



DOSSIÊ



## Vivência de Mulheres Cis Lésbicas Durante a Consulta Ginecológica

Heloisa Marques de ANDRADE, *Universidade Federal de Santa Catarina*

Mariana Lectícia BERALDI, *Universidade Federal de São Paulo*

Elaine Lutz MARTINS, *Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro*

Laís Antunes WILHELM, *Universidade Federal de Santa Maria*

**Resumo:** Conhecer a vivência de mulheres cis lésbicas durante a consulta ginecológica. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória, realizada com 47 mulheres cis lésbicas. A coleta de dados aconteceu de setembro a dezembro de 2020, por meio de questionário semiestruturado online via google forms®. A captação das participantes ocorreu pela técnica bola de neve. Utilizou-se a análise de conteúdo, sendo elaboradas duas categorias: “Vivências das mulheres cis lésbicas durante a consulta ginecológica” e “Condutas dos profissionais de saúde durante a consulta ginecológica”. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o número 4.338.421. Na consulta ginecológica as mulheres cis lésbicas apresentaram medo, discriminação, preconceitos, assédio e violências, incluindo a física. Nesse sentido, tiveram preferência por atendimento com profissionais mulheres e maior satisfação quando consultadas pela equipe de enfermagem. As práticas cisheteronormativas são predominantes e apontadas como condutas negativas pelos profissionais de saúde. Essas vivências durante a consulta ginecológica têm como consequência a descontinuidade do cuidado em saúde, aumentando o risco e vulnerabilidade de mulheres cis lésbicas. É fundamental esta reflexão para a construção de estratégias de cuidado que contemplem o acesso universal à saúde e ao direito sexual.

**PALAVRAS-CHAVE:** Minorias Sexuais e de Gênero. Ginecologia. Normas de gênero. Saúde da Mulher.



## Introdução

A ideia hegemônica de que o padrão da sexualidade/orientação sexual é a heterossexualidade, torna a lesbianidade foco de preconceito e discriminação por ir contra os padrões instituídos socialmente como ideais. Na área da saúde, o efeito desse pensamento reflete no comportamento profissional, no qual pressupõe-se a heterossexualidade de mulheres cis<sup>1</sup> negando a possibilidade da existência lésbica ou somente admitindo-a quando a mulher lésbica é caracterizada por estereótipos.

Neste sentido, os profissionais da saúde carregam percepções distorcidas sobre a sexualidade mesmo quando as mulheres são reconhecidas como lésbicas, influenciando diretamente em sua conduta durante o atendimento em saúde. Por exemplo, a ideia de que mulheres lésbicas não correm risco de transmitir/adquirir Infecção Sexual Transmissíveis (IST's) por não fazerem sexo com penetração com homens cis acabam colocando em risco sua saúde (BRASIL, 2014).

Diante disso, percebe-se que a heterossexualidade compulsória e a cisheteronormatividade são transversais e opressoras no que se refere a sexo, corpo, gênero e sexualidade (LIMA, 2018). Segundo Rich (1980) a heterossexualidade compulsória é a predeterminação da heterossexualidade como intrínseca e natural ao ser humano. Já a cisheteronormatividade opera como estrutura e/ou instituição que determina os estereótipos de mulheres e homens, ou seja, mulheres com vagina, delicadas, puras, sentimentais, com desejo materno e papel social inferior ao homem, enquanto os homens com pênis, e características de agressivos, ambiciosos, provedores e dominadores (BERLANT, WARNER, 1993). Neste sentido, a heterocisnormatividade coloca o homem como superior à mulher, estando em todos os setores da sociedade e tratando tudo o que foge a essas normas como imoral ou subversivo (BERLANT, WARNER, 1993; ROSA, 2020).

Na cultura ocidental a mulher cis lésbica ocupa um local de pelo menos dupla opressão, por ser mulher e por não ser heterossexual. Neste contexto, a lésbica não se encaixa na visão binária e polarizada de ser/estar no mundo e sofre com a invisibilidade, uma forte ferramenta

---

<sup>1</sup> O termo cis ou cisgênero refere-se a pessoa que se identifica com o sexo/gênero que lhe foi assignado ao nascer por meio de uma genitália. Um exemplo de cisgênero é uma pessoa que nasceu com genitália feminina e se identifica como mulher (JESUS, 2012).



da estrutura cisheteronormativa que tenta ‘manter a ordem’ e colocar esse grupo à margem da sociedade (BARBOSA *et al.*, 2014).

Essa invisibilidade não é recente e se reflete no ocultamento da existência lésbica, na integralidade, na equidade e na indiferenciação no atendimento de saúde de mulheres cis heterossexuais. Associado a esta problemática, há o imaginário cisheteronormativo em torno da lesbianidade que busca por meio de crenças justificar o porquê de algumas mulheres “se tornarem” lésbicas.

Neste cenário, o discurso cisheteronormativo pressupõe que a lesbianidade é somente uma fase devido a possíveis traumas emocionais ou sexuais com homens, ou pelas mulheres não serem atraentes o suficiente, ou não conheceram um homem que as fizessem sentir mulheres de verdade. Essa percepção androcêntrica das mulheres cis lésbicas repercute nas consultas ginecológicas, acarretando negligência no atendimento das demandas de saúde destas mulheres (TOLEDO, FILHO, 2010; RICH, 1980).

Ademais, a saúde da mulher enfrenta grandes desafios por estar atrelada aos estereótipos e papéis sociais. Envolvida por preconceito e discriminação a lesbofobia repercute em danos à saúde física, mental, moral ou espiritual, levando à violência física ou emocional nas suas diversas faces (MINAYO E SOUZA, 1997). As mulheres lésbicas seguem vivenciando violências, algumas sutis, simbólicas, outras físicas e até institucionais. Esta última muitas vezes também acaba por ser geradora dos mais variados tipos de violências, quando a instituição de saúde deveria ser um ambiente de acolhimento às demandas individuais de cada pessoa.

Diante deste contexto, justifica-se a urgência nas discussões sobre a sexualidade de mulheres cis lésbicas, bem como a capacitação dos profissionais de saúde visando a construção de estratégias de cuidados no que tange ao acesso universal aos direitos sexuais e reprodutivos, livres de violências, discriminação e preconceitos.

Ressalta-se, que o objeto do presente estudo, está diretamente relacionado aos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Organização das Nações Unidas (ONU), no que se refere a meta 3.7 “Alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas”; a meta 5.6 “Assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais” e a meta 10.2 “Empoderar e promover a inclusão social, econômica e política de todos, de forma a



reduzir as desigualdades, independentemente da idade, gênero, deficiência, raça, etnia, nacionalidade, religião, condição econômica ou outra” (BRASIL, 2018). Com isso, o Brasil reforça as responsabilidades de todos os Estados, em conformidade com a Carta das Nações Unidas, de respeitar, proteger e promover os direitos humanos e as liberdades fundamentais para todos (ONU, 2016), o que inclui os direitos das mulheres cis lésbicas.

Visando dar voz as mulheres cis lésbicas este estudo apresenta como questão de pesquisa “Quais são as vivências das mulheres cis lésbicas durante a consulta ginecológica?” Para responder tal questionamento, foi traçado como objetivo conhecer as vivências de mulheres lésbicas durante a consulta ginecológica.

## Método

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, do tipo exploratória, proveniente de um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) de Graduação em Enfermagem.

