corretamente os dados relativos a SO/GI. O diálogo e educação da comunidade foram considerados primordiais, sendo necessária a fomentação para a importância destes dados junto dos membros da comunidade LGBT, referenciando a aplicabilidade e a confidencialidade dos mesmos (25). Estas implementações quer no software quer no “novo comportamento” dos profissionais de saúde requerem avaliações e revisões iterativas de forma a assegurar que as informações recolhidas são válidas internamente e que o seu uso e acesso pelos profissionais é intuitivo. Mais uma vez, todas estas medidas propostas na recolha de dados centram-se no encontro de necessidades específicas e diminuição das disparidades nos cuidados de saúde existentes (25).

Mais recentemente, os indivíduos LGB foram identificados com um grupo-alvo para melhoria dos cuidados de saúde pela *Healthy People 2020* (23). O *US Department of Health and Human Services* e *The Institutes of Medicine* recomendam a colheita da orientação sexual por rotina nos questionários de saúde e nos registos eletrónicos (23).

Com o objetivo de abordar as barreiras institucionais e reduzir as disparidades nas mulheres que fazem sexo com outras mulheres, um estudo recente (20) desenvolveu o processo essencial no desenvolvimento de uma clínica LGBTQ, que pode ser utilizado em qualquer centro acadêmico médico. O desenvolvimento desta clínica pode ser assim um guia para tornar diversos serviços de saúde mais inclusivos, culturalmente competentes, seguros e acolhedores. Esta clínica também se tornou uma oportunidade para procurar e analisar os *outcomes* clínicos desta população (18). Neste processo são reforçadas várias medidas anteriormente mencionadas, nomeadamente a inclusão da orientação sexual nos registos eletrónicos junto com outros dados demográficos. Semelhante às recomendações pelas diversas organizações anteriormente faladas, *Nisly et al* consideram esta etapa o passo essencial no desenvolvimento deste programa (20).

As tabelas 1-3 sumarizam os pontos chave na identificação das pessoas LGBTQ e conceitos importantes relacionados com o sexo, género, orientação sexual, comportamento sexual. Assim, estes dados devem ser incorporados no registo eletrónico do paciente. O primeiro contato com o doente com serviços de saúde é muitas vezes feito junto das rececionistas na criação de um perfil do doente o que permite que a recolha de SO/GI seja feita antes da visita médica. Além disso, o uso desta tecnologia nos registos facilita o ambiente confidencial. Segundo os autores, estes dados devem ser acedidos em todos os níveis de saúde, em todas as referências do doente de qualquer serviço, nos registos de agendamento, registos médicos e requisições de radiologia. Outra prática importante é oferecer a todos os pacientes independentemente do género, idade ou identidade, a oportunidade de declarar o nome preferido dele e os pronomes. É importante notar que a identidade de género e comportamento sexual são muito diferentes em pessoas que se identificam como lésbicas, gay, bissexual, pansexual, assexual, queer e hétero. No desenvolvimento desta clínica é também dada especial atenção ao ambiente, em particular na existência de casas de banho *gender neutral* ou inclusivas (20).

Tabela 1.1 - Colheita de dados relativos à orientação sexual -Parte I (Retirado de *Nisly et al (20)*)

No que diz respeito à orientação sexual, pensa em si como:

1. Heterossexual
2. Prefiro não responder
3. Não percebi a questão
4. Prefiro discutir com o profissional de saúde
5. Outras opções

Tabela 1. 2- Colheita de dados relativos à orientação sexual -Parte II (Retirado de *Nisly et al (20)*)

Por favor, se selecionou mais opções, no que diz respeito à sua orientação sexual, pensa em si como:

1. Gay
2. Bissexual
3. Homossexual
4. Pansexual
5. Questioning
6. Outras opções (texto livre)

Tabela 2.1 - Colheita de dados relativos ao comportamento sexual: género do(s) parceiro(s) sexual(ais) passado(s)-Parte I (Retirado de *Nisly et al (20)*)

Por favor, selecione o género do(s) seu(s) parceiro(s) sexual(ais) passado(s)

1. Homens
2. Mulheres
3. Nenhum
4. Não percebi a resposta
5. Prefiro discutir com o profissional de saúde
6. Prefiro não responder
7. Outras opções

Tabela 2.2 - Colheita de dados relativos ao comportamento sexual: género do(s) parceiro(s) sexual(ais) passado(s) -Parte II (Retirado de *Nisly et al (20)*)

Por favor caso tenha selecionado outras opções, selecione o género do(s) parceiro (s) sexual(ais) passado(s)

1. Homem transgénero
2. Mulher Transgénero
3. Pessoa não binárias
4. Outras opções (texto livre)

Tabela 3.1- Colheita de dados relativos ao sexo à nascença e identidade de género -Parte I (Retirado de *Nisly et al (20)*)

Qual é o seu sexo à nascença?

