



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade de Ciências e Tecnologia

**A Saúde Sexual de Mulheres que têm Sexo com
Mulheres: Invisibilidade e Vulnerabilidade**

Maria Inês Fonseca Salvador

Dissertação para Obtenção do Grau de Mestre em Ciências
Farmacêuticas

Trabalho efetuado sob a orientação de:
Prof. Doutora Isabel Maria Pires Sebastião Ramalhinho

2021



A Saúde Sexual de Mulheres que têm Sexo com Mulheres: Invisibilidade e Vulnerabilidade

Maria Inês Fonseca Salvador

Dissertação para Obtenção do Grau de Mestre em Ciências
Farmacêuticas

Trabalho efetuado sob a orientação de:
Prof. Doutora Isabel Maria Pires Sebastião Ramalhinho

2021

A Saúde Sexual de Mulheres que Têm Sexo com Mulheres:
Invisibilidade e Vulnerabilidade

Declaração de Autoria de Trabalho

Declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.

(Maria Inês Fonseca Salvador)

Copyright © 2021 Maria Inês Fonseca Salvador

A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicitar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.

Agradecimentos

Agradecimentos... nem sei bem o que dizer, pois escrevo-os num momento de grande fragilidade, talvez o mais difícil destes quase 30 anos!

Começo por dizer à **Inês de 2018** que ter tomado a decisão de embarcar nesta nova aventura, deixando outra em *stand by*, não foi um erro, pois era esse o seu maior medo! Se não tivesse sido esta a minha decisão, de entrar no Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, estaria agora em 2021 a apresentar a minha Tese de Doutoramento, pelo menos seriam essas as previsões... se os planos se iriam realmente concretizar, não sabemos... Arrependimentos? Tive-os, e muitos! Mas fazem parte daquilo que eu sou, uma eterna insatisfeita!

Queridos **Pai** e **Mãe**, os mais importantes, os únicos, os melhores, os grandes investidores da minha formação pessoal e profissional, os que sempre acreditaram, e acreditam, e os que sempre souberam, e sabem, lidar com as minhas frustrações e insatisfações! Foram, e são, tantas as “palmadinhas nas costas” como os “puxões de orelhas”... a estes meus dois grandes amores um grande obrigado! Amo-te Mãe! Amo-te Pai!

À minha **Avó, M^a Vitória Guerreiro de Brito**... que sempre ficou chateada por eu “andar sempre estudando”, reclamava, mas no fundo sempre senti o orgulho que ela tinha em mim, em ser a “analista” que melhor lhe tirava sangue, e a futura farmacêutica que tirava as suas dúvidas... hoje sou eu que sinto orgulho em ser neta desta **Guerreira** que já saiu **Vitoriosa**, nem que seja por tudo o que passou! Amo-te!

Às minhas **Amigas** pela paciência que têm tido nestes quase 10 anos de Ensino Superior, em que me tornei menos sociável e mais estudiosa, mas sempre respeitaram as minhas decisões! Sempre juntas!

A todos os **Professores** um grande obrigado pelos ensinamentos, sou vossa fã! Agradeço em particular à professora **Isabel Ramalinho** por ter sido uma orientadora tão presente, tão encorajadora, tão amiga, tão disponível, por me ter incentivado em momentos menos positivos durante o estágio... é bonito ver o amor que tem à profissão e o orgulho que sente em ser farmacêutica, o que acaba por se refletir na sua dedicação quase total ao Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas. Tanto os futuros como os já farmacêuticos deveriam saber a sorte que têm ou que tiveram em ter no curso uma docente tão dedicada!

Quero também deixar um agradecimento muito especial à professora **Ana Serralheiro** por, mais do que uma excelente professora, ter sido uma confidente, uma amiga... uma pessoa tão humana, mais um trunfo do MICF da UAlg! Nada que já não lhe tenha dito, mas foi muito importante nesta caminhada, muito obrigada!

Aos **colegas** de curso agradeço as ajudas, as partilhas emocionais e a camaradagem!

À **Farmácia Baptista**... sem palavras... obrigada por todo o carinho, pelo acolhimento, pela amizade, não poderia ter terminado o curso da melhor maneira! Ah... e à **Tânia Martins**, colega de estágio, por ter sido a melhor companheira e por sempre me ter contagiado com a sua atitude positiva, tornando a experiência ainda melhor! Adoro-vos!

Apenas mais uma aventura que termina, que venha a próxima saciar esta minha sede de novos desafios!

Resumo

As infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) têm vindo em crescendo e continuam a ser um importante problema de saúde pública, sendo que, atualmente são adquiridas diariamente mais de 1 milhão de ISTs em todo o mundo. Para além do forte estigma social a que estas infecções estão associadas, estas são uma causa importante de morbilidade, com um diagnóstico difícil, o que dificulta muitas vezes um diagnóstico precoce, portanto, apostar na prevenção é essencial. Existem determinados grupos, que dado o envolvimento frequente em comportamentos de risco, são o alvo preferencial de intervenções de saúde pública neste âmbito. No entanto, um dos grupos populacionais que é muitas vezes esquecido nestas intervenções são as mulheres que têm sexo com mulheres (MSM) e, essa invisibilidade tem um impacto negativo na sua saúde, que resulta em falhas na prevenção, diagnóstico e tratamento destas infecções, aumentando, deste modo, a vulnerabilidade da saúde sexual destas mulheres. O exemplo mais importante dessa vulnerabilidade é a inexistência de métodos de barreira específicos para as práticas sexuais entre MSM, o que pode ser preocupante.

Apesar da perceção de que MSM estão em baixo risco de adquirir/transmitir ISTs, é importante ter em consideração que todas as mulheres podem ter comportamentos de risco, independentemente do género do indivíduo com quem têm contacto sexual, portanto, o risco existe. Como qualquer outro grupo, MSM têm necessidades específicas de saúde e é de extrema importância que a comunidade médica e científica não se deixe influenciar pela heteronormatividade inerente à sociedade. O preconceito e a atitude heteronormativa dos profissionais de saúde têm sido apontados como a principal barreira no acesso a serviços de saúde adequados por parte destas mulheres, portanto, uma das estratégias é apostar na formação de profissionais de saúde, nomeadamente farmacêuticos, para que as necessidades de saúde de MSM possam ser atendidas.

Palavras-chave: Infecções sexualmente transmissíveis, invisibilidade, mulheres que têm sexo com mulheres, heteronormatividade, prevenção

Abstract

Sexually transmitted infections (STIs) have been increasing and it remains an important public health issue, with more than 1 million STIs worldwide being acquired every day. In addition to the strong social stigma associated to this infections, they are an important cause of morbidity, with a difficult diagnosis, which often makes it difficult to do an early diagnosis, therefore, investing on STI prevention is crucial. There are certain groups, which, given their frequent involvement in risky behaviors, are the preferred target for public health interventions in this area. However, one of the population groups that is often overlooked in these interventions are women who have sex with women (WSW), and that invisibility has a negative impact on their health, which can result in failures in the prevention, diagnosis and treatment of these infections, increasing the vulnerability of these women's sexual health. The most important example of this vulnerability is the lack of specific barrier methods for WSW sexual practices, which can be alarming.

Despite the perception that WSW are at low risk of acquiring/transmitting STIs, it is important to keep in mind that all women may be at risk, regardless of the gender of the person with whom they have sexual contact, so the risk exists. Like any other group, WSW have specific health needs and it is extremely important that the medical and scientific community is not influenced by the society heteronormativity. The prejudice and heteronormative attitude of health care providers have been pointed out as the main barrier in the access to adequate health services by these women, therefore, one of the strategies is to ensure training of health care providers, particularly pharmacists, so that health needs of WSW can be met.

Keywords: Sexual transmitted infections, invisibility, women who have sex with women, heteronormativity, prevention

Índice Geral

Agradecimentos.....	ii
Resumo.....	iii
Abstract.....	iv
Índice Geral.....	v
Índice de Tabelas.....	vi
Índice de Figuras.....	vi
Lista de Abreviaturas/Siglas.....	vii
1. Introdução.....	1
2. Definição do termo “Mulheres que Têm Sexo com Mulheres” (MSM).....	3
3. Invisibilidade das MSM nos Serviços de Saúde.....	5
4. Vulnerabilidade das MSM.....	8
4.1 Fatores de Risco para ISTs em MSM.....	9
5. Saúde sexual de MSM.....	11
5.1 Epidemiologia das Infecções Sexualmente Transmissíveis.....	12
5.1.1 Gonorreia e Clamídia.....	15
5.1.2 Sífilis.....	17
5.1.3 Tricomoníase.....	18
5.1.4 Herpes Genital.....	20
5.1.5 Hepatite.....	21
5.1.6 Infecção pelo Vírus do Papiloma Humano.....	24
5.1.7 Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana.....	27
5.1.8 Vaginose Bacteriana.....	30
5.1.9 Candidíase Vulvovaginal.....	32
5.2 Transmissão de ISTs vs Práticas Sexuais entre MSM.....	33
5.3 Prevenção de ISTs em MSM.....	36
6. O Papel dos Serviços de Saúde e Profissionais de Saúde na Saúde Sexual de MSM..	42
6.1 O Papel do Farmacêutico.....	45
7. Conclusão.....	50
8. Referências Bibliográficas.....	52
9. Anexos.....	61

Índice de Tabelas

Tabela 5.1.1 – Valores Mínimos e Máximos de Prevalência de ISTs em MSM em Diversos Estudos	14
Tabela 5.3.1 - Frequência do Uso de Métodos de Barreira nas Diferentes Práticas sexuais entre MSM	39

Índice de Figuras

Figura 5.2.1 – Frequência das Diversas Práticas Sexuais entre MSM	34
Figura 5.3.1 – Explicação Sobre como Usar e Fazer um <i>Dental Dam</i>	38

Lista de Abreviaturas/Siglas

- CDC** – *Center for Disease Control and Prevention*
- CCU** – Cancro do Colo do Útero
- DGS** – Direção-Geral da Saúde
- ECDC** – *European Center for Disease Control and Prevention*
- EUA** – Estados Unidos da América
- FDA** – *Food and Drug Administration*
- HSH** – Homens que Têm Sexo com Homens
- HPV** – *Human Papillomavirus*
- ILGA** – *International Lesbian and Gay Association*
- IST** – Infecção Sexualmente Transmissível
- LGBT+** – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgénero e outras minorias sexuais e de género
- LGV** – Linfgranuloma venéreo
- MSH** – Mulheres que Têm Sexo com Homens
- MSM** – Mulheres que Têm Sexo com Mulheres
- NHS** – *National Health Service*
- OMS** – Organização Mundial de Saúde
- ONUSIDA** – Organização das Nações Unidas para o VIH/SIDA
- PAOIEC** – Plano de Ação para o combate à discriminação em razão da Orientação sexual, Identidade e Expressão de género, e Características sexuais
- PNV** – Programa Nacional de Vacinação
- SIDA** – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- SINAVE** – Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
- TARV** – Terapêutica Antirretroviral
- VB** – Vaginose Bacteriana
- VHS-1** – Vírus do Herpes *Simplex* do tipo 1
- VHS-2** – Vírus do Herpes *Simplex* do tipo 2
- VHA** – Vírus da Hepatite A
- VHB** – Vírus da Hepatite B
- VHC** – Vírus da Hepatite C
- VIH** – Vírus da Imunodeficiência Humana

1. Introdução

Apesar de Mulheres que têm Sexo com Mulheres (MSM) constituírem uma parte relevante da população, são frequentemente negligenciadas por parte das campanhas de saúde pública, tornando-as invisíveis aos serviços de saúde e conseqüentemente mais vulneráveis.¹ Embora algumas destas mulheres não se identifiquem como pertencentes à comunidade LGBTQ+ (lésbicas, gays, bissexuais, transgênero e outras minorias sexuais e de gênero), e tal não ser relevante para a abordagem da saúde sexual destas mulheres, é importante perceber que cada segmento desta comunidade tem uma necessidade específica de saúde, tal como acontece com outros grupos populacionais. Há questões relacionadas com a saúde sexual que podem ser específicas de quem tem comportamentos sexuais com pessoas do mesmo sexo e, é de extrema importância que os serviços de saúde se apercebam disso.² Muitos membros desta comunidade reconhecem que, apesar da evolução, estes continuam a sofrer graves violações dos seus direitos. Embora já hajam muitos estudos que acabam por abordar a saúde destes grupos populacionais, em particular o grupo dos Homens que têm Sexo com Homens (HSH), a saúde sexual de MSM não tem sido alvo de grandes investigações, devido à sua invisibilidade, contribuindo para a perpetuação dessa mesma invisibilidade.³

Embora a epidemia de VIH/SIDA (Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) tenha despoletado toda uma onda de investigação acerca da transmissão de infeções por via sexual, até à data poucos estudos abordaram a transmissão entre mulheres. Como resultado da falta de informação que existe relativamente a este tema, MSM têm uma perceção de que o seu risco de contrair ou transmitir infeções sexualmente transmissíveis (ISTs) é baixo, tornando-as assim mais suscetíveis e vulneráveis, uma vez que recorrem com menor frequência a cuidados de saúde preventivos, seja por acharem que não necessitam, seja por experiências negativas em contextos de saúde.⁴

A evidência que existe relativamente ao risco, prevalência e outras questões epidemiológicas de ISTs em MSM é muito limitada.⁵ Apesar da transmissão de ISTs entre estas mulheres ocorrer, lamentavelmente não existem métodos de barreira específicos para que estas se possam proteger, o que as deixa vulneráveis a este tipo de infeções. De um modo geral, existe uma enorme falta de informação oficial relativamente a métodos de prevenção para este grupo de mulheres, existindo apenas algumas recomendações disponíveis em *websites* dedicados à comunidade LGBTQ+, que podem revelar pouca

credibilidade, e em alguns artigos científicos, que acabam por não estar disponíveis para a população em geral, nem escritos de forma simples e clara.⁶

De forma a combater a invisibilidade de que esta população é alvo, para além das barreiras no acesso a cuidados de saúde, resultado do heterossexismo, é importante garantir que a formação dos profissionais de saúde inclua no seu currículo o conhecimento científico sobre a saúde LGBT+, com o objetivo de contribuir para uma prestação de cuidados de saúde competente e adequada a qualquer indivíduo.² Os profissionais de saúde têm um papel extremamente importante, uma vez que são estes os profissionais, à partida, competentes e capazes de fornecerem as informações importantes relacionadas com a saúde dos cidadãos. É importante que os serviços de saúde e seus profissionais garantam um ambiente acolhedor a estes indivíduos, sempre atendendo a uma comunicação não heteronormativa, livre de preconceitos, particularmente os profissionais de saúde que os atendem com maior regularidade, como enfermeiros e médicos de medicina geral e familiar, mas também farmacêuticos, que dada a maior relação de proximidade que têm com a comunidade, faz com que haja uma maior abertura e confiança por parte destes indivíduos. No caso da saúde sexual de MSM, é importante que os ginecologistas sejam os profissionais com a formação mais aprofundada na área, de modo a que sejam capazes de prestar um serviço direcionado às necessidades específicas deste grupo de mulheres.²

Segundo o *National Survey of Sexual and Lifestyles* de 2013, o número de indivíduos que se envolvem com indivíduos do mesmo sexo está a aumentar e, de forma mais predominante nas mulheres, reforçando a importância de aumentar o número de estudos realizados no âmbito da saúde sexual de MSM.⁷

A presente dissertação tem como principais objetivos, através de uma revisão bibliográfica, perceber quais as razões da invisibilidade destas mulheres por parte da comunidade médica e científica, quais os fatores de risco para ISTs em MSM, identificando as suas principais vulnerabilidades, abordar individualmente a epidemiologia de cada uma das ISTs mais prevalentes na população em geral, fazendo uma associação com a probabilidade de transmissão em MSM, e identificar que métodos de barreira podem ser usados de modo a contribuir para a prevenção destas infeções neste grupo de mulheres. Por fim, interessa perceber qual o papel dos serviços de saúde e dos profissionais de saúde, nomeadamente o do farmacêutico, na saúde sexual de MSM.

2. Definição do termo “Mulheres que Têm Sexo com Mulheres” (MSM)

Por volta dos anos 90 surgiu o termo “Homens que Têm Sexo com Homens”, uma vez que se percebeu que a orientação sexual, para além de remeter a estigma e preconceito, não tinha necessariamente que ser concordante com os comportamentos sexuais e com o género do parceiro do indivíduo.^{8,9} A orientação sexual e os comportamentos sexuais, apesar de serem conceitos sobrepostos, são distintos, dado que em muitas culturas, pessoas que se identificam como heterossexuais frequentemente se envolvem em comportamentos sexuais com indivíduos do mesmo sexo, sendo que o contrário também se verifica.¹⁰ Um estudo realizado entre 1995 e 2001, revelou que 82% das mulheres que relataram ter apenas sexo com mulheres, identificavam-se como heterossexuais.¹¹ Segundo a Associação para o Planeamento da Família, a orientação sexual refere-se ao que cada pessoa pensa e sente sobre si própria e sobre a sua sexualidade, e por quem se sente atraído afetiva e sexualmente. De uma forma geral, relativamente às denominações, heterossexual é um indivíduo que se sente sobretudo atraído por pessoas de género diferente, homossexual se a atração é sobretudo por pessoas do mesmo género e bissexual quando o indivíduo se sente atraído por ambos os géneros.¹² No entanto, a orientação sexual de cada indivíduo pode não ser concordante com aqueles que são os seus comportamentos, ou seja, um indivíduo que se autoidentifique como sendo heterossexual, não significa que não tenha comportamentos sexuais com indivíduos do mesmo género, ou o contrário. Vivemos numa sociedade que “induz” uma determinada prática, a heterossexualidade, que coercitivamente não permite que cada um se relacione com quem realmente deseja. Uma sociedade que oprime o que é diferente, inevitavelmente faz com que este se esconda, levando a que muitos finjam aquilo que são, e que não vivam a sua “verdadeira” orientação sexual. É por isso imperativo ter presente que não é por uma pessoa estar num relacionamento com um indivíduo do género oposto, que seja classificada pela sociedade como sendo heterossexual, e vice-versa.¹³

No âmbito da saúde sexual, é importante ter em consideração que uma IST é transmitida entre indivíduos consoante os seus comportamentos sexuais e não por um “rótulo social”, que muitas vezes pode não coincidir com o que aquele indivíduo realmente é ou sente, pois terá sido rotulado de forma inconsciente por uma sociedade ainda muito heteronormativa. Chegou-se então à conclusão que em estudos de saúde pública relacionados com a transmissão e prevalência de ISTs, devem ser abordados

comportamentos específicos, independentemente da orientação sexual do indivíduo, e para tal usam-se os termos comportamentais, HSH e MSM.⁸

A frequente incoerência entre a orientação sexual relatada pelo próprio indivíduo e as suas práticas sexuais, pode inviabilizar a prestação adequada de cuidados de saúde a MSM. Tendo em conta que a saúde sexual destas mulheres tem necessidades específicas relacionadas com as suas práticas, o profissional de saúde ao ter conhecimento dos seus comportamentos sexuais, independentemente de como aquela mulher se identifica, pode assim orientar e direcionar melhor os cuidados de saúde a prestar.¹⁴

Na atual dissertação, o termo “mulheres”, refere-se a mulheres cisgénero, ou seja, aquelas em que existe concordância entre o sexo biológico, aquele que lhe foi atribuído à nascença, e a sua identidade de género, embora possa ser feita uma analogia para qualquer indivíduo que possua um órgão genital feminino, independentemente do género com o qual se identifique. Sendo também importante ter em consideração que apesar de já ter sido mencionado que uma orientação sexual não é necessariamente concordante com um comportamento sexual, e este último ser de facto o que realmente importa nestes estudos, será utilizado algumas vezes o termo de orientação sexual, uma vez que a maioria dos estudos utiliza essa mesma designação.