Em decorrência da necessidade de segurança sanitária ocasionada pela pandemia da Covid-19, a pesquisa ocorreu em ambiente virtual, utilizando-se de um questionário semiestruturado elaborado pela pesquisadora principal e aplicado através da plataforma *Google Forms*®, no período de setembro a dezembro de 2020.

As participantes do estudo foram mulheres cis lésbicas. Os dados foram coletados por meio da técnica “bola de neve”, pois esta mostra-se como uma ferramenta útil para acessar populações invisibilizadas e estigmatizadas (VINUTO, 2014; COSTA, 2018). O contato com essas mulheres foi por meio das redes sociais de uma pessoa inicial, chamada de “semente”. Nesta situação, as mulheres sementes foram contatos da pesquisadora principal e de sua orientadora do TCC. As sementes indicaram o contato de outras pessoas pertencentes à população de estudo e assim sucessivamente, culminando no efeito de “bola de neve”, até que resultasse em uma amostra considerável para a pesquisa. A coleta de dados cessou quando as pesquisadoras julgaram ter ocorrido a saturação de dados (MINAYO, 2017).

Participaram da pesquisa 62 mulheres. Dentre elas, 47 mulheres cis (75,8%) se identificaram como lésbicas, enquanto 10 (16,1%) como bissexuais, 4 (6,5%) como pansexuais e 1 (1,6%) se identificou como “sem rótulos” (conforme questionário). Como critérios



de seleção era necessário se auto identificar como lésbica e ser maior de 18 anos. Frente a isto, a amostra final das participantes representou 47 mulheres cis que se identificaram como lésbicas.

A pesquisadora principal se identifica enquanto mulher cis e heterossexual e no momento da coleta de dados era acadêmica em Enfermagem de uma Universidade Pública do Sul do Brasil. Importante destacar esses dados, uma vez que, sua formação, identidade de gênero e orientação sexual permitem um olhar sobre a pesquisa realizada.

Para a elaboração do instrumento de coleta de dados, bem como a análise do material, a pesquisadora principal foi treinada, recebeu orientação e suporte de sua orientadora, da qual possui título de doutora e *expertise* em sexualidade. Além disso, o questionário foi revisado por pesquisadores do Laboratório Interdisciplinar de Ensino, Pesquisa e Extensão em Sexualidades, ao qual a pesquisadora pertence.

O questionário aplicado com as participantes contemplava 13 questões, contendo perguntas abertas e fechadas. As iniciais referiam-se à identificação pessoal e as demais, foram divididas em dois eixos: “práticas sexuais” e “atendimentos ginecológicos dos últimos cinco anos”, sendo que esta última incluiu questões abertas visando compreender as vivências dessas mulheres em consultas ginecológicas. Na apresentação dos resultados, para preservar a identidade das participantes, as falas foram identificadas com a letra L (lésbicas), seguida de um número (1 a 47).

Para o tratamento dos dados utilizou-se a análise de conteúdo, proposta por Bardin (2011), que prevê três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados (inferência e interpretação). Para este recorte do estudo foram consideradas duas categorias que serão detalhadas nos resultados e discussões.

Por fim, destaca-se que este artigo considerou os Critérios Consolidados para Relatar Pesquisa Qualitativa (COREQ) (SOUZA, et. al., 2021). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da instituição à qual está vinculada, sob número 4.338.421. Para o questionário semiestruturado, todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que antecipava as questões.

## Resultados e Discussão

Os dados coletados e discutidos com base na literatura pertinente concentram-se em duas categorias, a saber: “Vivências das



mulheres cis lésbicas durante a consulta ginecológica” e “Condutas dos profissionais de saúde durante a consulta ginecológica”.

## Vivências das Mulheres Cis Lésbicas Durante a Consulta Ginecológica

A análise dos resultados demonstrou que a experiência das mulheres cis lésbicas nas consultas ginecológicas é permeada pelo medo do mal atendimento em decorrência do preconceito e falta de conhecimento sobre suas especificidades. Essa percepção da falta de acolhimento e integralidade no cuidado tem como consequência a baixa frequência pela busca de atendimento em saúde.

*“Ter medo de ser mal atendida por ser lésbica é um dos principais motivos que fez com que eu não consultasse nos últimos anos.” (L45)*

*“Ainda existe um tabu e um medo de sofrer preconceito.” (L26)*

Sabe-se que as consultas ginecológicas têm papel primordial na promoção e prevenção de agravos em saúde, bem como no rastreamento de câncer de mama e de colo uterino. A periodicidade desses exames depende da faixa etária e fatores de risco de cada mulher (BRASIL, 2015). Estudos demonstram que mulheres cis lésbicas são um grupo de evasão ao exame citopatológico, o que aponta para a necessidade de que sejam orientadas sobre a importância de realização desse exame independente da orientação sexual (INCA, 2015; RIO DE JANEIRO, 2019; CRISPIM *et al.* 2018).

Como estratégia de cuidado e empoderamento das mulheres cis lésbicas nas consultas ginecológicas, os profissionais de saúde podem realizar um exame físico e ginecológico informado, narrando passo a passo do procedimento ou até mesmo estimulando a mulher ao autoconhecimento do seu corpo neste momento, o que tende a reduzir a ansiedade e medo.

Além disso, referente a prevenção do câncer de mama, a realização do exame clínico das mamas bem como a associação de possíveis queixas com os fatores de risco é primordial. Constata-se que não existe diferença significativa da incidência deste tipo de câncer em mulheres cis hétero, bissexuais e lésbicas. No entanto, quando ocorre, este é mais fatal em lésbicas que em heterossexuais, por terem diagnósticos mais tardios e, conseqüentemente, encontrarem-se em estágio mais avançado da doença (MCCUNE; IMBOREK, 2018).



Outro aspecto apontado nos resultados do presente estudo foi de que os sentimentos de medo durante as consultas ginecológicas fazem com que as mulheres cis lésbicas apresentem preferências em relação à identidade de gênero do profissional no atendimento em saúde. As justificativas pela escolha por profissionais mulheres incluem maior empatia, conforto, compreensão e sensibilidade por parte destas profissionais, medo de profissionais homens, experiências prévias ruins com profissionais homens, medo da lesbofobia e crença de que os homens desconhecem experiência feminina e lésbica.

*“Acho mais confortável consultar com uma médica mulher. Não me sinto confortável com homens de maneira geral”. (L3)*

*“Tenho medo de sofrer violência com algum homem”. (L13)*

*“(…) saber que elas irão me tratar de uma forma mais semelhante, pois compartilhamos corpos parecidos anatomicamente”. (L46)*

*“(…) Os homens são mais propensos a comportamentos lesbofóbicos”. (L16)*

*“Me sinto mais à vontade e menos invadida.” (L4)*

*“Com mulheres, já tive atendimentos anteriores, houve cuidado nos exames e no toque.”(L16)*

A preferência pelo atendimento com mulheres pode ser encontrada em outras pesquisas nacionais e internacionais. Uma revisão sistemática com metanálise feita com estudos de diferentes países, demonstrou que 50,2% das 14.736 pacientes incluídas na pesquisa relatou ter preferência por médica mulher, 8,3% preferiu um médico do sexo masculino e 41,3% não indicou preferência por gênero (TOBLER *et al*, 2016).