1. Homem
2. Mulher

Com que género se identifica?

1. Homem
2. Mulher
3. Outras opções

Tabela 3.2- Questionário para as diversas identidades de género (Retirado de *Nisly et al (20)*)

Caso tenha selecionado outras opções, por favor especifique o género com o qual se identifica:

1. *Gender queer*
2. *Gender variant*
3. Intersexo
4. Não binária
5. *Third Gender*
6. Mulher trans
7. Homem trans
8. Outras opções (texto livre)

4.3 Treino dos profissionais de saúde e dos estudantes de medicina

4.3.1 O conhecimento dos estudantes de medicina sobre os assuntos em saúde das pessoas LGBT

A literatura atual demonstra que os estudantes de medicina carecem de conhecimentos nos assuntos de saúde das pessoas LGBT, não se sentindo competentes no cuidado destes utentes (24,26–28). Os estudantes revelam-se pouco confortáveis com a realização da história sexual e a discussão de práticas sexuais, apontando o treino inadequado como principal fator (26–28).

Num estudo (27) realizado numa Instituição dos Estados Unidos, os estudantes de medicina e os internos realizaram um questionário com 10 questões, que abordava o conhecimento, conforto e treino na realização da história sexual com atenção aos utentes LGBT. *Hayes et al* (27) demonstrou que os estudantes de medicina e os internos sentiam-se significativamente menos confortáveis na realização da história sexual e discussão de assuntos de saúde com utentes LGBT em relação aos outros utentes. Contudo, os participantes reconheciam a necessidade de compreender os assuntos de saúde de todos os utentes, incluindo os doentes LGBT. Curiosamente os internos reconheciam menor importância nos assuntos LGBT em relação aos estudantes de medicina. Como formato ideal para o treino futuro, os participantes referiram principalmente entrevistas estandardizadas com os utentes. Outras opções de treino incluíam palestras, vídeos tipo role play, painéis de discussão e módulos online (27).

Uma investigação realizada por *Whalen et al* (26) aos estudantes de medicina do quarto ano da Universidade de Lausanne, na Suíça, demonstrou que apenas uma hora de aula sobre assuntos de saúde específicos de adolescentes LGBT pode aumentar o conhecimento dos alunos nesta matéria. Neste estudo 157 estudantes realizaram dois questionários, um questionário pré-aula sobre saúde LGBT e um questionário pós aula. De modo discordante com o referido anteriormente este estudo demonstrou que mesmo antes da palestra os alunos já possuíam uma atitude favorável com as pessoas LGBT e um algum conhecimento sobre as suas necessidades específicas. Por outro lado, este estudo verificou um aumento muito significativo nos conhecimentos das necessidades específicas de saúde das pessoas LGBT após um mês de aula (26).

De acordo com o referido anteriormente, *Jamieson et al* (24) refere que devem ser feitos esforços para incluir formas que facilitem a divulgação da orientação sexual e identidade de género dos utentes LGBT no currículo dos estudantes de medicina de forma a aumentar a competência dos futuros médicos nas interações com utentes LGBT.

4.3.2 A influência do treino dos profissionais em matéria LGBT na sua prática clínica

O atual défice no treino dos profissionais de saúde tem possivelmente contribuído para as disparidades nos cuidados de saúde das pessoas LGBT (16,20,29,30) Uma investigação realizada pela Lambda Legal mostrou que cerca de 49% das pessoas LGB consideravam que a falta de treino dos profissionais de saúde constitui uma barreira significativa aos seus cuidados de saúde (29).

Um estudo (29) explorou a influência do treino dos ginecologistas e obstetras nas suas atitudes, conhecimento e prestação de cuidados às pessoas LGBT através de um questionário de 32 itens, desenvolvido com a colaboração da ACOG. De forma a perceber as características que suscitam mais interesse sobre a saúde das pessoas LGBT, os profissionais foram questionados sobre a sua própria autoidentificação relativamente à orientação sexual, a presença de pessoas LGBT na sua vida pessoal ou em ambientes clínicos (29).