3. Invisibilidade das MSM nos Serviços de Saúde

Segundo o artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa, em Portugal “Todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover”,¹⁵ sendo que as alíneas a) e b) da Base 2 da Lei de Bases da Saúde reconhecem que todas as pessoas têm direito “à proteção da saúde com respeito pelos princípios da igualdade, não discriminação, confidencialidade e privacidade” e “a aceder aos cuidados de saúde adequados à sua situação, com prontidão e no tempo considerado clinicamente aceitável, de forma digna, de acordo com a melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde”, respetivamente.¹⁶

O direito à saúde baseia-se não só num atendimento adequado como também no direito em receber informações corretas e precisas, participação em programas de saúde e no tratamento igual e sem discriminação. É legítimo considerar que a invisibilidade a que MSM têm sido sujeitas nos serviços de saúde, é algo que vai contra o respeito pelos seus direitos fundamentais enquanto mulheres.¹⁷

A comunidade médica e científica têm ignorado ao longo dos anos as necessidade da saúde sexual de MSM, e uma das áreas onde está implícita a invisibilidade destas mulheres é no desenvolvimento dos métodos de prevenção de ISTs, que foram pensados exclusivamente para o sexo entre homem e mulher, que inclusivamente podem ser utilizados facilmente no contacto sexual entre homens, mas de forma muito limitada entre duas mulheres, que faz com que estas mulheres não saibam como se proteger na grande maioria das situações.⁶

Contrariamente às MSM, os HSH têm sido alvo de inúmeras intervenções, que têm como objetivo aumentar o número de rastreios, reduzir os comportamentos de risco e reduzir a transmissão de ISTs entre estes homens. No Reino Unido, as campanhas de promoção da saúde apenas começaram a abordar as necessidades da saúde sexual das MSM em 2017, revelando anos de atraso comparativamente a outros grupos da população.¹ Este foco de atenção centrado essencialmente nos HSH, deveu-se em grande parte à epidemia da SIDA, que levou a que profissionais de saúde e MSM acreditassem que estas não estariam em risco de adquirir ISTs, pois o “problema” estaria apenas nos HSH. Essa baixa perceção de risco pode ser uma das razões pelas quais estas mulheres frequentem pouco os serviços de saúde para cuidar da sua saúde sexual, muitas delas não se submetendo ao exame de rastreio do cancro do colo do útero.⁸

Muito provavelmente, e contrariamente à experiência dos HSH, que sofrem mais com crimes de ódio, como a homofobia, a experiência das MSM relativamente à mudança de comportamento do profissional de saúde perante a revelação da sua orientação sexual ou dos seus comportamentos sexuais, talvez seja mais no sentido da banalização que existe no sexo entre mulheres, como se esta fosse uma prática meramente comum e passageira, que resulta apenas da curiosidade, levando a que este seja um assunto negligenciado e desprezado por parte do profissional de saúde. Muitas vezes estas mulheres revelam que saem das consultas sem respostas e com a sensação de que não necessitam de grandes preocupações relativamente à sua saúde sexual.⁶

É fundamental contrariar a invisibilidade destas mulheres nos serviços de saúde, e para tal é necessário perceber quais são as barreiras ainda existentes no acesso à saúde e as dificuldades que estas encontram, implementando políticas que garantam a equidade em contextos de saúde. A heteronormatividade, ou seja, a suposição de que todos os indivíduos de uma sociedade são heterossexuais, é a principal causa da invisibilidade destas mulheres nos serviços de saúde, em que os profissionais de saúde, que são de alguma forma influenciados por padrões culturais, tendem a ser cúmplices dessa invisibilidade.^{2,8} O projeto “Saúde em Igualdade” realizado pela Associação ILGA Portugal, no qual foram realizados questionários e entrevistas a utentes e profissionais de saúde, referiu que à pergunta “Já alguma vez um/a profissional de saúde lhe perguntou diretamente sobre a sua orientação sexual e/ou comportamentos sexuais durante um atendimento...?”, 83% dos inquiridos respondeu “Não”. Nesse mesmo estudo, 72% dos participantes afirmou que já consultou um profissional de saúde que pressupôs que este teria comportamentos sexuais com indivíduos do sexo oposto. O facto de a grande maioria dos profissionais de saúde pressuporem que todos os utentes são heterossexuais, pode ser particularmente problemático, acabando por contribuir para o aumento das barreiras à prestação de cuidados de saúde adequados e competentes.²

Apostar na formação académica dos profissionais de saúde relativamente à saúde LGBT+ é crucial, ainda hoje as faculdades preparam os profissionais de saúde relativamente à saúde da mulher de um modo muito limitado, essencialmente sob o ponto de vista da reprodução. Estas mulheres acabam então por se distanciar dos serviços que prestam cuidados no âmbito da saúde sexual, devido à impreparação dos profissionais de saúde, que não conseguem assim atender às necessidades específicas deste grupo de mulheres.⁸

No sentido de minimizar o impacto negativo dos estereótipos associados a indivíduos LGBT+, foi criada a Estratégia Nacional para a Igualdade e a Não Discriminação 2018-2030, da qual faz parte o plano de ação para o combate à discriminação em razão da orientação sexual, identidade e expressão de género, e características sexuais (PAOIEC). Com isto, o governo português tem como objetivo colocar estes indivíduos no centro das tomadas de decisão, salvaguardando a equidade nas intervenções em saúde, de modo a que as suas necessidades de saúde específicas sejam satisfeitas, tal como acontece com a população em geral.¹⁸

De um modo geral, a epidemia de VIH/SIDA, que fez com que o foco principal fossem os HSH, negligenciando o risco de transmissão entre outros grupos populacionais, a falta de preparação dos profissionais de saúde e a heteronormatividade da sociedade, são as principais razões que explicam a invisibilidade das MSM nos serviços de saúde, resultando num aumento da sua vulnerabilidade a determinados problemas de saúde.^{8,19}

4. Vulnerabilidade das MSM

A comunidade científica não tem sido totalmente silenciosa no que toca à saúde sexual de MSM, no entanto tem sido cúmplice em perpetuar a ideia de que estas mulheres são praticamente imunes às ISTs.²⁰ Por exemplo, em muitos estudos sobre o VIH há uma “hierarquia de risco”, onde o sexo entre homens é considerado o mais arriscado, enquanto que o sexo entre mulheres quase nunca é considerado, ou se é, mencionam-no como negligenciável. Apesar do risco de ISTs existir nestas mulheres há um silêncio generalizado em relação à saúde sexual de MSM na investigação e nas políticas de saúde, e este silêncio tem como consequência um aumento do risco.²¹

As MSM são um grupo vulnerável às ISTs devido à invisibilidade social e política, à heteronormatividade, à impreparação dos profissionais de saúde, à falta de informação que existe relativamente à prevenção e ao facto de estas terem uma falsa perceção de baixo risco para ISTs, que faz com que estas mulheres não frequentem os serviços de saúde com a regularidade que deveriam, contribuindo deste modo para diagnósticos tardios e para o aumento de risco de transmissão pela falta de práticas preventivas.⁸

Estas mulheres poderão hesitar em mencionar os seus comportamentos sexuais em contextos de saúde, com receio de serem discriminadas ou serem tratadas de forma menos digna pelos profissionais de saúde. O projeto “Saúde em Igualdade” revelou que 38% dos participantes LGBT+ já teve um problema de saúde relacionado com os seus comportamentos sexuais, sendo que dos 81% que recorreram a serviços de saúde, 43% não mencionou a sua orientação sexual, que seria relevante para o atendimento adequado. Para além disso, 32% dos participantes indicaram que não procuraram ajuda por receio de serem discriminados. Relatos de algumas MSM demonstraram a total falta de preparação dos profissionais de saúde durante o atendimento a estas mulheres, uma mulher de 27 anos refere que “A enfermeira que fez a triagem questionou a relação que eu tinha na altura com uma pessoa do mesmo sexo, dando a entender que era uma fase”, outra de 37 anos conta que “Na primeira consulta com um ginecologista a reação à minha orientação sexual foi, apesar da tentativa de disfarce, de embaraço, optou por não me observar, demonstrando total incapacidade de lidar com a situação”.²

A comunicação entre indivíduos LGBT+ e profissionais de saúde apresenta alguns vieses, podendo ser até impeditiva de uma resposta adequada às necessidades de saúde destes indivíduos. Se por um lado estes grupos populacionais acabam por se inibir aquando da revelação dos seus comportamentos sexuais perante um profissional de saúde,

o profissional, que teria como obrigação não fazer julgamentos, nem quaisquer suposições, acaba por evitar na maioria das vezes fazer uma abordagem pró-ativa e adequada às necessidades de saúde destes indivíduos, contribuindo para um acréscimo da sua vulnerabilidade.¹⁸

A invisibilidade aliada a uma expectativa de discriminação por parte destas mulheres, pode resultar num menor acesso aos cuidados de saúde. É fundamental garantir que, em contextos de saúde, o ambiente seja seguro e acolhedor, para que a grande diversidade de utentes que frequentam os serviços de saúde, e que fazem parte da nossa comunidade, se sintam seguros e recebam o tratamento mais adequado.²

4.1 Fatores de Risco para ISTs em MSM

Na década de 80, durante a epidemia da SIDA, o termo “grupo de risco” foi muito utilizado como estratégia de prevenção, trazendo consigo problemas como o estigma e o preconceito, vindo mais tarde a ser substituído pelo termo “comportamento de risco”, com o intuito de reduzir o estigma associado a doenças infecciosas como é o caso das infeções sexualmente transmissíveis.⁸

Existem alguns comportamentos de risco importantes que são mais prevalentes em MSM e que as tornam mais vulneráveis à aquisição de ISTs. Um estudo realizado numa clínica dedicada exclusivamente a ISTs, descobriu que 93% das MSM também tiveram contacto sexual com homens e, eram mais prováveis de ter comportamentos de risco, como ter HSH como parceiros sexuais, utilizadores de drogas injetáveis e indivíduos infetados por VIH. Também revelaram que estas mulheres têm uma maior prevalência de consumo de álcool, tabagismo e uso de drogas injetáveis, relativamente às mulheres heterossexuais, sendo que são tudo comportamentos que as colocam em maior risco de adquirir/transmitir uma IST.^{9,17,20}

Dado que cerca de 90% das MSM têm ou já tiveram parceiros sexuais do sexo masculino, estas podem adquirir ISTs exatamente da mesma forma que uma mulher que tem sexo com homens. Para além disso, o facto de haver uma maior probabilidade de terem contacto sexual com HSH, que são um grupo de indivíduos que apresentam frequentemente comportamentos de risco para ISTs, dado o seu elevado número de parceiros sexuais e práticas sexuais de maior risco, coloca estas mulheres num patamar

de risco mais elevado.^{1,20} A discriminação baseada na sexualidade parece ser um dos principais determinantes do aumento do consumo de substâncias como álcool, tabaco e drogas ilícitas, muito devido a níveis elevados de depressão e ansiedade.²⁰ Estes grupos populacionais apresentam uma incidência aumentada de problemas da esfera da saúde mental, como depressão, consumos abusivos e suicídio.¹⁸ Sabe-se que o consumo de álcool e drogas ilícitas aumenta o risco de transmissão de ISTs e, a maioria das MSM relatam consumir estas substâncias, sempre ou às vezes, durante as relações sexuais, aumentando assim o risco de contrair ISTs, por aumento da probabilidade de se envolverem em comportamentos de risco sem se aperceberem.³ Relativamente ao consumo de tabaco, muitos estudos têm demonstrado que existe uma associação entre fumar e o surgimento de infeções vaginais, dado que o tabaco altera a microbiota vaginal ao diminuir o número de *Lactobacillus spp.*, que têm como função proteger a mucosa vaginal contra infeções, através da manutenção do pH ácido da vagina. O facto de estas mulheres apresentarem taxas mais elevadas de tabagismo, esta proteção natural pode ficar comprometida, tornando o trato genital feminino mais propenso a infeções sexualmente transmissíveis.^{20,22,23}

Para além de todos os fatores de risco mencionados, há ainda o problema da falta de informação que existe relativamente à transmissão de ISTs em MSM, ou até mesmo informação errada, que tem um papel importante na prevalência destas infeções. Se estas mulheres encaram as ISTs como um problema apenas de outros grupos e não lhes é dito por profissionais capacitados que têm razões para se prevenir, acabam por estar perante um risco acrescido de vir a ficar infetadas. Ao não se aperceberem do risco de transmissão de ISTs a que estão sujeitas, mais frequentemente têm comportamentos de risco, fazem um menor uso de métodos de barreira e inevitavelmente transmitem ou contraem a infeção.¹

5. Saúde Sexual de MSM

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde sexual é definida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social em relação à sexualidade, que requer uma abordagem positiva e respeitosa da sexualidade e das relações sexuais, bem como a possibilidade de experiências sexuais prazerosas e seguras, livres de coerção discriminação e violência. Para que a saúde sexual seja atingida, os direitos sexuais de todas as pessoas devem ser respeitados protegidos e satisfeitos.^{24,25}

Entre os vários temas que a saúde sexual aborda, estão as infecções sexualmente transmissíveis e as questões de saúde sexual relacionadas com a orientação sexual, em que há a necessidade de haver liberdade para expressar a orientação sexual de forma segura em contextos de saúde e de combater a discriminação baseada na orientação sexual. Os problemas de saúde sexual requerem ações específicas para a sua identificação, prevenção e tratamento, tendo os profissionais de saúde um papel crucial.²⁴

Existe uma ideia errada de que as MSM não são suscetíveis a transmitir ou contrair ISTs, favorecendo o desinteresse destas mulheres em procurar cuidados de saúde. A realidade é que há evidência de ISTs em mulheres com prática sexual exclusiva com mulheres, embora os números sejam muito inferiores aos das mulheres com práticas sexuais com homens.¹⁴ Tal facto pode ser explicado pelo maior potencial dos homens em transmitir ISTs, que, por exemplo no caso do VIH (vírus da imunodeficiência humana), este existe em maior quantidade no sémen do que nas secreções vaginais e, pela maior suscetibilidade das mulheres em adquiri-las, devido à própria biovulnerabilidade feminina, uma vez que a extensão da mucosa vaginal permite um contacto mais prolongado com os fluidos seminais.⁸ Para além disso, o pH ligeiramente alcalino do sémen, em contacto com a mucosa vaginal, que apresenta pH ácido, pode desregular a microbiota vaginal, tornando-a mais suscetível a infeções.²⁶

Estas mulheres geralmente não sabem muito bem como cuidar da sua saúde sexual, sentindo-se por vezes desamparadas, e os profissionais de saúde têm o dever de intervir nesta área. Para tal é necessário formar profissionais de saúde competentes na abordagem das necessidades da saúde sexual de MSM, sendo que o mais importante é que estes sejam capazes de discutir abertamente sobre sexualidade, sem fazer quaisquer suposições. Fornecer a informação correta a estas mulheres irá encorajá-las a ter comportamentos preventivos, como o uso de métodos de barreira, e a participar em programas de rastreio, contribuindo para a promoção da saúde destas mulheres.¹ Existe

ainda a questão do planeamento familiar, os profissionais de saúde nunca devem presumir que por uma mulher estar num relacionamento amoroso com outra mulher, esta não possa ou não pretenda engravidar, os cuidados pré-natais são necessários em todas as mulheres que pretendam engravidar, independentemente da sua orientação sexual ou dos seus comportamentos, e um profissional de saúde tem de ter estar consciencializado para tal.²⁷

De um modo geral, algo relativamente comum a nível mundial é que os serviços de saúde sexual especializados em ISTs são escassos, mas preparados para responder às necessidades de um grupo populacional tão invisível como as MSM, ainda mais acentuada é a escassez. Em muitos países, estes serviços especializados em ISTs são fornecidos de forma separada e não estão disponíveis nos cuidados de saúde primários, planeamento familiar ou noutros serviços.²⁸ Serviços que se dediquem exclusivamente a ISTs são geralmente dirigidos para determinados grupos populacionais, nomeadamente os HSH. Em Portugal temos um exemplo desses, em Lisboa está sediada o “CheckpointLX”, um centro de base comunitária dirigido aos HSH, onde são realizados rastreios gratuitos, aconselhamento sexual e referência aos cuidados de saúde.²⁹

Um estudo realizado em 2017 no Japão a MSM, demonstrou que estas sentem necessidade de ter um profissional de saúde com quem se possam informar e tirar as suas dúvidas e desejavam igualmente que houvesse uma maior quantidade de informação disponível sobre ISTs em MSM. É de extrema importância educar estas mulheres e esclarecê-las relativamente ao seu risco de contrair ou transmitir ISTs, sendo que esse será o primeiro passo para atender às suas necessidades e torná-las visíveis.³ Para que tal seja possível é necessário também que haja um maior investimento na investigação na área da saúde sexual de MSM.

5.1 Epidemiologia das Infecções Sexualmente Transmissíveis

O termo “Infecções Sexualmente Transmissíveis” (ISTs) refere-se a um conjunto de síndromes clínicas e infeções causadas por agentes patogénicos que podem ser adquiridos ou transmitidos através de contacto sexual desprotegido, apesar de poderem ser adquiridos por outras vias.³⁰ A OMS estima que diariamente surjam mais de 1 milhão de novas infeções em todo o mundo, sendo que, apesar de todos os esforços, a sua incidência tem vindo a aumentar, principalmente nos jovens entre os 15 e os 24 anos.^{28,31}

Existem mais de 30 bactérias, vírus e parasitas que são transmitidos por via sexual, sendo que 8 desses agentes patogênicos estão associados à maior incidência de ISTs. A sífilis, gonorreia, clamídia e tricomoníase são atualmente as 4 ISTs curáveis. As restantes infecções não são curáveis, e são estas a hepatite B, herpes genital, infecção por VIH e HPV (*Human Papillomavirus*)/verrugas genitais, no entanto, a hepatite B e infecção por HPV podem ser prevenidas através da vacinação.²⁸ A candidíase vulvovaginal e a vaginose bacteriana, não são consideradas ISTs, no entanto, são frequentemente referidas como tal, uma vez que estão muitas vezes associadas ao comportamento sexual, facilitam a transmissão de ISTs, e os seus sintomas são semelhantes a outras IST.¹⁰ Inclusivamente, estudos demonstram que ambas as infecções, candidíase e vaginose bacteriana, são frequentemente transmitidas entre mulheres.²⁰

As ISTs têm um importante impacto na saúde sexual e reprodutiva, seja pelo impacto direto da própria infeção, como pelas complicações graves que desta podem advir, caso não sejam detetadas e tratadas a tempo. Como por exemplo acontece com a gonorreia e a clamídia, que têm como complicações frequentes a doença inflamatória pélvica e a infertilidade em mulheres e, no caso da infeção por HPV que todos os anos é responsável por 570 000 novos casos de cancro do colo do útero e 300 000 mortes.²⁸

Do ponto de vista da saúde pública, o facto de haver a perceção de que as relações sexuais entre mulheres são de baixo risco ou mesmo livres de risco, é problemático.⁴ Há inúmeros estudos que demonstram que as taxas de ISTs entre MSM estão mais ou menos equiparadas às mulheres que têm sexo com homens (MSH), que está entre os 10-20%, o que contraria a ideia destas mulheres estarem “livres de risco”.^{4,20} Alguns estudos demonstram ainda que as MSM têm maior incidência de vaginose bacteriana do que MSH, que é causada por um desequilíbrio da flora vaginal, predispondo as mulheres a ISTs.³² As ISTs mais comuns como a sífilis, gonorreia, clamídia, tricomoníase, hepatite B, herpes, VIH e HPV, já foram todas relatadas em MSM, no entanto há infecções mais frequentes que outras, dadas as suas práticas sexuais específicas.^{20,33}

Não obstante a escassez de estudos no âmbito da prevalência de ISTs em MSM, os que foram realizados apresentam alguma incoerência entre si, no entanto, a vaginose bacteriana e a infeção por HPV foram, na maioria dos estudos, as infecções mais frequentes neste grupo de mulheres.^{8,9,34-36} Numa das mais recentes revisões sistemáticas acerca da prevalência de ISTs e vaginose bacteriana em MSM foi demonstrado que infecções como vaginose bacteriana, HPV, herpes genital, tricomoníase, clamídia, sífilis, gonorreia e VIH foram observadas em MSM, da mais prevalente para a menos prevalente, embora estes

dados apresentem variações consideráveis (Tabela 5.1.1).³⁷ Apesar de este estudo não ter observado casos de hepatite B, na verdade existem casos publicados desta infeção neste grupo de mulheres. Acredita-se que a transmissão do VHB (Vírus da Hepatite B) seja mais provável de ocorrer que o VIH, uma vez que o VHB apresenta maior infecciosidade e permanece viável por mais tempo fora do organismo.^{34,37}

*Tabela 5.1.1 – Valores Mínimos e Máximos de Prevalência de ISTs em MSM em Diversos Estudos*³⁷

ISTs	Prevalência (Variações)
Vaginose Bacteriana	31.0 – 42.8 %
HPV	1.0 – 40.0 %
VHS-2	1.1 – 26.0 %
Tricomoníase	1.3 – 17.0 %
Clamídia	0.6 – 13.5 %
Sífilis	1.0 – 3.6 %
Gonorreia	0.6 – 2.7 %
VIH	1.0 – 1.8 %
Historial de ISTs	4.9 – 37.8 %

No que se refere a infeções como a clamídia, gonorreia, sífilis, herpes, hepatite, VIH e tricomoníase parece não haver consenso, e não se conhece realmente a verdadeira prevalência destas ISTs em MSM. Relativamente ao HPV e à vaginose bacteriana, parece estar muito bem estabelecido que a prevalência e o risco de transmissão é elevado nestas mulheres, no entanto, são necessários mais estudos. O enviesamento dos resultados podem dever-se às amostragens realizadas, ou seja, o recrutamento muitas vezes é feito em clínicas de ISTs, que potencialmente pode aumentar a prevalência de determinadas infeções, podendo não ser representativo da população.³⁷ Também há que reconhecer a dificuldade que é estudar este grupo de mulheres, que muitas vezes também se envolvem ou envolveram sexualmente com homens, o que não permite correlacionar de uma forma direta se uma determinada infeção foi transmitida por um individuo do sexo masculino ou feminino. Muitas vezes também passam despercebidas pelos estudos dada a sua invisibilidade, pois aquando do registo epidemiológico de ISTs em mulheres, provavelmente ou é registada como mulher utilizadora de drogas injetáveis, ou quando não é esse o caso parte-se do pressuposto que esta foi infetada por um homem, na

categoria de mulheres que têm sexo com homens, perpetuando assim o problema da falta de visibilidade destas mulheres pela comunidade médica e científica.^{9,38}