Outro estudo demonstrou que no agendamento da primeira consulta em ginecologia, das 435 mulheres entrevistadas 80,9% não indicaram preferência por gênero, 17,0% preferiram o feminino e 2,1% preferiram masculino. A preferência também variou conforme a faixa etária, sendo que mulheres mais jovens (12-34 anos) e mais velhas (idade maior que 55 anos) apresentaram uma proporção maior em relação a preferência por médica mulher (WANDERLEY, SOBRAL, 2017).

Refletindo sobre os motivos da escolha por profissionais mulheres, percebe-se que a empatia, a sensibilidade e a compreensão foram fatores positivos na escolha por profissionais deste gênero. Para Rich (1986) o *continuun* lésbico, é uma experiência de solidariedade entre mulheres, que não está necessariamente relacionada ao erótico, afetivo-sexual, mas às relações entre mulheres como relações de



resistência e que podem trazer conforto e segurança, já que há sororidade e solidariedade entre experiências vividas.

Além dessas percepções, foi possível identificar satisfação das participantes com o atendimento de profissionais de enfermagem, na área de saúde da mulher. Essa percepção positiva se relaciona com os cuidados de enfermagem envolvendo escuta ativa, acolhimento e humanização na assistência.

*“Gosto dos protocolos seguidos e gosto da autonomia da enfermeira perante a saúde da mulher.” (L20)*

*“Eu gosto do atendimento de médicas e enfermeiras, sempre sendo mulher. Tenho ido mais em Unidade Básica de Saúde atualmente, então quem tem realizado é a enfermeira. Gosto muito do atendimento.” (L21)*

*“Vejo diferença entre médicos e enfermeiros. A enfermagem faz maiores orientações sobre métodos não farmacológicos.” (L2)*

*“Enfermeira é atenta e mais humanizada, em qualquer atendimento.” (L24)*

Apesar dos resultados apontarem para um cuidado positivo da enfermagem em relação à esta população de mulheres cis lésbicas, outros estudos demonstram que geralmente enfermeiros não estão preparados para lidar com questões relacionadas à sexualidade, mesmo percebendo a necessidade e sabendo que faz parte da sua responsabilidade enquanto profissional (MACLEOD; NHAMO-MURIRE, 2016; ROUNDS; MCGRATH; WALSH, 2013).

A falta de preparo para abordar a sexualidade está relacionada com a falha na formação desses enfermeiros, pois o ensino da sexualidade nos cursos de graduação em enfermagem parece não estar consolidado no Brasil (GIR; NOGUEIRA; PELÁ, 2000; FIGUEIROA et al., 2017; SILVA et al., 2019; SEHNEM et al., 2013). Se este ensino está sendo negligenciado nos currículos de graduação em enfermagem pressupõe-se que a sexualidade não é importante para a saúde. Neste sentido, quanto mais deficitária a formação, maiores serão as barreiras enfrentadas pelos profissionais para um atendimento que vá ao encontro das necessidades de saúde ginecológica de mulheres cis lésbicas.

Como pode ser percebido nos discursos das entrevistadas, os enfermeiros possuem papel importante na assistência em sexualidade na Atenção Primária à Saúde, especialmente na saúde da mulher. Nesse contexto de atuação, o enfermeiro pode desempenhar a educação em saúde em sexualidade, visando um cuidado integral e individual,



respeitando as especificidades de cada indivíduo (GARCIA, LISBOA, 2012).

Ressel e Gualda (2004;2005) ressaltam que é necessário que o profissional procure junto com o sujeito o significado que atribui a sua sexualidade, suas queixas e necessidades, acolhendo-as com empatia e respeito. Além disso, o enfermeiro deve considerar o olhar que possui sobre a temática da sexualidade, pois seu repertório cultural e social é permeado por crenças e valores que influenciam no atendimento prestado. Entretanto, questionando os discursos expostos acima, as autoras ressaltam que essa abordagem não deve ser de responsabilidade somente dos enfermeiros, mas também de outros profissionais da saúde.

Para isso, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (2012) deve ser implementada por meio da promoção dos direitos à saúde para grupos de pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros/Travestis/Transsexuais, Queers e outras identidades sexuais (LGBTQIA+), como também é necessário a inclusão do ensino de gênero, sexualidade e diversidade sexual nos currículos dos cursos de graduação da área da saúde.

Outro aspecto observado durante a consulta ginecológica de mulheres cis lésbicas foi a revelação da orientação sexual, a qual torna-se um impasse ocorrendo dependendo do profissional que realiza o atendimento em saúde, além da percepção do silêncio velado e do desconhecimento.

*“Não pergunto muito, mas revelo tudo que é perguntado” (L3)*

*“Eu não revelava, porém tomei a decisão de revelar sempre, pois acredito que talvez ocorra um tratamento diferenciado” (L40).*

*“Quando conto ser lésbica há todo tipo de reação, sendo a mais comum o silêncio.” (L3)*

*“Percebo desconhecimento de como me atender pela minha orientação sexual.” (L28)*

Estudos reforçam que minorias sexuais e de gênero, como mulheres lésbicas, não revelam ou hesitam em revelar aos profissionais de saúde sua orientação sexual por não se sentirem à vontade e por medo de discriminação, culminando em invisibilidade dos cuidados em saúde com essa população e barreiras no cuidado (BAPTISTE-ROBERTS et al., 2017; DAHLHAMER et al., 2016; SILVA, COSTA, 2020). Neste sentido, a não identificação da orientação sexual está associada ao não se sentirem à vontade em fazê-la, enquanto outras revelavam para diminuir a lista de perguntas que elas entendiam não lhes dizer respeito.



Além disso, pressupõem-se que o não revelar ser lésbica visa a busca por uma consulta mais integral, ainda que com cuidados nem sempre direcionados a elas (KNAUTH, MEINERZ, 2009). Já a iniciativa de contar ao profissional pode estar associada ao fato de julgar importante que ele saiba, bem como a necessidade de receber prescrição de medicamentos ao/a parceiro/a.

Para Vilella (2014) a possibilidade de inserir esse dado no protocolo é uma forma de dar visibilidade a uma das dimensões da mulher, como a sua sexualidade. Não é incorreto questionar a orientação sexual e sim presumir que todas sejam heterossexuais, no aguardo de quem não for se identifique prontamente.

Além disso, observa-se que durante a anamnese, realizada por profissionais de saúde, o termo sexo e gênero erroneamente podem ser apresentados com o mesmo significado, trazendo desconforto para população que foge à cisnormatividade. Quando não abordados de forma correta, a orientação sexual e o gênero trazem impactos na saúde do sujeito, que podem se intensificar quando associados a outras intersecções como raça, classe social, deficiência física, entre outras.

Visando minimizar essa problemática a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Travestis e Transexuais (2012) recomenda a inserção de identidade de gênero e orientação sexual nos prontuários, sistemas de informação em saúde e formulários. Para isso, a melhor forma de adicionar esses dados é por meio de uma comunicação clara ao paciente, livre de discriminação e preconceitos.

Em contrapartida, levando em consideração as boas práticas de profissionais da saúde para essa população, observa-se que nem todas as pessoas desejam ter sua orientação sexual registrada em prontuários e que os formulários a serem preenchidos devem ser inclusivos para a população LGBTQIA+ (ROUNDS; MCGRATH; WALSH, 2013). Portanto, este registro pode contribuir nos atendimentos, desde que as mulheres assim o queiram e se sintam confortáveis para tal, de modo a respeitar a individualidade de cada pessoa.