Cerca de 54,7% dos participantes nunca tinha recebido treino formal nas necessidades específicas de saúde LGBT. Os obstetras e ginecologistas que se identificavam com LGBT ou que conheciam pessoas próximas LGBT tinham significativamente maior probabilidade de ter recebido treino formal. Este facto salienta a importância de melhorar a familiarização dos profissionais de saúde com os assuntos LGBT, através de simulações e da participação da comunidade (1,3,29). *Cook et al* (30) refere que os ginecologistas de forma a melhorar a sua competência cultural, devem procurar informação sobre as pessoas LGB e as suas experiências junto das organizações LGBT (3,22,30). Também no seu artigo, *Waryold and Kornahrens* (22) recomendam o envolvimento dos profissionais de Saúde em diversas associações dedicadas a assuntos LGBT, nomeadamente *The National LGBT Health Education Center*, *National Coalition for Sexual Health*, *GLMA (Health Professionals Advancing LGBT Equality)* e *Parents and Family and Friends of Gays and Lesbians*). Neste artigo (22) são disponibilizados os websites destas associações e as publicações de relevo nesta

matéria. Assim, ao envolver-se ativamente com os utentes LGBT, as suas famílias e a comunidade, a organização de saúde pode compreender e responder às necessidades de saúde específicas da população LGBT (1,22) Aliado a isto, a organização de saúde deve também encorajar a colaboração da comunidade nomeadamente através do feedback das políticas de saúde e políticas de não discriminação adotadas (1).

Mehta et al (29) demonstraram uma associação significativa entre o treino e adoção de práticas recomendadas pela ACOG. Os profissionais de saúde com treino formal apresentavam maior probabilidade de inquirir a orientação sexual e identidade de género do utente. Além disso, estes profissionais de Saúde apresentavam maior probabilidade de adoção de outras medidas, como uso de vocabulário *gender neutral*, modificação dos formulários de forma a incluir SO/GI e publicações de medidas não discriminatórias. Os profissionais de saúde com história de treino apresentavam também maior probabilidade de acertar questões acerca de conhecimento de base em saúde LGB quando comparados aos profissionais de saúde sem treino (29).

Este estudo também avaliou a relação entre treino e o conforto dos profissionais com utentes LGB. Curiosamente, o treino dos profissionais não se associava a maior conforto dos profissionais de saúde com os utentes LGB (29). Relativamente às razões pelas quais os profissionais sentem desconforto nos cuidados com pessoas LGB, aproximadamente 35% dos profissionais referiu a falta de perícia/conhecimento médico nessa área e 16,3% referiu crenças e valores pessoais (29).

A maioria dos participantes (60,6%) reportou o desejo de treino estruturado na saúde LGBT com o objetivo de melhorar os cuidados de saúde nesta população mais vulnerável. Os profissionais de saúde que já tinham recebido formação apresentavam mais interesse em receber mais treino do que os profissionais de saúde que não tinham recebido treino estruturado no passado (29).

Em concordância com o referido anteriormente, no desenvolvimento de uma clínica LGBT protótipo foi integrado um programa cultural inclusivo de treino desenvolvido pela Universidade de Iowa designado de “Safe Zone Project” destinado a todo o staff da linha da frente, staff clínico e profissionais de saúde que cuidam pessoas LGBTQ (20). A educação apropriada sobre a terminologia de SO/GI e o seu uso consistente resultou num ambiente significativo de conforto nos utentes e na melhoria no nível de confiança nos profissionais de saúde (20).

Assim, estes estudos demonstram a importância do desenvolvimento e implementação de programas de treino que ajudem a melhorar a familiaridade dos profissionais com os problemas dos indivíduos LGBT (20,29).

4.3.3 *Guidelines* ao treino formal

A educação e o treino dos profissionais de saúde são a componente chave de suporte à mudança da prática clínica dos utentes LGB (22,23), sobretudo no que diz respeito à colheita da orientação sexual (23).

O *LGBT Guide* (1) estabelecido pela *The Joint Commission* inclui várias recomendações sobre como a organização de saúde deve incorporar informação acerca dos assuntos LGBT no treino dos profissionais. Segundo este guia, os hospitais devem oferecer a todos os profissionais de saúde treino de alta qualidade que os prepare para providenciar cuidados de saúde justos, bem informados e acolhedores aos pacientes LGBT e as suas famílias (1). Existem vários métodos que podem ser utilizados no treino dos profissionais. Devem ser usadas várias abordagens, como por exemplo apresentações em *PowerPoint* com informação sobre saúde das pessoas LGBT e links de acesso a sites com informação fidedigna e útil. Nas reuniões de serviço, a educação LGBT pode ser feita através da distribuição de brochuras/ panfletos sobre este tema. Deve ser considerado o treino autónomo de forma a fornecer informação abrangente sobre as necessidades de saúde LGBT. O material educacional e o treino devem ser atualizados regularmente (1).