5.1.1 Gonorreia e Clamídia

De acordo com a OMS, a infeção por *Chlamydia trachomatis* é a IST bacteriana mais comum, seguida da infeção por *Neisseria gonorrhoeae*, sendo que a coinfeção ocorre em 10-40% dos casos, podendo ser transmitidas por sexo genital, oral ou anal. São ambas infeções cervicais, provocam geralmente inflamação do colo do útero, cervicite, assim como outras infeções extra-genitais, seja na orofaringe, reto ou ânus. Têm maior incidência em jovens sexualmente ativos e são frequentemente assintomáticas, sendo que quando apresentam sintomas estes são inespecíficos, como corrimento anormal, disúria, desconforto abdominal, dor durante ou após as relações sexuais, entre outros. O facto de serem geralmente assintomáticas é um problema, pois ao passarem despercebidas, não são tratadas e faz com que sejam mais facilmente transmitidas. Mulheres infetadas, quando não tratadas, ou a infeção resolve espontaneamente sem deixar sequelas ou pode provocar complicações como a doença inflamatória pélvica, salpingite, infertilidade e gravidez ectópica.^{39,40}

Segundo o *European Center for Disease Control and Prevention* (ECDC), em 2018 foram relatados mais de 400 000 casos de clamídia em 26 países europeus, com uma taxa média de 146 casos por 100 000 habitantes. A transmissão heterossexual foi responsável por 84% dos casos, em que destes 50% foram mulheres jovens, que continuam a ser as mais afetadas, e 34% homens.⁴¹ Relativamente à gonorreia, em 28 países europeus que reportaram casos, foram confirmados cerca de 100 000 casos, com uma taxa média de 26.4 casos por 100 000 habitantes, sendo o grupo dos HSH responsável por praticamente metade dos casos (48%), 21% para homens heterossexuais e 22% para mulheres heterossexuais.⁴²

O linfogranuloma venéreo (LGV), causado por serotipos mais invasivos de *C. trachomatis* (L1, L2 e L3), é cada vez mais prevalente em HSH.³⁹ O tratamento de 1ª linha para a infeção por *C. trachomatis* é a azitromicina, sendo que no caso da estirpe LGV recorre-se à doxiciclina, que também é útil para a infeção retal por *C. trachomatis*.³⁰ Relativamente à infeção por *Neisseria gonorrhoeae*, um dos problemas atuais, que é motivo de preocupação e um grande desafio para a saúde pública, é a emergência da “gonorrhea superbug”, que apresenta elevada resistência ao atual tratamento

recomendado para a gonorreia, a combinação de ceftriaxona com azitromicina, incluindo a resistência a penicilinas, sulfonamidas, tetraciclina, fluoroquinolonas e macrólidos. No futuro, com a perda de opções de tratamento eficazes e disponíveis, a gonorreia tem potencial para se tornar intratável, com aumentos significativos na morbidade e mortalidade.^{43,44}

Infeções por *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae* em MSM têm sido consideradas pouco comuns, entre os 0,3% e 3%, com uma prevalência ligeiramente mais elevada para a clamídia.⁹ Embora se conheça pouco relativamente à taxa de transmissão de *C. trachomatis* entre mulheres, um estudo publicado em 2011 sugere que a infecção por clamídia em MSM pode ser mais comum do que inicialmente se tinha pensado.^{35,45} Singh *et al.*, analisaram resultados de testes positivos para *C. trachomatis* em clínicas de planeamento familiar, pertencentes a mulheres entre os 15 e 24 anos, onde compararam os resultados de MSM com os resultados de MSH. O estudo demonstrou algo que não seria expectável, as MSM apresentaram uma prevalência mais elevada de clamídia (7,1%), comparativamente às mulheres que relataram sexo exclusivamente com homens (5,3%).⁴⁵ Uma das explicações para estes resultados inesperados pode ser o facto de que no grupo das MSM foram consideradas mulheres que tinham tido no ano anterior experiências sexuais com homens, e sabe-se que a *C. trachomatis* pode persistir por mais de um ano no organismo, ou seja, estas podem ter adquirido a infecção de um parceiro do sexo masculino, apesar de naquele momento terem como parceiro sexual uma mulher.⁴⁶

De um modo geral, não são infeções muito comuns em MSM, mas existem casos reportados. A transmissão de secreções cervicais pode ocorrer através de algumas práticas que envolvam troca destes fluidos, no entanto, uma vez que estes microrganismos necessitam de condições específicas para sobreviver, apresentam algumas exigências a esse nível, a transmissão por esta via parece estar mais dificultada. Esta pode então ser uma das razões para a baixa prevalência destas ISTs em MSM demonstrada em diversos estudos.⁴⁷ As MSH têm uma maior probabilidade de adquirir um grande inóculo de *C. trachomatis* e/ou *N. gonorrhoeae* transmitidos pelo fluido seminal, nas MSM, em que a penetração é feita com brinquedos sexuais ou dedos, o risco não será tão grande, no entanto, mais estudos são necessários para perceber quais as atividades que colocam as MSM em maior risco.¹⁹

5.1.2 Sífilis

A sífilis é uma IST provocada pela bactéria *Treponema pallidum*, que é transmitida através de sangue infetado ou por contacto sexual direto com lesões infecciosas, que permite a passagem da bactéria para a pele ou mucosa genital, oral ou anal do indivíduo não infetado. A bactéria penetra através de lesões e, pela corrente sanguínea atinge vários órgãos onde pode permanecer durante anos sem provocar quaisquer sinais ou sintomas, como acontece com algumas das outras ISTs. Esta pode causar problemas graves a nível cardiovascular, neurológico ou dermatológico. Se não for tratada, a infeção evolui e são reconhecidas 3 fases de doença ativa, a sífilis primária, secundária e terciária, que têm manifestações diferentes, caso uma não seja tratada evolui para a fase posterior, sendo que durante esse período em que passa despercebida, a infeção pode ser transmitida para os parceiros sexuais do indivíduo infetado.^{48,49} As fases iniciais são mais infecciosas, mas respondem melhor ao tratamento, em que é geralmente utilizada a benzilpenicilina benzatínica.^{30,50}

Segundo o ECDC, em 2018 foram confirmados cerca de 34 000 casos em 29 países da União Europeia, com uma taxa de notificação média de 7 casos por 100 000 habitantes, estando Portugal entre os países com as taxas mais baixas, com menos de 3 casos por 100 000 habitantes, apesar de ter tido um aumento de 100% ou mais no nº de casos de sífilis, comparativamente a 2017. O grupo populacional dos HSH representou cerca de 70% dos casos de sífilis, os homens e mulheres heterossexuais, 12% e 7%, respetivamente, os restantes casos é desconhecida a categoria de transmissão.⁵¹ Este relatório epidemiológico é mais um dos que não faz qualquer menção ao grupo populacional MSM.

Apesar de serem considerados raros, o *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) refere que, já foram relatados casos de transmissão de sífilis entre mulheres, provavelmente através de sexo oral.³⁵ No entanto, uma vez que esta se transmite através de contacto direto com as lesões infecciosas, a transmissão por outras práticas sexuais também são prováveis de ocorrer. Em 2001 foi publicado um *case report*, uma mulher de 48 anos em que lhe foi diagnosticada sífilis em Agosto do ano 2000. Esta relatou que nos últimos 4 anos os seus parceiros sexuais têm sido apenas mulheres, revelando que teve apenas uma única parceira nos últimos 3 anos, e que esta sua parceira praticava frequentemente contacto sexual oral-genital em si. A sua parceira, foi igualmente testada e apresentava sífilis, esta por sua vez revelou que ocasionalmente praticava sexo oral em homens, a troco de dinheiro. Após os relatos, os autores concluíram que em Abril esta

última teria sido infetada por sífilis através práticas de sexo oral a um homem, tendo acabado por transmitir, por essa mesma via, à sua parceira atual.⁵²

Tendo em consideração que uma das formas de transmissão desta infeção é o contacto de mucosas com as lesões infecciosas, a transmissão entre MSM é provável de ocorrer, dadas as práticas sexuais possíveis neste grupo de mulheres, seja através do contacto direto entre órgãos genitais, seja através da prática de sexo oral. No entanto, são práticas sexuais para as quais raramente se usam métodos de barreira, o que torna estas mulheres suscetíveis à transmissão/aquisição desta IST.

5.1.3 Tricomóníase

A tricomoníase, infeção causada pelo protozoário *Trichomonas vaginalis*, é a IST não vírica e curável mais prevalente em todo o mundo. O facto de não fazer parte da lista de doenças de declaração obrigatória pode dificultar a obtenção de dados epidemiológicos, no entanto, a OMS estimou que em 2016 havia 156 milhões de casos de tricomoníase em todo o mundo, que correspondia a praticamente metade dos casos das 4 ISTs curáveis, onde para além desta estão incluídas a infeção por *C. trachomatis* (127,2 milhões), gonorreia (86,9 milhões) e sífilis (6,3 milhões).^{53,54}

Existe um número significativo de casos assintomáticos ou com sintomas ligeiros. Na mulher os sinais e sintomas podem ser variáveis e incluem corrimento vaginal anormal, geralmente amarelo-esverdeado e com mau odor, disúria, inflamação vulvar, entre outros.^{35,55} Relativamente ao tratamento, está preconizado a administração de metronidazol, para o indivíduo infetado e seu parceiro sexual, não sendo aconselhada a prática de relações sexuais durante o período em que estão infetados.^{30,50} Em mulheres, a tricomoníase não tratada ou recorrente, tem sido associada a infertilidade e a problemas na gravidez, para além de aumentar o risco de infeção por VIH, tal como acontece com a maioria das ISTs. Atualmente, a única população em que o rastreio de tricomoníase é recomendado nos Estados Unidos da América (EUA) é em mulheres infetadas por VIH, cuja prevalência é elevada, contrariamente ao que acontece com os homens, sejam eles VIH positivos ou HSH, em que esta infeção é pouco frequente.^{35,55}

Relativamente à transmissão de *T. vaginalis*, para além da transmissão por via sexual, a literatura indica que existe transmissão não sexual do protozoário, através de fomites, objetos contaminados, como toalhas e sanitas, em que o microrganismo pode persistir até 24h e também através de piscinas.⁵⁶ Um estudo realizado na Zâmbia a

raparigas adolescentes, revelou que, das que relataram nunca ter tido experiências sexuais, havia uma elevada prevalência de *T. vaginalis*, em que a única explicação que os autores encontraram terá sido a transmissão através da água do banho que partilhavam.^{56,57} Outro caso foi uma mulher de 35 anos que estaria infetada com tricomoníase e transmitiu às suas filhas através da toalha ou esponja do banho que partilhavam entre si, conclusões tiradas após exclusão de abuso sexual.⁵⁸ Tendo em consideração os possíveis modos de transmissão, e sendo uma infeção vaginal, em que as secreções vaginais estão infetadas, será de esperar que MSM estejam em risco de transmitir ou adquirir tricomoníase por via sexual, através de práticas que promovam a partilha destes fluidos.⁵⁹

Apesar da baixa prevalência, o CDC afirma que a transmissão de tricomoníase entre MSM é possível, havendo estudos de casos que o comprovam.³⁵ Em 1989 foi publicado um caso de uma mulher que em 1982 teria estado infetada com gonorreia, adquirida através de uma relação heterossexual, e desde então negou quaisquer práticas sexuais com homens. Em 1988 foi-lhe diagnosticada tricomoníase, após ter tido contacto sexual com uma mulher bissexual, tendo negado partilha de brinquedos sexuais, mas sim penetração de dedos com partilha de secreções entre as duas. Os autores acreditam ter sido esse o primeiro caso reportado de transmissão de *T. vaginalis* entre duas mulheres.⁶⁰ Outro caso de transmissão entre MSM, foi o caso de um casal de mulheres, numa relação estável há 2 anos, em que ambas tiveram uma tricomoníase resistente ao metronidazol. A fim de evitar reinfeções e o tratamento ser bem sucedido, o casal terá sido aconselhado a evitar relações sexuais durante o período de tratamento, a não partilhar toalhas, nem outros objetos que pudessem estar contaminados com fluidos corporais, assim como proceder à desinfecção de sanitas e lavatórios. Após a avaliação do caso para tentar perceber como terá ocorrido a transmissão da infeção, e tendo em consideração que o casal revelou ter tido práticas envolvendo masturbação mútua e sexo oral, negando práticas penetrativas e contacto com homens nos últimos 10 anos, os autores do estudo acreditam que a transmissão de tricomoníase se tenha dado por via sexual, através destas práticas.⁶¹

Para além das possíveis vias de transmissão, há que ter em consideração que a tricomoníase caracteriza-se por um aumento do pH vaginal, um pH alcalino favorece a proliferação do protozoário. Esta é uma das razões que explica que quando uma mulher está menstruada, há um agravamento dos sintomas, porque para além de provocar um aumento do pH vaginal, o decréscimo de estrogénio que se verifica nessa fase também

contribui para a patogenicidade de *T. vaginalis*.^{56,62} É provável que a transmissão de tricomoníase seja favorecida numa situação em que haja contacto sexual entre duas mulheres menstruadas, no entanto são necessários mais estudos que permitam determinar os possíveis modos de transmissão deste microrganismo.

5.1.4 Herpes Genital

As principais manifestações clínicas do herpes genital são lesões vesiculares anogenitais e ulcerações, sendo o Vírus do Herpes *Simplex* do tipo 2 (VHS-2) o agente etiológico mais comum de úlceras genitais, com cerca de 491 milhões de indivíduos infetados em todo o mundo. O VHS do tipo 1 (VHS-1) também pode causar esse tipo de manifestações, e segundo as estimativas da OMS, em 2016 seriam entre 122 e 192 milhões os indivíduos com herpes genital causado por VHS-1.^{30,63,64}

O VHS-1 é maioritariamente transmitido por contacto oral-oral, sendo o principal agente etiológico do herpes labial. O VHS-2 é quase exclusivamente transmitido através do contacto genital-genital durante o contacto sexual, causando infeção na região genital ou anal, o chamado herpes genital.⁶⁴

A infeção por VHS-2 é mais prevalente nas mulheres, sendo que em 2016, dos 491 milhões de infetados, 313 milhões eram mulheres, algo que pode ser explicado pelo facto de que a transmissão sexual do VHS é mais eficiente do homem para a mulher. É transmitido principalmente durante as relações sexuais, em que há contacto direto com os genitais, através da pele, lesões, ou fluidos infetados, no entanto, também pode ser transmitido mesmo que o indivíduo não apresente sinais visíveis. Apesar do herpes sintomático ser mais contagioso, na forma assintomática também pode ocorrer transmissão. A maioria destas infeções são assintomáticas, no entanto, o vírus está presente e pode ser transmitido, levando a que o indivíduo infetado não tenha os devidos cuidados e transmita a infeção sem se aperceber. Quanto à terapêutica farmacológica de herpes genital, o fármaco de 1ª linha é o aciclovir, que varia na sua posologia, conforme se trate de um 1º episódio ou de recorrências. Os antivíricos disponíveis para o VHS ajudam apenas a reduzir a severidade e a frequência dos sintomas, uma vez que esta é uma infeção para toda a vida.^{35,63,64}

Embora a epidemiologia do herpes genital esteja bem descrita em heterossexuais e em HSH, relativamente às MSM pouco se sabe e poucos estudos têm abordado este tema, pelo que se desconhece a incidência e os modos de transmissão neste grupo de

mulheres. A transmissão do VHS requer apenas contacto entre mucosas ou contacto direto com pele não intacta, e tendo em consideração que as práticas sexuais entre MSM podem envolver esse tipo de contacto, coloca-as em risco de contrair a infeção.⁶⁵ Segundo o CDC, a transmissão genital de VHS-2 neste grupo de mulheres é pouco eficiente, mas pode ocorrer.³⁵ Um estudo realizado nos EUA mostrou haver uma seroprevalência de VHS-1 e VHS-2 de 46% e 8%, respetivamente, num grupo de mulheres que se identificavam como lésbicas e bissexuais. Das 78 mulheres que não tinham historial de contacto sexual com homens, apenas duas (2,8%) tinham VHS-2, o que sugere que a seropositividade do VHS-2 está associada ao contacto sexual anterior com homens infetados. Uma das possíveis razões que os autores sugerem para a baixa prevalência de VHS-2 em MSM, é a pouca eficiência da transmissão em práticas que não sejam peniano-vaginal.⁶⁵ Embora a literatura indique que mulheres heterossexuais ou bissexuais estão em maior risco de adquirir VHS-2, a prática frequente de sexo oral entre MSM pode ser um fator de risco para a infeção genital provocada por VHS-1, e aparentemente estas mulheres apresentam taxas mais elevadas de herpes genital provocada por VHS-1.^{35,65,66}

Tendo em consideração a possível transmissão de VHS-2 e a maior prevalência de VHS-1 em MSM, estas precisam de ser informadas dos potenciais riscos desta infeção, mas também de quais as estratégias adequadas para se protegerem deste tipo de infeções.²⁰

5.1.5 Hepatite

As hepatites A, B e C, causadas pelos vírus da hepatite A (VHA), B (VHB) e C (VHC), respetivamente, podem ser transmitidas por via sexual, contudo, aquela que é considerada uma IST, por ser facilmente transmitida por via sexual é a hepatite B, sendo a hepatite C a menos comum de ocorrer por esta via, e a hepatite A cada vez mais frequente, principalmente em HSH, tendo havido um surto na Europa, de 2016 a 2018, que afetou maioritariamente este grupo populacional.^{67,68}

A hepatite B é uma infeção viral que provoca inflamação do fígado, podendo causar doença aguda ou crónica e, particularmente neste último caso, pode levar a envolvimento de outros órgãos. O VHB, tal como o VHC, são transmitidos por via sexual, parentérica ou vertical, enquanto que o VHA é transmitido essencialmente por via fecal-oral. A OMS estimou que em 2015 haveriam cerca de 257 milhões de indivíduos infetados pelo VHB, e que as hepatites virais, principalmente a hepatite B e a C,

provocaram 1,34 milhões de mortes, maioritariamente por cirrose ou hepatocarcinoma.⁶⁹⁻

⁷¹ Em Portugal, de acordo com os dados do SINAVE (Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica), em 2018 foram notificados 174 casos de hepatite B, sendo a maioria em indivíduos do sexo masculino, com idade superior a 37 anos, que corresponde à faixa etária não abrangida pela vacinação, e a forma mais comum de transmissão terá sido a via sexual. Relativamente à hepatite C, nesse mesmo ano foram notificados 269 casos de infeção por VHC, mais uma vez maioritariamente em indivíduos do sexo masculino, com idades entre os 40 e 59 anos, sendo a principal via de transmissão a parentérica, exposição não ocupacional a sangue ou materiais contaminados, frequentemente associado ao consumo de drogas por via injetável.⁷¹

Relativamente aos modos de transmissão, a hepatite B tem sido reconhecida como uma IST, sendo que o impacto do contacto sexual na transmissão de hepatite A e hepatite C é ainda pouco claro. A principal via de transmissão da hepatite B é através do contacto sexual com indivíduos infetados, no entanto, também pode ocorrer através da partilha de objetos pessoais que envolvam troca de fluidos e, existe um risco muito fraco de transmissão através de um beijo mais profundo.⁷² O VHB tem capacidade de sobreviver fora do organismo humano pelo menos 7 dias, mantendo-se ativo durante este período. O material genético do vírus tem sido detetado em fluidos corporais, incluindo sémen, sangue menstrual, corrimento vaginal, saliva, fezes, e em mucosas, como a mucosa anal e retal. Práticas sexuais que envolvam exposição do indivíduo a estes fluidos ou mucosas infetadas, colocam-no em risco.⁷³ Embora seja uma infeção que é facilmente prevenível através da vacinação, continua a ser um problema de saúde pública, uma vez que a hepatite B crónica não tem cura. O tratamento disponível tem como objetivo impedir a progressão da doença, que pode ser alcançado através da supressão da replicação viral. Existem 2 tipos de fármacos que podem ser usados no tratamento da hepatite B, são eles o interferão alfa convencional ou peguilado e os inibidores nucleosídicos da transcriptase reversa. A hepatite B aguda geralmente não necessita de tratamento específico, na maioria dos casos o sistema imunitário do indivíduo consegue eliminar o vírus.^{74,75}

Relativamente à hepatite A, a transmissão ocorre maioritariamente por via fecal-oral, contudo o contacto sexual e determinadas práticas sexuais, que facilitam este modo de transmissão, podem igualmente contribuir para a transmissão do VHA, nomeadamente em HSH, que são um dos candidatos à vacinação. Segundo a Direção-Geral da Saúde (DGS), estima-se que uma taxa de imunização superior a 70% entre os HSH, poderia vir a impedir surtos futuros, como aquele que ocorreu entre 2016 e 2018.^{73,76} Não existe

terapêutica farmacológica específica para a hepatite A, é aconselhado repouso até que os valores dos parâmetros hepáticos normalizem, sendo que a maioria dos indivíduos recupera em 5 semanas.⁷⁷