## **Condutas dos Profissionais de Saúde Durante a Consulta Ginecológica**

Como evidenciado anteriormente o medo permeia o imaginário e a vivência de mulheres cis lésbicas nas consultas ginecológicas. Associado



aos possíveis tipos de violências institucionais, físicas, emocionais e morais esta problemática se torna mais complexa.

Os resultados desta pesquisa apontam que a maioria das participantes não sofreu eventuais violências durante a consulta ginecológica. No entanto, quando aconteceram foram relacionadas a discriminação do profissional de saúde na revelação da orientação sexual tornando o tratamento diferenciado com preconceito e assédio, além de negligência no cuidado.

*“Na hora que falei que era lésbica, antes do exame, ele só revirou os olhos e fez cara feia mesmo. Não considero violência, mas foi bem desagradável, eu só continuei porque precisava fazer o preventivo.” (L6)*

*“Não sei se entraria nessa classificação, mas já me senti desconfortável ao revelar minha sexualidade para a ginecologista e pedir descrição, pois ela era a mesma médica de minha mãe e avó. Ela agiu com descaso e perguntou por que eu ainda não tinha me assumido para a família.” (L7)*

*“O médico ginecologista se negou a me examinar e disse que a minha vinda até o consultório era desnecessária, pois eu não havia tido “penetração”, então o que eu tinha feito não era sexo.” (L20)*

*“Vivem ignorando o fato de eu ser lésbica. Não falam de ISTs e já não quiseram me atender mais por ser lésbica. Ignoram quando pergunto sobre fertilização.” (L28)*

*“Violência moral, quando a médica disse para eu voltar lá quando começar a fazer sexo com homens, porque sexo com mulheres não é sexo de verdade.” (L34).*

*“Sempre que falo ser lésbica, as médicas ficam sem reação ao meu ver, pois não instruem em nada específico.” (L46).*

*“Passamos por tantas violências por quem, justamente, deveria nos acolher em um momento tão íntimo e delicado. É ruim conversar com muitas amigas e ver que elas acham que não precisam fazer consulta ginecológica. (L30)*

Corroborando estes achados é possível encontrar outros estudos que desconsideram a prática sexual entre mulheres cis, ignorando-as enquanto atividade sexual, considerando somente como sexo legítimo ato sexual com penetração de pênis (BARBOSA, FACCHINI, 2009; KNAUTH, MEINERZ, 2009; PORTELLA, FERREIRA, 2014). Esta visão ignora a diversidade que há nas práticas sexuais das pessoas. Além disso, considerar como atividade sexual somente aquela que envolve penetração com o pênis é uma forma de negligenciar o pleno atendimento às necessidades de saúde de mulheres lésbicas (ARAÚJO et al., 2019).



Ainda, neste contexto evidenciou-se nos relatos das participantes violência física durante a realização do exame citopatológico, sendo majoritariamente praticado por profissional homem.

*“A única vez que fui atendida por um homem já tinha iniciado minha vida sexual, mas não com penetração. O exame que ele realizou acabou rompendo meu hímen.” (L27)*

*“Na última vez fui atendida por um ginecologista homem, no hospital universitário, no setor de estudantes e o ginecologista foi extramente estúpido e mesmo eu falando que era lésbica e que não tive relações com homens, ele fez os exames intravaginais de forma tão agressiva, que saí sangrando da consulta.” (L15)*

*“Quando atendida por um médico homem informei ser lésbica e nunca ter me relacionado sexualmente com homens. Ele não deu importância e fez um exame usando um bico de pato [espéculo], forçando por completo. Senti muita dor e constrangimento e quando me queixei ele respondeu que era bobagem.” (L8)*

Apesar da compreensão biomédica da técnica de realização do exame citopatológico pela maioria dos profissionais de saúde, na qual ocorre sem informação e participação da mulher, observa-se o predomínio de estigmas e valores com base na cisheteronormatividade, geradores de ações que violam a integridade física e psicológicas das mulheres cis lésbicas. Essas violências, embora nem sempre instantaneamente danosas, contribuem para traumas psicológicos e emocionais, fazendo com que essas mulheres apresentem maior evasão dos cuidados ginecológicos e com o consequente aumento da vulnerabilidade em saúde pelo não acompanhamento adequado de sua da saúde sexual e reprodutiva.

Essas atitudes profissionais são reflexos de violência estrutural e institucional contra mulheres lésbicas, já que induzem a opressão e negam direitos à saúde. Neste sentido pode-se afirmar que o acesso limitado por estas e outras questões, torna as mulheres lésbicas vulneráveis ao sofrimento físico e emocional colocando em risco suas vidas (MINAYO E SOUZA, 1997; MINAYO, 1994; CFEMEA, 2014).

Neste contexto, observa-se que a lesbofobia está ancorada em duas violências, as quais tendem a acontecer simultaneamente: a homofobia e a violência de gênero, o que torna este grupo mais vulnerável. Violência esta que quanto mais ocorre, mais invisível torna a lesbianidade para a cisheteronormatividade (RODRIGUES, 2013; PRADO, JUNQUEIRA, 2011).



No Brasil, a violência contra lésbicas aumentou 49,3% (2.177 para 3.251) entre os anos 2015 e 2017 (PINTO *et al.*, 2020). No entanto, esse número é referente aos casos de violência que chegam nos estabelecimentos de saúde, mas ressalta-se que a subnotificação pode ser decorrente do fato de que nem toda violência passa pelo atendimento de saúde. A notificação desses casos tem papel importante para se pensar em programas e ações de combate a qualquer tipo de violência contra as mulheres (PINTO *et al.*, 2020).

Além disso, destaca-se a conduta dos profissionais de saúde durante a consulta ginecológica no que tange às ações de promoção à saúde, entre elas as orientações. Todavia, os resultados deste estudo apontam que essas orientações estão, em sua maioria, pautadas na cisheteronormatividade e na prevenção de IST's, desconsiderando a orientação sexual da mulher.

*“Recebi orientação para mulher hétero.” (L40)*

*“Me orientou para o uso de preservativo, mesmo sendo lésbica, orientou como não transmitir HPV para minhas parceiras, orientou sobre todos os procedimentos de cuidados ginecológicos.” (L47)*

*“O que está ruim nos atendimentos é ficarmos focando nas ISTs e formas de prevenir, quando na verdade não estamos tão preocupados assim com o sexo oral hetero. A preocupação de usar métodos de barreira parece vir só de pessoas que fazem sexo vulva-vulva, quando na verdade deveria ser de todes. Parece que preocupam nossa cabeça com coisas impossíveis de serem feitas na prática, como se quisessem higienizar nossa prática sexual. Entendo a importância e a preocupação, mas me questiono, porque não vejo essa preocupação toda com o sexo hetero.” (L30)*

Apesar de ser um assunto abordado pelos profissionais de saúde, evidenciou-se que mais da metade das participantes do estudo referiu não usar métodos de barreira para prevenção de IST's, sendo que algumas utilizam camisinha peniana nos objetos e brinquedos. As justificativas para o não uso de proteção foram respectivamente a confiança na parceira; o status conjugal estável; a monogamia; a falta de praticidade no uso dos métodos de proteção; a falta de acessibilidade e o desconhecimento de outros métodos de proteção, como luva de dedos, protetor de língua, entre outros.