Além disso, o hospital deve encorajar a comunicação entre o staff através da realização de fóruns onde os profissionais de saúde possam discutir abertamente preocupações e questões acerca da saúde LGBT. Este tipo de reuniões permite que se identifiquem potenciais barreiras à comunicação efetiva e tratamento das pessoas LGBT. Alguns profissionais podem ter preconceitos de longa data ou sentimentos negativos devido à falta de familiaridade, ignorância ou crenças religiosas. Assim, a criação de um fórum que promova um diálogo honesto e aberto, onde é seguro explorar estas barreiras e colocar questões sem julgamentos pode facilitar uma comunicação mais efetiva (1).

As organizações de saúde podem também organizar atividades com programas educacionais e atividades de consciencialização sobre a saúde desta população que comemorem eventos LGBT como o *Pride Month* ou *National Coming Day* (1).

O treino do staff médico é um componente particularmente importante na recolha de dados relativos apropriada. Além de definir o tipo de informação relativa à orientação sexual e identidade de género que deve ser colhida, a própria organização de saúde deve assegurar que os profissionais de saúde explicam aos utentes a importância dos dados e a forma como vão ser usados. O treino deve enfatizar que a informação colhida não vai ser usada para facilitar a discriminação do paciente em nenhum sentido, assim como a privacidade da mesma (1).

5. Discussão

Os resultados deste estudo apontam para a existência de várias necessidades específicas em saúde nas mulheres lésbicas e bissexuais, às quais os profissionais de saúde, em especial os ginecologistas devem estar atentos. As mulheres lésbicas e bissexuais tem taxas maiores de comportamentos de risco nomeadamente tabagismo, excesso de consumo de álcool e nuliparidade. Estes fatores associam-se a várias doenças crónicas, como cancro da mama e cancro cervical, no entanto o rastreio destas patologias é desvalorizado pelos profissionais de saúde.

Os estudos mostram que as taxas prescrições de pilulas contraceptivas e as taxas de rastreios das IST é semelhante entre as mulheres bissexuais e mulheres heterossexuais. No entanto, as mulheres lésbicas possuem taxas significativamente menores de prescrição de pilulas contraceptivas e taxas de rastreio de IST em relação às mulheres heterossexuais. Isto, parece resultar da presunção dos profissionais de saúde de que uma mulher lésbica não tem ou teve relações sexuais com parceiros masculinos e que por isso não se encontra em risco acrescido de IST ou de engravidar, revelando a importância não só do conhecimento da orientação sexual, mas também do comportamento sexual das utentes. O número de gravidezes indesejadas entre as mulheres lésbicas e bissexuais reitera o insuficiente aconselhamento contraceptivo dado pelos profissionais de saúde a estas mulheres.

Assim, os ginecologistas devem receber formação nesta área Reprodutiva e Sexual e devem ser formuladas *guidelines* que abordem o rastreio e prevenção das IST nesta minoria de mulheres. Da mesma forma, as mulheres lésbicas e bissexuais devem receber informação sobre práticas sexuais seguras.

A literatura é unânime, as mulheres lésbicas e bissexuais possuem taxas maiores de depressão e de ansiedade em relação às mulheres heterossexuais. Estudos sugerem que as mulheres bissexuais sofrem de dor pélvica crónica mais frequentemente que as mulheres heterossexuais. Apesar da associação frequente entre dor pélvica crónica e endometriose, ainda não existem estudos relativos à prevalência de endometriose nas mulheres bissexuais, os resultados desta investigação salientam a importância destes estudos no futuro.

Seria preponderante no futuro comparar a prevalência de dismenorreia entre as mulheres lésbicas e bissexuais e as mulheres heterossexuais, não foram encontrados artigos relativos a esta matéria.

Vários estudos indicam que as mulheres desta minoria sexual acedem aos serviços de saúde com menor frequência que as mulheres heterossexuais, assim seria relevante

realizar investigações que comparem as taxas de adesão terapêutica entre estas mulheres.