A hepatite C tem como principal via de transmissão o contacto direto com sangue infetado, principalmente através da partilha de agulhas e seringas entre utilizadores de drogas injetáveis, mas também pode ser transmitido por via sexual, apesar de menos eficaz. Dadas as suas práticas sexuais, a prevalência em HSH parece ser mais elevada, comparativamente aos homens heterossexuais, uma vez que a exposição a sangue infetado é mais provável de ocorrer em práticas como o sexo anal sem proteção. O sexo oral apresenta baixo risco e, apesar do vírus estar presente na saliva, beijar normalmente não é um risco, seria necessário que ambos os indivíduos apresentassem lesões na mucosa oral.^{73,78} Contrariamente à hepatite A e B, não existe vacina para a hepatite C, no entanto, a abordagem terapêutica da infeção pelo VHC tem como objetivo a cura da doença, que se caracteriza por níveis indetetáveis do vírus após 12 a 24 semanas do término da terapêutica, apresentando uma taxa de sucesso bastante elevada. O esquema terapêutico varia de indivíduo para indivíduo, dependendo, entre outras coisas, do genótipo que está a infetar o indivíduo, apesar de já haver medicamentos pan-genotípicos, ou seja, que são ativos contra os 6 genótipos do VHC. Em Portugal, desde que ficou disponível o tratamento com antivirais de ação direta para todos os indivíduos infetados com hepatite C, já foram iniciados mais de 25 000 tratamentos, havendo mais de 15 000 doentes curados. Para além do sucesso do Programa Troca de Seringas, que em 2018 assinalou 25 anos no nosso país, a decisão de tratar todos os infetados pelo VHC, fez com que Portugal fosse um dos primeiros países a aproximar-se das metas da agenda 2030 da OMS, em que se prevê uma redução de 90% de novas infeções crónicas e de 65% na mortalidade associada às hepatites.^{71,79-81}

Tendo em consideração os diversos modos de transmissão dos vírus da hepatite, é possível que as MSM contraiam o vírus através do contacto sexual. Apesar da escassez de estudos neste grupo de mulheres, existem estudos que relatam casos de hepatite A, B e C em MSM, no entanto, o modo como estas infeções foram adquiridas permanece pouco conhecido.^{4,82-84} Um estudo publicado em 2000, que teve como objetivo avaliar a prevalência de ISTs em MSM, comparando com mulheres que nunca tiveram experiências com outras mulheres, observou que MSM tinham uma maior prevalência de hepatite B e C.⁸⁵ Uma das possíveis explicações para esses resultados, é o facto de que MSM têm frequentemente mais contactos sexuais com HSH, que se envolvem com maior

frequência em comportamentos de risco, e utilizadores de drogas injetáveis, como também elas próprias têm maiores taxas de uso de drogas injetáveis.^{85,86} O 1º *case report* que descreve a transmissão de hepatite A entre MSM foi publicado em 1986, em que uma mulher infetada pelo VHA, transmitiu a infeção a outras duas mulheres, que relataram ter tido contacto genital-oral e anal-oral com essa mesma mulher, o que fez com que os autores assumissem que a transmissão fecal-oral possa ter ocorrido por via sexual, após ter sido descartada a possibilidade de outras fontes de transmissão.⁸⁷

5.1.6 Infeção pelo Vírus do Papiloma Humano

A infeção pelo vírus do papiloma humano/*Human Papillomavirus* (HPV) é a infeção viral mais comum do aparelho reprodutor e como uma das ISTs mais comuns, constitui um problema de saúde pública com elevada morbidade e mortalidade na população do sexo feminino.⁸⁸ Muitos dos genótipos deste vírus não chegam a causar qualquer problema, provocam infeções que resolvem espontaneamente, no entanto os genótipos de alto risco têm uma probabilidade mais elevada de poder vir a causar cancro do colo do útero (CCU), a principal doença associada à infeção pelo HPV. A nível mundial o CCU é a 4ª causa de cancro mais frequente em mulheres, com cerca de 570 000 novos casos em 2018, sendo responsável por mais de 311 000 mortes todos os anos. Em Portugal, o CCU é o 9º cancro mais frequente em mulheres, com uma incidência de 13,5 casos por 100 000 habitantes.^{88,89}

Mais de 99% dos casos de CCU estão relacionados com as consequências a longo prazo da infeção por determinados genótipos de HPV, sendo os mais comuns e aqueles que têm maior potencial oncogénico, o 16 e o 18, que representam aproximadamente 70% dos casos de CCU. Alguns genótipos do vírus podem causar cancro no ânus, vulva, vagina, pénis e na orofaringe.^{88,89} Nos genótipos de HPV de baixo risco estão inseridos os genótipos 6 e 11, geralmente mais associados ao surgimento de verrugas genitais/condilomas acuminados, que apesar do baixo potencial oncogénico, são altamente infecciosos e podem afetar a qualidade da vida sexual dos indivíduos.⁸⁸ Atualmente não se conhecem medicamentos antivíricos capazes de eliminar o vírus do organismo, o tratamento consiste em destruir as lesões, quando estas existem, por variados métodos.⁹⁰

O HPV é um vírus transmitido por via sexual e grande parte dos indivíduos sexualmente ativos, em algum momento da sua vida, poderá ser infetado por um destes

vírus, com maior probabilidade no início da sua vida sexual.⁸⁸ A transmissão do vírus ocorre geralmente por contacto direto com a pele ou mucosas infetadas durante o contacto sexual, com ou sem penetração, incluindo a transmissão por contacto oral-genital e digital-genital, contudo a transmissão por contacto genital-genital parece ser a mais eficiente.^{91,92} A transmissão sexual do vírus pode ocorrer também pelo ânus e urina. É importante salientar ainda que, apesar de não ser muito comum neste tipo de infeções, está demonstrado que a transmissão de HPV de uma mulher para um homem é feita de forma mais eficiente do que o contrário.⁹³

Embora a maioria das infeções por HPV se resolvam de forma espontânea, alguns meses após a sua aquisição, para todas as mulheres há um risco de que o vírus permaneça durante um período mais longo e a infeção se torne crónica, mas também de que as lesões pré-cancerosas evoluam para CCU. Fatores de risco como o genótipo do vírus, o estado imunológico do indivíduo, coinfeções com outras ISTs como herpes, clamídia e gonorreia e o consumo de tabaco contribuem para a cronicidade da infeção e para o surgimento de CCU.⁸⁸ Este padrão de evolução da infeção por HPV demonstra a importância do rastreio do CCU através de uma citologia cervical, a fim de detetar precocemente o vírus, para que sejam tomadas as medidas certas no tempo certo. A vacinação tanto de indivíduos do sexo feminino como masculino é outra das formas mais efetivas de prevenção desta infeção, limitando desta forma a circulação do vírus na comunidade. Na Europa, em 2015 ficou disponível a vacina nonavalente, contra os genótipos 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 e 58, que conferiu um aumento da proteção contra a infeção por HPV. Em 2017 a DGS introduziu no Programa Nacional de Vacinação (PNV) essa mesma vacina, inicialmente dirigida a raparigas com 10 anos de idade, tendo havido em 2020 um alargamento da vacinação para rapazes da mesma faixa etária.⁹⁴⁻⁹⁶ Em Portugal, a incidência de CCU diminuiu bastante nos últimos anos, em grande parte devido aos programas de rastreio realizados de forma oportunista ou com base populacional, em unidades de cuidados de saúde primários, a mulheres entre os 25 e os 60 anos.⁸⁹

O risco de cancro do colo do útero em MSM é frequentemente subestimado e não reconhecido por estas, nem pelos profissionais de saúde, como um problema sério. O HPV pode ser transmitido por contacto direto com a pele, sem que seja necessário ocorrer troca de fluidos. Para além disso já foi detetado ácido nucleico do vírus em fomites, como espéculos e em pele que não mucosas, como os dedos, o que significa que estas mulheres podem contrair HPV através de práticas que envolvam dedos, brinquedos sexuais ou

outros objetos. Dados os possíveis modos de transmissão do HPV, é provável que MSM contraíam o vírus por contactos genital-genital, oral-genital, ou digital-genital, no entanto, os tipos de HPV que afetam o trato genital são geralmente contraídos por contacto direto genital-genital.^{88,97} Hoje em dia sabe-se que as infeções por HPV em MSM são comuns, existe transmissão sexual de HPV entre mulheres, factos suportados por casos confirmados de mulheres com HPV sem histórico de contacto sexual com homens.⁹

Dada a falta de métodos de barreira específicos para estas mulheres, apostar noutros tipos de prevenção é fundamental em que, para além da vacinação, que atualmente está assegurada pelo PNV, é importante melhorar a adesão de MSM a rastreios do CCU. As normas de orientação clínica internacionais, embora apresentem algumas inconsistências relativamente à indicação do rastreio destas mulheres, a maioria recomenda a sua inclusão. Nomeadamente as normas da *Royal Australian College of General Practitioners*, recomendam o rastreio a todas as mulheres com colo do útero sexualmente ativas, realçando que mulheres com parceiros sexuais do sexo feminino são consideradas em risco e incluídas no rastreio. Em Portugal, as normas de orientação clínica não fazem qualquer referência relativamente à indicação de rastrear MSM, às quais geralmente chamam mulheres homossexuais. Tendo em consideração que a evidência científica sobre o risco de MSM em contrair infeção pelo HPV já apresenta alguma robustez, declarando que o risco existe, é importante que estas mulheres realizem rastreios com a mesma periodicidade que a restante população feminina.⁸⁹

A literatura indica que MSM têm uma menor adesão aos rastreios do CCU, fazendo com que estas apresentem, por isso, um risco mais elevado de vir a desenvolver CCU. Esta baixa adesão tem como possíveis explicações a menor perceção de risco de infeção pelo HPV, sobretudo mulheres sem contacto sexual prévio com indivíduos do sexo masculino, bem como o afastamento dos serviços de saúde dirigidos às mulheres, em que o principal foco é o planeamento familiar e cuidados pré-natais, diminuindo assim a probabilidade de estas aderirem a campanhas de promoção de rastreios. Os profissionais de saúde, dada a lacuna que existe na sua formação relativamente a este tema, podem estar a contribuir para esta fraca adesão, por subestimarem o risco de CCU em MSM e não recomendarem a realização de rastreios, ou por receio de potenciais danos, sejam eles físicos ou psicológicos, de usar um espéculo ginecológico em mulheres que possam nunca ter tido coito vaginal prévio.⁸⁹ É importante que toda a comunidade médica, científica e próprias MSM, estejam cientes de que todas as mulheres que possuam colo do útero, estão

em risco de vir a desenvolver CCU, sendo importante reforçar que as recomendações que existem relativamente a rastreios, se aplicam a todas as mulheres sexualmente ativas, independentemente do género do seu parceiro sexual.⁹⁷

5.1.7 Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana

A infecção pelo VIH continua a ser um grande problema de saúde pública, no final de 2019 a OMS estimava que 38 milhões de indivíduos viviam com VIH, e que quase 33 milhões de vidas já foram perdidas devido a esta infecção. O VIH é um vírus que ataca o sistema imunitário do indivíduo infetado, podendo levar à síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA), o estadio mais avançado da infeção.⁹⁸ A ONUSIDA, um programa das Nações Unidas com parcerias de diversas organizações, que tem como objetivo principal ajudar no combate ao VIH/SIDA, tem atualmente como objetivo o fim da epidemia do VIH/SIDA até 2030. Tendo em conta os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, a estratégia até 2020 seria agir essencialmente ao nível da estratégia 90-90-90 (90% dos indivíduos infetados sejam diagnosticados, 90% dos diagnosticados recebam tratamento antirretroviral e que 90% dos que estão sob terapêutica atinjam carga viral indetetável), usar o tratamento como prevenção, entre outras estratégias.⁹⁹ Portugal em 2017 conseguiu atingir a meta 90-90-90, com 92,2% das pessoas que vivem com VIH diagnosticadas, destas, 90,3% em tratamento e dessas, 93,0% com viremia suprimida.¹⁰⁰

O vírus pode ser transmitido através da troca de uma variedade de fluidos infetados, como sangue, leite materno, sémen e secreções vaginais, portanto, práticas como relações sexuais desprotegidas e partilha de agulhas e seringas estão entre as principais formas de transmissão de VIH. Práticas como o sexo vaginal e anal desprotegidos, assim como a presença de outras ISTs, como sífilis, herpes, clamídia, gonorreia e vaginose bacteriana, contribuem para aumentar o risco de contrair ou transmitir VIH. O contacto genital-oral parece não conferir um risco muito elevado, no entanto, o risco existe e há que prevenir mesmo nesse tipo de práticas. O vírus não sobrevive por muito tempo fora do organismo humano, o que dificulta a sua transmissão através de superfícies.^{98,101} Segundo o ECDC, o contacto heterossexual continua a ser a principal via de transmissão de VIH na Europa (50%), seguida da transmissão sexual entre HSH (23%). Onde a epidemia tem continuado a crescer a um ritmo elevado é na Europa do Leste, sendo que aí a principal via de transmissão é o contacto sexual entre homens e mulheres e o uso de drogas injetáveis. Nesta região a transmissão relacionada

com o contacto sexual entre HSH continua baixa, embora esteja a aumentar. Contrariamente ao que se verifica noutras regiões, em alguns países da Europa do Leste os dados indicam que mais homens do que mulheres foram infetados por contacto heterossexual. Tendo em consideração que esse padrão difere de outros países, onde no grupo de transmissão heterossexual as mulheres estão em maioria, é importante não descartar a possibilidade de alguns desses homens terem sido infetados por outras vias, como uso de drogas injetáveis, ou contacto sexual com homens, mas foram classificados de forma errada no grupo heterossexual.¹⁰²

Apesar de não existir cura para a infeção pelo VIH, a replicação do vírus pode ser suprimida através de uma abordagem terapêutica que combina 3 ou mais antirretrovirais, o que permite que o sistema imunitário do indivíduo recupere a capacidade de combater infeções, atrasando assim a evolução da infeção, proporcionando a estes indivíduos uma vida mais longa e com qualidade.^{98,103} Os indivíduos infetados que estejam sob terapêutica antirretroviral (TARV) e que apresentem carga viral indetetável, não transmitem o vírus aos seus parceiros sexuais, o que demonstra a importância do diagnóstico precoce e consequente acesso ao tratamento, assim como uma boa adesão à terapêutica por parte do indivíduo infetado. Para além da melhoria na qualidade de vida do indivíduo portador do vírus, contribui para a prevenção da transmissão da infeção, conseguindo alcançar deste modo um dos objetivos da Agenda 2030 – Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, de usar o tratamento como prevenção.⁹⁸

Tal como acontece com outras ISTs, os dados relativos à transmissão sexual de VIH em MSM são escassos e os que existem até chegam a ser contraditórios.¹⁰⁴ Tendo em conta as práticas sexuais mais frequentes nestas mulheres, como o contacto oral-genital, ou partilha de brinquedos sexuais, é normal que o risco de transmissão de VIH seja realmente baixo.¹⁰⁵ O uso de drogas injetáveis e o contacto sexual casual com homens, em particular HSH, é o modo mais provável deste grupo de mulheres contrair o vírus, colocando as suas parceiras sexuais em risco aumentado de contrair o vírus. A combinação destes comportamentos com a perceção de baixo risco de serem infetadas por outras mulheres, coloca-as num patamar de risco mais elevado e, apesar de pouco frequente, a transmissão sexual é possível e têm sido reportados casos.¹⁰⁶ O mecanismo de transmissão do VIH entre mulheres ainda é desconhecido, no entanto, o mecanismo de transmissão de mulher para homem está mais bem documentado, e poderá ser possível fazer associações entre os dois tipos de transmissão. Sabe-se que a transmissão do VIH de uma mulher para um homem ocorre a uma taxa mais baixa do que de um homem para

uma mulher, chegando a duplicar a probabilidade de transmissão neste último caso, facto que pode ser explicado por diversos fatores.¹⁰⁷ Relativamente à transmissão entre mulheres, sabe-se que as secreções vaginais e o sangue menstrual são potencialmente infecciosos, logo, quando membranas da mucosa oral e vaginal são expostas a este tipo de secreções, podem levar a uma transmissão mais facilitada do vírus.¹⁰⁸ Terá sido demonstrado que as células dendríticas presentes no trato genital feminino de uma mulher infetada, contêm grandes quantidades do vírus e que teoricamente são capazes de transmitir o vírus através de contacto genital-genital ou oral-genital, sem haver trauma ou lesões.¹⁰⁹

O 1º caso provável de transmissão de VIH entre duas mulheres através de contacto sexual foi relatado em 1984, que descreveu uma mulher já em estado de SIDA, que teria como único fator de risco o contacto sexual somente com mulheres. O 2º caso de uma possível transmissão sexual entre duas mulheres foi em 1986, uma mulher que teria tido contacto sexual com uma mulher utilizadora de drogas injetáveis infetada por VIH. A mesma fonte, de 1996, refere que em 1987, 1989, 1993 e 1994 outros casos foram reportados.^{83,110} Já neste século, em 2003, foi publicado o 1º caso oficial de transmissão de VIH entre mulheres, reportado pelo CDC, o caso de uma jovem mulher de 20 anos infetada recentemente pelo VIH. Esta não teria historial de uso de drogas injetáveis, tatuagens ou *piercings*, transfusões de sangue, nem contacto sexual com homens, sendo que o único contacto de risco seria a sua parceira sexual seropositiva, que lhe terá transmitido a infeção, uma vez que ambas partilhavam o mesmo genótipo do vírus. A sua parceira era bissexual e sabia que estava infetada, mas apenas usava proteção quando se relacionava com homens, pois teriam sido essas as recomendações dadas pelo seu médico. As práticas sexuais incluíam a partilha de brinquedos sexuais, contacto oral-anal e oral-genital, nunca durante a menstruação, mas por vezes o uso de brinquedos sexuais seria traumático o suficiente para provocar sangue, que segundo os autores, poderá ter sido essa a forma mais viável de transmissão do vírus.¹⁰⁴ Em 2012, o CDC reportou outro caso, semelhante ao anterior, era igualmente um casal de mulheres serodiscordantes, que teriam práticas sexuais sem proteção há cerca de 6 meses, em que havia contacto oral-genital, genital-genital, penetração de brinquedos sexuais com alguma violência e contacto sexual durante a menstruação. Após descartar outros possíveis comportamentos de risco, concluíram que este caso seria muito provavelmente mais um caso de transmissão sexual de VIH entre mulheres, suportado por uma análise filogenética, em que os vírus seriam geneticamente idênticos.¹¹¹ Estes casos são claras demonstrações de

que se estas mulheres tivessem sido acompanhadas e aconselhadas de forma correta pelo seu profissional de saúde, poderiam ter sido evitadas as transmissões do vírus às parceiras destas mulheres.