*“Não é uma prática comum usar proteção entre mulheres lésbicas. Nunca usei proteção, nunca conheci alguém que usasse. As formas de proteção que existem são "enjambradas", não são desenvolvidas e pensadas para mulheres lésbicas, o que acaba tornando o sexo desagradável.” (L4).*



*“Acho que é uma falta de conhecimento sobre os preservativos, aliados à uma falta de adequação para o sexo lésbico dos próprios preservativos.” (L25)*

Estudo de Tobler et al (2016) aponta que somente 28% das mulheres que se relacionam com outras mulheres utilizam métodos de barreira. Evidencia-se que as adaptações dos métodos já existentes ou produtos com outra finalidade influenciam na não adesão dos métodos por não passar credibilidade de proteção nas práticas sexuais de mulheres lésbicas (LIMA, SALDANHA, 2020).

Levando em consideração as práticas sexuais, o sexo lésbico contempla várias modalidades e tem suas práticas bem diversificadas e desprotegidas. Neste sentido, torna-se urgente o avanço em tecnologia e produtos que contribuam para a segurança do sexo entre mulheres, sem comprometer a erotização ou desempenho nas práticas sexuais (LIMA, SALDANHA, 2020).

Os resultados do presente estudo apontaram que apesar das práticas sexuais serem na maioria das vezes desprotegidas, 85,1% das participantes relatou nunca ter adquirido IST's e 14,9% já teve contato. Ainda, 64,7% das mulheres cis lésbicas acreditou ter menos riscos de adquirir IST's quando comparada com as práticas sexuais com homens, porém 35,3% mencionou apresentar o mesmo risco.

Corroborando os achados deste estudo, outra pesquisa aponta que a maioria das lésbicas acredita ser imune ao risco de contrair qualquer tipo de IST, supondo que tais infecções ocorrem exclusivamente nas relações heterossexuais. Esta crença contribui decisivamente para que as mulheres não adotem as medidas de prevenção de IST recomendadas (ARAÚJO et al, 2019).

Todavia, embora seja majoritária a crença de menor risco ao manter relações sexuais com outras mulheres, um estudo que investigou 118 mulheres lésbicas que mantinham práticas sexuais apenas com outras mulheres nos últimos 12 meses, apontou que 47,3% teve algum tipo de IST, sendo mais frequente o Papilomavírus Humano (HPV), seguido de clamídia, tricomoníase, sífilis e, com menor frequência, Vírus da imunodeficiência Humana (HIV) e gonorreia (LIMA, SALDANHA, 2020).

Referente a percepção das mulheres cis lésbicas sobre as orientações em saúde oferecidas à elas pautadas na cisheteronormatividade, pressupõe-se que essa situação ocorra pela falta de informação acerca da orientação sexual durante as consultas



ginecológicas, levando os profissionais presumirem a heterossexualidade a esse grupo. Alguns profissionais reconhecem que partem do pressuposto de que a mulher é heterossexual oferecendo orientações direcionadas para essa realidade. Ainda, há relatos de profissionais que identificam a orientação sexual por meio da expressão de gênero, deduzindo que mulheres masculinizadas sejam lésbicas, mesmo quando estas falam que tem marido, enquanto lésbicas sem características estigmatizadas, são tratadas como heterossexuais (ARAÚJO et al, 2019).

Essas distinções estão relacionadas ao binarismo que determina os estereótipos masculino e feminino. No entanto, essa percepção está sujeita a falhas, já que a expressão de gênero não está necessariamente ligada à orientação sexual (FEBÓLE, 2017). Refletindo, sobre essa visão limitada, muitas lésbicas que não têm expressão de gênero ditas masculinas podem continuar sem atendimento adequado a sua realidade, o que resulta na violação dos direitos sexuais e reprodutivos prestados à essas pessoas.

Visando um cuidado integral, a atuação dos profissionais de saúde no que tange ao uso das tecnologias educacionais durante as práticas educativas, deve englobar as necessidades individuais de cada indivíduo, o que inclui a orientação sexual e identidade de gênero. No entanto, a cisheteronormatividade como estrutura transversal, acomete diversos setores, incluindo pesquisas, as áreas de conhecimento e as instituições que formam esses profissionais. A consequência é uma formação despreparada para tudo que foge deste contexto, criando barreiras relacionais e lacunas na assistência a partir da revelação ou não da lesbianidade ou da homossexualidade.

Neste cenário, os profissionais reconhecem a falta de conhecimento para atendimento da população LGBTQIA+ pela ausência deste conteúdo em seu processo formativo, ao mesmo tempo em que a população lésbica relata que após o desafio de assumir sua orientação sexual, encara um segundo: o de não ter respostas para suas perguntas (ARAÚJO et al., 2019; FERNANDES, SOLER, LEITE, 2018).

Para Fernandes, Soler e Leite (2018, p.41)

pode-ser perceber o caráter político dessa ausência de informação, que reforça a invisibilização dos corpos, sexualidades e afetos de mulheres e também de nós lésbicas

Neste sentido, o acesso ao conhecimento sobre práticas sexuais seguras e riscos de transmissão de IST's/Aids se dá entre os próprios



grupos de mulheres lésbicas, de maneira frequentemente informal ou independente.

Por outro lado, profissionais e gestores, sentem-se tranquilos em justificar que não atendem de forma integral contemplando à saúde lésbica por “falta de informação” no processo formativo, mesmo que atualmente a era da tecnologia em que vivemos permita o acesso à informação de maneira rápida (SILVA, COSTA, 2020). Continuar com esse discurso da falta de conhecimento é corroborar com o descaso e a violência que atua sobre esses corpos. Neste sentido, não se pode continuar aceitando este argumento que faz da questão um problema auto justificável, tornando a saúde das mulheres cis lésbicas invisíveis aos direitos sexuais e reprodutivos.

A estratégia para minimizar essas lacunas nas condutas dos profissionais de saúde seria a implementação de protocolos de atendimento para a mulher lésbica e bissexual. Vale ressaltar que a mulher bissexual por ter ou não ter tido relações sexuais com homens, pode ter hábitos referentes à saúde ginecológica diferentes das lésbicas (CRISPIM et al, 2018).

O profissional de saúde, após questionar sobre orientação sexual, deve lembrar a mulher da importância de estar ali e que ser lésbica não a isenta de riscos, podendo inclusive pedir para que compartilhe isso com amigas e companheiras (CRISPIM et al, 2018). Conhecer essa realidade oportunizará a requisição de exames sorológicos anualmente para a mulher e sua parceira, após relação desprotegida ou diante do aparecimento de queixas sintomáticas.

Além disso, outras temáticas devem ser abordadas durante as consultas ginecológicas com mulheres cis lésbicas, como por exemplo o interesse na maternidade. Este assunto, é visto por muitas lésbicas como uma temática heterossexual e, mesmo que soe inconveniente, é importante orientar sobre práticas seguras de concepção ou contracepção.

*“Não somos objetos de desejos sexuais! Na verdade, falta preparo dos profissionais em lidar com mulheres que não querem ser mães.” (L44)*

Para a mulher cis lésbica que não tem interesse na maternidade, os profissionais de saúde devem reforçar orientações sobre contracepção. Nesse aspecto, é necessário lembrar da possibilidade de relação sexual tanto com homens cis, quanto com mulheres trans (MCCUNE, IMBOREK, 2018; PINTO, 2014). Em



contrapartida, para mulheres cis lésbicas que desejam a maternidade as orientações devem ir no sentido de opções seguras de práticas sexuais e retirada de dúvidas acerca da concepção ou adoção.