A discriminação sentida e o heterossexismo sentida pelas mulheres lésbicas e bissexuais sublinham a importância do uso de linguagem inclusiva pelos profissionais de saúde, assim como criação de espaços inclusivos nos serviços de saúde.

Apesar da recomendação clara dos últimos estudos e das várias associações LGBT, que o ginecologista questione a orientação sexual das mulheres, muitos médicos podem não sentir-se confortáveis ou ter receio de ofender o utente. De facto, muitos estudos demonstram que os médicos não se sentem confortáveis no cuidado dos utentes LGBT graças ao receio de ofender o doente. Aliás, a maioria dos profissionais de saúde considera que os utentes LGBT recusariam fornecer a sua orientação sexual enquanto uma minoria de utentes LGBT referia recusar fornecer a sua orientação sexual. Isto demonstra que além de cumprir estas recomendações é fundamental que o profissional de saúde desenvolva a sua competência cultural nos assuntos LGBT, que se envolva junto das associações LGBT locais e que fomente o seu conhecimento sobre as necessidades específicas de saúde dos utentes LGBT.

Outra das razões que levam o profissional de saúde muitas vezes a não questionar SO/GI é a falta de preparação específica. Também os estudantes de medicina revelam fraco conhecimento na saúde LGBT.

De facto, o treino dos profissionais de saúde e a inserção de matérias LGBT na educação médica dos estudantes, revelam-se essenciais. Ao contrário do que se podia pensar, dada a discriminação e heterossexismo existentes nos cuidados de saúde, os estudantes e os profissionais de saúde que não tinham formação em matéria em saúde LGBT mostraram-se motivados na realização de treino formal nessa matéria.

A evidencia científica mostra que os profissionais de saúde com treino formal nos assuntos LGBT, sentem-se mais confortáveis com os utentes e seguem as recomendações da ACOG. Contudo, apesar da evidência na mudança de comportamento dos profissionais de saúde com o treino formal, não existem estudos nas possíveis melhorias dos *outcomes* clínicas das pessoas LGBT e redução efetiva das disparidades sentidas, e este será um campo pertinente de investigação futura.

6. Conclusão e Perspetivas Futuras

O impacto da orientação sexual e da identidade de género na saúde dos utentes é inegável. As mulheres lésbicas e bissexuais apresentam taxas mais elevadas de comportamentos de risco como tabagismo, obesidade e consumo excessivo de álcool, o que conseqüentemente leva a maior taxa de doenças crónicas. Além disso, as mulheres lésbicas e bissexuais apresentam maior probabilidade de sofrer de depressão, abuso de substâncias e violência íntima pelo parceiro. Apesar de apresentarem taxas mais elevadas de diversos fatores de risco para o cancro da mama como nuliparidade, menor uso de contraceptivos, tabagismo e excesso de peso, estas mulheres realizam menos mamografias quando comparadas às mulheres heterossexuais. Do mesmo modo, apesar do risco existente de cancro cervical, estas mulheres apresentam taxas baixas de rastreio quando comparadas às mulheres heterossexuais. Estes dados demonstram a incapacidade dos serviços de saúde em responder às necessidades específicas desta população. Face a estas evidências, urge a necessidade de os profissionais de saúde, incluindo os ginecologistas promoverem tratamento adequado a todas as mulheres independente da sua orientação sexual. A recolha da SO/GI nos cuidados de saúde e o seu registo junto de outros dados demográficos é o passo primordial para identificação das mulheres lésbicas e bissexuais, permitindo assim a promoção de rastreios específicos e tratamentos dirigidos.

À semelhança do que acontece a nível internacional, em Portugal permanece um clima de discriminação e heterossexismo nas instituições médicas que fomenta a invisibilidade das mulheres lésbicas e bissexuais na saúde. Em consequência deste ambiente pouco inclusivo as mulheres pertencentes a esta minoria sexual não se sentem confortáveis em divulgar a sua orientação ou mesmo em aceder aos serviços de saúde.

A comunidade científica nacional tem menosprezado as disparidades sentidas por estas mulheres, atualmente a Sociedade Portuguesa de Ginecologia não apresenta recomendações aos profissionais de saúde dirigidas às mulheres lésbicas e bissexuais. No dia 1 de julho de 2019, o Ministério da Saúde português lançou uma estratégia nos cuidados de saúde em pessoas LGBTI, no entanto a primeira etapa desta estratégia é dedicada a pessoas trans e intersexo, perpetuando a lacuna existente nos cuidados de saúde das mulheres lésbicas e bissexuais.