Em 2019, o número de mulheres infetadas a viver com VIH era de 19,2 milhões, enquanto homens seriam 17 milhões, estatísticas que demonstram que as mulheres continuam a ser as grandes vítimas desta epidemia.¹¹² Dados de 2017, indicam que nos EUA haveriam cerca de 700 MSM infetadas, números estes que continuam a não aparecer nos relatórios globais, mesmo após já ter sido comprovado cientificamente a transmissão de VIH entre estas mulheres. Estes números continuarão a permanecer desconhecidos e a aumentar de forma silenciosa se a mentalidade heteronormativa persistir, principalmente nos serviços de saúde, contribuindo para o silêncio de muitas mulheres e para a não inclusão deste grupo populacional nos vários programas e políticas de combate ao VIH e outras ISTs.¹⁷

5.1.8 Vaginose Bacteriana

Apesar de não ser considerada uma IST, é uma condição que está associada a um risco acrescido de adquirir ISTs, daí ser importante a abordagem desta infeção no âmbito da saúde sexual.⁹ A par com a candidíase vulvovaginal, a vaginose bacteriana (VB) é a causa mais comum de corrimento vaginal anormal, sendo que esta caracteriza-se pela diminuição de lactobacilos produtores de ácido láctico e aumento de bactérias anaeróbias, sendo a *Gardnerella vaginalis* a mais comum, resultando num desequilíbrio da microbiota vaginal.^{113,114} Estes lactobacilos, que fazem parte da microbiota vaginal normal, acabam por ser substituídos por elevadas quantidades de bactérias anaeróbias comensais, aumentando o risco de aquisição de ISTs.⁴⁵ Clinicamente caracteriza-se por, para além de sintomas específicos de uma inflamação vaginal, um excesso de corrimento vaginal, com um característico intenso odor a peixe, que a distingue da candidíase, e coloração branca ou acinzentada, embora cerca de metade das mulheres não apresente qualquer sintoma.^{114,115} Apesar de cerca de 30% dos casos de VB se resolvam sem recorrer a tratamento, este é recomendado em mulheres sintomáticas, com o objetivo de aliviar os sinais e sintomas da infeção e, reduzir o risco de adquirir ISTs, podendo ser utilizados anti-infecciosos, como o metronidazol ou clindamicina, ou então produtos que ajudam a regular o equilíbrio do pH vaginal. Quanto ao tratamento dos seus parceiros sexuais, não está demonstrado que seja benéfico, não sendo por isso geralmente recomendado.^{50,116,117}

A patogênese da VB é complexa e as evidências científicas sugerem que a atividade sexual tem um papel importante na incidência e recorrência desta infecção. Apesar de haverem poucos estudos epidemiológicos em MSM, sabe-se que a prevalência desta infecção em MSM é elevada, no entanto, desconhece-se se será devido às práticas sexuais ou a outros fatores.^{118,119} Um dos estudos realizados sobre este tema, demonstrou que a prevalência de vaginose bacteriana é significativamente mais elevada em MSM (45,2%) do que em MSH (28,8%).¹²⁰ Embora não seja considerada uma IST, dados epidemiológicos têm vindo a sugerir que os microrganismos envolvidos na VB são transmitidos sexualmente entre mulheres, pela troca de fluidos vaginais infetados. A incidência de VB demonstrou estar associada a um número aumentado de parceiros sexuais e vários estudos demonstram um alto nível, cerca de 87%, de concordância de vaginose bacteriana entre casais de MSM, ou seja, quando uma das mulheres está infetada, a sua parceira geralmente encontra-se igualmente infetada.^{22,121,122} Marrazzo *et al.*, concluíram que práticas sexuais que envolvam uma maior partilha de secreções vaginais, estão associadas a um risco elevado de transmitir microrganismos envolvidos na VB, como a partilha de brinquedos sexuais na penetração vaginal e contacto digital-genital. Os mesmos autores descobriram também que o uso de lubrificantes estaria associado a uma maior incidência de VB, sugerindo que o uso destes produtos pode alterar a microbiota e o pH vaginal. Estes observaram ainda que casais de mulheres monogâmicas partilhavam estirpes idênticas de lactobacilos vaginais e anais, o que suporta a hipótese desta infecção poder ser sexualmente transmissível entre mulheres.¹²⁰

Ainda se desconhece a razão desta infecção ser tão prevalente em MSM, pensa-se que possa ser devido ao facto de determinadas bactérias associadas à VB preferirem o ambiente dos fluidos vaginais ao ambiente do trato genital masculino, ou então a transmissão de fluidos vaginais infetados é um mecanismo mais eficiente para a aquisição de VB entre MSM, do que a transmissão do trato genital masculino em MSH.¹²³ São necessários mais estudos para perceber o mecanismo de transmissão sexual de VB entre MSM, e dada essa possibilidade de transmissão, se não seria benéfico tratar também as suas parceiras sexuais. Não havendo dados que demonstrem vantagem em tratar parceiras sexuais, e uma vez que esta infecção predispõe estas mulheres a adquirirem ISTs, é importante que estas se previnam, sabendo reconhecer sinais e sintomas de VB e a estarem atentas a esses sinais, incentivando-as nesses casos, a práticas sexuais mais seguras, como evitar a partilha de brinquedos sexuais, ou então higienizá-los ou, preferencialmente, usarem métodos de barreira.^{9,35}

5.1.9 Candidíase Vulvogaginal

A candidíase vulvogaginal é uma infecção vaginal provocada pelo fungo *Candida albicans* em 85% dos casos, e tal como acontece com a vaginose bacteriana, também não é considerada uma IST, pois pode ocorrer em indivíduos que não sejam sexualmente ativos, contudo pensa-se que possa haver igualmente transmissão sexual entre MSM. Alguns estudos sugerem que a vaginose bacteriana e a candidíase são as infecções mais comumente transmitidas entre MSM, através de troca de secreções vaginais infetadas durante o contacto sexual.^{47,124}

Geralmente manifesta-se por corrimento vaginal branco espesso e inodoro, ardor, eritema, edema, prurido e fissuras vulvares, no entanto, cerca de 20% das mulheres são assintomáticas. O tratamento de candidíase consiste na utilização de antifúngicos, geralmente por aplicação tópica, em que se recorre geralmente ao clotrimazol, mas também por via oral, como é o caso do fluconazol. Apenas é recomendado em mulheres sintomáticas e, quando o prurido vulvar é intenso, pode ser considerada a aplicação tópica de hidrocortisona, para um alívio rápido dos sintomas. Não sendo considerada uma IST, o tratamento dos parceiros sexuais não é recomendado, contudo pode ser considerado em casos de infeções recorrentes, ou então no caso destes se apresentarem sintomáticos.^{50,116}

Embora não seja considerada uma infecção que possa ser transmitida pelo contacto sexual, há estudos que referem que parceiros sexuais partilham frequentemente a mesma estirpe de *Candida sp.* na região genital, anal ou oral. Tendo também já sido sugerido que a presença deste fungo na cavidade oral do/a parceiro/a sexual causa reinfeção na mulher durante o contacto oral-genital, contudo o mecanismo de transmissão é ainda desconhecido.¹²⁵ A transmissão de espécies de *Candida sp.* entre MSM é biologicamente plausível, pois tendo em conta que o fungo pode estar presente em reservatórios como a vagina, ânus ou boca e as práticas sexuais destas mulheres poderem envolver contacto com estas regiões, é provável que a transmissão entre mulheres ocorra.¹²⁶ No entanto, um estudo publicado em 2014, que tinha como objetivo perceber se os comportamentos sexuais estariam associados à presença de candidíase em MSM, não encontrou evidências que suportassem a transmissão sexual de *Candida sp.* entre mulheres, visto não terem sido encontradas concordâncias genéticas entre o microrganismo encontrado na mucosa vaginal de cada uma das mulheres.¹²⁷

À semelhança daquilo que acontece com as ISTs, parece haver uma correlação entre o contacto heterossexual e a candidíase. Tem sido posta a hipótese de que a penetração do pénis na vagina facilita o movimento do fungo para a vagina, para além de ser uma prática que pode provocar algum trauma e facilitar assim a invasão do microrganismo, já no contacto entre mulheres, esse possível trauma acontece com menor frequência. Permanece desconhecida a possibilidade de transmissão de candidíase por via sexual, ou se as atividades sexuais apenas potenciam a colonização por *Candida sp.*, que mais tarde pode vir a resultar em candidíase vulvovaginal por outros fatores, como o uso indiscriminado de antibióticos por exemplo.¹²⁷ Posto isto, a conclusão acaba por ser sempre no mesmo sentido, é necessária mais investigação neste grupo de mulheres, não apenas para a candidíase vulvovaginal, mas também para as outras infeções.

5.2 Transmissão de ISTs vs Práticas Sexuais entre MSM

A diversidade de práticas sexuais relatadas por MSM, associadas ao uso pouco frequente de métodos de barreira, expõe estas mulheres a secreções orais, vaginais, cervicais, anais e sangue, tornando-as mais suscetíveis de adquirir ISTs. Para perceber como a transmissão de infeções pode ocorrer entre mulheres, é necessário compreender os seus comportamentos sexuais.^{14,20} Um estudo publicado em 2003 sobre os comportamentos sexuais de MSM, observou que as práticas mais frequentes neste grupo de mulheres seriam a penetração digital-vaginal, contacto oral-genital, masturbação mútua e contacto genital-genital, sendo que outras práticas como sexo anal e penetração vaginal de brinquedos sexuais seriam menos frequentes, embora este último comportamento seja considerado, noutros estudos, uma prática comum entre MSM.^{20,38} Mais recentemente, um estudo publicado em 2017, mostrou que, relativamente ao tipo de práticas sexuais entre MSM, cerca de 90% das inquiridas pratica estimulação genital da sua parceira com mãos ou dedos, cerca de 80% tem como prática frequente o sexo oral, sendo que 45% referiu práticas como o contacto genital-genital e estimulação genital com brinquedos sexuais e, apenas 16% referiu a prática do sexo anal (Figura 5.2.1).³

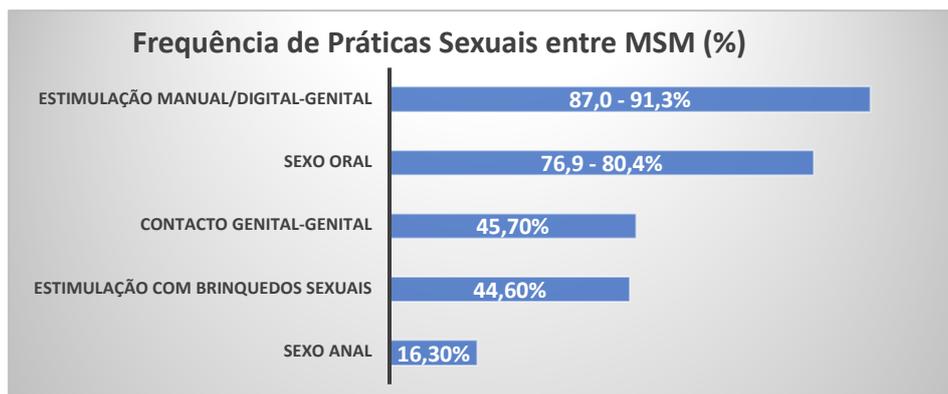


Figura 5.2.1 - Frequência das Diversas Práticas Sexuais entre MSM³

São necessários estudos que abordem fatores de risco comportamentais precisos para a transmissão sexual específica de ISTs entre mulheres. Um estudo publicado em 2001 refere que a probabilidade de transmissão é mais baixa entre mulheres, sendo necessário um maior número de exposições para transmitir a infecção. Numa tentativa de explicar este facto, os autores do estudo referem que, nomeadamente no caso de infeções que afetam o colo do útero, como o caso da clamídia e gonorreia, a transmissão direta do microrganismo do pénis para o colo do útero ocorre com maior facilidade, já a transmissão de um colo do útero para outro colo do útero ocorre de forma menos direta, sendo mais difícil de ocorrer. No entanto, no caso de infeções que apenas exigem contacto externo para a transmissão da infecção, como é o caso do HPV, herpes e sífilis, a probabilidade de transmissão deveria ser a mesma, mas muitas vezes não é isso que se verifica, pois MSM têm geralmente taxas inferiores destas infeções do que MSH, reforçando a necessidade de mais investigação na área.⁴ A própria biologia do microrganismo também tem um papel muito importante na probabilidade de transmissão. As práticas sexuais entre MSM, geralmente envolvem uma maior exposição ao ar de secreções potencialmente infetadas, uma vez que anatomicamente é mais difícil haver um contacto interno direto, o que torna menos eficaz a transmissão de microrganismos mais sensíveis. Por exemplo no caso do VIH, uma das possíveis explicações para a baixa taxa de transmissão entre mulheres é o facto de o vírus não conseguir sobreviver fora dos fluidos biológicos. Um pénis em contacto com fluidos vaginais que contenham o vírus, ao ser exposto ao ar, os fluidos secam, diminuindo a viabilidade do vírus. Já quando uma mulher é exposta a sémen infetado, no interior da vagina o fluido não vai secar, o que significa que uma mulher pode ser exposta ao vírus durante um período de tempo mais longo, aumentando assim a probabilidade de ficar infetada.¹²⁸ Dada a escassa informação

que existe sobre este grupo de mulheres, este é o tipo de analogia que pode ser feito para tentar perceber a transmissão de ISTs em MSM, utilizando informação que já existe para as práticas entre homens e mulheres, que acabam por ser a principal população-alvo dos estudos. Neste exemplo, ao utilizar informação que menciona alguns dos fatores que fazem com que as mulheres sejam mais suscetíveis e vulneráveis a uma infeção por VIH do que os homens, de uma forma clara percebe-se que esta seja uma das causas prováveis que justificam o facto das práticas sexuais entre mulheres estarem relacionadas a um menor risco de infeção pelo VIH do que MSM.¹⁰⁹

A masturbação mútua e o tribadismo, que é definido como fricção genital em qualquer parte do corpo de outro indivíduo, geralmente coxas, pernas ou tronco, são atividades de baixo risco, embora seja viável que infeções como herpes, HPV e sífilis possam ser transmitidas por esta via, pois requerem apenas contacto pele-a-pele ou contacto entre mucosas. Os riscos que existem nestas práticas sexuais estão relacionados com a partilha de fluidos vaginais e cervicais entre mulheres.^{4,20} O contacto oral-genital, uma prática muito comum entre MSM, pode permitir a transmissão de herpes da mucosa oral para a mucosa vulvar ou vice-versa, assim como de HPV e infeções vaginais, como candidíase, através da transmissão de secreções vaginais infetadas para a mucosa oral ou anal.^{20,35} Quanto à estimulação dos genitais da parceira, uma prática também bastante frequente entre MSM, caso envolva penetração, seja manual ou através de brinquedos sexuais, requer um alto nível de lubrificação, caso contrário poderá causar algum trauma, no entanto as lesões podem ocorrer mesmo com a lubrificação adequada, seja pela forma como a penetração é realizada, seja por lesões provocadas pelas unhas da parceira, caso apresentem algum comprimento. A penetração pode levar a lesões no colo do útero ou na mucosa vaginal, aumentando deste modo o risco de transmissão de ISTs, nomeadamente os microrganismos que são transmitidos pelo sangue, como o VIH, VHB e VHC.^{20,83} A transmissão de vírus transmitidos pelo sangue, a partir de sangue menstrual para uma mucosa oral não intacta também é possível. Para além de todas estas possibilidades, há ainda o contacto oral-anal, que apesar de ser uma prática que parece ser mais comum em HSH do que em MSM, pode facilitar a transmissão do VHA.^{10,20}

No livro “The Whole Lesbian Sex Book”, *Newman* descreve uma hierarquia de comportamentos de risco de ISTs entre MSM. A autora considerou como práticas livres de risco a estimulação mútua entre órgão genitais com roupa, estimulação de mamilos e partilha de brinquedos sexuais com troca de preservativos entre as mulheres. Já práticas sexuais de baixo risco incluem o sexo oral com proteção, contacto manual com a vulva

da parceira sem penetração, penetração manual com proteção, estimulação mútua entre órgão genitais sem roupa e beijos mais intensos. Relativamente a comportamentos de risco, esta referiu o sexo oral desprotegido e a penetração manual sem proteção, estando classificados como comportamentos de alto risco o sexo oral durante a menstruação, contacto oral-anal sem proteção e partilha de brinquedos sexuais sem troca de preservativos.²⁰

Contudo, é importante ter em consideração que a discussão sobre o risco de transmissão de ISTs consoante as práticas sexuais entre mulheres, é meramente especulativa, uma vez que há poucos estudos realizados sobre a prevalência de ISTs em MSM que tenham reunido informação sobre os comportamentos sexuais e o modo como as infeções foram adquiridas.²⁰

5.3 Prevenção de ISTs em MSM

A falta de conhecimento relativamente à saúde sexual de MSM leva a que não hajam *guidelines* específicas sobre a prevenção de ISTs neste grupo de mulheres, resultando em serviços de saúde e profissionais de saúde não capacitados para educar e orientar estas mulheres sobre o tema.¹²⁹ Comparativamente aos HSH que, devido à epidemia do VIH/SIDA têm sido, desde então, alvo de vários programas de prevenção de ISTs, as MSM têm sido invisíveis a estas estratégias de saúde pública, resultando num aumento da sua vulnerabilidade a estas infeções.¹⁷

O contacto com fluidos corporais ou determinadas lesões na pele/mucosas são geralmente os principais modos de transmissão de ISTs, o que significa que estas mulheres podem transmitir ou adquirir infeções através de práticas sexuais que envolvam contacto genital-genital, oral-genital e outras práticas que envolvam troca de fluidos corporais, logo, a prevenção eficaz começa pela proteção contra a exposição a estes fluidos.^{1,3} Embora existam dados que suportem que o risco de transmissão de ISTs entre MSM é relativamente baixo, está bem documentada a transmissão de ISTs neste grupo de mulheres, portanto o risco existe, no entanto não existem métodos de barreira específicos para o contacto sexual entre MSM. Estas mulheres encontram-se numa posição de vulnerabilidade, uma vez que sabem que existe risco de contrair ISTs através do contacto sexual desprotegido com outra mulher, embora as opções de métodos de barreira disponíveis sejam limitadas. Isto pode afetar estas mulheres não só a nível da sua

saúde física, como a nível mental e social, sendo primordial e relevante combater e contrariar o problema da falta de informação e investir no desenvolvimento de métodos de barreira adequados a este grupo populacional.^{27,32}

Todos os métodos de barreira que existem no mercado, são direcionados para as práticas sexuais entre homem e mulher, refletindo mais uma vez a mentalidade heteronormativa da sociedade, o que significa que os métodos de barreira que podem ser usados por estas mulheres têm que ser adaptados a partir daquilo que já existe. Tendo em consideração que MSM têm práticas sexuais específicas, é importante distinguir o papel dos métodos de proteção para cada prática, como o contacto digital-genital, oral-genital e genital-genital e, partilha de brinquedos sexuais.³²

Aquando da abordagem sobre o uso de preservativos, o mais correto seria estes serem denominados de preservativo interno, mais conhecido como “feminino” e preservativo externo, o dito “masculino”, por ser uma nomenclatura mais inclusiva. O uso da expressão masculino/feminino pode levar a que se pense que não é adequado para qualquer indivíduo ou prática sexual, ou até mesmo ser ofensivo para pessoas transgénero. O preservativo interno, para além de não ser de tão fácil acesso como acontece com o preservativo externo, não tem capacidade de proteção para a maioria das atividades praticadas por estas mulheres, dado não cobrir a vulva totalmente, protegendo apenas o canal vaginal, uma vez que terá sido pensado apenas para práticas sexuais que envolvam penetração.^{27,130} Pode então ser usado em brinquedos sexuais para penetração vaginal ou anal, no entanto, o preservativo externo é mais usado neste tipo de práticas, devido ao seu maior conforto e acesso. Para além disso, é importante lembrar estas mulheres da importância de higienizar os brinquedos sexuais e trocar os preservativos entre a utilização de cada uma, ou seja, não podem ser partilhados e, caso prefiram não usar preservativo é então recomendado que cada uma tenha o seu próprio brinquedo para uso individual.⁸³

Relativamente a práticas que envolvam contacto manual/digital-genital, que também pode envolver penetração, é recomendado o uso de luvas de látex ou outro material apropriado.¹³¹ Para além disso, existem outras recomendações para práticas que envolvam penetração, sendo importante garantir a lubrificação adequada e manter as unhas com um comprimento reduzido, com o intuito de reduzir a chance de danos na mucosa vaginal aquando da penetração.²⁰ Para o contacto oral-genital, a prevenção passa por evitar este tipo de práticas durante a menstruação da mulher recetiva, diminuindo deste modo o risco, ou então usar métodos de barreira de látex específicos, sendo os mais

conhecidos os *dental dams*.²⁰ Os *dental dams*, desenvolvidos inicialmente para serem usados por dentistas, são “folhas” de látex ou poliuretano que podem ser usados para diminuir o risco de transmissão de ISTs no contacto oral-genital/anal, atuando como barreira entre a vulva/ânus e a mucosa oral, evitando assim uma possível transmissão.^{83,131} Este método de barreira é mencionado pelo CDC e outras entidades, como proteção de ISTs para o sexo oral, explicando o modo como deve ser usado, assim como uma forma alternativa de fazer uma *dental dam* a partir de um preservativo “masculino” (Figura 5.3.1).¹³²

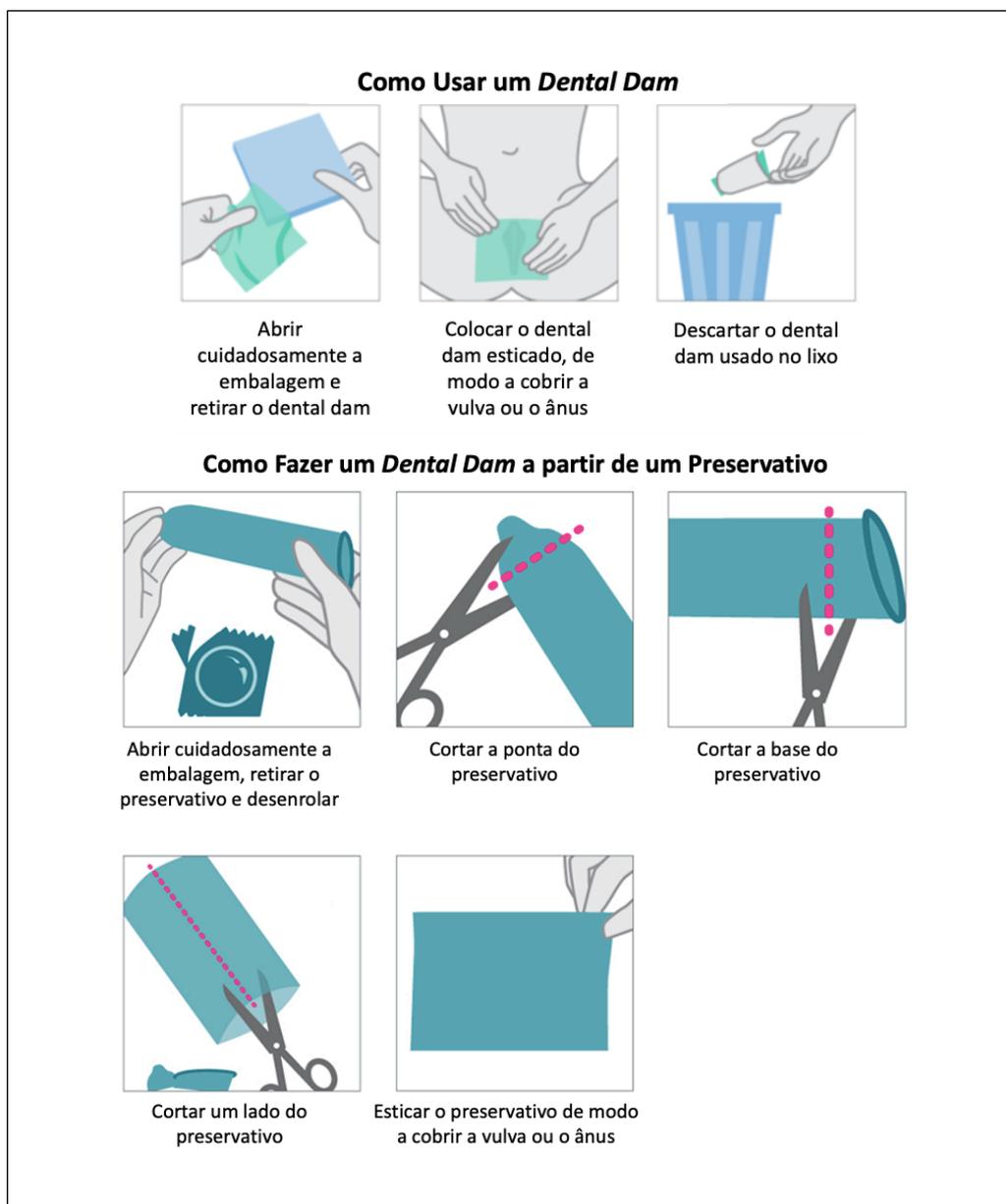


Figura 5.3.1- Explicação Sobre como Usar e Fazer um Dental Dam (Adaptado de CDC¹³²)