Estudo indica que na população lésbica e bissexual, 31% dessas mulheres já engravidou, sendo algumas mais de uma vez (BRASIL, 2014), tornando essa temática imprescindível nas consultas ginecológicas. Além disso, a importância dessas orientações está também relacionada ao risco de gravidez indesejada. Quando comparadas com mulheres cis heterossexuais, lésbicas e bissexuais, apresentam maior proporção de gravidez indesejada entre minorias sexuais (EVERETT *et al.*, 2017). As causas para esse fenômeno em mulheres cis lésbicas restringem-se a utilização de métodos contraceptivos menos efetivos e falta de conhecimento dos mesmos (BLUNT-VINTI, 2018).

## Considerações Finais

A vivência das mulheres cis lésbicas durante a consulta ginecológica é envolvida por medo e discriminações, levando a escolha pelo atendimento em saúde por profissionais mulheres. Em contrapartida, destaca-se como aspectos positivos a empatia e a autonomia da enfermeira, reforçando a importância do papel da enfermagem na condução da assistência em ginecologia às mulheres cis lésbicas.

As percepções sobre as condutas dos profissionais de saúde foram negativas e incluem a falta de formação, orientações pautadas na cisheteronormatividade, orientações restritas a prevenção de IST's, negligenciando as necessidades individuais das mulheres cis lésbicas, além de outras temáticas importantes para a saúde da mulher. Além disso, evidenciou-se discriminação diante da revelação da orientação sexual pela mulher, seguida de preconceito e assédio. A violência física durante o exame citopatológico realizada por profissional homem esteve presente na vivência das mulheres durante a consulta ginecológica. Essas experiências têm como consequência a descontinuidade do cuidado em saúde, aumentando o risco e vulnerabilidade em saúde das mulheres cis lésbicas.

Como limitação deste estudo ressalta-se que os resultados aqui apresentados precisam ser repensados para a singularidade de cada local, pois estes dados envolveram um grupo de mulheres cis lésbicas com características sociográficas específicas (brancas, com nível de escolaridade superior completo) do local de desenvolvimento do estudo. Em pesquisas futuras, essa lacuna pode ser lapidada ao diversificar as



características das “sementes” no intuito de conhecer as vivências de mulheres cis lésbicas marginalizadas que não ocupam os mesmos espaços que as participantes deste estudo.

Deixa-se aqui o desafio de que novos estudos sejam desenvolvidos no campo de atendimento em saúde às mulheres cis lésbicas em todas as suas necessidades e fases de vida. Ressalta-se que compreender as experiências a partir da ótica de quem vivencia e ampliar esse debate para profissionais da saúde torna-se imprescindível para construção de estratégias de cuidado que contemplem o acesso universal à saúde sexual, além dos direitos sexuais e reprodutivos.

## Referências

ARAUJO, Luciane Marques de; PENNA, Lucia Helena Garcia; CARINHANHA, Joana Iabrudi; COSTA, Cristiane Maria Amorim. O cuidado às mulheres lésbicas no campo da saúde sexual e reprodutiva [The care to lesbian women in the field of sexual and reproductive health] [El cuidado de las mujeres lesbianas en el campo de la salud sexual y reproductiva]. *Revista Enfermagem Uerj*, [S.L.], v. 27, p. e34262, 21 maio 2019. Universidade de Estado do Rio de Janeiro. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2019.34262>. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/34262>. Acesso em: 30 set. 2021.

BAPTISTE-ROBERTS, Kesha; ORANUBA, Ebele; WERTS, Niya; EDWARDS, Lorece V. Addressing Health Care Disparities Among Sexual Minorities. *Obstetrics And Gynecology Clinics Of North America*, [S.L.], v. 44, n. 1, p. 71-80, mar. 2017. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ogc.2016.11.003>.

BARBOSA, Bruno Rafael Silva Nogueira *et al.* Invisibilidade lésbica e a interseccionalidade de opressões. In: 18º REDOR, 2014, Recife. *Anais [...]*. Recife: UFRP, 2014. p. 3008-3024.

BARBOSA, Regina Maria; FACCHINI, Regina. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, [S.L.], v. 25, suppl. 2, p. 291-300, 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2009001400011>.



BARDIN, Laurence. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011. 281 p.

BERLANT, Lauren; WARNER, Michael. Sexo en público. In: JIMÉNEZ, Rafael M. Mérida (ed.). *SEXUALIDADES TRANSGRESORAS: una antología de estudios queer*. Barcelona: Icaria, 2002. p. 229-255.

BLUNT-VINTI, Heather D.; THOMPSON, Erika L.; GRINER, Stacey B.. Contraceptive Use Effectiveness and Pregnancy Prevention Information Preferences Among Heterosexual and Sexual Minority College Women. *Women'S Health Issues*, [S.L.], v. 28, n. 4, p. 342-349, jul. 2018. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.whi.2018.03.005>.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais*. Relatório da Oficina “Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais”. Brasília, 2014. Disponível em: [https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/agosto/31/livret\\_o-atencao-a-saude-de-mulheres-lesbicas-versao-web.pdf](https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/agosto/31/livret_o-atencao-a-saude-de-mulheres-lesbicas-versao-web.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Inca). Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2015. 171 p. Disponível em: [http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Diretrizes\\_DeteccaoPrecoce\\_CM.pdf](http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Diretrizes_DeteccaoPrecoce_CM.pdf). Acesso em: 1 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT)*. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Metas Nacionais dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Instituto de Pesquisa e Economia Aplicada. Brasília: 2018. Disponível em: [https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/180801\\_ods\\_metas\\_nac\\_dos\\_obj\\_de\\_desenv\\_susten\\_propos\\_de\\_adeq\\_ua.pdf](https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/180801_ods_metas_nac_dos_obj_de_desenv_susten_propos_de_adeq_ua.pdf)

BRASÍLIA. VALDIR PINTO. *Apresentação da Pesquisa: Prevenção às DST/AIDS para mulheres que fazem sexo com mulheres – experiências desafios e oportunidades*. In: BRASIL. Ana Paula Lopes de Melo. Secretaria de Políticas Para As Mulheres. *Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p. 31-



35. Disponível em:  
<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/agosto/31/livret-o-atencao-a-saude-de-mulheres-lesbicas-versao-web.pdf>. Acesso em: 1 out. 2021.

BRASÍLIA. WILZA VILELLA. *Homossexualidade feminina e saúde: ainda uma questão invisível?* In: BRASIL. Ana Paula Lopes de Melo. Secretaria de Políticas Para As Mulheres. *Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p. 31-35. Disponível em:  
<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/agosto/31/livret-o-atencao-a-saude-de-mulheres-lesbicas-versao-web.pdf>. Acesso em: 1 out. 2021.

CFEMEA – CENTRO FEMINISTA DE ESTUDOS E ASSESSORIA (Brasil). Ipea – Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (org.). *Tolerância institucional à violência contra as mulheres*. Brasília: Athalaia Gráfica e Editora, 2014. 260 p. Disponível em:  
[https://www.cfemea.org.br/images/stories/publicacoes/tolerancia\\_institucional\\_violencia\\_contra\\_mulheres.pdf](https://www.cfemea.org.br/images/stories/publicacoes/tolerancia_institucional_violencia_contra_mulheres.pdf). Acesso em: 1 abr. 2021.

COSTA, Barbara Regina Lopes. Bola de neve virtual: o uso das redes sociais virtuais no processo de coleta de dados de uma pesquisa científica. *Revista Interdisciplinar de Gestão Social*, [s. l], v. 7, n. 1, p. 15-37, jan-abr. 2018.