A exceção do estudo da ILGA, em Portugal a informação relativa a assuntos LGBT é praticamente nula. No entanto, este estudo está em conformidade com a literatura

internacional, sugerindo que as recomendações feitas pela ACOG, quer pelos diversos estudos analisados, beneficiariam as mulheres lésbicas e bissexuais portuguesas.

Assim, é imperativo que o sistema de saúde português reconheça este problema e tome medidas de resolução. A ACOG formulou várias recomendações a serem seguidas pelos ginecologistas que poderão ser úteis na prática clínica em Portugal, nomeadamente:

- 1) Informar todos os rececionistas e outros staff de que todos os utentes independentemente da sua orientação sexual ou identidade de género deverão ser bem acolhidos e tratados.
- 2) Os formulários de entrada e questionários devem permitir que os utentes identifiquem o seu comportamento sexual e orientação sexual de forma opcional.
- 3) Políticas antidiscriminação devem estar presentes nas áreas de receção dos serviços de Ginecologia
- 4) Uso de linguagem inclusiva e termos *gender neutral* com todos os utentes
- 5) Os profissionais de saúde devem ser fonte de informação acerca da saúde destas mulheres. Devem ser fornecidos aos utentes materiais de educação e lista de associações LGBT da comunidade.

Assim um futuro mais inclusivo nos serviços de saúde portugueses, passa pela adaptação do funcionamento das instituições médicas, nomeadamente na alteração dos registos eletrónicos dos utentes e na alteração do próprio ambiente das salas de espera e dos gabinetes médicos, tornando os locais de cuidados de saúde seguros e acolhedores.

É fundamental a inserção de assuntos dedicados às necessidades específicas em saúde desta população na educação médica e no treino de todos os profissionais de saúde, em especial dos ginecologistas e dos médicos dos cuidados de saúde primários.

Em suma, as disparidades sentidas em saúde pelas mulheres lésbicas e bissexuais são um problema marcante que tem vindo a ser banalizado. O artigo 64º da constituição portuguesa afirma que todos tem direito à proteção da saúde e o dever de a defender e a promover. No sentido de tornar os cuidados de saúde adequados para todas as mulheres independente da sua orientação sexual é necessária a colaboração das próprias organizações de saúde, das comunidades científicas, das associações LGBT, de todos profissionais de saúde, dos estudantes de medicina e dos próprios utentes LGBT. Ao longo desta dissertação fica clara a necessidade de implementação de políticas públicas e programas em Portugal, já observadas noutros países, que respondam às necessidades desta minoria sexual e promovam uma verdadeira Igualdade em Saúde.

7. Referências Bibliográficas

1. The Joint Commission. Advancing Effective Communication, Cultural Competence and Patient-and Patient-Family Centered Care for Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender (LGBT) Community, A Field Guide [Internet]. Oak Brook, IL; 2011 [citado 12 de Setembro de 2020]. Disponível em: https://www.jointcommission.org/-/media/enterprise/tjc/imported-resource-assets/documents/lgbtfieldguide_web_linked_verpdf.pdf?db=web&hash=1EC363A65C710BCD1D4E14ED120CB237
2. McCune KC, Imborek KL. Clinical Care of Lesbian and Bisexual Women for the Obstetrician Gynecologist. Clin Obstet Gynecol [Internet]. Dezembro de 2018 [citado 21 de Novembro de 2020];61(4):663–73. Disponível em: <https://journals.lww.com/00003081-201812000-00004>
3. ACOG Committee on Health Care for Underserved Women. Committee Opinion No. 525. Obstet Gynecol [Internet]. Maio de 2012 [citado 21 de Novembro de 2020];119(5):1077–80. Disponível em: <http://journals.lww.com/00006250-201205000-00038>
4. Johnson SR. Foreword: Caring for Lesbians, Bisexual Women, Transgender, and Gender Nonconforming People. Clin Obstet Gynecol [Internet]. Dezembro de 2018 [citado 21 de Novembro de 2020];61(4):643–5. Disponível em: <https://journals.lww.com/00003081-201812000-00002>
5. Costa JA. Censos 2021, entre o dever cívico e invasão da privacidade. Público [Internet]. 6 de Abril de 2021 [citado 7 de Abril de 2021]; Disponível em: <https://www.publico.pt/2021/04/06/p3/noticia/censos-2021-civico-invasao-privacidade-1957208>
6. Instituto Nacional de Estatística. Censos 2021.Questionário Individual [Internet]. Lisboa; 2021 [citado 29 de Abril de 2021]. Disponível em: https://censos.ine.pt/scripts/censos_css_js/quest/PT_Q_Individual_Censos2021_INE.pdf
7. Lopes MJ. Censos: “Invisibilidade das pessoas lésbicas, gay, bissexuais, ‘trans’ e intersexo” motiva críticas. Público [Internet]. 26 de Abril de 2021 [citado 29 de Abril de 2021]; Disponível em: <https://www.publico.pt/2021/04/21/sociedade/noticia/censos-invisibilidade-pessoas-gays-bissexuais-trans-intersexo-motiva-criticas-1959511>