No entanto, muitas mulheres referem que estes produtos têm um sabor desagradável, são difíceis de usar, de difícil acesso e são pouco fiáveis quanto à cobertura da região genital,

sendo que, por isso, algumas referem preferir o uso de película aderente, também para práticas que envolvam contacto genital-genital, apesar de não ser considerada oficialmente uma barreira de fluidos corporais para atividades sexuais.⁸³ Nomeadamente o Departamento de Saúde Pública de Los Angeles e outras entidades recomendam mulheres a usar esse método de barreira não oficial, o “plastic wrap” (película aderente), caso não estejam disponíveis outros métodos de barreira.^{133,134}

MSM parecem estar, de alguma forma, conscientes de que a troca de fluidos corporais pode levar à transmissão de ISTs, no entanto, um número muito significativo de mulheres não tomam precauções quando se envolvem sexualmente com outras mulheres.¹ Um estudo publicado em 2013 analisou o uso de métodos de barreira em MSM, acabando por concluir aquilo que estudos anteriores já teriam concluído, que a grande maioria destas mulheres não usa qualquer método de barreira, sendo o método de barreira mais usado o preservativo em práticas de penetração com brinquedos sexuais. Mais de 80% revelou não usar qualquer tipo de proteção em práticas em que há contacto oral-genital e manual-genital, sendo que relativamente ao uso de brinquedos sexuais para estimulação genital, cerca de 60% revelou não usar proteção, embora este valor ainda não represente uma percentagem de uso ideal.³² Outro estudo, este publicado em 2010, refere que apesar de o contacto oral-genital fazer parte da grande maioria das práticas sexuais destas mulheres, os *dental dams* raramente são usados, sendo que estas mulheres fazem um maior uso de luvas e preservativos. Avaliando os dados que existem, é provável que métodos de barreira como preservativos e luvas sejam os mais usados porque, para além de serem mais fáceis de usar, o seu acesso é mais facilitado do que os *dental dams*.¹³¹ Mais recentemente, um estudo publicado em 2018, mostrou que o uso de métodos de barreira é muito menos frequente naquelas que são as práticas mais comuns entre MSM. (Tabela 5.3.1).¹⁴

Tabela 5.3.1 - Frequência do Uso de Métodos de Barreira nas Diferentes Práticas Sexuais entre MSM¹⁴

Prática Sexual	Frequência	Uso de Método de Barreira
Penetração vaginal com dedos	97,3 %	→ 5,8%
Sexo oral	95,2 %	→ 6,7%
Penetração vaginal com brinquedos	55,3 %	→ 56,5%
Penetração anal	27,0 %	→ 52,9%

O facto de apenas uma pequena minoria deste grupo populacional recorrer ao uso de métodos de proteção, pode ser pela falta de conhecimento, devido à escassez de informação que existe relativamente ao tema, ou pela perceção de baixo risco em contrair ou transmitir ISTs. A maioria das MSM referem não usar estes dispositivos médicos por serem desconfortáveis, inconvenientes e pouco atrativos.¹ Recentemente surgiu uma *lingerie* de látex para mulheres, *Lorals*, desenhada para prevenir o contacto pele-a-pele e a troca de fluidos, essencialmente para o sexo oral, embora possa ser utilizado para outro tipo de práticas. No entanto, a marca refere que não é considerado um dispositivo médico, uma vez que não terá sido avaliado ou aprovado pela *Food and Drug Administration* (FDA) para a prevenção de ISTs, referindo, contudo, que esse é o próximo objetivo. Segundo os consumidores, este produto já parece ser confortável, conveniente e atrativo, no entanto, ainda não fazem o essencial, por não estar comprovado, a proteção contra ISTs.¹³⁵

Como alternativas à falta destes métodos de barreira, é importante recorrer a outros métodos preventivos, como incentivar estas mulheres a realizar rastreios de ISTs, rastreios do cancro do colo do útero, vacinação do HPV e Hepatite B, assim como evitar o contacto sexual durante a menstruação, criar o hábito de observar e identificar possíveis lesões ou verrugas genitais que a parceira possa ter, antes de haver contacto sexual, evitar qualquer tipo de higiene prévia à relação sexual que possa provocar algum dano e sangramento, seja na mucosa genital como na mucosa oral, evitar o consumo de drogas e álcool antes e durante qualquer prática sexual. Estes são apenas alguns exemplos de possíveis formas de prevenção de ISTs para MSM.^{10,83}

A prevenção de um modo geral é uma abordagem extremamente complexa, pois apesar de o indivíduo ter alguma noção de que aquela prática terá risco, ele muitas vezes decide correr esse risco, sem pensar nas consequências que daí possam advir. No caso das ISTs, profissionais de saúde e serviços de saúde têm um papel fundamental através da prevenção primária, onde estão incluídas a vacinação, o uso de métodos de barreira para a prevenção de ISTs e a educação para a saúde, no entanto, apesar de crucial, esta não tem demonstrado a eficácia esperada. Com o objetivo de detetar precocemente possíveis infeções, a prevenção secundária representa também um papel extremamente importante, onde estão incluídos os rastreios de ISTs e do cancro do colo do útero.^{54,136,137}

Seria importante a realização de mais estudos que permitissem perceber qual a perceção de risco de ISTs que estas mulheres têm, uma vez que isso pode influenciar o

envolvimento ou não em comportamentos de risco, assim como a regularidade com que frequentam determinados serviços de saúde.¹

6. O Papel dos Serviços de Saúde e Profissionais de Saúde na Saúde Sexual de MSM

Os serviços de saúde e profissionais de saúde têm ignorado as necessidades da saúde sexual de MSM, demonstrando falta de preparação e confiança, quando atendem os diversos membros da comunidade LGBT+.²⁰ Não faz sentido que um utente que necessite de conselhos e recomendações por parte de um profissional de saúde, acabe por ser o próprio a instruir o profissional, no entanto esta pode ser uma situação algo frequente para os utentes LGBT+ nos serviços de saúde. Para além disso, esta comunidade tem enfrentado ao longo dos anos estigma social e preconceito, que acabam por criar barreiras no acesso aos cuidados de saúde, por maus-tratos, inexperiência ou desconforto por parte dos profissionais de saúde, levando a que estes indivíduos acabem por se afastar dos serviços de saúde, por se sentirem muitas vezes incompreendidos e isolados.¹³⁸

Ao não receberem o atendimento adequado nos serviços de saúde, estes indivíduos acabam por recorrer a *websites* para obterem informações acerca da sua saúde sexual, não tendo provavelmente a capacidade de perceber quais as fontes mais fidedignas, e o papel do profissional de saúde é essencial para combater a desinformação. Um estudo realizado pela ILGA Portugal refere que 36% dos utentes LGBT+ já procurou informação sobre saúde através de outros meios como internet ou linhas telefónicas, por desconforto em revelar ao profissional de saúde os seus comportamentos sexuais com indivíduos do mesmo sexo. Este mesmo estudo demonstra ainda que é fundamental a formação de profissionais de saúde em questões LGBT+, de forma a que sejam promovidos cuidados de saúde competentes e sem atitudes discriminatórias. Muitas vezes estes utentes preferem dirigir-se a serviços de saúde privados, para que possam escolher um profissional de saúde que saibam, através de outros indivíduos LGBT+ ou associações, que está mais bem preparado para atender às suas necessidades, sem risco de estigma ou discriminação.²

De modo a avaliar de forma correta o risco que MSM têm em contrair ou transmitir ISTs, os profissionais de saúde devem ter uma discussão aberta sobre todos os aspetos da sexualidade e não se limitar apenas aos preconceitos e estereótipos da sociedade.⁹ É importante que o profissional tenha uma comunicação não heteronormativa, um dos exemplos é, em vez de perguntar a uma mulher se tem algum parceiro, perguntar sempre se tem parceiro ou parceira, seja a pergunta dirigida a um

indivíduo do sexo feminino ou masculino. Outro exemplo será no caso das jovens mulheres, em que é extremamente importante que o médico tente antes perceber se fará realmente sentido esta ser alvo de uma abordagem para métodos de contraceção, em vez de partir do pressuposto que, por ser mulher, terá um parceiro sexual do sexo masculino. No entanto, não é isso que se verifica, o projeto “Saúde em Igualdade” mostrou que apenas 17% dos profissionais de saúde, quando questionam o utente sobre a sua sexualidade, fá-lo incluindo a possibilidade de o utente ter comportamentos sexuais com indivíduos do mesmo sexo. É crucial que nunca sejam feitas suposições sobre orientações ou comportamentos sexuais, pois é provável que, para evitar algum constrangimento, estas pessoas optem por “compactuar” com essa suposição da heterossexualidade, fornecendo informações falsas, que podem ter um impacto negativo na sua saúde, para além de contribuir para a sua invisibilidade nos serviços de saúde.^{2,83} Esse mesmo projeto revelou que cerca de metade dos participantes não comentou com o seu médico de família sobre os seus comportamentos sexuais com pessoas do mesmo sexo. Demonstrou também que 17% dos indivíduos nunca comentou acerca da sua orientação sexual em consultas de psicoterapia, um ambiente em que é exetável que não haja silêncio sobre quem se é.²

Relativamente à saúde sexual de MSM, é essencial que profissionais de saúde que têm uma relação de maior proximidade com os seus utentes, como os prestadores de cuidados de saúde primários, ou profissionais que sejam mais direcionados para questões de saúde sexual, como médicos de medicina geral e familiar, médicos ginecologistas e psicólogos, sejam os profissionais com o dever acrescido de contrariar estes padrões de heteronormatividade, garantindo um ambiente acolhedor e livre de preconceitos, contribuindo para uma prestação de cuidados de saúde de qualidade.^{2,10} Sendo os médicos de medicina geral e familiar aqueles que têm maior probabilidade de consultar estes utentes, estima-se que um médico de clínica geral, sem se aperceber atende uma MSM por semana.¹³⁹ Os próprios profissionais de saúde têm consciência da falta de preparação para lidar com determinados grupos da comunidade, não faz parte dos planos curriculares da sua formação, levando a que estes se sintam inseguros por estarem pouco informados, neste caso, acerca das necessidades de saúde de MSM. Geralmente, ou a iniciativa parte do próprio profissional que se interessa por pesquisar e informar-se acerca do assunto, ou o conhecimento que lhes é fornecido, também em contexto de prestação de cuidados saúde, é praticamente nulo, se não inexistente mesmo. Para combater esta falta de competência dos profissionais de saúde na área da saúde de MSM, os cursos da área da

saúde devem começar a incluir nos seus planos de estudos a saúde LGBTQ+, assim como apostar em formações para profissionais de saúde.^{2,140}

Para além da importância da formação de profissionais de saúde, é necessário implementar estratégias e políticas orientadas para a promoção da confiança dos utentes LGBTQ+ nos serviços de saúde, sendo importante ter cartazes ou folhetos informativos não heteronormativos, ou contra a discriminação de pessoas LGBTQ+ em salas de espera ou consultórios médicos, de modo a que seja proporcionado um ambiente de algum conforto e de inclusão.² Para além disso, no caso de serviços que disponham de questionários para recolher informação sobre o utente previamente a uma consulta, é importante que as questões não sejam heteronormativas, com o objetivo de recolher a informação mais correta possível sobre aquele indivíduo.¹⁴¹ A Agenda para Zero Discriminação nos Serviços de Saúde criada pela ONUSIDA e pela OMS em 2016, menciona alguns padrões que os serviços de saúde devem respeitar, com o intuito de promover ambientes livres de discriminação em contextos de saúde. Um desses requisitos passa pela formação de todos os profissionais que trabalhem em serviços de saúde, de modo a que estes sejam capazes de exercer as suas funções sem qualquer tipo de estigma, mas também que seja disponibilizado apoio, sempre que necessário, a utentes que sintam que terão sido alvo de discriminação ou violação dos seus direitos. Esta agenda refere ainda que seria importante que estes grupos populacionais mais vulneráveis participassem no desenvolvimento de políticas e programas de promoção de equidade e não discriminação nos serviços de saúde.¹⁴²

Alguns países já incluem nos seus sistemas de saúde, serviços ou profissionais especializados no âmbito da saúde LGBTQ+, como é o caso dos EUA e do Reino Unido, que são os que mais avanços promissores têm a esse nível. Os Estados Unidos da América têm uma vasta gama de centros, serviços e clínicas especializadas em saúde LGBTQ+. O *National LGBTQIA+ Health Education Center* desenvolveu um guia para profissionais da área da saúde, sobre como criar um ambiente inclusivo e acolhedor para indivíduos LGBTQ+ nos serviços de saúde, havendo um guia específico sobre como fazê-lo numa farmácia.^{143,144} No Reino Unido, a *LGBT Foundation*, com o programa *Pride in Practice*, tem trabalhado em colaboração com médicos, farmacêuticos e outros profissionais de saúde, formando estes profissionais para que possam ser combatidas as inequidades em saúde vivenciadas por indivíduos LGBTQ+.¹⁴⁵ De notar que, contrariamente ao que se verifica na grande maioria dos países, tanto o NHS (*National Health Service*), no Reino Unido, como o CDC, nos EUA, têm nos respetivos *websites* informação relativamente à

saúde de MSM.^{146,147} Em Portugal, a DGS apresentou em 2019 o volume 1 da Estratégia de Saúde para Pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais, Trans e Intersexo, sendo este primeiro volume dedicado exclusivamente à promoção da saúde de pessoas trans e intersexo.¹⁸

Dadas as circunstâncias da atual realidade vivida em contextos de saúde, são geralmente os próprios utentes que têm de contrariar esta invisibilidade se querem ver as suas necessidades de saúde atendidas, e essa responsabilidade que têm, para além de ser injusta, é pouco eficaz, levando a que muitas vezes estes indivíduos prefiram viver na invisibilidade, para se protegerem da discriminação.² Contrariando o estigma e discriminação de que estes indivíduos são alvo por parte da sociedade, é imperativo que os profissionais de saúde sejam capazes de abordar, de forma objetiva, questões relacionadas com a saúde desta comunidade altamente diversificada e muitas vezes negligenciada.¹⁴⁰

A farmácia é muitas vezes o primeiro setor do sistema de saúde a que a população recorre aquando do surgimento de dúvidas relativamente à sua saúde, sendo por isso um local estratégico para a implementação de políticas de saúde pública, como a prevenção de ISTs, onde devem estar incluídas as MSM, o que faz destes um dos profissionais cruciais na área da saúde sexual de MSM.^{148,149}

6.1 O Papel do Farmacêutico

Os farmacêuticos são uma classe profissional que muitas vezes acaba por ser esquecida aquando da implementação de estratégias e políticas de saúde pública, apesar de serem geralmente o primeiro contacto que os indivíduos têm com o sistema de saúde.¹⁴⁸ A nível europeu tem-se vindo a assistir a um reforço das competências das farmácias no âmbito dos cuidados de saúde primários. Já há muitos anos que em Inglaterra as farmácias são um dos principais parceiros do NHS, o serviço nacional de saúde inglês, como essenciais prestadores de cuidados de saúde primários, incluindo a prestação de serviços relacionados com a saúde sexual e reprodutiva.^{150,151} Desde 2014 que Portugal se aproximou dessa realidade, o Ministério da Saúde e a Associação Nacional das Farmácias assinaram um acordo para a implementação de programas de saúde pública nas farmácias portuguesas, reconhecendo assim o papel do farmacêutico comunitário enquanto prestador de cuidados de saúde primários.¹⁵⁰

Como prestador de saúde de proximidade, no qual a comunidade deposita bastante confiança, o farmacêutico comunitário tem um papel fundamental na saúde sexual de MSM, podendo colmatar falhas que existam na promoção da saúde destas mulheres, resultado da dificuldade que estas têm no acesso a determinados serviços de saúde. Tal como acontece com os restantes profissionais de saúde, os farmacêuticos não possuem qualquer formação no âmbito da saúde LGBTQ+, e ainda menos no âmbito da saúde sexual de MSM, dada a sua invisibilidade. Sendo o farmacêutico comunitário o profissional de saúde a que a comunidade mais facilmente tem acesso, dado estar inserido na comunidade, este encontra-se em posição ideal para contribuir para a redução das disparidades em saúde na comunidade LGBTQ+. Nesse sentido, e de modo a cumprir aquele que é o seu dever de atender com igualdade todos os seus utentes, é fundamental que as faculdades de farmácia incluam nos seus planos de estudo formação adequada neste âmbito.¹³⁸ As faculdades devem então garantir que as futuras gerações de farmacêuticos estejam bem preparados para atender às necessidades específicas dos vários grupos populacionais da sociedade.¹⁵²

Durante o curso, os estudantes aprendem as bases do aconselhamento farmacêutico e de como abordar os utentes de um modo geral, sendo igualmente importante que o futuro farmacêutico também aprenda a interagir com um utente LGBTQ+.¹⁴⁰ Um estudo realizado em 2016 a farmacêuticos recém-formados, mostrou que, embora 98,2% dos inquiridos sentissem que tinham um papel importante nos cuidados de saúde LGBTQ+, 71,4% não sentia que tivessem sido bem preparados na academia e 63,8% não se sentiam confiantes em fornecer o aconselhamento adequado a estes grupos populacionais. Embora este questionário fosse dirigido à abordagem de indivíduos transgénero, pode aplicar-se a outros membros da comunidade LGBTQ+, em que o cenário é semelhante.¹⁵³

Numa primeira instância os estudantes devem ser incentivados a abordar estes assuntos com uma mente aberta, evitando fazer suposições sobre a identidade de género ou preferências sexuais, para que a sua aprendizagem no âmbito da saúde LGBTQ+ seja bem sucedida.¹⁴⁰ No entanto, existem barreiras que dificultam a integração deste tema nos planos de estudo das faculdades de farmácia, uma delas é que o corpo docente não se sente preparado para lecionar sobre este tópico, pois eles próprios tiveram pouca ou nenhuma formação na área. Uma das formas de ultrapassar esta barreira será utilizando recursos externos. Esses recursos podem incluir especialistas da área, ou membros da comunidade LGBTQ+, seja para fazerem parte de cenários padronizados de utentes, para o

chamado *role playing*, como para realizarem seminários didáticos e debates, para reflexões dos alunos e próprios docentes. A saúde LGBT+ não tem de ser necessariamente integrada num plano de estudos como uma unidade curricular, apesar de não ser apenas com uma ou duas aulas sobre o tema que os estudantes se vão sentir confiantes quando estiverem perante um cenário destes na sua atividade profissional. Estes temas podem então ser introduzidos de forma natural em determinadas unidades curriculares, por exemplo, em farmacoterapia, aquando da abordagem de temas sobre saúde reprodutiva, pode ser importante fazer uma comparação entre contraceptivos para mulheres cisgénero e terapia hormonal para mulheres transgénero.^{138,140}

Como referido no artigo 12º do Código Deontológico da Ordem dos Farmacêuticos, o farmacêutico tem o dever de manter atualizadas as suas capacidades técnicas e científicas, o que significa que caso a saúde sexual LGBT+ não tenha feito parte da sua formação, o próprio profissional deve autoeducar-se sobre o tema, assim como educar ou incentivar os seus colegas a fazê-lo também, de forma a garantir um atendimento com equidade a todos os indivíduos da sua comunidade. Para além de que o reconhecimento da vulnerabilidade desta população, permite que os farmacêuticos sejam mais atenciosos na maneira como atendem estes utentes, contribuindo para o bem-estar dos mesmos.^{140,154}

Os indivíduos LGBT+ têm um risco acrescido de contrair ISTs e, as farmácias comunitárias são dos serviços de saúde mais propensos a serem confrontados com dúvidas por parte destes indivíduos, sendo importante que uma farmácia esteja bem preparada a nível de recursos humanos, com o intuito de fornecer um ambiente inclusivo e acolhedor para os seus utentes LGBT+.^{140,155} Para começar a atender às necessidades de saúde da comunidade LGBT+, é necessário que os profissionais recebam formação sobre as terminologias usadas nesta comunidade, facilitando deste modo a comunicação com estes utentes, por exemplo, no caso de indivíduos não binários ou em transição de género, é importante que o profissional de saúde pergunte ou deixe que estes digam como preferem ser chamados. Quando estes indivíduos percebem que estão a ser atendidos de forma inclusiva e sem qualquer preconceito nem julgamento por parte do profissional que os está a atender, a probabilidade de continuarem a frequentar os serviços de saúde é maior, o que é vantajoso para o utente. Para além disso, para que estes indivíduos se sintam mais confortáveis e incluídos, é fundamental criar um ambiente acolhedor, por exemplo, em materiais de exposição de educação para a saúde, é importante incluir imagens de casais do mesmo sexo, ou ter à entrada da farmácia o adesivo de um arco-íris,

são algumas das maneiras de criar uma farmácia com um ambiente que sinalize aceitação. Esse mesmo guia dirigido a farmácias que pretendam melhorar o atendimento a utentes LGBT+, aconselha ainda que haja envolvimento da farmácia em eventos da comunidade, através de patrocínio de eventos LGBT+, ou organizar um grupo de colaboradores da farmácia para participar nesses mesmo eventos.¹⁵⁵ No caso das MSM, dada a sua invisibilidade acrescida e, tendo sempre em consideração que comportamentos sexuais diferem de orientação sexual, ou seja, muitas destas mulheres podem não se sentir como membro integrante da comunidade LGBT+, seria importante que as farmácias e outros serviços de saúde tivessem panfletos ou outros documentos informativos, nomeadamente sobre ISTs e métodos preventivos, para que estas possam receber toda a informação e saibam como se proteger contra ISTs.²⁰ Apresenta-se em anexo 1 um exemplo de folheto informativo dedicado exclusivamente a MSM, que poderia estar disponível em serviços de saúde, como centros de saúde ou clínicas privadas, no próprio consultório médico, farmácias, e também em estabelecimentos de ensino.