CRISPIM, Josefa Eliziana B.; BARRETO, Elissandra Ferreira; NOGUEIRA, Waléria Bastos de A. G.; ALMEIDA, Sandra Aparecida de. Assistência de enfermagem à mulher lésbica e bissexual na atenção básica: protocolo de atendimento. *Revista de Pesquisa Cuidado É Fundamental Online*, Rio de Janeiro, v. 10, p. 34-39, 4 jun. 2018. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10iespecial.34-39>.

DAHLHAMER, James M.; GALINSKY, Adena M.; JOESTL, Sarah S.; WARD, Brian W. Barriers to Health Care Among Adults Identifying as Sexual Minorities: a us national study. *American Journal Of Public Health*, [S.L.], v. 106, n. 6, p. 1116-1122, jun. 2016. American Public Health Association. <http://dx.doi.org/10.2105/ajph.2016.303049>



EVERETT, Bethany G.; MCCABE, Katharine F.; HUGHES, Tonda L.. Sexual Orientation Disparities in Mistimed and Unwanted Pregnancy Among Adult Women. *Perspectives On Sexual And Reproductive Health*, [S.L.], v. 49, n. 3, p. 157-165, 9 jun. 2017. Guttmacher Institute. <http://dx.doi.org/10.1363/psrh.12032>.

FÉBOLE, Daniele da Silva. *A produção de violências na relação de cuidado em saúde da população LGBT no SUS*. 2017. 231 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Departamento de Psicologia, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2017.

FERNANDES, Marisa; SOLER, Luiza Dantas; LEITE, Maria Cecília Burgos Paiva. Saúde das mulheres lésbicas e atenção à saúde: nem integralidade, nem equidade diante das invisibilidades. *Boletim do Instituto Saúde*, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 47-46, dez. 2018. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/09/1016485/bis-v19n2-diversidade-37-46.pdf>. Acesso em: 01 abr. 2021

FIGUEIROA, Maria; MENEZES, Maria; MONTEIRO, Estela; ANDRADE, Ângela; FRAGA, Débora; OLIVEIRA, Monique. Nursing students' perception of training on human sexuality. *Revista de Enfermagem Referência*, [S.L.], v. , n. 15, p. 21-30, 12 dez. 2017. Health Sciences Research Unit: Nursing. <http://dx.doi.org/10.12707/riv17044>.

GARCIA, Olga Regina Zigelli; LISBOA, Laura Cristina da Silva. Consulta de enfermagem em sexualidade: um instrumento para assistência de enfermagem à saúde da mulher, em nível de atenção primária. *Texto & Contexto - Enfermagem*, [S.L.], v. 21, n. 3, p. 708-716, set. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072012000300028>

GIR, Elucir; NOGUEIRA, Maria Suely; PELÁ, Nilza Tereza Rotter. Sexualidade humana na formação do enfermeiro. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, [S.L.], v. 8, n. 2, p. 33-40, abr. 2000. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-11692000000200006>.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. *Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer de colo do útero*. Rio de Janeiro: INCA. 2019. Disponível em



[https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/04/988200/parametros-tecnicos-colo-do-utero\\_2019.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/04/988200/parametros-tecnicos-colo-do-utero_2019.pdf) Acesso 18 mar. 2021

JESUS, Jaqueline Gomes de. *Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos: guia técnico sobre pessoas transexuais, travestis e demais transgêneros, para formadores de opinião*. 2. ed. Brasília: Escritório de Direitos Autorais da Fundação Biblioteca Nacional – Eda/Fbn, 2012. 42 p. Disponível em: <http://www.diversidadese sexual.com.br/wp-content/uploads/2013/04/G%C3%8ANERO-CONCEITOS-E-TERMOS.pdf>. Acesso em: 04 out. 2021.

KNAUTH, Daniela Riva; MEINERZ, Nádia Elisa. *As faces da homofobia no campo da saúde: Relatório Técnico Final*. Porto Alegre: Fundação Médica do Rio Grande do Sul. 2009.

LIMA, Fátima. Raça, Interseccionalidade e Violência: corpos e processos de subjetivação em mulheres negras e lésbicas. *Cadernos de Gênero e Diversidade*, [S.L.], v. 4, n. 2, p. 66, 12 jun. 2018. Universidade Federal da Bahia. <http://dx.doi.org/10.9771/cgd.v4i2.26646>.

LIMA, Michael Augusto Souza de; SALDANHA, Ana Alayde Werba. (In)visibilidade Lésbica na Saúde: análise de fatores de vulnerabilidade no cuidado em saúde sexual de lésbicas. *Psicologia: Ciência e Profissão*, [S.L.], v. 40, e202845, 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703003202845>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/vQxmpLZ86cRB7bMCKNWS94N/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 set. 2021.

MACLEOD, Catriona; NHAMO-MURIRE, Mercy. The emancipatory potential of nursing practice in relation to sexuality: a systematic literature review of nursing research 2009-2014. *Nursing Inquiry*, [S.L.], v. 23, n. 3, p. 253-266, 5 maio 2016. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/nin.12131>.

MCCUNE, Kaitlyn C.; IMBOREK, Katherine L.. Clinical Care of Lesbian and Bisexual Women for the Obstetrician Gynecologist. *Clinical Obstetrics & Gynecology*, [S.L.], v. 61, n. 4, p. 663-673, dez. 2018. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/grf.0000000000000399>.



MINAYO, Maria Cecília de Souza. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública*, [S.L.], v. 10, n. 1, p. 7-18, 1994. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x1994000500002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/dgQ85GcNMfTCPByHzZTK6CM/?lang=pt>. Acesso em: 01 out. 2021.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa*, São Paulo (Sp), v. 5, n. 7, p. 1-12, abr. 2017. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82/59>. Acesso em: 04 out. 2021.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, Edinilsa Ramos de. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, [S.L.], v. 4, n. 3, p. 513-531, nov. 1997. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-59701997000300006>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/S9RRyMW6Ms56S9CzkdGKvmK/?lang=pt>. Acesso em: 01 out. 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Transformando nosso mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável [Internet]. 2016 [citado 2021 mai. 21]. Disponível em: <http://www.br.undp.org/content/dam/brazil/docs/agenda2030/undp-br-Agenda2030-completo-pt-br-2016.pdf>

PINTO, Isabella Vitral; ANDRADE, Silvânia Suely de Araújo; RODRIGUES, Leandra Lofego; SANTOS, Maria Aline Siqueira; MARINHO, Marina Melo Arruda; BENÍCIO, Luana Andrade; CORREIA, Renata Sakai de Barros; POLIDORO, Maurício; CANAVESE, Daniel. Perfil das notificações de violências em lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, Brasil, 2015 a 2017. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, [S.L.], v. 23, supl 1, e200006, 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720200006.supl.1>.

PRADO, Marco Aurélio Máximo; JUNQUEIRA, Rogério Diniz. Homofobia, hierarquização e humilhação social. In: VENTURI, Gustavo;



BOKANY, Vilma (org.). *Diversidade sexual e homofobia no Brasil*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2011. p. 252.

RESSEL, Lúcia Beatriz; GUALDA, Dulce Maria Rosa. A sexualidade na assistência de enfermagem: reflexões numa perspectiva cultural. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 25, n. 3, p. 323-333, dez. 2004.