8. Everett BG, Higgins JA, Haider S, Carpenter E. Do Sexual Minorities Receive Appropriate Sexual and Reproductive Health Care and Counseling? *J Women's Heal* [Internet]. Janeiro de 2019 [citado 21 de Janeiro de 2021];28(1):53–62. Disponível em: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jwh.2017.6866>
9. Bayen S, Ottavioli P, Martin MJ, Cottencin O, Bayen M, Messaadi N. How Doctors' Beliefs Influence Gynecological Health Care for Women Who Have Sex with Other Women. *J Women's Heal* [Internet]. 1 de Março de 2020 [citado 8 de Fevereiro de 2021];29(3):406–11. Disponível em: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jwh.2019.7926>
10. Direcção Geral da Saúde. Abordagem Imagiológica da Mama Feminina [Internet]. Norma Da Direcção - Geral Da Saúde. 2011 [citado 2 de Janeiro de 2021]. Disponível em: <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2015/11/Abordagem-Imagiologica-da-Mama-Feminina.pdf>
11. Takemoto ML, Menezes M, Polido CB, Santos D, Leonello V, Magalhães C, et al. Prevalence of sexually transmitted infections and bacterial vaginosis among lesbian women: systematic review and recommendations to improve care. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2019 [citado 21 de Janeiro de 2021];35(3):e00118118. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000302001&tlng=en
12. Robinson K, Galloway K, Bewley S, Meads C. Lesbian and bisexual women's gynaecological conditions: a systematic review and exploratory meta-analysis. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol* [Internet]. 15 de Fevereiro de 2017 [citado 12 de Março de 2021];124(3):381–92. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1471-0528.14414>
13. Agrawal R, Sharma S, Bekir J, Conway G, Bailey J, Balen AH, et al. Prevalence of polycystic ovaries and polycystic ovary syndrome in lesbian women compared with heterosexual women. *Fertil Steril* [Internet]. Novembro de 2004 [citado 21 de Março de 2021];82(5):1352–7. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0015028204022277>
14. De Sutter P, Dutré T, Vanden Meerschaut F, Stuyver I, van Maele G, Dhont M. PCOS in lesbian and heterosexual women treated with artificial donor insemination. *Reprod Biomed Online* [Internet]. 2008 [citado 3 de Março de 2021];17(3):398–402. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S1472-6483\(10\)60224-6](http://dx.doi.org/10.1016/S1472-6483(10)60224-6)