O juramento farmacêutico adotado pela *American of Faculties of Pharmacy*, refere que um farmacêutico considerará o bem-estar da humanidade e aplicará o seu conhecimento, experiência e habilidades da melhor maneira possível para garantir resultados ideais nos utentes. Ao considerar a humanidade, tem o dever de não discriminar nenhum indivíduo baseado nas suas características.¹⁵² Da mesma forma, o Código Deontológico da Ordem dos Farmacêuticos refere no artigo 10º que “A primeira e principal responsabilidade do farmacêutico é para com a saúde e o bem-estar do doente e do cidadão em geral, (...)”, considerando o cidadão em geral como qualquer indivíduo pertencente à sociedade, independentemente daquilo são os seus interesses ou comportamentos sexuais.¹⁵⁴ Já a proposta do novo Código Deontológico que se encontra atualmente em consulta pública, refere no artigo 26º que o Farmacêutico não pode praticar qualquer tipo de discriminação ofensiva dos direitos humanos. O mesmo documento reforça que “As instituições de ensino que formam os futuros farmacêuticos devem transmitir-lhes e estimular a atualização contínua da competência e do rigor na sua área profissional permitindo-lhes corresponder às novas necessidades do cidadão e da sociedade, contribuir para o bem-estar das pessoas em contexto de saúde, para a evolução da ciência e do funcionamento equitativo do sistema de saúde.”, sendo aqui que se encaixa a importância da atualização dos planos de estudo e formações direcionadas, neste caso particular, para a saúde LGBT+.¹⁵⁶

Tendo em conta que desde sempre a comunidade LGBT+ tem sido marginalizada pelo setor da saúde, cabe ao farmacêutico, dado o seu posicionamento na comunidade, ser um dos seus aliados e fazer mudanças significativas na forma como tratam, aconselham e interagem com estes utentes, de forma a que seja promovido um atendimento ao utente culturalmente competente e sem discriminação, naquela que é uma sociedade cada vez mais multicultural e diversificada.¹⁴⁰

7. Conclusão

Ao longo desta dissertação foram exploradas, através de uma revisão bibliográfica, as razões da invisibilidade da saúde sexual de MSM, quais as suas vulnerabilidades e fatores de risco para ISTs, assim como a epidemiologia das principais ISTs. No âmbito da prevenção destas infeções, foram identificados os métodos de barreira disponíveis para estas mulheres, tendo sido também abordados outros métodos de prevenção a que este grupo populacional pode recorrer. Numa última abordagem, tentou-se perceber qual a importância dos serviços de saúde e profissionais de saúde na saúde destas mulheres.

Desde sempre que a saúde sexual de MSM tem sido negligenciada e invisível, muito por questões de estigma, preconceito, discriminação e heteronormatividade, o que vai contra aquilo que é um direito fundamental de qualquer indivíduo, o acesso a cuidados de saúde adequados e competentes. Para que não sejam alimentados estereótipos e preconceitos, é importante reforçar que a transmissão de ISTs está associada às práticas sexuais dos indivíduos e não com a sua orientação sexual, daí a utilização do termo Mulheres que têm Sexo com Mulheres. MSM pertencem a um grupo muito particular da população, tendo por isso necessidades de saúde específicas e, embora possam estar em menor risco de adquirir e/ou transmitir algumas ISTs, quando comparadas com MSH, o risco existe. Há nomeadamente algumas infeções, como a vaginose bacteriana e a infeção pelo HPV que apresentam elevada prevalência nestas mulheres, sendo estas as infeções que mais devem deixar os profissionais de saúde em alerta.

Apesar da informação que recebem relativamente à sua saúde sexual ser praticamente inexistente, estas mulheres parecem ter alguma consciência de que apesar de baixo, o risco existe, no entanto, acabam muitas vezes por ter comportamentos de risco, uma vez que desconhecem formas eficazes de se protegerem. O facto de estas mulheres terem que recorrer muitas vezes a métodos de barreira improvisados, que não garantem a devida proteção, é preocupante e alarmante, reforçando mais uma vez a necessidade de criar métodos de proteção específicos para MSM. De um modo geral, a explicação mais plausível para o menor risco de transmissão e a menor incidência de ISTs em MSM, mesmo com uma utilização bastante reduzida de métodos de barreira por parte destas mulheres, tem provavelmente a ver com o facto de as práticas sexuais entre estas serem menos traumáticas e com uma maior exposição ao ar, tornando a transmissão de microrganismos menos eficiente.

Há ainda muito conhecimento por adquirir no âmbito da saúde sexual de MSM, e para isso é importante que sejam realizados mais estudos e com amostras muito maiores, de modo a que seja definido de forma mais clara e coerente a epidemiologia, a transmissão e o risco de ISTs entre MSM, dado que em muitos dos estudos que existem acabam por haver algumas contradições. Esses dados seriam fundamentais para informar estas mulheres e profissionais de saúde sobre os verdadeiros riscos e taxas de transmissão de ISTs. Este aumento de conhecimento relativamente à prevenção de ISTs, poderá contribuir não só para uma maior perceção do risco, mas também para o surgimento de métodos de barreira específicos para MSM, fazendo com que estas se sintam mais seguras. No entanto, sabe-se que os estudos relativamente à transmissão de ISTs entre MSM tem sido difícil, não só devido à invisibilidade deste grupo, mas também devido à constante presença de outros fatores de risco, acabando por não se conseguir perceber a verdadeira origem da transmissão.

A maioria destas mulheres omite os seus comportamentos sexuais nos serviços de saúde, por vergonha, experiências negativas ou porque não sentem abertura por parte do profissional para o fazer, o que contribui para a perpetuação da sua invisibilidade em contextos de saúde. O preconceito e a atitude heteronormativa dos profissionais de saúde têm sido apontados como a principal barreira à prestação adequada de cuidados de saúde a estas mulheres. Uma das estratégias no combate à invisibilidade da saúde sexual de MSM é preparar os serviços de saúde de modo a criar um ambiente inclusivo e apostar na formação de profissionais de saúde que têm uma relação de maior proximidade com a população, sendo estes os enfermeiros e médicos de medicina geral e familiar, ginecologistas, psicólogos e farmacêuticos comunitários.

Vivemos numa sociedade em constante evolução, onde cada vez mais os indivíduos se sentem livres em demonstrar quem realmente são e o que sentem, independentemente dos “olhares” preconceituosos da sociedade. Sabendo que mulheres que se relacionam com outras mulheres são um dos grupos que mais tem aumentado nos últimos anos, e tendo em conta a vulnerabilidade destas mulheres, é crucial que no futuro a comunidade científica, serviços de saúde e profissionais de saúde comecem a estar mais bem preparados para atender às necessidades de saúde de MSM. Só desta forma poderá ser contrariada a invisibilidade destas mulheres em contextos de saúde, para que finalmente estas tenham acesso a uma prestação de cuidados de saúde competente e com a equidade a que têm direito.

8. Referências Bibliográficas

1. Moores S. A hidden population : What are the sexual health needs of women who have sex with women ? Entry 2017 Margaret Jackson Essay Prize. 2017;1–9.
2. Associação ILGA Portugal. Saúde em igualdade. Pelo acesso a cuidados de saúde adequados e competentes para pessoas lésbicas, gays, bissexuais e trans. 2014; Available from: <https://ilga-portugal.pt/ficheiros/pdfs/igualdadenaude.pdf>
3. Fujii H. Sexual Norms for Lesbian and Bisexual Women in a Culture Where Lesbianism Is Not Acceptable Enough: The Japanese Survey About Sexual Behaviors, STIs Preventive Behaviors, and the Value of Sexual Relations. *J Homosex.* 2017 Feb 23;66(3):407–20.
4. Bauer GR, Welles SL. Beyond assumptions of negligible risk: Sexually transmitted diseases and women who have sex with women. *Am J Public Health.* 2001;91(8):1282–6.
5. Marrazzo JM, Gorgos LM. Emerging sexual health issues among women who have sex with women. *Curr Infect Dis Rep.* 2012;14(2):204–11.
6. Araujo A, Tadayozzi C, Murça G. Invisibilidade lésbica : a violência que não se vê [Internet]. 2018 [cited 2020 Aug 1]. Available from: <https://jornalismoespecializadounesp.wordpress.com/2018/10/09/invisibilidade-lesbica-a-violencia-que-nao-se-ve/>
7. Mercer CH, Tanton C, Prah P, Erens B, Sonnenberg P, Clifton S, et al. Changes in sexual attitudes and lifestyles in Britain through the life course and over time: Findings from the National Surveys of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal). *Lancet.* 2013;382(9907):1781–94.
8. Andrade J. Vulnerabilidade de mulheres que fazem sexo com mulheres às infecções sexualmente transmissíveis. Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” Faculdade de Medicina; 2017.
9. Gorgos LM, Marrazzo JM. Sexually transmitted infections among women who have sex with women. *Clin Infect Dis.* 2011;53(SUPPL. 3).
10. Donovan B. Sexually transmissible infections other than HIV. *Lancet.* 2004;363(9408):545–56.
11. Goodenow C, Szalacha LA, Robin LE, Westheimer K. Dimensions of sexual orientation and HIV-related risk among adolescent females: Evidence from a statewide survey. *Am J Public Health.* 2008;98(6):1051–8.
12. Associação para o Planeamento Familiar (APF). Sexo, identidade de género, expressão de género e orientação sexual [Internet]. [cited 2021 Jun 28]. Available from: <http://www.apf.pt/sexualidade/identidade-e-orientacao-sexual>
13. Muniz G de M. Reflexões Acerca da Heteronormatividade. Universidade de Brasília; 2017.
14. Rufino AC, Madeiro A, Trinidad A, Santos R, Freitas I. Práticas sexuais e cuidados em saúde de mulheres que fazem sexo com mulheres: 2013-2014. *Epidemiol e Serv saude Rev do Sist Unico Saude do Bras.* 2018;27(4):e2017499.
15. Assembleia da República. Constituição da República Portuguesa VII Revisão Constitucional [Internet]. 2005 [cited 2020 Aug 27]. Available from: <https://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx>
16. Assembleia da República. Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro - Lei de Bases da Saúde [Internet]. Diário da República n.º 169/2019, Série I de 2019-09-04. 2019. Available from: <https://dre.pt/application/conteudo/124417108>
17. Palma DM, Orcasita LT. Considerations for the design of Human Immunodeficiency Virus (HIV) prevention programs for lesbian and bisexual women. *Interface Commun Heal Educ.* 2017;21(63):1031–8.
18. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Estratégia de Saúde para as pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais, Trans e Intersexo - LGBTI [Internet]. Vol. 1. 2019. Available from: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/estrategia-de-saude-para->

- as-pessoas-lesbicas-gays-bissexuais-trans-e-intersexo-lgbti-pdf.aspx
19. Muzny CA, Sunesara IR, Martin DH, Mena LA. Sexually transmitted infections and risk behaviors among African American women who have sex with women: Does sex with men make a difference? *Sex Transm Dis*. 2011;38(12):1118–25.
 20. McNair R. Risks and prevention of sexually transmissible infections among women who have sex with women. *Sex Health*. 2005;2(4):209–17.
 21. Lynch I, Clayton M. “I never thought lesbians can be infected”: Women who have sex with women (WSW) and HIV risk. *Triangle Proj Res Br* [Internet]. 2014; Available from: <http://triangle.org.za/wp-content/uploads/2019/06/I-never-thought-lesbians-can-be-infected.pdf>
 22. Forcey DS, Vodstrcil LA, Hocking JS, Fairley CK, Law M, McNair RP, et al. Factors associated with bacterial vaginosis among women who have sex with women: A systematic review. *PLoS One*. 2015;10(12):1–15.
 23. Jan D. Looking for the Link Between Smoking and STDs [Internet]. 2019 [cited 2020 Jul 1]. Available from: <https://www.mdedge.com/fedprac/article/199637/womens-health/looking-link-between-smoking-and-stds>
 24. World Health Organization (WHO). Defining Sexual health [Internet]. [cited 2020 Aug 12]. Available from: https://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/
 25. Vilar D. Contributos para a História das Políticas de Saúde Sexual e Reprodutiva em Portugal. Represent Sobre o Abort Acção Colect e (I)Legalidade num Context em Mudança [Internet]. 2009;4:7–28. Available from: <https://journals.openedition.org/eces/203>
 26. Jewanraj J, Ngcapu S, Liebenberg LJP. Semen: A modulator of female genital tract inflammation and a vector for HIV-1 transmission. *Am J Reprod Immunol*. 2021;1–14.
 27. Helena Bertho. Saúde sexual da mulher lésbica [Internet]. *AZMina*. 2019 [cited 2020 Sep 8]. Available from: <https://azmina.com.br/especiais/saude-sexual-da-mulher-lesbica/>
 28. World Health Organization (WHO). Sexually Transmitted Infections - Key Facts [Internet]. 2019 [cited 2020 Aug 14]. Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
 29. CheckPointLX [Internet]. [cited 2020 Aug 13]. Available from: <https://www.checkpointlx.com/checkpointlx>
 30. Ordem dos Farmacêuticos. Infecções Sexualmente Transmissíveis Não HIV [Internet]. Centro de Informação do Medicamento - Boletim Abril-Junho 2020. 2020. Available from: https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/publicacoes/boletimcim_abril_junho_2020_14944111825f200fc524f4f.pdf
 31. Shannon C, Klausner J. The Growing Epidemic of Sexually Transmitted Infections in Adolescents: A Neglected Population. *Curr Opin Pediatr*. 2018;30(1):137–43.
 32. Rowen T, Breyer B, Lin T, Li C, Robertson P, Shindel A. Use of barrier protection for sexual activity among women who have sex with women. *Int J Gynaecol Obs*. 2013;120(1):42–5.
 33. Marrazzo JM, Koutsky LA, Handsfield HH. Characteristics of female sexually transmitted disease clinic clients who report same-sex behaviour. *Int J STD AIDS*. 2001;12(1):41–6.
 34. Pinto VM, Tancredi MV, Neto AT, Buchalla CM. Sexually transmitted disease/HIV risk behaviour among women who have sex with women. *Aids*. 2005;19(SUPPL. 4):64–9.
 35. CDC. Sexually transmitted diseases treatment guidelines [Internet]. Vol. 64, Centers for Disease Control and Prevention: Morbidity and Mortality Weekly Report. 2015. Available from: <https://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr6403.pdf>
 36. Diamant AL, Lever J, Schuster MA. Lesbians’ sexual activities and efforts to reduce risks for sexually transmitted diseases. *J Gay Lesbian Med Assoc*. 2000;4(2):41–8.
 37. 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 Saude Publica*. 2019;35(3):e00118118.
38. Bailey J V., Farquhar C, Owen C, Whittaker D. Sexual behaviour of lesbians and bisexual women. *Sex Transm Infect*. 2003;79(2):147–50.
 39. World Health Organization (WHO). WHO Guidelines for the Treatment of Chlamydia trachomatis. 2016; Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246165/9789241549714-eng.pdf?sequence=1>
 40. World Health Organization (WHO). WHO Guidelines for the Treatment Neisseria gonorrhoeae. 2016; Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246114/9789241549691-eng.pdf?sequence=1>
 41. European Centre for Disease Prevention and Control. Chlamydia infection - Annual epidemiological report for 2018 [Internet]. Annual epidemiological report for 2018. 2020. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/AER-for-2018-STI-chlamydia.pdf>
 42. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Gonorrhoea: Annual Epidemiological Report for 2018 [Internet]. European centre for disease prevention and control. 2020. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/gonorrhoea-annual-epidemiological-report-2018.pdf>
 43. WHO. Global action plan to control the spread and impact of antimicrobial resistance in Neisseria gonorrhoeae [Internet]. World Health Organization. 2012. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44863/9789241503501_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 44. World Health Organization (WHO). What’s “Super” about Super Gonorrhea?: A Q&A with WHO’s Dr. Teodora Wi. Available from: <https://www.who.int/campaigns/world-antibiotic-awareness-week/world-antibiotic-awareness-week-2018/features-from-around-the-world/super-gonorrhoea-q-a-with-dr.-teodora-wi>
 45. Singh D, Fine DN, Marrazzo JM. Chlamydia trachomatis infection among women reporting sexual activity with women screened in family planning clinics in the Pacific Northwest, 1997 to 2005. *Am J Public Health*. 2011;101(7):1284–90.
 46. Molin SB, De Blasio BF, Olsen AO. Is the risk for sexually transmissible infections (STI) lower among women with exclusively female sexual partners compared with women with male partners? A retrospective study based on attendees at a Norwegian STI clinic from 2004 to 2014. *Sex Health*. 2016;13(3):257–64.
 47. Carroll N, Goldstein R, Lo W, Mayer K. Gynecological infections and sexual practices of massachusetts lesbian and bisexual women. *J Gay Lesbian Med Assoc*. 1997;1(1):15–23.
 48. World Health Organization (WHO). WHO Guidelines for the Treatment of Treponema pallidum (syphilis) [Internet]. 2016. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249572/9789241549806-eng.pdf?sequence=1>
 49. APF. Infecções Sexualmente Transmissíveis - Sífilis [Internet]. Associação para o Planeamento da Família. [cited 2020 Aug 21]. Available from: <http://www.apf.pt/infecoes-sexualmente-transmissiveis/sifilis>
 50. Organização Mundial da Saude. Orientações Para o Tratamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis. 2005; Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42782/9248546269_por.pdf?sequence=2
 51. European Centre for Disease Prevention and Control. Syphilis - Annual Epidemiological Report for 2018 [Internet]. Annual epidemiological report for 2018. 2020. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/syphilis-aer-2018.pdf>
 52. Campos-Outcalt D, Hurwitz S. Female-to-Female Transmission of Syphilis: A Case Report. Vol. 29, *Sex Transm Dis*. 2002. p. 119–20.
 53. Rowley J, Hoorn S Vander, Korenromp E, Low N, Unemo M, Abu-Raddad LJ, et al.