RESSEL, Lúcia Beatriz; GUALDA, Dulce Maria Rosa. Reflexões sobre a sexualidade velada na imagem da enfermeira. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, [s. l], v. 26, n. 3, p. 414-424, dez. 2005.

RICH, Adrienne. Heterossexualidade compulsória e existência lésbica. *Bagoas*, [s. l], v. 4, n. 5, p. 18-44, jan. 2010. Tradução: Carlos Guilherme do Valle. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/bagoas/article/view/2309/1742>. Acesso em: 01 out. 2021.

RIO DE JANEIRO. Maria Beatriz Kneipp Dias. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Inca) (org.). *Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer do colo de útero*. Brasil: Ministério da Saúde, 2019. 34 p. Disponível em: [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/04/988200/parametros-tecnicos-colo-do-utero\\_2019.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/04/988200/parametros-tecnicos-colo-do-utero_2019.pdf). Acesso em: 30 set. 2021.

RODRIGUES, Ana Rita da Silva. (Homo)sexualidades femininas e a ginecologia: uma reflexão sobre gênero, corpo e saúde. *Todavia*, [s. l], v. 4, n. 7, p. 41-52, jun. 2013.

ROSA, Eli Bruno do Prado Rocha. Cisheteronormatividade como instituição total. *Cadernos-Pet Filosofia*, Curitiba, v. 18, n. 2, p. 59-103, ago. 2020.

ROUNDS, Kelsey; MCGRATH, Barbara Burns; WALSH, Elaine. Perspectives on provider behaviors: a qualitative study of sexual and gender minorities regarding quality of care. *Contemporary Nurse*, [S.L.], v. 44, n. 1, p. 99-110, abr. 2013. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.5172/conu.2013.44.1.99>

SEHNEM, Graciela Dutra; RESSEL, Lúcia Beatriz; JUNGES, Carolina Frescura; SILVA, Fernanda Machado da; BARRETO, Camila Nunes. A sexualidade na formação acadêmica do enfermeiro. *Escola Anna Nery*,



[S.L.], v. 17, n. 1, p. 90-96, mar. 2013. FapUNIFESP (SciELO).  
<http://dx.doi.org/10.1590/s1414-81452013000100013>.

SILVA, Jedison Feliciano; COSTA, Gabriela Maria Cavalcanti. Health care of sexual and gender minorities: an integrative literature review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, [S.L.], v. 73, suppl. 6, e20190102, 2020. (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0192>.

SILVA, Trycia Ryane de Freitas; FERNANDES, Sabrina Emylle Torres; ALVES, Nemório Rodrigues; FARIAS, Andreza Josiany Aires de; SILVA JÚNIOR, José Antonio da; SANTOS, Sheila Milena Pessoa dos. Representações dos estudantes de enfermagem sobre sexualidade: entre estereótipos e tabus. *Trabalho, Educação e Saúde*, [S.L.], v. 17, n. 2, e0020233, 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00202>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/T89cPgD6SvXvgF5c4ZMnkKt/?lang=pt>. Acesso em: 07 out. 2021.

SOUZA, Virginia Ramos dos Santos; MARZIALE, Maria Helena Palucci; SILVA, Gilberto Tadeu Reis; NASCIMENTO, Paula Lima. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. *Acta Paulista de Enfermagem*, [S.L.], v. 34, :eAPE02631, 2021. *Acta Paulista de Enfermagem*. <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2021a002631>.

TOBLER, Kyle J.; WU, John; KHAFAGY, Ayatallah M.; PIER, Bruce D.; TORREALDAY, Saioa; LONDRA, Laura. Gender Preference of the Obstetrician Gynecologist Provider. *Obstetrics & Gynecology*, [S.L.], v. 127, n. 1, p.43s, maio 2016. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/01.aog.0000483829.97196.8f>.

TOLEDO, Livia Golsalves; TEIXEIRA FILHO, Fernando Silva. Lesbianidades e as referências legitimadoras da sexualidade. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 729-749, out. 2010. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812010000300006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812010000300006&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 30 set. 2021.

VINUTO, Juliana. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa. *Temáticas*, [S.L.], v. 22, n. 44, p. 203-220, 30 dez. 2014.



**HELOISA MARQUES DE ANDRADE, MARIANA  
LECTÍCIA BERALDI, ELAINE LUTZ MARTINS, LAÍS  
ANTUNES WILHELM.**



Universidade Estadual de Campinas.  
<http://dx.doi.org/10.20396/tematicas.v22i44.10977>.

WANDERLEY, Miriam; SOBRAL, Dejanó. Ob-Gyn Gender Preferences of Gynecology Ambulatory Patients and Students' Choice of the Specialty. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / Rbgo Gynecology And Obstetrics*, [S.L.], v. 39, n. 12, p. 645-646, 25 set. 2017. Georg Thieme Verlag KG. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0037-1606840>

## Experience of Lesbian Cis Women During Gynecological Consultation

**ABSTRACT:** To know the experience of lesbian cis women during gynecological consultation. This is a qualitative, exploratory research conducted with 47 lesbian cis women. Data collection took place from September to December 2020, through a semistructured online questionnaire via google forms®. The participants were captured by the snowball technique. Content analysis was used, and two categories were elaborated: "Experiences of lesbian cis women during gynecological consultation" and "Conduct of health professionals during gynecological consultation". The research was approved by the Research Ethics Committee under number 4,338,421. In the gynecological consultation, lesbian cis women presented fear, discrimination, prejudice, harassment and violence, including physical violence. In this sense, they had preference for care with female professionals and greater satisfaction when consulted by the nursing team. Cisheteronormative practices are predominant and pointed out as negative behaviors by health professionals. These experiences during gynecological consultation have as a consequence the discontinuity of health care, increasing the risk and vulnerability of lesbian cis women. This reflection is fundamental for the construction of care strategies that contemplate universal access to health and sexual rights.

**KEYWORDS:** Sexual and Gender Minorities. Gynecology. Gender Norms. Women's Health.

***Heloisa Marques De ANDRADE***

*Universidade Federal de Santa Catarina*

*Enfermeira. Membro do Laboratório Interdisciplinar em Ensino, Pesquisa e Extensão em Sexualidades – AFRODITE, da Universidade Federal de Santa Catarina.*

*E-mail: josilenemarquesa@gmail.com*

*ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1169-7638>*

***Mariana Lécia BERALDI***

*Universidade Federal de São Paulo*

*Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo. Membro do Laboratório Interdisciplinar em Ensino, Pesquisa e Extensão em Sexualidades – AFRODITE, da Universidade Federal de Santa Catarina.*

*E-mail: mlberaldi@hotmail.com*

*ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2730-7331>*

**Elaine Lutz MARTINS**

*Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro  
Enfermeira obstétrica. Doutora em Enfermagem. Professora Assistente da  
Faculdade de Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Membro  
do Laboratório Interdisciplinar em Ensino, Pesquisa e Extensão em Sexualidades –  
AFRODITE, da Universidade Federal de Santa Catarina  
E-mail: elaine.lutz.martins@gmail.com  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6596-6477>*

**Laís Antunes WILHELM**

*Universidade Federal de Santa Catarina  
Enfermeira obstétrica. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do  
Departamento de Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina.  
Membro do Laboratório Interdisciplinar em Ensino, Pesquisa e Extensão em  
Sexualidades – AFRODITE, da Universidade Federal de Santa Catarina.  
E-mail: laiswilhelm@gmail.com  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6708-821X>*

*Recebido em: 26/10/2021*

*Aprovado em: 21/12/2021*