15. Smith HA, Markovic N, Matthews AK, Danielson ME, Kalro BN, Youk AO, et al. A Comparison of Polycystic Ovary Syndrome and Related Factors Between Lesbian and Heterosexual Women. *Women's Heal Issues* [Internet]. 2011 [citado 21 de Fevereiro de 2021];21(3):191–8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.whi.2010.11.001>
16. Rufino AC, Madeiro A, Trinidad AS, Rodrigues dos Santos R, Freitas I. Disclosure of Sexual Orientation Among Women Who Have Sex With Women During Gynecological Care: A Qualitative Study In Brazil. *J Sex Med* [Internet]. Julho de 2018 [citado 3 de Dezembro de 2020];15(7):966–73. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1743609518309779>
17. Soinio JII, Paavilainen E, Kylmä JPO. Lesbian and bisexual women's experiences of health care: “Do not say, ‘husband’, say, ‘spouse’”. *J Clin Nurs* [Internet]. 11 de Janeiro de 2020 [citado 8 de Fevereiro de 2021];29(1–2):94–106. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jocn.15062>
18. Associação ILGA. Saúde em Igualdade. Pelo acesso a cuidados de saúde adequados e competentes para pessoas lésbicas, gays, bissexuais e trans [Internet]. Lisboa; 2014 [citado 6 de Janeiro de 2021]. Disponível em: <http://igualdadenasaude.ilga-portugal.pt/>
19. Snyder M. Health Care Experiences of Lesbian Women. *Adv Nurs Sci* [Internet]. Janeiro de 2019 [citado 21 de Janeiro de 2021];42(1):E1–21. Disponível em: <https://journals.lww.com/00012272-201901000-00012>
20. Nisly NL, Imborek KL, Miller ML, Dole N, Priest JB, Sandler L, et al. Developing an Inclusive and Welcoming LGBTQ Clinic. *Clin Obstet Gynecol* [Internet]. Dezembro de 2018 [citado 6 de Janeiro de 2021];61(4):646–62. Disponível em: <https://journals.lww.com/00003081-201812000-00003>
21. Maragh-Bass AC, Torain M, Adler R, Schneider E, Ranjit A, Kodadek LM, et al. Risks, Benefits, and Importance of Collecting Sexual Orientation and Gender Identity Data in Healthcare Settings: A Multi-Method Analysis of Patient and Provider Perspectives. *LGBT Heal* [Internet]. Abril de 2017 [citado 8 de Dezembro de 2020];4(2):141–52. Disponível em: <http://www.liebertpub.com/doi/10.1089/lgbt.2016.0107>
22. Waryold JM, Kornahrens A. Decreasing Barriers to Sexual Health in the Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Queer Community. *Nurs Clin North Am* [Internet]. Setembro de 2020;55(3):393–402. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0029646520300359>

23. Haider AH, Schneider EB, Kodadek LM, Adler RR, Ranjit A, Torain M, et al. Emergency Department Query for Patient-Centered Approaches to Sexual Orientation and Gender Identity : The EQUALITY Study. *JAMA Intern Med* [Internet]. 1 de Junho de 2017 [citado 8 de Dezembro de 2020];177(6):819–28. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28437523>
24. Jamieson A, Cross H, Arthur S, Nambiar K, Llewellyn CD. Patient sexual orientation and gender identity disclosure. *Clin Teach* [Internet]. 22 de Dezembro de 2020 [citado 3 de Janeiro de 2021];17(6):669–73. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/tct.13182>
25. Cahill SR, Baker K, Deutsch MB, Keatley J, Makadon HJ. Inclusion of Sexual Orientation and Gender Identity in Stage 3 Meaningful Use Guidelines: A Huge Step Forward for LGBT Health. *LGBT Heal* [Internet]. Abril de 2016 [citado 8 de Fevereiro de 2021];3(2):100–2. Disponível em: <http://www.liebertpub.com/doi/10.1089/lgbt.2015.0136>
26. Wahlen R, Bize R, Wang J, Merglen A, Ambresin A-E. Medical students' knowledge of and attitudes towards LGBT people and their health care needs: Impact of a lecture on LGBT health. *Zweigenenthal VEM*, editor. *PLoS One* [Internet]. 1 de Julho de 2020 [citado 12 de Janeiro de 2021];15(7):e0234743. Disponível em: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0234743>
27. Hayes V, Blondeau W, Bing-You RG. Assessment of Medical Student and Resident/Fellow Knowledge, Comfort, and Training With Sexual History Taking in LGBTQ Patients. *Fam Med* [Internet]. Maio de 2015 [citado 6 de Janeiro de 2021];47(5):383–7. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25905882>
28. Parameshwaran V, Cockbain BC, Hillyard M, Price JR. Is the Lack of Specific Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Queer/Questioning (LGBTQ) Health Care Education in Medical School a Cause for Concern? Evidence From a Survey of Knowledge and Practice Among UK Medical Students. *J Homosex* [Internet]. 23 de Fevereiro de 2017 [citado 6 de Janeiro de 2021];64(3):367–81. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00918369.2016.1190218>
29. Mehta PK, Easter SR, Potter J, Castleberry N, Schulkin J, Robinson JN. Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health: Obstetrician–Gynecologists' Training, Attitudes, Knowledge, and Practice. *J Women's Heal* [Internet]. Dezembro de 2018 [citado 1 de Fevereiro de 2021];27(12):1459–65. Disponível em: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jwh.2017.6912>

30. Cook S, Gunter K, Lopez F. Establishing Effective Health Care Partnerships with Sexual and Gender Minority Patients: Recommendations for Obstetrician Gynecologists. *Semin Reprod Med* [Internet]. 26 de Setembro de 2017 [citado 3 de Janeiro de 2021];35(05):397–407. Disponível em: <http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/s-0037-1604464>