- Chlamydia, gonorrhoea, trichomoniasis and syphilis: Global prevalence and incidence estimates, 2016. *Bull World Health Organ.* 2019;97(8):548–62.
54. Santos J, Gonçalves E. Rastrear de Infecções Sexualmente Transmissíveis não víricas nos adolescentes: qual o estado da arte. *Nascer e Crescer - Rev Pediatr do Cent Hosp do Porto* [Internet]. 2016;25(3):163–8. Available from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/nas/v25n3/v25n3a07.pdf>
 55. Gerwen OT Van, Muzny CA. Recent advances in the epidemiology, diagnosis, and management of *Trichomonas vaginalis* infection. *F1000Research.* 2019;8:1–9.
 56. Kandamuthan S, Thambi R, Yeshodharan J. Trichomoniasis: Is it always sexually transmitted? *Indian J Sex Transm Dis.* 2014;35(2):166–7.
 57. Crucitti T, Jespers V, Mulenga C, Khondowe S, Vandepitte J, Buvé A. Non-sexual transmission of *Trichomonas vaginalis* in adolescent girls attending school in Ndola, Zambia. *PLoS One.* 2011;6(1):e16310.
 58. Adu-Sarkodie Y. *Trichomonas vaginalis* transmission in a family. *Genitourin Med.* 1995;71(3):199–200.
 59. Muzny CA, Rivers CA, Mena LA, Schwebke JR. Genotypic characterization of *Trichomonas vaginalis* isolates among women who have sex with women in sexual partnerships. *Sex Transm Dis.* 2012;39(7):556–8.
 60. Sivakumar K, De Silva A, Roy R. *Trichomonas vaginalis* infection in a lesbian. *Genitourin Med.* 1989;65(6):399–400.
 61. Kellock DJ, O'Mahony CP. Sexually acquired metronidazole-resistant trichomoniasis in a lesbian couple. *Genitourin Med.* 1996;72(1):60–1.
 62. Bouchemal K, Bories C, Loiseau PM. Strategies for Prevention and Treatment of *Trichomonas vaginalis* Infections. *Clin Microbiol Rev.* 2017;30(3):811–25.
 63. World Health Organization. WHO Guidelines for the Treatment of Genital Herpes Simplex Virus [Internet]. 2016. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250693/9789241549875-eng.pdf?sequence=11>
 64. World Health Organization (WHO). Herpes simplex Virus - Key Facts [Internet]. 2019 [cited 2020 Aug 21]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/herpes-simplex-virus>
 65. Marrazzo JM, Stine K, Wald A. Prevalence and Risk Factors for Infection with Herpes Simplex Virus Type-1 and -2 among Lesbians. *Sex Transm Dis.* 2003;30(12):890–5.
 66. Xu F, Sternberg MR, Markowitz LE. Women who have sex with women in the United States: Prevalence, sexual behavior and prevalence of herpes simplex virus type 2 infection-Results from national health and nutrition examination survey 2001-2006. *Sex Transm Dis.* 2010;37(7):407–13.
 67. CDC. Sexual Transmission and Viral Hepatitis [Internet]. [cited 2020 Aug 20]. Available from: <https://www.cdc.gov/hepatitis/populations/stds.htm>
 68. Direção-Geral da Saúde (DGS). Hepatite A [Internet]. [cited 2020 Aug 20]. Available from: <https://www.dgs.pt/saude-publica1/hepatite-a.aspx>
 69. World Health Organization (WHO). Hepatitis B - Key Facts [Internet]. [cited 2020 Aug 21]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>
 70. World Health Organization (WHO). Global Hepatitis Report [Internet]. 2017. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255016/9789241565455-eng.pdf?sequence=1>
 71. Direção-Geral da Saúde (DGS). Programa Nacional para as Hepatites - Portugal [Internet]. 2019. Available from: <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-1116211-pdf.aspx?v=%3D%3DDwAAAB%2BLCAAAAAAABAArySzItzVUY81MsTU1MDAF AHZFEfkPAAAA>
 72. Transmissão das Hepatites B e C [Internet]. Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. 2016 [cited 2020 Jul 17]. Available from: <https://www.spmi.pt/wp-content/uploads/2016/11/FLYER-HEPATITES-VIRAIS.pdf>
 73. Gorgos L. Sexual Transmission of Viral Hepatitis. *Infect Dis Clin North Am.*

- 2013;27(4):811–36.
74. A Hepatite B [Internet]. Associação Portuguesa para o Estudo do Fígado. 2014 [cited 2020 Jul 27]. p. 1–5. Available from: <https://apef.com.pt/download/50/3ebbd0502b456f20bd3f5fc99b9ce2ee>
 75. EASL. Normas de Orientação Clínica da EASL : Abordagem da Infecção Crónica pelo Vírus da Hepatite B. Eur Assoc Study Liver J Hepatol [Internet]. 2012;57:167–85. Available from: https://easl.eu/wp-content/uploads/2018/10/2012-HBV_PT.pdf.
 76. Direção-Geral da Saúde. Norma nº 019/2018 - Vacinação contra a hepatite A [Internet]. 2018. Available from: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0192018-de-12122018-pdf.aspx>
 77. Roche. Hepatite A - Tratamento [Internet]. [cited 2020 Aug 21]. Available from: <https://www.roche.pt/hepatites/hepatitea/tratamento.cfm>
 78. Carter M (Nam: aidsmap). O VIH e as Hepatites [Internet]. GAT Portugal. 2010 [cited 2020 Jul 27]. Available from: https://www.gatportugal.org/public/uploads/publicacoes/brochuras/hepatitis_POR_FINAL.pdf
 79. INFARMED. Hepatite C – Monitorização dos tratamentos Agosto 2019. 2020; Available from: <https://www.infarmed.pt/documents/15786/3530795/Hepatite+C+-+Monitoriza%C3%A7%C3%A3o+dos+tratamentos/79f208d1-d2d9-f1a0-5043-6a8b378ff8f9>
 80. DGS. Norma nº 028/2017 - Tratamento da Hepatite C Crónica no Adulto [Internet]. Direção-Geral de Saúde. 2017. Available from: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0282017-de-28122017-pdf.aspx>
 81. INFARMED. Oito Medicamentos Disponíveis para Tratar Hepatite C (Comunicado de Imprensa) [Internet]. 2017. Available from: <https://www.infarmed.pt/documents/15786/1879176/Comunicado+de+Imprensa+-+Oito+Medicamentos+dispon%C3%ADveis+para+tratar+hepatite+C/be3e3873-eebc-46cf-b147-8be6c2c81318>
 82. Tat SA, Marrazzo JM, Graham SM. Women who have sex with women living in low- and middle-income countries: A systematic review of sexual health and risk behaviors. *LGBT Heal*. 2015;2(2):91–104.
 83. White JC. Hiv risk assessment and prevention in lesbians and women who have sex with women: Practical information for clinicians. *Health Care Women Int*. 1997;18(2):127–38.
 84. Iversen J, Dolan K, Ezard N, Maher L. HIV and hepatitis C virus infection and risk behaviors among heterosexual, bisexual, and lesbian women who inject drugs in Australia. *LGBT Heal*. 2015;2(2):127–34.
 85. Fethers K, Marks C, Mindel A, Estcourt C. Sexually transmitted infections and risk behaviours in women who have sex with women. *Sex Transm Infect*. 2000;76(5):345–9.
 86. 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.
 87. Walters MH, Rector WG. Sexual Transmisison of Hepatitis A in Lesbians. Vol. 256, *Journal of American Medical Association*. 1986. p. 594.
 88. World Health Organization (WHO). Human Papillomavirus and Cervical Cancer [Internet]. [cited 2020 Aug 23]. Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-\(hpv\)-and-cervical-cancer](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer)
 89. Jeri A, Monteiro AB. Rastreio do cancro do colo do útero em mulheres homossexuais - que evidência? *Rev Port Med Geral e Fam*. 2018 Nov 1;34(6):377–83.
 90. GEIDS. Infecção pelo Vírus do Papiloma Humano - Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia [Internet]. 2017. Available from: <https://www.spdv.pt/op/document/?co=213&h=dfc3c&in=1>
 91. APF - Associação Portuguesa da Família. IST - Vírus do Papiloma Humano [Internet]. [cited 2020 Sep 25]. Available from: <http://www.apf.pt/infecoes-sexualmente-transmissiveis/virus-do-papiloma-humano-hpv>
 92. Malagón T, Louvanto K, Wissing M, Burchell AN, Tellier PP, El-Zein M, et al. Hand-to-genital and genital-to-genital transmission of human papillomaviruses between male

- and female sexual partners (HITCH): a prospective cohort study. *Lancet Infect Dis*. 2019;19(3):317–26.
93. Hernandez BY, Wilkens LR, Zhu X, Thompson P, McDuffie K, Shvetsov YB, et al. Transmission of human papillomavirus in heterosexual couples. *Emerg Infect Dis*. 2008;14(6):888–94.
 94. Rocha R, Grupo de Estudo da Vacina do HPV, Verdasca N. Primeiro estudo em Portugal sobre a identificação dos genótipos do vírus do papiloma humano (HPV) numa população feminina vacinada com atividade sexual ativa. *Bol Epidemiológico - Insa* [Internet]. 2017;6(18):4–9. Available from: http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/4709/1/Boletim_Epidemiologico_Observacoes_N18_2017_artigo1.pdf
 95. Direção-Geral da Saúde (DGS). Programa Nacional de Vacinação - Infecções por vírus do Papiloma humano [Internet]. [cited 2020 Sep 24]. Available from: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-de-vacinacao/vacinas-do-pnv/hpv9.aspx>
 96. Saúde - Gabinete do Secretário de Estado da Saúde. Despacho n.º 12434/2019 de 17 de Novembro - Novo esquema vacinal do Programa Nacional de Vacinação (PNV) [Internet]. *Diário da República 2.ª série, n.º250*. 2003. Available from: <https://dre.pt/application/conteudo/127608823>
 97. Waterman BL, Voss J. HPV, cervical cancer risks, and barriers to care for lesbian women. *Nurse Pract*. 2015;40(1):46–53.
 98. World Health Organization (WHO). HIV/AIDS - Key Facts [Internet]. [cited 2020 Aug 23]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
 99. UN Joint Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). 90-90-90 An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic [Internet]. United Nations. 2014. Available from: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_en.pdf
 100. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde/Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Infecção VIH e SIDA em Portugal - 2019 [Internet]. 2019. Available from: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/11/Relat-VIH-SIDA-2019.pdf>
 101. CDC. HIV Transmission [Internet]. [cited 2020 Aug 23]. Available from: <https://www.cdc.gov/hiv/basics/transmission.html>
 102. European Centre for Disease Prevention and Control. HIV/AIDS surveillance in Europe [Internet]. 2019. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/HIV-annual-surveillance-report-2019.pdf>
 103. APF. VIH e SIDA [Internet]. Associação para o Planeamento da Família. [cited 2020 Aug 23]. Available from: <http://www.apf.pt/infecoes-sexualmente-transmissiveis/vih-e-sida>
 104. Kwakwa HA, Ghobrial MW. Female-to-Female Transmission of Human Immunodeficiency Virus. *Clin Infect Dis*. 2003;36(3):40–1.
 105. Centers for Disease Control and Prevention. HIV Risk Behaviors [Internet]. National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention. 2015. Available from: <https://www.cdc.gov/hiv/pdf/risk/estimates/cdc-hiv-risk-behaviors.pdf>
 106. Dicker BG. Risk of AIDS among Lesbians (Letters to the Editor). *Am J Public Health*. 1989;79(11):1569.
 107. Nam-aidsmap. Estimated HIV risk per exposure [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 2]. Available from: <https://www.aidsmap.com/about-hiv/estimated-hiv-risk-exposure>
 108. Chu SY, Buehler JW, Fleming PL, Berkelman RL. Epidemiology of reported cases of AIDS in lesbians, United States 1980-89. *Am J Public Health* [Internet]. 1990 Nov;80(11):1380–1. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2240312>
 109. Rich JD, Buck A, Tuomala RE, Kazanjian PH. Transmission of human immunodeficiency virus infection presumed to have occurred via female homosexual contact. *Clin Infect Dis*. 1993;17(6):1003–5.
 110. O’Leary A, Jemmott LS. Women at Risk: Issues in the Primary Prevention of AIDS [Internet]. Springer; Available from:

127. Muzny CA, Rivers CA, Parker CJ, Mena LA, Austin EL, Schwebke JR. Lack of evidence for sexual transmission of genital *Candida* species among women who have sex with women: A mixed methods study. *Sex Transm Infect.* 2014;90(2):165–70.
128. ARCH. Biological Susceptibility [Internet]. HIV/AIDS Resources and Community Health. [cited 2020 Sep 7]. Available from: <https://www.archguelph.ca/biological-susceptibility>
129. 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.* 2018;15(7):966–73.
130. APF-Associação para o Planeamento Familiar. Preservativos Interno e Externo [Internet]. 2016. Available from: http://www.apf.pt/sites/default/files/media/2017/folheto_apf_preservativos_2017.pdf
131. Richters J, Prestage G, Schneider K, Clayton S. Do women use dental dams? Safer sex practices of lesbians and other women who have sex with women. *Sex Health.* 2010;7(2):165–9.
132. CDC. Dental Dam Use [Internet]. [cited 2020 Sep 10]. Available from: <https://www.cdc.gov/condomeffectiveness/Dental-dam-use.html>
133. LA County Department of Public Health. Information for Heterosexual Women - Division of HIV and STD Programs [Internet]. [cited 2021 Aug 23]. Available from: <http://publichealth.lacounty.gov/dhsp/HeterosexualWomen.htm>
134. Affairs V, Administration VH, Health P, Don I, On I. Women’s Health: A Guide to Preventing Infections. *Off Public Heal* [Internet]. 2020;65. Available from: <https://www.publichealth.va.gov/docs/womens-health-guide/womens-health-preventing-infections.pdf>
135. Lorals. MyLorals - FAQ [Internet]. [cited 2020 Sep 10]. Available from: <https://mylorals.com/pages/faqs>
136. Moreira S. Educar para a Saúde [Internet]. 2016 [cited 2020 Sep 11]. Available from: <https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/10011/6/ANEXO 4 - Apresentação Saúde e Bem-Estar.pdf>
137. Associação Nacional de Médicos de Saúde Pública. Níveis de Prevenção em Saúde [Internet]. 2008 [cited 2021 Aug 23]. Available from: <http://portal.anmsp.pt/TrabCatarina/NiveisPrevencao.htm>
138. Llayton CK, Caldas LM. Strategies for inclusion of Lesbian, gay, bisexual, transgender, queer, intersex, and asexual (LGBTQIA+) education throughout pharmacy school curricula. *Pharm Pract (Granada).* 2020;18(1):1862.
139. 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.* 2020;29(3):406–11.
140. Maxwell E, Salch S, Boliko M, Anakwe-Charles G. Discrepancies in lesbian, gay, bisexual, and transgender patient care and how pharmacists can support an evolved practice. *Am J Pharm Educ.* 2017;81(7):6181.
141. Women C on H care for U. Health care for lesbians and bisexual women. *Am Coll Obstet Gynecol.* 2012;1–3.
142. UN Joint Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Agenda for Zero Discrimination in Health-Care Settings [Internet]. 2016. Available from: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2017ZeroDiscriminationHealthCare.pdf
143. National LGBT Health Education Center. A Guide for Health Care Staff Providing Inclusive Services And Care For LGBT People [Internet]. 2019. Available from: <https://www.lgbtqihealtheducation.org/wp-content/uploads/Providing-Inclusive-Services-and-Care-for-LGBT-People.pdf>
144. Centers for Disease Control and Prevention. Health Services:LGBT Health Clinics by State and City [Internet]. [cited 2021 May 15]. Available from: <https://www.cdc.gov/lgbthealth/health-services.htm>
145. LGBT Foundation. Pride in Practice [Internet]. [cited 2021 May 15]. Available from: <https://lgbt.foundation/how-we-can-help-you/pride-in-practice>

146. NHS. Sexual Health for Lesbian and Bisexual Women [Internet]. [cited 2021 May 15]. Available from: <https://www.nhs.uk/live-well/sexual-health/sexual-health-for-lesbian-and-bisexual-women/>
147. CDC. Lesbian and Bisexual Women [Internet]. LGBT Health. [cited 2021 May 15]. Available from: <https://www.cdc.gov/lgbthealth/women.htm>
148. Plaza CM, Mathews J, Hanneman T. The Role of Pharmacists in LGBTQ Health [Internet]. American Association of Colleges of Pharmacy. 2015. Available from: https://fisherpub.sjfc.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1080&context=pharmacy_facpub
149. World Health Organization (WHO). Global Health Sector Strategy on Sexually Transmitted Infections 2016-2021 [Internet]. 2016. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246296/WHO-RHR-16.09-eng.pdf;jsessionid=654808EC6136842AC489C64B0DFBC515?sequence=1>
150. Martins AP, Queirós SI. Acordo Para a Implementação De Programas De Saúde Pública Nas Farmácias Portuguesas. *Rev Port Farmacoter* [Internet]. 2014;6(4):234–5. Available from: <http://revista.farmacoterapia.pt/index.php/rpf/article/view/22>
151. Abraham O, Brothers A, Rubin M, DeBlasio R. How Can Pharmacists Support STI Prevention and Treatment Among Female Adolescents and Young Adults? *Inov Pharm* [Internet]. 2017 Apr 11;8(2). Available from: <https://pubs.lib.umn.edu/index.php/innovations/article/view/508>
152. Grundmann O, Segar R, Pullo J, Davis L, Felix-Irizarry Y, Da Silva L, et al. The Pharmacist as an LGBTQ+ Ally (Comentary). *Am J Pharm Educ*. 2020;84(7):1–2.
153. Leach C, Layson-Wolf C. Survey of community pharmacy residents' perceptions of transgender health management. *J Am Pharm Assoc* [Internet]. 2016 Jul;56(4):441-445.e6. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1544319116300231>
154. CEIC. Código Deontológico da Ordem dos Farmacêuticos [Internet]. 1998. Available from: <https://www.ceic.pt/documents/20727/38736/Código+Deontológico+da+Ordem+dos+Farmacêuticos/0e2861ff-ab1f-4368-b6b8-ed097ba4eda3>
155. National LGBT Health Education Center. Providing LGBTQ-Inclusive Care and Services at your pharmacy – A Resource Guide for Pharmacists and Pharmacy Staff [Internet]. Human Rights Campaign Foundation. 2016. Available from: https://assets2.hrc.org/files/assets/resources/LGBTQ_Pharmacy_Guide_2016.pdf?_ga=2.3740592.1255723584.1630158048-1051402445.1630158048
156. Farinha H, Almeida P, Carneiro C, Alves da Costa F. Proposta De Projeto De Regulamento De Deontologia Farmacêutica Da Ordem Dos Farmacêuticos Apresentado Para Discussão Pública. *Ordem dos Farmacêuticos* [Internet]. 2020 p. 1–36. Available from: https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/documentos/coyodigo_deontologygico_consulta_publica_7590021955f43effb28624.pdf

9. Anexos

Anexo 1 – Exemplo de Folheto Informativo Dirigido à Saúde Sexual de MSM (lado 1 e 2)

Infeções Sexualmente Transmissíveis

Prevenção de Infeções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) em Mulheres que têm Sexo com Mulheres (MSM)



ISTs em Mulheres que Têm Sexo com Mulheres

Em qualquer relação sexual pode haver **transmissão de infeções**. É importante realçar que a aquisição de ISTs não tem a ver com a **orientação sexual**, mas sim com os **comportamentos sexuais** de cada um.

Mulheres que têm sexo com mulheres, estão em **risco** de contrair ISTs.

Algumas ISTs e outras infeções que ocorrem em MSM

Vaginose Bacteriana	Clamídia
HPV (Vírus do papiloma humano)	Sífilis
Herpes	Hepatites
Tricomoníase	Gonorreia

Candidíase Vulvovaginal

VIH (Vírus da Imunodeficiência Humana)

Após um **comportamento de risco**, em caso de qualquer **sinal ou sintoma** como **ardor**, **comichão**, **lesões** (bolhas ou verrugas), **alteração do corrimento vaginal** (cor, aspeto, cheiro), contacte o seu médico, sendo muito importante não omitir qualquer tipo de informação.

Apesar das práticas sexuais entre MSM serem de menor risco, **o risco existe!**

Como prevenir?

Qualquer prática que envolva **contacto entre mucosas**, contacto com **lesões** específicas ou **troca de fluidos**, como **secreções** ou **sangue**, implica **risco de contrair ou transmitir uma IST**.

É fundamental que mulheres que têm sexo com mulheres se protejam:

- ◆ Usar **preservativo “masculino”** em brinquedos sexuais, um para cada mulher
- ◆ Usar **dental dams**/barreira de látex para evitar o contacto entre mucosas
- ◆ Usar **luvas** ou dedeiras
- ◆ Evitar **unhas** compridas, a fim de não provocar lesões
- ◆ Evitar contacto sexual quando **menstruadas**
- ◆ Realização periódica de exames, em particular o **rastreio do cancro do colo do útero**

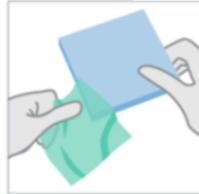


¹ (Dental dams são adquiridos em sex shops, internet ou locais de venda de produtos dentários. Luvas, dedeiras e preservativos pode adquirir em farmácias)

PREVENÇÃO DE INFEÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM MULHERES QUE TÊM SEXO COM MULHERES

As figuras abaixo explicam como usar e como fazer um dental dam:

Como Usar um Dental Dam



Abrir cuidadosamente a embalagem e retirar o dental dam



Colocar o dental dam esticado, de modo a cobrir a vulva ou o ânus

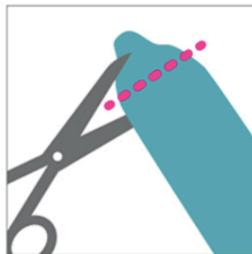


Descartar o dental dam usado no lixo

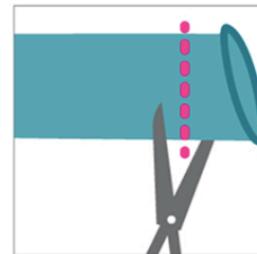
Como Fazer um Dental Dam a partir de um Preservativo



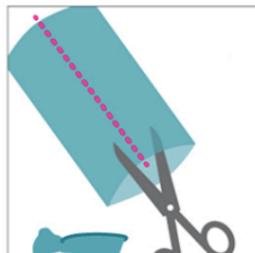
Abrir cuidadosamente a embalagem, retirar o preservativo e desenrolar



Cortar a ponta do preservativo



Cortar a base do preservativo



Cortar um lado do preservativo



Esticar o preservativo de modo a cobrir a vulva ou o ânus

(Adaptado de CDC*)

Em caso de dúvidas fale com o seu profissional de saúde, sem qualquer receio de discriminação. Caso seja alvo de discriminação, não hesite em denunciar tal ato!

*Disponível em: <https://www.cdc.gov/condomeffectiveness/Dental-dam-use.html>